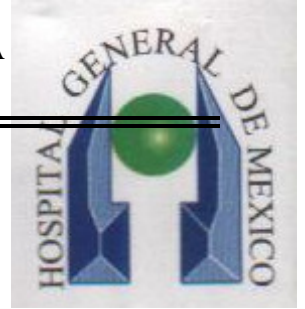




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.**

***PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES
Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO***

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LA ESPECIALIDAD EN:

ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GARDUÑO JUÁREZ.

TUTOR DE TESIS:

**DR. JUAN HEBERTO MUÑOZ CUEVAS
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

México, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

A mi familia:

Gracias. Lo único que acierto es gracias por todo el apoyo que me han brindado en el transcurso de mi vida, por toda la ayuda recibida, de cada miembro de ella, ya que han hecho más ligero mi camino; por las palabras de aliento escuchadas en los momentos más difíciles; por todas las cosas.

Y ahora que cumplo uno de más grandes anhelos, quiero agradecer todo el amor, paciencia y compromiso para conmigo, por enseñarme que todo esfuerzo es recompensado día con día, y por mucho más, gracias.

Y a ti, te agradezco cada minuto de tu tiempo, tus consejos, sin esperar nada a cambio más que el gusto de ver una meta más en mi vida realizarse y formar parte de ella, gracias por tu fortaleza, tu entusiasmo y ese coraje por vivir cada día, gracias.

1. INTRODUCCION

1.1 DESCRIPCION GENERAL.

El presente trabajo de investigación se enfoca en determinar los factores que predisponen con mayor frecuencia y se asocian al síndrome de desgaste profesional, que en las últimas décadas a tomado mayor relevancia en el ámbito laboral. Los modelos existentes lo explican en función de las variables externas e internas. Este síndrome representa pérdidas considerables tanto en el ámbito personal como en el profesional los cuales se ven gravemente perjudicados.

En la actualidad existe una tendencia a la mayor preocupación por los riesgos que asumimos por el ejercicio profesional de la anestesiología, estos riesgos profesionales pueden ser legales y no legales. La orientación en esta investigación es hacia los riesgos relacionados a la salud. En ese sentido en el siglo XX se vincularon a los incendios y explosiones debido a agentes anestésicos explosivos, posteriormente la mayor preocupación se orientó hacia la contaminación ambiental por residuos de gases anestésicos y los peligros de la inhalación crónica. En las últimas décadas las preocupaciones se orientaron hacia una nueva generación de riesgos vinculados a los agentes biológicos y las adicciones.

En el siglo XXI la preocupación se orienta a una amplia gama de riesgos entre los que se destacan los agentes biológicos, los efectos del estrés laboral incluido el Burnout y aquellos relacionados a la organización laboral y sus consecuencias. Es entonces que en la actualidad se muestra a los anestesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, con grandes presiones de productividad y expuestos a numerosos agentes físicos, químicos, biológicos, etc. Estas situaciones producen un alto costo en la salud, rendimiento, seguridad y la vida familiar, por lo que el anestesiólogo es considerado dentro de los trabajadores de la salud como de alto riesgo profesional

En el presente trabajo se realizara un análisis descriptivo de la prevalencia del Síndrome de Desgaste Laboral en residentes y médicos de base de Anestesiología del Hospital General de México. Se utilizara la prueba del Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir el nivel existente de deterioro profesional en estos trabajadores de la salud.

Las razones para investigar la prevalencia de este síndrome en esta población, es conocer el proceso del estrés laboral como consecuencia de las necesidades de mejorar la organización del clima laboral de los especialistas ya que esta tiene repercusiones importantes sobre la calidad de trabajo.

2. ANTECEDENTES HISTORICOS.

El trabajo representa una fuente que genera los medios materiales para la reproducción social y por otra parte, es una actividad que permite el desarrollo de las capacidades y potenciales de los

individuos, sin embargo, dicha actividad también es un medio que genera insatisfacción, desmotivación, bajo rendimiento laboral y convertirse en fuente importante de diversos trastornos.

La Organización Internacional del Trabajo (OTI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ambas en 1984 han manifestado que los factores psicosociales relacionados con el trabajo, contribuyen a una serie de daños para la salud y que se han acumulado pruebas que demuestran la relación entre síndrome no especificado de carácter psicológico, de comportamiento o somático y condiciones de trabajo estresantes; por otra parte, plantea que el trabajo integra factores psicosociales positivos propicios para la conservación e incluso el mejoramiento de la salud y que el enfoque más común para tratar las relaciones entre medio ambiente psicológico de trabajo y la salud de los trabajadores ha sido la aplicación del concepto de **ESTRÉS**.

El [concepto](#) de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de [medicina](#) en la [Universidad](#) de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la [atención](#) a Selye, quien lo denominó el “Síndrome de estar Enfermo”¹. Hace más de medio siglo, Hans Selye definió el estrés ante [la OMS](#) como: *“la respuesta no específica del organismo a cualquier [demanda](#) del exterior”*. El término proveniente del idioma [inglés](#) ha sido incorporado rápidamente a todos los idiomas, la idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la [conciencia](#) popular.

En 1974 Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, introduce por primera vez el término “Burnout”, equivalente a desgaste. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, es decir terminaban “desgastados”.² En la década de los 80s’ la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el “Síndrome de Burnout” y en colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, desarrolla un instrumento para su diagnóstico, denominado Cuestionario de Maslach. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo o despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Estos autores precisan muy bien los objetivos de su estudio: el Burnout es un problema que afecta a

¹Vinaccia, Alvaran 2004, El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería un estudio exploratorio, Univ.Psychol, vol.3, no. 1, pp.35-45

²Farbe B 1983 , Stress and Burnout in the Human Services Profesion Pergamon Press. Nueva York,.

muchas personas y se necesita saber más acerca de él. En 1991 Burke y Richardsen, refieren la afección en más de 25 campos de profesiones, obteniendo los siguientes antecedentes epidemiológicos:

AUTOR	AÑO	PROFESION
Kyriacou	1980	25 % Profesores
Pines, Aronson y Kafry	1981	45% Diversas Profesiones
Maslach y Kackson	1982	20-35% Enfermeras
Henderson	1984	30-40% en Médicos
Smith, Birch y Marchant	1984	12-40% en bibliotecarios
Rosse, Jonson y Crown	1991	17% en Enfermeras
Jorgesen	1992	39% estudiantes de enfermería
Price y Spence	1994	20% policías y personal sanitario
Deckard, Meterlo y Field	1994	50% en médicos

FUENTE: Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz. 2006, Síndrome de Burnout, Junio 2007, <<http://www.hfainstein.com.ar>
 Realizo: Ma. De los Angeles Garduño Juárez.

Estas cifras nos indican que nos encontramos ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas y que justifica por sí misma el desarrollo de la presente investigación, tomando en consideración que dicho suceso se ha fraguado en los últimos 20 años y sus cifras muestran un aumento considerable.

En 1994, Hidalgo y Díaz informaron que 156 médicos generales y especialistas del Hospital de Ávila, en Barcelona, presentaba el síndrome con más frecuencia ⁽¹⁾. En 1996, en EUA, Guntpalli, realizó un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas-intensivistas, de los cuales el 40% presentaron síndrome de desgaste, con detrimento emocional, principalmente atribuible a los factores organizacionales, administrativos y a los conflictos interpersonales, como desencadenantes⁽²⁾ En 1999, en Leicester Inglaterra se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado de Burnout, relacionado con el agotamiento emocional al pasar por severas depresiones, sufrir actitudes negativas y estrés en el trabajo, también relacionado con el agotamiento emocional posiblemente causado por la estrecha interrelación del médico con la salud emocional de los pacientes, sus necesidades y sus problemas ⁽³⁾.

García en el 2000, documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en el Hospital La Fe, en Valencia España, que presentaron el síndrome, de estos el 7.1% presentó, agotamiento emocional, 17.8% cinismo o despersonalización y el 23.2% pérdida del logro profesional ⁽⁴⁾, esto coincidió con

estudio realizado en 115 residentes de medicina interna de 45 escuelas, en los EUA (5). Otros autores describen que el retirarse cuando es posible, el cambiar de servicio o de ambiente de trabajo, ayuda a mejorar el nivel de este síndrome (4,5).

Para el 2000, la OMS, calificó al síndrome de Burnout como “riesgo laboral”³, con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Esto nos motiva a buscar este síndrome en los anestesiólogos, ya que no hay informes del mismo en estos trabajadores de la salud que representan un alto grado de niveles de estrés y que por las propias características de su entorno laboral se encuentra enfrentando presiones de alta productividad, competitividad, calidad, costo beneficio, exceso de horas de trabajo y ambiente laboral hostil.

Gustavo Calabrese señala que los médicos anestesiólogos están expuestos a riesgos en su práctica diaria, mismos que pueden derivar en graves consecuencias para la salud, con repercusión en los planos personal, familiar y laboral, por lo que tal situación es considerada como “*alto riesgo profesional*”.⁴ En Buenos Aires, Argentina, la Asociación de Médicos Municipales de la CBA (2001), realizó un estudio en 160 trabajadores de la salud hospitalaria (médicos, odontólogos y enfermeros) en relación con la existencia de factores que puedan desarrollar la enfermedad, refiere síntomas de ansiedad (60.5%), cefaleas (35.6%), arritmias y tensión (26.4%) en los médicos. Gibert y Alonso (2001), a su vez, encontraron que la depresión mayor, los sentimientos de culpa, la desesperación y un hogar desorganizado son factores de riesgo para llegar al suicidio. Román (2003) estudio a 287 profesionales de la salud de los niveles de atención primario y secundario, encontrando una prevalencia de 30% cursaba con síndrome de Burnout, y las más afectadas eran mujeres.

Morales, Gallego y Rotger (2004), por su parte, concluyen que los profesionales dedicados a labores de intervención en crisis y de servicio social muestran 12% de Burnout y un alto nivel de ansiedad.

En un estudio realizado en médicos de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara, México, se demostró que la presencia de factores psicosociales negativos dentro del área laboral se asocia con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas (6). Dichos autores llegan a la conclusión que las patologías más frecuentes fueron las músculo esqueléticas (20%), respiratorias (19.2%), gastrointestinales (18.3%) y las psicológicas (15.2%), y que la dimensión “agotamiento emocional” de la escala, que evalúa el síndrome fue la

³ OMS 2000., The World Health Report. <http://www.who.int/whr/>

⁴ Calabrese G (2001), Riesgos profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún.

única que se comporta como factor de riesgo de alguna enfermedad, específicamente de las gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas (7)

De igual manera, Méndez (8), señala que la tensión laboral que se ejerce sobre los trabajadores al exigirles mayor producción con mejor calidad o los trabajadores eventuales con varios cambios en el sistema y una mayor competitividad, son factores de riesgo para la salud de los trabajadores.

BIBLIOGRAFIA.

1. Díaz González R, Hidalgo Rodrigo I (1994): El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud, Rev. Clin. Esp. vol. 194, no. 9, pp. 670-6.
2. Guntupalli K, Fromm Jr. (1996), Burnout in the internist-intensivist, Intensive Care Med, vol. 22, pp. 625-630.
3. Brown C (1998), Understanding stress and Burnout in shelter workers. Professional Psychol. Research Practice, 29(4): 383-385, 1998.)
4. Garcia B, Renovell F (2000), Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de las especialidades médicas hospitalarias, Ann Med Interna, vol. 17, no. 3, pp.118-122.
5. Tait D (2002), Resident burnout and self reported patient care. Ann Med Interna, vol. 136, no. 5, pp.358-367.
6. Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez (2006), Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. Psicología y Salud vol, 16, no.01, pp.15-21.
7. Aranda, Pando, Salazar (2004), Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos de primer nivel de atención, Investigación en Salud, vol. 6, no. 001, pp. 28-34.
8. Méndez (2005), peers.comm., 20 abril Madrid

3. SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

La anestesiología es una de las profesiones en donde la ansiedad y el [estrés](#) se presenta con frecuencia, el [riesgo](#) que se corre cada vez que se anestesia un paciente, sumado a un número importante de turnos laborales, sin un adecuado descanso físico, además de la situación, que prevalece en los países latinoamericanos con gran inestabilidad [laboral](#), social y [política](#) obliga al profesional allegarse a diferentes fuentes de ingreso, creando en él situaciones que repercutirán en su [desempeño](#) profesional. Sin hablar de la situación familiar y [personal](#), por lo que se considera una profesión de alto riesgo.

El perfil de la persona más vulnerable al síndrome de desgaste laboral está caracterizado por diversos elementos tales como: autoexigencia, baja tolerancia, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual solo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas bien, esta característica es debido a la falta de búsqueda de satisfacciones personales, y el sentimiento de ser indispensables, lo cual los lleva a una obsesión profesional.

La mayoría de los jóvenes profesionistas al inicio de su carrera albergan grandes expectativas de logro profesional así como también deseos de dejar una huella positiva en la sociedad. Generalmente estas expectativas son muy difíciles de cumplir generando así sentimientos de fracaso los cuales no son reevaluados a lo largo de su vida, pueden resultar perjudiciales para la salud del individuo creando sentimientos adversos hacia su puesto de trabajo. Su ubicación en una realidad en la cual sus expectativas idealistas no concuerdan con la práctica cotidiana, y las recompensas esperadas tanto profesionales, personales y económicas no se cumplen

De estos jóvenes los más vulnerables son los del género femenino debido a que poseen doble carga de trabajo, que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades que prolongarían el rol propio de su género. En cuanto al estado civil no hay algo bien definido, el síndrome se ha asociado con personas que no tienen una pareja estable, al parecer las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con parejas

estables. En el caso de la existencia o no de hijos, hace al anesthesiólogo talvez más resistentes al desarrollo del síndrome, dado que su papel como padres les exige ser más responsables y maduros.

El horario laboral del anesthesiólogo puede conllevar al desarrollo del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio. De igual forma con la antigüedad profesional, algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos períodos correspondientes a los dos primeros años de carrera y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome ⁽¹⁾. Se encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentan y por ello siguen desempeñando su trabajo.

3.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El [concepto](#) de estrés se remonta a 1930, en la [Universidad](#) de Praga, en Checoslovaquia, donde Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales y lo denominó el “Síndrome de estar Enfermo” ⁽²⁾. Hace más de medio siglo, Hans Selye definió el estrés ante la OMS como: “*la respuesta no específica del organismo a cualquier [demanda](#) del exterior*”. El término proveniente del idioma [inglés](#) ha sido incorporado rápidamente a todos los idiomas, la idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la [conciencia](#) popular. Maslach y Jackson, especialistas en psicología de la salud, han definido al síndrome de Burnout como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicio que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

El estrés puede definirse desde dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. La primera es la propuesta por Freudenberg en 1974, quien describe el estrés como un conjunto de signos y síntomas físicos sufridos por el personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo, agotamiento, decepción y pérdida del interés por la actividad laboral y como resultado del desgaste por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables ⁽³⁾. Desde la perspectiva psicosocial, el concepto más conocido es el de Maslach y Jackson (1989) quienes lo refieren como un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios), y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el estrés psicosocial es definido como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la primera como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone

en peligro su bienestar personal. Gil-Monte y Peiró (1999) en este mismo enfoque refieren al síndrome de desgaste profesional como la respuesta al estrés laboral crónico el cual se identifica cuando la persona genera una idea de fracaso profesional, se encuentra exhausto emocionalmente y desarrolla una actitud negativa hacia las personas con quienes trabaja, de tal forma que sus estrategias de afrontamiento que habitualmente utiliza para el manejo del estrés fracasan.

Más allá de las posibles definiciones de estrés, se proponen tres puntos de vista desde los que se puede considerar el estrés:

1. Como situación, postulando que todos los estímulos del ambiente pueden actuar sobre el individuo como estímulos estresantes.
2. Como una reacción a corto plazo, consiste en reacciones musculares, alteraciones fisiológicas y sentimientos vividos de manera subjetiva que aparecen como consecuencia de estímulos provocadores de estrés.
3. Como una reacción a largo plazo, que consiste en las alteraciones del rendimiento físico o psicológico de una persona, como consecuencia de que se encuentra desde hace tiempo bajo influencias del estrés.^{V5}

El concepto de estresor, puede definirse en condiciones psicosociales de amenaza, demanda, desafío o pérdida, que de acuerdo con Wheaton (1996) y Sadin (1989), describen las características de los estresores que ponen en peligro la integridad funcional y operativa del organismo:

1. El estresor debe implicar amenaza o demanda.
2. El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de relaciones “elasticidad” de dicho organismo.
3. El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo.
4. Por su potencial no es una condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas.
5. Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por el contrario

Los estresores pueden ser originados tanto en áreas laborales como en el entorno social y hasta en el propio sujeto, pudiendo ser laborales y extralaborales como: el género, la edad, el estado civil, el

^V Ibidem I

número de hijos, el inadecuado ambiente físico de trabajo, las relaciones interpersonales difíciles, el tipo de profesión, el desarrollo de la carrera y el puesto de trabajo inapropiado, los medios tecnológicos modernos, las disfunciones en el desempeño de roles, las pocas oportunidades de decisión y de realización personal, la falta de apoyo social, entre otros (4) El estrés de trabajo se puede definir como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador. El estrés de trabajo puede llevar a la mala salud y hasta lesiones físicas.

Al estrés se ha caracterizado de maneras distintas, a saber;

- Schroeder y Costa, (1984) lo describen como un conjunto de estímulos o estresores. Así el estrés se atribuye a los condicionantes ambientales, los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes y que producen sentimientos de tensión. Así mismo Schroeder y Costa, (1985) entienden el estrés como una respuesta centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Se entiende, como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona.
- Lazarus y Folkman (1986) describe el estrés como un proceso que incluye los estresores y las tensiones, teniendo presente la interacción entre las personas y el medio, de manera que cada uno de los polos afecta y es afectado por el otro, siendo así el estrés un proceso en el cual la persona actúa como un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas, emocionales y conductuales. Las modalidades del estrés, nos indica que el concepto de estrés psicosocial no se identifica con el estrés ambiental. El primero es generado por los estresores de tipo interpersonal y actúa sobre el individuo, predominantemente a través de procesos psicológicos, mientras que el estrés ambiental es producido por estresores ambientales y actúa sobre el individuo predominantemente a través de procesos biológicos.

El concepto del estrés de trabajo muchas veces se confunde con el desafío, pero estos conceptos no son iguales. El desafío nos vigoriza psicológicamente y físicamente, motivándonos al aprendizaje de habilidades nuevas y llegar a dominar nuestros trabajos. Cuando nos encontramos con un desafío, nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo (5).

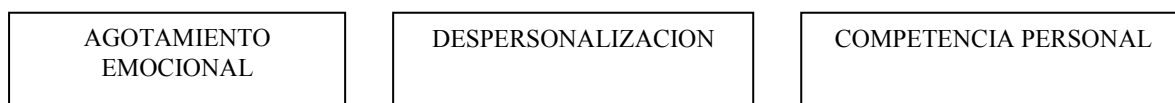
El síndrome de Burnout, como su nombre lo dice significa “estar quemado”, quemarse (fundirse) en el trabajo (del inglés *to burnout*: quemarse, *burn out*: haberse quemado). Este concepto en psicología se conoce como “fatiga laboral” o de desgaste profesional. Recordando el aspecto

psicosocial es un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como familiar, enojo, agresividad, desmoralización, sentimientos de fracaso y pérdida de la confianza en sí mismo. Resumiendo lo anteriormente expuesto en tres aspectos fundamentales:

1. Agotamiento emocional: pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral.
2. Despersonalización: falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimiento de culpa por la situación vivida.
3. Competencia Personal: sentimiento de competencia y éxito en el trabajo del profesional.^{VII}

Golembiewski y cols. (1986) presentan un modelo conceptual en cual muestran al síndrome de Burnout (ver fig. 1), el cual aparece como un proceso de desarrollo que surge como consecuencia de la existencia de estresores laborales, que inicia como la aparición de sentimientos de agotamiento emocional donde el profesional se siente exhausto y agotado de el contacto con otras personas. El agotamiento da lugar a la despersonalización en el trabajo, es decir, falta de sensibilidad con el otro, y como consecuencia de ello, aparecen de sentimientos de baja competencia personal. En este modelo, el agotamiento emocional se percibe como una tensión, y a la despersonalización como una forma de enfrentarlo, tendiendo a desarrollar actitudes poco empáticas hacia los otros, que con frecuencia traen consigo el surgimiento de sentimientos asociados con la falta de competencia en el trabajo.

Figura 1. MODELO CONPCETUAL DEL SINDROME DE BURNOUT.



FUENTE: Vinaccia S. Alvaran L. et al. (2004), El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Universidad de Psicología de Colombia vol. 3, no.1, pp.35-45.

La diferencia fundamental entre el estrés simple y el síndrome Burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

3.2 IMPLICACIONES FISIOLÓGICAS.

^{VI} Ibidem I

El estrés tiene repercusiones tanto psicológicas y sociales, ambas nos indican los cambios en el comportamiento individual y grupal de quienes desarrollan el síndrome, sin embargo los cambios fisiológicos se podrían considerar como un foco de alerta, ya que el estrés constante ocasiona una serie de eventos que alteran el equilibrio en nuestra economía. Provocando alteraciones: psicofisiológicas, psiconeuroendocrinas y psicoimmunológicas.

3.2.1 Implicaciones psicofisiológicas del estrés

Ante las situaciones de agresión el ser humano desencadena una respuesta al estrés de forma fisiológica, que en situaciones de peligro o amenaza intervienen una serie de variables que pueden condicionar de algún modo la respuesta del individuo ante el estrés, estas se denominan estresores los cuales varían de gravedad o repetición haciendo más vulnerable la estabilidad emocional, y alterando las variables ambientales del individuo. Esta interacción activa fisiológicamente el sistema neuronal y endocrino, de tal manera que este efecto se elabora a partir de dos respuestas: una respuesta rápida, autonómica, básicamente el sistema simpático, y una respuesta lenta o tardía que es dada por el sistema neuroendocrino

Tomando en cuenta que el ser humano es un organismo que se encuentra inmerso en un medio ambiente externo e interno con el que se relaciona por medio de sus sentidos, la preservación de estos sentidos y el estado de conciencia son necesarios para que el organismo pueda exponerse a un estado de estrés. Dado que en el desarrollo del estrés se encuentra implicada la percepción del sujeto, se requiere del funcionamiento de las estructuras cerebrales para el procesamiento de la información potencialmente estresante.

Es decir, que el proceso de activación necesario para desarrollar un estado de estrés se da, en primera instancia, por procesos nerviosos centrales (cogniciones: el procesamiento sensorial que hace el sujeto de la información) En segundo lugar, la consecuencia del procesamiento sensorial es la activación del organismo para responder a la situación de amenaza.

Desde el punto de vista neurofisiológico se han descrito los siguientes cuatro sistemas involucrados en la respuesta al estrés:

1. Sistema nervioso central (procesador de la información): quien se encarga de reconocer y procesar la información que puede ser estresante o no.
2. Sistema autonómico: quien se encarga de generar la primera respuesta al estrés, caracterizada por la liberación de las catecolaminas: Noradrenalina y Adrenalina.

3. Sistema neuroendocrino: genera una respuesta más lenta en tiempo y básicamente se encarga de liberar los glucocorticoides, quienes contribuye en la activación general del sistema nervioso y en la preparación al organismo para reaccionar.

4. Sistema inmunitario realiza funciones similares al sistema nervioso central (SNC) recibiendo y procesando la información en células altamente especializadas las cuales tienen un control genético específico generando con esto la respuesta autonómica e inmunitaria y endocrina. Las cuales retroalimentan constantemente al organismo para incrementar, mantener o disminuir la respuesta de estrés. Aunque son sistemas individuales, estos procesos se combinan en una mil formas para funcionar adecuadamente en la práctica.

3.2.2 Implicaciones psiconeuroendocrinas del estrés

Los efectos de los glucocorticoides ante la respuesta al estrés son importantes y necesarios, esta excitación vegetativa general y la simultánea tensión nerviosa (nivel de comportamiento motor) vuelven ahora al centro (el cerebro) iniciando el feedback sobre el estado de los receptores internos del cuerpo. Esta retroalimentación puede tener como consecuencia un incremento adicional de la excitación general (estimulación del sistema simpático) y, a la inversa, una relajación (estimulación del sistema parasimpático), al disminuir la excitación o al influir correspondientemente sobre todo el proceso.

Su activación a largo plazo puede generar efectos dañinos en la salud tales como aumento en la tensión arterial, daño en el tejido muscular, diabetes, infertilidad, inhibición del crecimiento, de las respuestas inflamatorias e inmunológicas e incluso daños en estructuras cerebrales como el hipocampo. Se han realizado diversos estudios para identificar los datos de estrés crónico en los anestesiólogos en base a los cambios en la frecuencia cardíaca, presión arterial, cambios en el electrocardiograma (EKG) o Holter, entre otros. En un estudio de cohorte Kain, Katz, Nigma (2002) estudiaron 38 anestesiólogos, de los cuales en 18% presento aumento en la frecuencia cardíaca la cual no se considero significativa, el análisis del Holter 33% presentaron ectopia ventricular, 61% presento extrasístoles supraventriculares y un 90% presento contracciones atriales prematuras al menos 1 en una hora, durante la cirugía, sin reportar cambios en el segmento ST. La tensión arterial sistólica en 17% se mantuvo con cifras >140 mmHg y la diastólica >90 mmHg durante la inducción. (7) Por lo anterior se la OMS considera a la especialidad en anestesia como una profesión de alto riesgo.

Estos sistemas se retroalimentan constantemente trayendo como consecuencia un incremento, mantenimiento o disminución de la activación producto del estrés. A nivel general se produce una variación endocrina metabólica, que ha sido considerada como un mecanismo homeostático inevitable, tras las agresiones síquicas y/o físicas de estrés, que conducen a estados hipermetabólicos y de movilización de sustratos energéticos que terminan alterando la homeostasis del organismo. La respuesta neuroendocrina es una eferencia que resulta de un estímulo aferente, se manifiesta con cambios hormonales, metabólicos, hemodinámicos y en ocasiones inmunológicos, que alteran la homeostasis normal del individuo.

Sea cual fuera el mecanismo desencadenante, provoca una típica reacción de estrés, caracterizado por hipersecreción de la hormona adrenocorticotropica (ACTH), hormona estimulante de la tiroides (STH), vasopresina, cuya traducción sistémica radica en un estado predominantemente catabólico, con elevación de las concentraciones plasmáticas de catecolaminas, cortisol y glucagón, hipoinsulinemia y caída de los valores plasmáticos de hormonas tiroideas. La activación permanente de estos sistemas puede generar daños permanentes en diversas estructuras del organismo que se traducen en enfermedades y patologías.

3.2.3 Implicaciones psico-inmunológicas del estrés

La activación inmunitaria implica procesos de respuesta lentos, dado que la información que lo regula pone en juego procesos de síntesis proteica y esta sujeta a múltiples influencias inespecíficas. El hipotálamo regula esta actividad inmunitaria mediante diversos mecanismos, ordenando los procesos de procesamiento de información y síntesis de proteínas que serán destinadas a la defensa tisular y protección orgánica. Posiblemente el endotelio también regule la respuesta en algunas células a través de la síntesis de óxido nítrico.

En la observación clínica humana, el estrés tiene efectos inmunosupresores o de inhibición inmunológica, esta acción se expresa a través de la aparición de fenómenos alérgicos, infecciosos, enfermedades auto inmunes y patología psicosomática.

Por ejemplo, la insatisfacción y la tensión crónica han demostrado que aumentan la incidencia de herpes labial y de la recurrencia de herpes genital. Actualmente se sabe también que durante periodos de estrés aumenta la incidencia de reacciones alérgicas, asma, rinitis. Así como recrudescimiento las enfermedades auto inmune como lupus eritematosos sistémico (LES), artritis reumatoidea, miastenia gravis y tiroiditis de Hashimoto cuando hay exposición al estrés prolongado en personas predispuestas.

La respuesta inmunitaria se encuentra plurideterminada por factores diversos como algunos estructurales (carga genética, edad, genero, estado nutricional, antecedentes personales, estados biológicos transitorios), sistemas neuroendocrinos, factores situacionales y ambientales que inducen un cambio adaptativo, euestrés, pero cuando esos sistemas fallan se entra en el estrés. Todas estas variables interactúan para determinar la respuesta inmunitaria y el grado de de resistencia a distintas enfermedades. La respuesta inmunitaria a su vez integra la regulación de este sistema mediante procesos de retroalimentación similares a los neuroendocrinos.

El síndrome de agotamiento profesional, es el resultado de la interacción entre factores personales comunes a muchos profesionales y específicos de la organización hospitalaria de la institución en donde trabajan. Barquín (1972) refiere que dentro del funcionamiento y la administración de un hospital este debe ofrecer eficiencia y oportunidad en la prestación del servicio médico, con un equipo humano capaz y organizado, contando con los medio físicos convenientes, para dar una calidad del servicio adecuada, y con ello lograr disminuir las cargas de trabajo y un buen ambiente laboral (8). En un momento dado estos factores se pierden y se convierten en vicios organizacionales. Los factores viciados de la organización incluyen:

- 1) Sobrecarga de trabajo,
- 2) Pérdida de control sobre lo que se realiza,
- 3) Falta de cordialidad en el lugar de trabajo,
- 4) Pérdida del sistema de recompensas,
- 5) Injusticia
- 6) Toma de decisiones con relación al conflicto con los valores. ^{vii}

3.3 CONDICIONES QUE PODRÍAN CAUSAR EL ESTRÉS

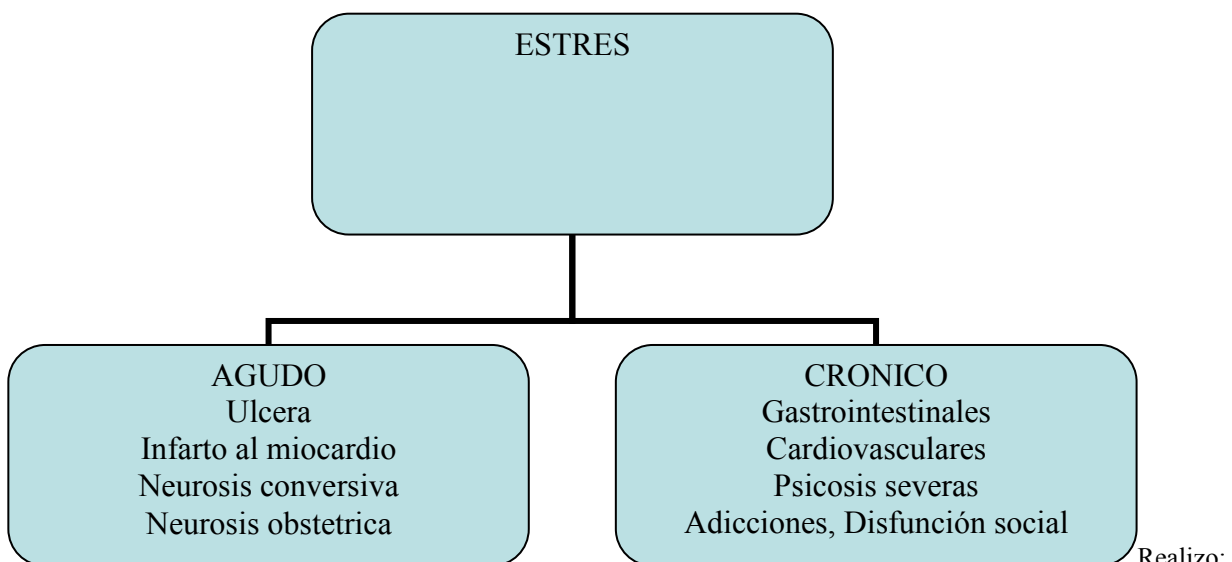
El desgaste profesional se ha descrito en multitud de profesiones en las que predomina el contacto interpersonal, tales como trabajadores sanitarios, educadores, miembros de los cuerpos de seguridad, funcionarios de justicia, personal de ambulancias, etc. Y ante esta diversidad encontramos que existen condiciones inherentes que puede causar el estrés patológico. Las principales condiciones que podrían causar estrés son las siguientes:

^{vii} Maslach C. Pines, (2000), Nurses Burnout; an existential psychodynamic perspective. J Psychosoc Nurs Ment Healt Serv, vol. 38, no.2, pp.23-31.

- El diseño de los trabajos. Trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos y horas de trabajo largos; trabajos frenéticos y de rutina que tienen poco significado inherente, no usan las habilidades de los trabajadores, y proveen poco sentido de control.
- El estilo de dirección. Falta de participación por trabajadores en la toma de decisiones, falta de comunicación en la organización, y falta de política que está favorable a la vida de familia.
- Las relaciones interpersonales. Malos ambientes sociales y falta de apoyo o ayuda de compañeros y supervisores.
- Los papeles de trabajo. Expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr, demasiada responsabilidad, demasiadas funciones.
- Las preocupaciones de la carrera. Inseguridad de trabajo y falta de oportunidad para el crecimiento personal, el fomento, o el ascenso; cambios rápidos para los cuales los trabajadores no están preparados.
- Las condiciones ambientales. Condiciones desagradables y peligrosas como las áreas de trabajo atiborradas, el ruido, la contaminación del aire, o los problemas ergonómicos (5).

Por lo tanto dada la fisiopatología, el individuo puede desarrollar dos tipos de enfermedades (Fig.2), dependiendo del estado de estrés en que se encuentre:

Fig.2 FISIOPATOLOGIA DEL ESTRÉS.



Garduño Juárez María de los Angeles.

a.- Enfermedades por estrés agudo:

- Ulcera por Estrés
- Infarto al miocardio

- Neurosis Conversivas
- Neurosis Obstétrica

b.- Enfermedades por estrés crónico

- Gastrointestinales (Dispepsia, Gastritis, Colitis Nerviosa, etc.)
- Cardiovascular (Hipertensión Arterial, Angina de pecho, etc.)
- Ansiedad, Psicosis Severas, Insomnio, Neurosis de Angustia, Trombosis Cerebral
- Accidentes, Adicciones, Conductas antisociales
- Frustración , Migraña, Depresión , Agresividad
- Disfunción Familiar , Trastornos Sexuales
- Disfunción Laboral

El desgaste profesional se ha descrito en multitud de profesiones en las que predomina el contacto interpersonal, tales como trabajadores sanitarios, educadores, miembros de los cuerpos de seguridad, funcionarios de justicia, personal de ambulancias, etc.

Las principales unidades en las que se produce el fenómeno son los quirófanos, las unidades cuidados intensivos, unidades de cuidados paliativos, establecimientos pediátricos y geriátricos, unidades oncológicas y unidades de trasplante de médula ósea y aunque se da tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, sin duda parece ser más frecuente en el hospital. La excepcional altura alcanzada por el estrés en los trabajos hospitalarios y en su personal de salud es, sobre todo, el resultado de la combinación de una labor de intensa responsabilidad con una disponibilidad y entrega continuamente abierta a las necesidades de los enfermos.

3.4 FACTORES DE ESTRÉS EN EL ANESTESIÓLOGO:

El Dr. Calabrese (2003) en la guía de prevención de la Confederación Latinoamericana de [Sociedades](#) de Anestesiología (CLASA) nos habla de diferentes factores que pueden influir en la generación del estrés en el anestesiólogo a saber:

- Los factores personales se vinculan por un lado a desajustes de las expectativas altruistas, profesionales y sociales del anestesiólogo, sumado a la potenciación de una [personalidad](#) que desarrolla un rol protagónico en su ámbito de trabajo, con una valoración de [la personalidad](#) “sobre calificada”, que muchas veces se sienten “dioses blancos” resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante.

- Los factores profesionales se vinculan por un lado al perfil del tipo de trabajo, que se caracteriza por alta responsabilidad en cuanto a la [seguridad](#) del paciente, vigilancia sostenida, manejo de pacientes críticos, manejo de pacientes complejos, decisiones de emergencias y enfrentamiento con [la muerte](#), en definitiva en estas situaciones se “transforman de [emociones](#) naturales a emociones estresantes”. Por otro, lado la modalidad laboral es un factor de importancia como generadora de estrés en la actualidad ya que el anestesiólogo esta inmerso en una [cultura](#) laboral de “alta [presión](#)”, con demanda de alta [productividad](#), [competitividad](#) y criterios de [calidad](#), todo esto sumado a calendarios inapropiados con exceso de horas de trabajo y descanso inadecuado.
- Los factores Institucionales en la generación de estrés laboral se vincula fuertemente a una [estructura](#) jerárquica rígida, a una difícil comunicación con autoridades y mandos [medios](#) en la organización donde es común la [inseguridad](#) laboral y la falta de [políticas](#) favorables a la vida de familia del trabajador.
- Los factores ambientales se vinculan a la inadecuada protección e, infraestructura laboral, donde se desarrollan por momentos en un [clima](#) intenso, rutinario, competitivo, y hostil, donde predominan las inadecuadas [relaciones interpersonales](#) que son escasas o nulas entre médicos, enfermeras y resto del personal en el cual se percibe como un fracaso estar cansado como [ideología](#) laboral, aun cuando en realidad la falta de sueño y de la fatiga crónica acumulada son moneda corriente ^{VIII}

Paladino en el 2007 nombro los factores de agresión y respuesta orgánica que vulneran la salud del anestesiólogo, estos factores predisponentes son: (Fig3)

Fig. 3. FACTORES PREDISPONENTES AL ESTRÉS Y VULNERABILIDAD INDIVIDUAL:

Factores físicos	Condiciones climáticas adversas. Cambios climáticos reiterados. Falta de activación El dolor a la enfermedad física. El ruido, el trabajo nocturno o los cambios frecuentes
Factores Biológicos	Factores genéticos o hereditarios. Factores alimenticios: La frustración, la contrariedad. Carencia o exceso alimentario.
Factores Psíquicos	La frustración, la contrariedad, la coacción, el sentimiento. La insatisfacción, el tedio, el miedo, la decepción. Las emociones intensas La indecisión, el fracaso, el éxito prematuro. Los cambios de domicilio, nacimiento de hijos, jubilación, etc.

^{VIII} Calabrese Gustavo (2003), Guía de Prevención y Protección de los [Riesgos](#) Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de [Sociedades](#) de Anestesiología. C.L.A.S.A. 2003

Factores Interpersonales.	Factores familiares Las pérdidas por muerte o separación de los seres queridos. Factores profesionales, trabajo rutinario, mal ambiente de trabajo, huelgas, desempleo.
Factores Socioeconómicos	Ingresos insuficientes, cambios abruptos del nivel socioeconómico. Superpoblación, vivienda incómoda, delincuencia urbana, agresión de los medios de comunicación de masas

FUENTE: Paladino, Héctor Martinetti.2007, [Factores de agresión y la respuesta orgánica](#). La salud del anestesiólogo: Parte I. Rev Uruguaya de Anestesiología. Marzo.

3.5 CONSECUENCIAS PERSONALES

Una característica importante del estrés es que sin importar si este es físico, intelectual o psicológico nuestro cuerpo siempre se moviliza por una reacción [física](#). Cuando estos factores se acumulan y superan la [tolerancia](#) del organismo surge el estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en los siguientes puntos:

3.5.1 ENFERMEDADES FÍSICAS.

La fatiga puede provocar alteración del estado de ánimo, cefaleas, mareos, pérdida de apetito y problemas digestivos. Además puede provocar problemas ginecológicos como irregularidades menstruales, embarazos de pretérmino, embarazos con productos pequeños para la edad gestacional y embarazos con hipertensión arterial (8). La fatiga se vincula también a los accidentes automovilísticos en anestesiólogos, así como personal sanitario luego de la jornada laboral, a injurias y accidentes laborales sobre todo en el retapado de las agujas, incrementándose ese riesgo exponencialmente luego de nueve horas de trabajo consecutivo (9) El riesgo ocupacional de transmisión luego de exposición percutánea (agujas, objetos cortantes) de sangre infectada con HIV es del 0.3% y del 0.09% cuando es por exposición a mucosa, del 6%-37% para sangre infectada con el virus de la hepatitis B y de 3%-10% para sangre infectada con virus de hepatitis C(10).

3.5.2 DETERIORO PSÍQUICO – EMOCIONAL.

La angustia, la depresión y la ansiedad. alteran el patrón de descanso corporal, reflejándose en su cantidad y calidad . Ante esta situación puede progresar a crear un verdadero cambio en el patrón del sueño, pudiendo llegar hasta la privación completa de este, esto puede generar alteraciones, inmunitarias, gastrointestinales, endocrinas y una pobre actuación psicomotora, así como probabilidad de cáncer de mama. La deprivación del sueño puede contribuir al “error humano” repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. se han observado, picos de vulnerabilidad al sueño entre las 2 o 7am por lo que los anestesiólogos que realizan trabajo nocturno regulares de y las interrupciones constantes del sueño que tiene el anestesiólogo que realiza trabajo nocturno

potencian esa vulnerabilidad y hacen más frecuente la tendencia a cometer errores humanos, con graves consecuencias en la seguridad de los pacientes. El funcionamiento cognoscitivo disminuye en un 25% cuando falta una noche de sueño y disminuye en un 40% cuando faltan dos noches. En este sentido pueden asociarse a mayor probabilidad de punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia peridural relacionado al trabajo nocturno (11). También pueden contribuir a accidentes laborales con un 50% de riesgo mayor de exposición a sangre contaminada (SIDA, hepatitis B y C) además de tener dificultad para interpretar un EKG, en realizar un calculo matemático, en hablar con fluidez y en la memoria a corto plazo, también se registran bajos puntajes de vigilancia de pacientes, disminución en la velocidad y calidad de intubación oro-traqueal.

Pero esta conducta no solo se presenta en el quirófano, sino que se extiende a su vida cotidiana en Latinoamérica el 24% de accidentes con vehículos automotores donde se ve involucrado un trabajador de la salud en general son anestesiólogos.(12).

3.5.3 TRASTORNOS EN LA CONDUCTA:

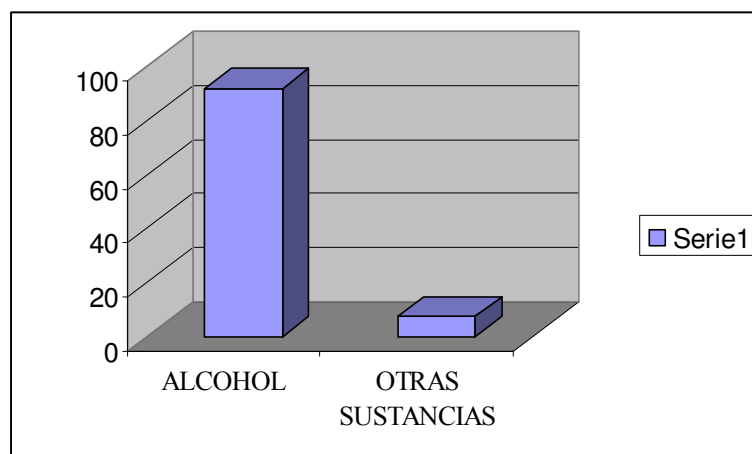
Actualmente el [alcoholismo](#) y la fármacodependencia son mucho más frecuentes en los anestesiólogos, la morbilidad por auto administración de fármacos es mas evidentes que los efectos por otros riesgos potenciales en el quirófanos.(13) La fármaco dependencia es una enfermedad compleja, devastadora, incurable, progresiva, recidivante y crónica caracterizada por una dependencia química con repercusiones en lo físico y psicológico.

La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y en especial entre anestesiólogos resulta muy difícil de establecer. Los datos surgen de estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos.

Menck EJ.(1990) en un estudios retrospectivos encontró que la incidencia de abuso de sustancias en anestesiólogos varia del 1% al 5% ,en diversos estudios en EUA (15) Los estudios prospectivos en Latinoamérica muestran una incidencia promedio de abuso de sustancias de 1.7%, donde el 75% fue a opiáceos.(15) En los EUA sólo el 4% de los médicos son anestesiólogos, sin embargo en programas de tratamiento la incidencia fue importante mostrando que el 12 – 14% de médicos tratados por dependencia química eran anestesiólogos. De estos, el 50% tenía menos de 30 años, una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos “los preferidos” con mayor frecuencia por los anestesiólogos más jóvenes. Este mismo estudio incluyo 133 programas académicos de anestesia en ese país y mostró una incidencia de abuso del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes (16). La incidencia de fármacodependencia en anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos

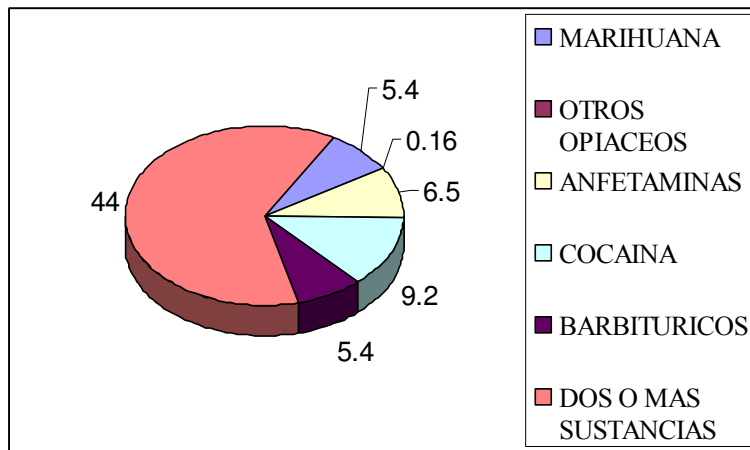
tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que de otras especialidades. Una encuesta en residentes de la American Association of Anesthesia (ASA) evidenció una incidencia de abuso del 34. 5% con predilección por el Fentanil (16). Dentro de las sustancias más utilizadas según un estudio retrospectivo de 1958 a 1988 en el Medical Collage of Wisconsin en 260 anesthesiólogos, reportan altos niveles de fármacodependencia. Esto puede apreciarse a continuación en la figura 4.

Figura 4. FARMACODEPENDENCIA EN ANESTESIOLOGIA.



Fuente: Lustky, Hopwood, (1993), Psychoactive substance use among American anesthesiology: a 30 year retrospective study, Can J Anesth, vol.40, no.10. pp. 915-21.
Realizo: Garduño Juárez María de los Angeles.

Dentro de las sustancias preferidas por los anesthesiólogos esta el alcohol en un 91.8% y en un 8.2% otras sustancias tales como se muestra en la siguiente figura 5
Figura 5. Sustancias más utilizadas por médicos anesthesiólogos, con antecedentes de fármacodependencia.



Fuente: Lustky, Hopwood, (1993), Psychoactive substance use among American anesthesiology: a 30 year retrospective study, Can J Anesth, vol.40, no.10. pp. 915-21.
 Realizo: Garduño Juárez María de los Angeles.

El uso y abuso de estas sustancias no solo se limita a una sola de ellas, sino que actualmente se combinan para obtener efectos diversos, los cuales potencializan la farmacodependencia de quienes los utilizan.

Booth (2002) describió las características del anestesiólogo adicto: los siguientes datos nos marcan un perfil a saber: el 50% son menores de 35 años, con gran representación de los residentes, siendo el 67-88% varones, el 75-96% de raza blanca, con 76-90% de adicción a los opiáceos como droga principal, asociado al 35-50% a uso de polidrogas, un 33% con familia con historia de adicciones y 65% fueron asociados a departamentos académicos.(18).

En el caso de los anesthesiólogos, además de los factores nombrados, inciden aspectos vinculados, a su intenso estilo de vida laboral (19), sobre todo el excesivo estrés crónico, la disponibilidad y el fácil acceso a la “sustancia de elección” en su trabajo diario, sumada a patrones de falta de autoestima y negación de la situación. El riesgo del suicidio en pacientes con síndrome de Burnout es seis veces mayor que en la población general, por tanto es una grave y temible consecuencia.

3.5.4 TRASTORNOS INTELECTUALES

Los trabajos de baja calidad y la dificultad de concentración, son factores intelectuales que afectan directamente el desempeño del profesional, propiciando respuestas inapropiadas con una tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas, conductas que favorecen al error humano. Williamson JA, Webb (1993) realizó un análisis sobre el error humano en procedimientos médicos, al administrar la anestesia el error humano está implicado en el 83% de incidentes de seguridad, en ese sentido la fatiga contribuyó al 50% de los errores, al 6% de los errores en cuidados anestésicos y

un 86% de errores en el manejo clínico anestésico. Además se vincula en un 2%, a incidentes críticos, y al 10% de errores en la administración de drogas equivocadas (20).

3.6 CONSECUENCIAS FAMILIARES

La despersonalización y el cansancio emocional del anestesiólogo no solo se reflejan en su trabajo sino también en el plano familiar y pueden llegar a ser muy graves caracterizándose por aislamiento, sentimiento de culpa, reproche familiar por exceso de trabajo, pobre participación en [eventos](#) trascendentes de la vida familiar, fracaso vínculos inadecuados con sus hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar.

Todo lo anterior de no ser adecuadamente encausado puede desencadenar violencia doméstica y crisis de dependencia alterando la conducta del individuo volviéndose demandante hacia quienes tienen a su cargo, la atención médica, psicológica, legal o social de las mismas. Por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial.

3.7 CONSECUENCIAS LABORALES

En el plano laboral las consecuencias son evidentes la falta de [interés](#), el ausentismo y [el trabajo](#) de pobre calidad, pudiendo llegar a la inadecuada praxis y por ende problemas legales. Todas estas situaciones con llevan a la pérdida de la [imagen](#) del profesional y en algunas ocasiones el abandono o el [cambio](#) del trabajo, debido al estrés crónico laboral o síndrome Burnout.

Las extensas jornadas laborales se vinculan a los calendarios inadecuados, en los cuales existe un desequilibrio entre las horas trabajadas y las horas de descanso. En diversos estudios se muestran cambios importantes en los anestesiólogos de acuerdo a las horas trabajadas por ejemplo: en Latinoamérica se registraron cargas de trabajo entre 24-72 horas semanales (15), y entre 24-96 horas semanales en USA (20), en Nueva Zelanda el registro fue entre 35-95 horas semanales, remarcando que el 47% de especialistas reportaron trabajar más de 70 horas semanales en los últimos 6 meses, y periodos continuos de trabajo de 20 horas promedio (21), en el Reino Unido la cifra fue de 48-112 horas semanales, con 75 horas semanales (22). Estos hallazgos encontrados en la literatura se muestran en la figura 6, que a continuación se muestra:

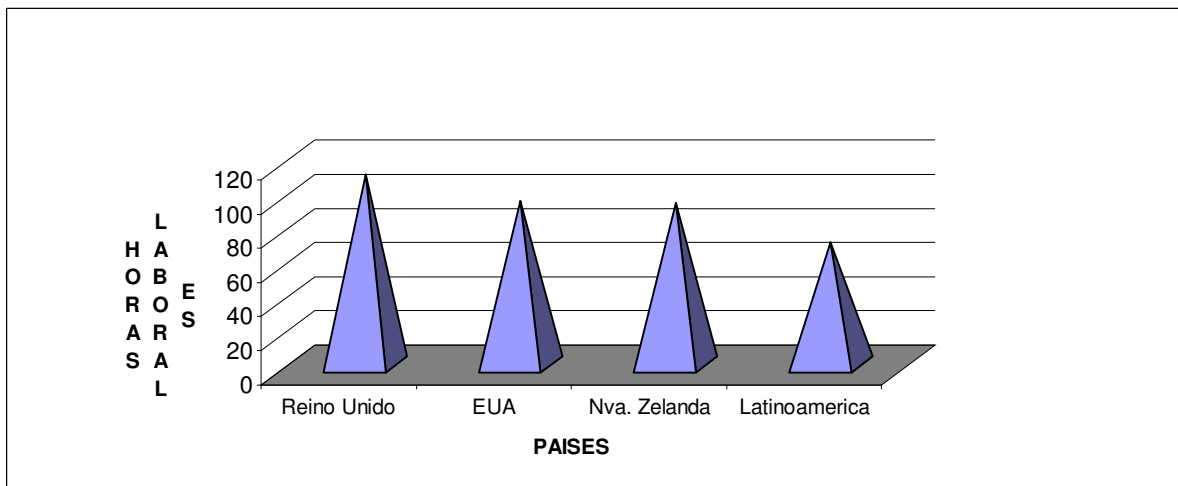


Figura 6:

a 6: Distribución de horas laborales en anestesiología.

FUENTE: Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK. (1990), Work and rest cycles in anesthesia practice. Anesthesiology, vol.72, pp.:737-742.

REALIZO: Ma.de los Angeles Garduño Juárez.

En el caso de los residentes de anestesia en EUA se registraron cargas laborales de 48-96 horas semanales, con 36 horas continuas de trabajo (20), en Nueva Zelanda se registraron entre 45-70 horas semanales, donde el 79% trabajaron más de 70 horas a la semana en los últimos 6 meses, periodos continuos de trabajo de 20 horas promedio, y un promedio de 2.7 noches por semana (21).

Lo anterior se puede apreciar en la Figura 7, a continuación:

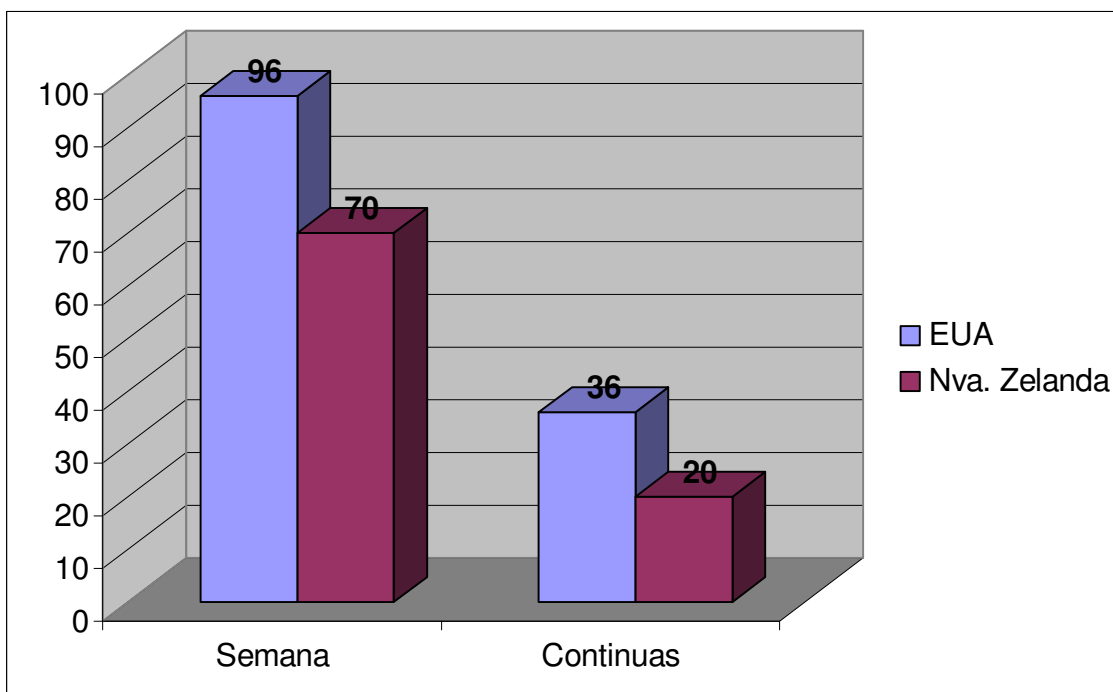


Figura 6:

Distribución de horas laborales en varios países del mundo sobre anestesiología

FUENTE: Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK. (1990), Work and rest cycles in anesthesia practice. Anesthesiology, vol.72, pp.737-742.

REALIZO: Garduño Juárez María de los Angeles.

En la mayoría de los estudios realizados registran cargas laborales que exceden las 58 horas semanales que dictan las regulaciones de horas de la Comunidad Europea en el campo médico en la actualidad y las 48 horas semanales establecidas para comenzar a regir a partir del 2009 (22), así como las regulaciones para el trabajo de residentes médicos en EUA que es de 80 horas semanales vigente desde el 2003 (23).

En Latinoamérica no existen regulaciones específicas para el especialista de anestesia y/o residente, estando en proceso la realización del código regulador de horas de trabajo para el anesestesiólogo por la CLASA. Sin embargo de acuerdo a las horas laborales y de descanso se han dividido en tres grupos para clasificar en bajo, significativo o alto riesgo profesional:

- Riesgo bajo, se considera cuando se trabaja menos de 50 horas semanales, 10 horas consecutivas trabajadas al día, no realiza turnos nocturnos, no realizan extensión del turno en la noche, y disponen de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo, 2 días libres de trabajo por semana.
- Riesgo significativo. Es cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, uno o dos turnos nocturnos por semana, teniendo extensión del turno en la noche, con menos de 10 horas de trabajo, 1 día libre de trabajo a la semana.
- Riesgo Alto se da cuando se trabaja 70 o más horas a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos dos veces por semana, tres turnos nocturnos por semana, tiene extensión nocturna no tienen día libre ^{IX}.

La Asociación Médica Australiana establece que aquellos médicos que trabajen cargas laborales superiores a las 70 horas semanales tienen alto riesgo para la salud y por ende tienen mayor probabilidad de riesgos de accidentes, injurias y enfermedades, tal como se ha descrito en párrafos anteriores.

^{IX} Calabrese G. (2002), Influencia del estilo de vida laboral del anesestesiólogo en la salud. En Anesestesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anesestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anesestesiología www.anestesia.com.mx/congreso Noviembre.

BIBLIOGRAFIA.

1. López Elizalde Carlos.(2004), Síndrome de Burnout. Revista Mexicana de Anestesiología, vol.27, no.1, pp.131-133.
2. Farbe B (1983), Stress and Burnout in the Human Services Profesion Pergamon Press. Nueva York,.
3. Freudenberg. (1975), The staff burnout syndrom in alternative institutions. Psychother Theory Res Pract, vol.12, pp.72-83.
4. Maslach C. Jackson S.E. (1981), Maslach Burnout Inventory. Palo Alto California:Consulting Psychologists Press,
5. Pieró J.M. (1992), Desencadenantes del estrés laboral. Madrid, España Editorial Eudema.
6. Abdelmalak B, (1999) Stress in american anesthesiology residencies. ASA Newsletter. Junio 2007,<<http://www.asahq.org/-Newsletters/1999/1299/resident1299.HTML>>
7. Kain, Katz, Nigma (2002), Anesthesiologists and Acute Perioperative stress: a cohort study. Anestesia and analgesia vol.95, pp.177-83.
8. Manuel Barquín. (1972), Dirección de Hospitales, Organización de la atención médica 3ra. Edición. Editorial Interamericana. Capitulo 3.
9. Miller NH, Katz VL, Cefalo RC.(1989), Pregnancies among physicians: a historical cohort study. J Reprod Med vol.34, pp.790-796.
10. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA, Muelleman RL. (1999), The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. Acad Emerg Med, vol.6, pp.1050-1053.
11. Gerberding J L.(1955), Management of occupational exposure to blood-borne viruses. NEJM, vol.332, pp.444-451.
12. Aya GM. (1999), Increment risk unintentional dural punturet in night- time obstetric epidural anaesthesia. Can J Anesth vol.46, pp.665.-669.

13. Dixon JM, Doyle PW. (1999), Are anaesthetic trainees a high-risk group for road accidents ? *Anaesthesia*. vol.54, pp.1232-1233.
14. Arnold W P III. (1998), En *Anestesia*. Editor Miller R. Seguridad medioambiental , incluida la dependencia de agentes químicos. Harcourt-Brace Edición en español. pp.2619.
15. Menck EJ. (1990), Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse *JAMA* vol.26, no.3, pp.3060.
16. Calabrese Gustavo (2001), .Informe preliminar sobre “Encuesta de riesgos profesionales del anesthesiólogo en Latinoamérica “. Comisión de riesgos profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA . XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología .San Salvador. El Salvador. Centro América.
17. Booth J. (2002), Substance abuse among physicians: A survey of academic programs. *Anesth Analg*, vol.95, pp.1024-1030.
18. American Society of Anesthesiologists. Task Force on Chemical Dependence. Model curriculum on drug abuse and addiction for residents in anesthesiology. Junio 2007, <<http://www.ASAhq.org/Proinfo/Curriculum.htm> >
19. Calabrese G.(2002), Influencia del estilo de vida laboral del anesthesiólogo en la salud. En *Anesthesiólogos Mexicanos en Internet*. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología Mayo 2007, <<http://www.anestesia.com.mx/congreso> >
20. Williamson JA, Webb RK. (1993), Human failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anesth Intens Care* vol.21, pp.678-683.
21. Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK. (1990), Work and rest cycles in anesthesia practice. *Anesthesiology* vol.72, pp.737-742.
22. Gander PH, Merry A, Millar MM, Weller J. (2000), Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. *Anaesth Intensive Care* vol.28, pp.178-183.
23. Leiper R. (2002), Applying the working time directive to doctors in training. *BMJ* pp.325:S65
24. Hopkins J. United (2003), States limits resident physicians to 80 hour working week. *BMJ* 326:468.

4. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

El Hospital General de México (HGM) es un organismo descentralizado por decreto presidencial a partir del 11 de Mayo de 1995. Forma parte de las Dependencias y Entidades que componen el Sector Paraestatal de la Administración Pública de México. Su objetivo básico y general es coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, proporcionando servicios médicos de alta especialidad e impulsando los estudios, programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia, sectorizado en la Secretaría de Salud.

La política de Enseñanza del Hospital General de México radica en dar orden y congruencia a las estrategias de los programas de trabajo de la Dirección General y de la Dirección de Enseñanza con una visión integral de la educación del personal de salud de la Institución y de las Instituciones de Educación Superior que participa en conjunto con el Hospital General de México para la formación del capital humano, ante los retos políticos y sociales que enfrenta el Hospital en un entorno de competitividad. Todo ello siempre orientado en la búsqueda de contribuir al objetivo trascendental: la Educación de Excelencia en el Hospital General de México y Organismo Publico descentralizado (OPD).

El objetivo de los CURSOS UNIVERSITARIOS DE ESPECIALIZACION MÉDICA (residencia médica) es la de formar médicos especialistas competentes, capaces de responder a las demandas y expectativas de salud de la población mexicana, que se adecuen al nivel de desarrollo de los servicios asistenciales y apropien de la ciencia médica en constante renovación.

La UNESCO define las competencias como: el conjunto de comportamientos socioafectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o tarea en este caso en la practica medica de excelencia.

4.1 DESCRIPCION DEL AREA DE ANESTESIOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

El área de Anestesiología del Hospital General de México esta formada por 90 anestesiólogos de base, distribuidos en los diferentes quirófanos desde cirugía general como las diferentes

especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Gineco-Obstetricia, Oncología, Neumo-Cardiología, Neurología y Pediatría), además de participar en procedimientos fuera de quirófano como Radiología intervencionista, Tomografías, Resonancia Magnética, Colonoscopia, etc.

En el área de residencia médica cuenta en esta generación con 37 residentes distribuidos en los 3 años, 10 R3, 16 R2 y 14 R1 (11 en el HGM y 3 en la subsede en el estado de Cuernavaca, Morelos).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Después de revisar la teoría se encuentra que la mayoría de los jóvenes profesionales en la especialidad médica de anestesiología al inicio de su carrera albergan grandes expectativas de logro profesional así como también deseos de dejar una huella positiva en la sociedad. Por lo general sus expectativas son difíciles de cumplir generando así sentimientos de fracaso, que al no ser superadas puedan ser perjudiciales para la salud del individuo.

En este contexto el anestesiólogo, dadas sus características crea muchas expectativas en el trabajo, estando aun más propenso a un estado de fatiga en cuanto a su fervor a una causa, estilo de vida o relación, la cual no ha generado los resultados esperados. Y durante su proceso de reevaluación asegura que sus metas no se han cumplido, provocando en él un estado de decepción en donde sus capacidades se ven bloqueadas al insistir en una condición que se escapa de sus posibilidades.

Al considerarse la anestesiología como una profesión de alto riesgo, hace relevante la evaluación de quienes la practican o son candidatos a formar parte de dicha especialidad, ya que de no ser evaluada correctamente empobrece el crecimiento personal y laboral de los mismos y por ende también de la sociedad a la cual brindan sus servicios.

El objetivo de dicha investigación es describir los probables factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de desgaste laboral o Burnout en los Médicos de anestesiología del Hospital general de México de Base y Residentes, por medio del Cuestionario de Maslach.

6. HIPÓTESIS.

Los residentes del servicio de anestesiología del HGM son más vulnerables a desarrollar el síndrome Burnout que los médicos de base, debido a su inexperiencia en el aspecto, laboral y de realización personal. Los médicos de base al aumentar sus años de experiencia tienden a disminuir sus niveles de estrés y por lo tanto no llegan a desarrollar el síndrome de Burnout.

7. JUSTIFICACIÓN.

El síndrome de Burnout ya está presente en diversos centros de trabajo y el área de la salud es una de las más afectadas, por ello es necesario conocerlo, difundirlo, medirlo y tomar en cuenta sus repercusiones en las poblaciones médicas de alto riesgo. El propósito de esta investigación es la de cuantificar e identificar los grupos de riesgo para favorecer la toma de conciencia, promover estilos de vida adecuados, hábitos saludables entre los afectados y prevenir el desarrollo de esta patología, con ello lograr una práctica médica de calidad tanto para el profesional como para el paciente.

8. OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Laboral o de Burnout en la población de residentes y médicos de base del área Anestesiología del Hospital General de México.
2. Conocer los valores de los tres componentes del cuestionario de Maslach.
3. Conocer la asociación de situaciones personales sociodemográficas y profesionales con los valores de Burnout.
4. Conocer la asociación de percepciones personales con los valores de Burnout.
5. Establecer puntos de corte para cada componente del Síndrome de Desgaste Laboral, de acuerdo al cuestionario de Maslach.
6. Analizar algunos de los riesgos profesionales para la salud del anestesiólogo de mayor preocupación e impacto en la actualidad.

9.- METODOLOGIA

Para el presente estudio se utilizó una metodología descriptiva con la finalidad de conocer de manera directa la percepción de los médicos de base y residentes de la posible presencia del síndrome de Burnout en el área de anestesiología.

El área de Anestesiología del Hospital General de México está formada por 90 anestesiólogos de base, distribuidos en los diferentes quirófanos desde cirugía general como las diferentes especialidades. En el área de residencia médica cuenta con 40 residentes: 10 R3, 16 R2 y 14 R1 (11 en el HGM y 3 en la subsección en el estado de Cuernavaca, Morelos).

El Universo de trabajo se tomó la totalidad de los médicos de base de turno matutino (45 Médicos de Base) y a los residentes de los diversos años, (30 Residentes).

9.1 UNIVERSO DE TRABAJO

El presente proyecto se llevo a cabo en los Médicos de base y Médicos Residentes de la especialidad de Anestesiología del Hospital General de México, mediante la aplicación de dos cuestionarios (Maslach e identificación de factores de riesgo).

Se excluyen a 3 residentes de primer año, ya que se encuentran en la subsede en Cuernavaca, Morelos; de la misma forma se excluyen aquellos que se encuentran en su periodo vacacional o de campo, al momento de la aplicación de los cuestionarios.

Se excluyen los médicos de base del turno vespertino debido que ellos presentaban una mas de las variantes no contempladas para todos los individuos de la muestra. El tamaño de la muestra es de 75 individuos médicos residentes y de base. El programa estadístico utilizado fue el SPSS V12. Estudio de corte Transversal realizado en el Hospital General de México en el Departamento de Anestesiología, México DF Julio de 2007

CRONOGRAMA

- Elaboración de Cuestionarios a aplicar
- Aplicación de cuestionarios en la Reunión General Mensual
- Vaciado de la información en hoja de calculo
- Tratamiento estadístico de los datos
- Validación y discusión de resultados.

INSTRUMENTOS

1. Maslach Burnout Inventory (MBI).

El instrumento utilizado para medir el Síndrome de desgaste laboral o Burnout fue el Maslach Burnout Inventory o MBI. El cual fue elaborado por Maslach y Jackson en 1981, el cual se adecuó al castellano por Ferando y Pérez en 1996. El cuestionario contiene 22 preguntas en forma de enunciados acerca de los sentimientos y actitudes hacia en trabajo y a las personas a las que se atiende. El instrumento contiene tres subescalas las cuales contemplan lo siguiente:

a. Agotamiento Emocional:

El cual mide la sensación de extenuación, la cual aparece como resultado de la actividad laboral. Este se define como la ausencia de energía y destrucción de los recursos emocionales con la experiencia de que no queda nada que brindar u ofrecer originando ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes desconfiadas. A esta subescala le pertenecen los ítems 01, 02, 03,06, 08, 13, 14, 16 y 20.

b. Despersonalización:

Esta subescala evalúa la respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los beneficiarios. Se conceptualiza como el desarrollo de una actitud disposición y concepto de sí misma negativa, aunada a la ausencia de la autoestima y la imposibilidad de afrontar contextos ya experimentados y resueltos eficazmente. Los ítems que le corresponden a la escala son el 05, 10, 11, 15 y 22.

c. Realización Personal:

Se evalúan sensaciones de satisfacción, triunfo y competitividad en la actividad laboral diaria. Esta escala se conceptualiza como el impedimento de cubrir las expectativas antes de la profesión, la cual otorga al trabajador una sensación aumentada de incompetencia. Los ítems que le corresponden con el 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21.

Los enunciados se miden en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor que oscila de 0 a 6:

- 0 = Nunca
- 1 = Alguna vez al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Algunas veces al mes o menos
- 4 = Una vez por semana
- 5 = Algunas veces por semana
- 6 = Todos los días.

Estas dimensiones o escalas poseen valores de fiabilidad (Alfa de Cronbach) admisibles. El cansancio emocional tiene un alfa de 0.90, la despersonalización 0.79 y la realización personal 0.71.

Tabla I EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE MASLACH EN EL SECTOR SANITARIO.

	<i>BAJO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>ALTO</i>
Cansancio emocional	≤ 18	19 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6 – 9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34 – 39	≤ 33

FUENTE: Sindicato de Médicos Anestesiólogos de Cantabria.(2006) Encuesta de Malsch de los servicios de Anestesiología de los Hospitales de la Comunidad de Cantabria, España., vol.1, pp.2-15

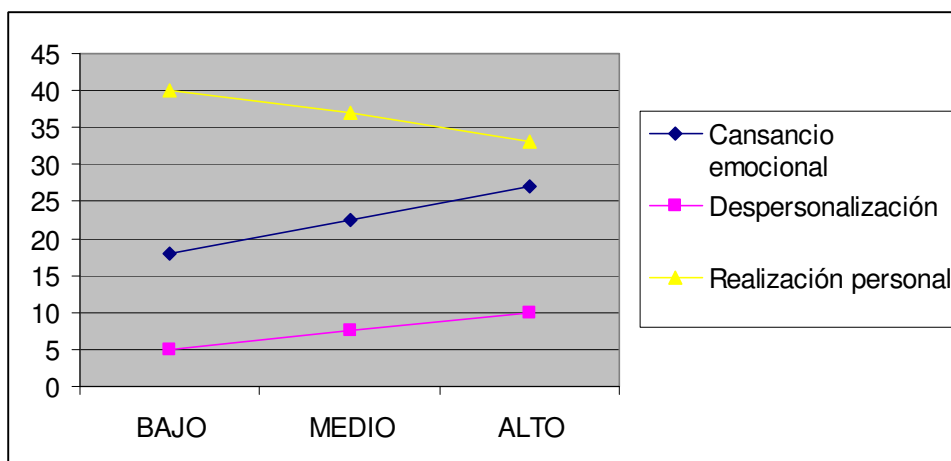


Figura 1 Representación de la Escala de Maslach.

Realizo: Garduño Juárez Ma. De los Angeles.

La segunda parte del estudio corresponde a obtener las variables independientes como son: Edad, género y algunas otras que nos ayudaran para identificar los factores de riesgo.

Se aplicó un segundo cuestionario validado en constructo y contenido por expertos; para recabar la información de los factores de riesgo, se les confirmó la confidencialidad, ya que los cuestionarios se recabaron en forma anónima

10. PROCEDIMIENTO.

Se aplicó el cuestionario de Maslach y de identificación de factores de riesgo, en forma individual, a los residentes se aplicó en la sesión general mensual del servicio de Anestesiología correspondiente al mes de Julio del 2007. El resto de los encuestados fue de acuerdo a la disposición de los médicos de base y dentro de la institución, del 2 al 4 de Julio del 2007.

Se procedió a recopilar todos los datos en el programa Excel, y de acuerdo a la escala de tipo Likert, se califico cada una de las encuestas aplicadas, realizando las tablas y graficas correspondientes.

11. RESULTADOS SOBRE DATOS GENERALES.

A continuación se presentan los resultados encontrados, primero en la encuesta datos generales, posteriormente se observará el análisis estadístico realizado.

La población en total a la cual se le aplico ambos cuestionarios fue de 75 personas (45 médicos de base y 30 residentes), con una edad media de 37.5. Esta distribución por edades se muestra en a la tabla II:

Tabla II. El síndrome de Burnout en el HGM.
Distribución por edades de la muestra seleccionada.

DISTRIBUCIÓN EDADES	%
25 A 33	48
34 A 42	10.6
43 A 51	30.6

52 A 60	9.3
61 A 69	1.3
TOTAL	99.8

De acuerdo al genero: el 8.6 % corresponde al sexo femenino, mientras un 41.3% al sexo masculino. Así mismo se identificaron patologías crónico degenerativas y su distribución se puede apreciar en la tabla III.

Tabla III. El síndrome de Burnout en el HGM
Distribución por patologías de la muestra seleccionada.

PATOLOGÍA	%
DIABETES MELLITUS	2.6
ENF. DE LA COLAGENA	1.3
CARDIOVASCULAR	9.3

La distribución de acuerdo al estado civil de los médicos considerado en este estudio presento los siguientes resultados de forma descendente: casados con el (45%); solteros en un (44%); unión libre (5%); divorciados (4%); y finalmente viudos con el uno por ciento.

La distribución de acuerdo al número de hijos de los médicos considerados en el estudio presento los siguientes resultados de forma descendente: ningún hijo (49.3%); 2 hijos (21.3%), un hijo (18.6%), tres hijos (6.6%) y cuatro o más hijos (4%).

Referente a la antigüedad por años se obtuvo una media de 10.3 años, y su distribución se muestra en la siguiente tabla IV.

Tabla IV: El síndrome de Burnout en el HGM
Distribución por años de antigüedad de la muestra seleccionada.

AÑOS DE ANTIGÜEDAD	%
1 a 8	50.6
9 a 17	21.3
18 a 26	21.3
27 a 35	6.6
TOTAL	99.8

La institución en la cual desempeñan la mayor parte de sus horas laborales, corresponde en orden descendente de la siguiente forma: SSA (80%), otras instituciones (18.6%), ISSSTE (1.3%) y por último IMSS (0%).

La distribución de acuerdo al turno en el cual laboran se encontró: en el matutino (45.3%), más de un turno el 24hr (41.3%), en el vespertino (12%), y en el nocturno (1.3%). El (44%) de los encuestados realizan procedimientos a nivel particular, mientras que (56%) solo realiza actividades a nivel institucional. De acuerdo al número de procedimientos en 24 horas se reportan 527 con una media 7.02 en 24hrs. El total de horas laborales por semana en general son 3818 hrs. en promedio 50.9 hrs por semana. El (30.6%) de los encuestados han pensado trabajar aun después de jubilarse mientras que un (69.3%) refiere no continuar laborando como anestesiólogo después de jubilarse.

El grado de estrés de los encuestados durante un procedimiento anestésico en orden descendente fue, (54.6%) refiere grado regular de estrés, el (32%) poco estrés y solo un (13.3%) mucho estrés.

El (45.3%) de los encuestados sienten que las normas institucionales le limitan en la toma de decisiones en relación a su trabajo, y el (54.6%) no refieren limitaciones. Sobre la pérdida de control durante el procedimiento anestésico, evaluando con una escala del 0 al 10 (donde 0 = control total y 10 = pérdida total del control), de acuerdo a las encuestas la calificación fue de 2.62 es decir, mantienen un adecuado control durante el acto anestésico. El (20%) de los encuestados refieren que la institución reconoce su desempeño mediante estímulos, y un (80%) refiere no recibir estímulos por su desempeño. Sin embargo en una escala de 0 al 10 (donde 0= buen estímulo y 10 = nada estímulos) recibe calificación de 3.17, es decir que los estímulos son buenos.

La distribución de acuerdo al ambiente laboral se muestra en la tabla V

Tabla V: El síndrome de Burnout en el HGM

Distribución de acuerdo al ambiente laboral en la muestra seleccionada.

AMBIENTE LABORAL	%
BUENO	58.6
REGULAR	34.6
MALO	5.3
MUY MALO	1.3

El (54.6 %) de los encuestados sienten que es justa la forma en que son tratados por sus directivos, mientras el (45.3 %) refieren el trato como injusto. Por otra parte; un (50.6%) de los encuestados ha tenido que aceptar procedimientos aun en contra de su opinión personal y solo el (49.3%) no se ha presentado este problema.

La relación entre las decisiones de trabajo y la política de la institución se muestra en la tabla VI donde se aprecia además de ser calificada.

Tabla VI: El síndrome de Burnout en el HGM

Distribución de acuerdo a las decisiones de trabajo y política de la institución de la muestra seleccionada.

CALIFICACIÓN	%
CONGRUENTES	34.6
REGULARMENTE CONGRUENTES	52
DISCREPANTES	13.3
MUY DISCREPANTES	0

La calificación que le otorgaron a sus directivos en una escala del 0 al 10 (siendo 0 = Justa y 10 = muy injusta) recibió un 5.86 es decir que la relación entre los médicos de base y los residentes con sus directivos es calificada como regular. Las situaciones en las cuales consideran que un anestesiólogo puede perder el control se muestra en la siguiente tabla VII.

Tabla VII: El síndrome de Burnout en el HGM

Situaciones que ocasionan pérdida del control durante el acto anestésico

SITUACIÓN	%
EXCESO DE PACIENTES	8
FALTA DE MATERIAL	49.3
FALTA DE APOYO DEL EQUIPO DE TRABAJO	33.3
NINGUNA	9.3

11.1. RESULTADOS DE ACUERDO A LA ENCUESTA DE MASLACH.

11.1.1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(9) Preguntas, 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16 y 20. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Tabla I: CANSANCIO EMOCIONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC BASE	FREC RES	TOTAL	%
ALTO	6	7	13	17
MEDIO	2	9	11	15
BAJO	37	14	51	68
	45	30	75	100

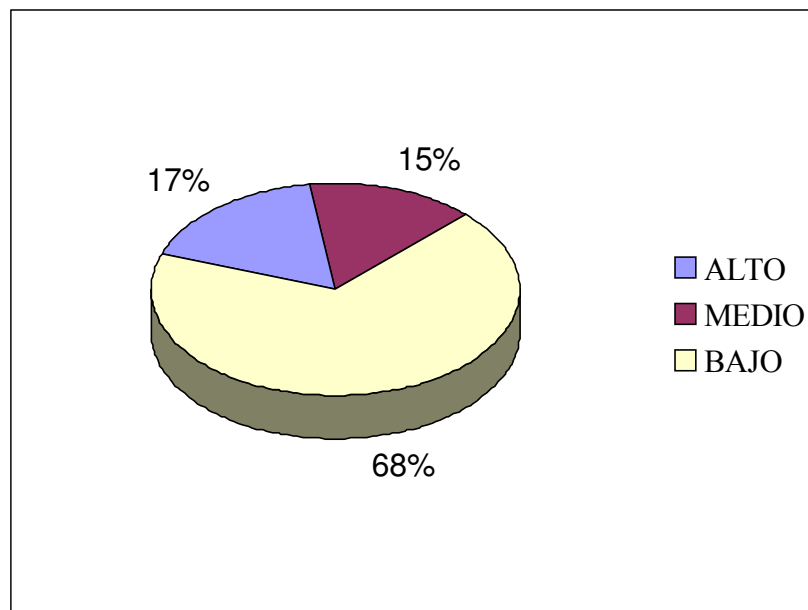


Figura 1: Cansancio emocional en residentes y médicos de base de anestesiología en el HGM. De acuerdo al cansancio emocional, en los encuestados, tanto en médicos de base como residentes y de acuerdo a la clasificación de Maslach, se observa que el (68%) presentan un nivel bajo en este rubro, mientras el (17%) nivel alto y (15%) en nivel medio.

11.1.2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(5) PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento

Tabla II: DESPERSONALIZACION EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC BASE	FREC RES	TOTAL	%
ALTO	6	3	9	12
MEDIO	7	4	11	15
BAJO	17	38	55	73
			75	100

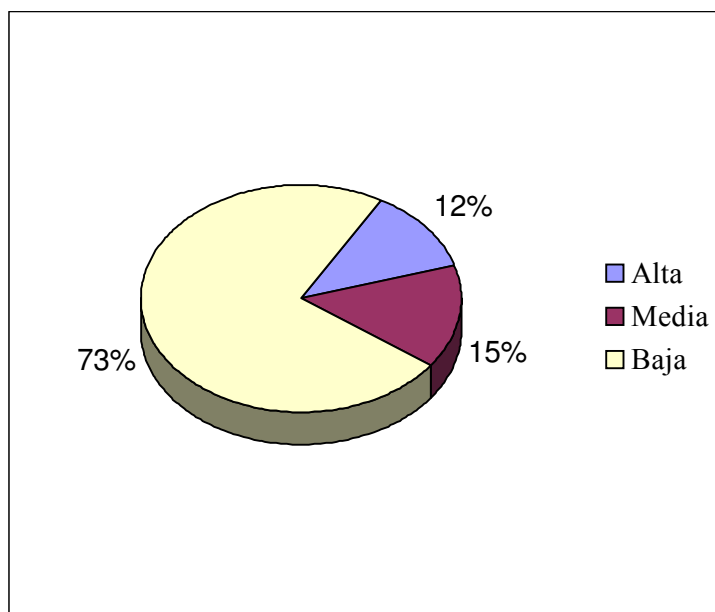


Figura 2: Despersonalización en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM. Tomando en cuenta los parámetros de la clasificación del cuestionario de Maslach, los encuestados presentan un nivel bajo de despersonalización con un (73%), el (15%) en media y por último (12%) en alto, sin embargo la diferencia entre estos dos últimos es mínima.

11.1.3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(6) PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Tabla III: REALIZACION PERSONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC BASE	FREC RES	TOTAL	%
ALTO	3	9	12	16
MEDIO	5	5	10	13
BAJO	37	16	53	71.6
			75	100

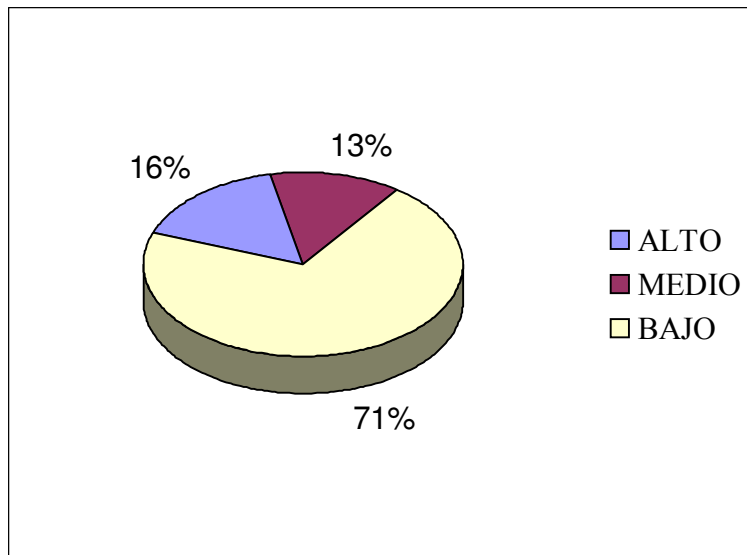


Figura 3: Realización personal en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM. De acuerdo a la realización personal, en los encuestados, tanto en médicos de base como residentes y de acuerdo a la clasificación de Maslach, se observa que el (71%) presentan un nivel bajo en este rubro, mientras el (16%) nivel alto y (13%) en nivel medio.

11.2 VALORES MEDIOS DE LAS TRES SUBESCALAS.

De acuerdo con las encuestas realizadas no se aprecian alteraciones en las tres subescalas, se encuentran en un nivel bajo, como se puede apreciar en la figura 4, coincidiendo con la tabla I

Tabla IV: VALORES MEDIOS DE LAS TRES SUBESCALAS EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM

VALORES MEDIOS	
CANSANCIO EMOCIONAL	14.68
DESPERSONALIZACIÓN	3.88
REALIZACION PERSONAL	41.01

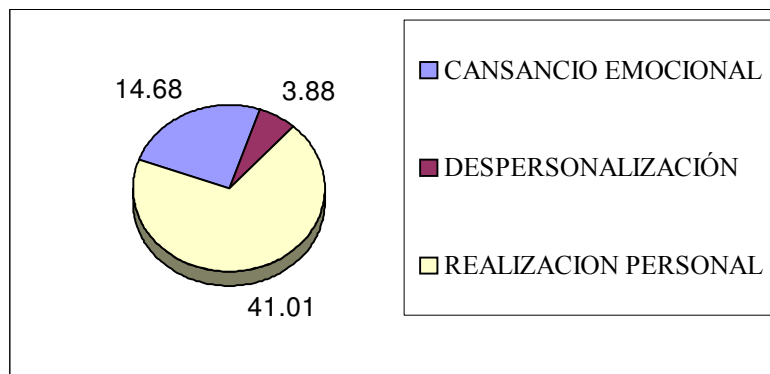


Figura 4: Valores medios de las tres subescalas en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM

Tabla I EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE MASLACH EN EL SECTOR SANITARIO

	BAJO	MEDIO	ALTO

Cansancio emocional	≤ 18	19 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6 – 9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34 – 39	≤ 33

FUENTE: Sindicato de Médicos Anestesiólogos de Cantabria.(2006) Encuesta de Malsch de los servicios de Anestesiología de los Hospitales de la Comunidad de Cantabria, España., vol.1, pp.2-15.

11.2.1 PERSONAS CON VARIABLES DE DESGASTE PROFESIONAL ELEVADAS.

Tabla V: VARIABLES DE DESGASTE PROFESIONAL ALTERADAS EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGM.

1 Variable	14	18.6
2 Variable	3	4
3 Variable	4	5.3
0 Variable	54	72

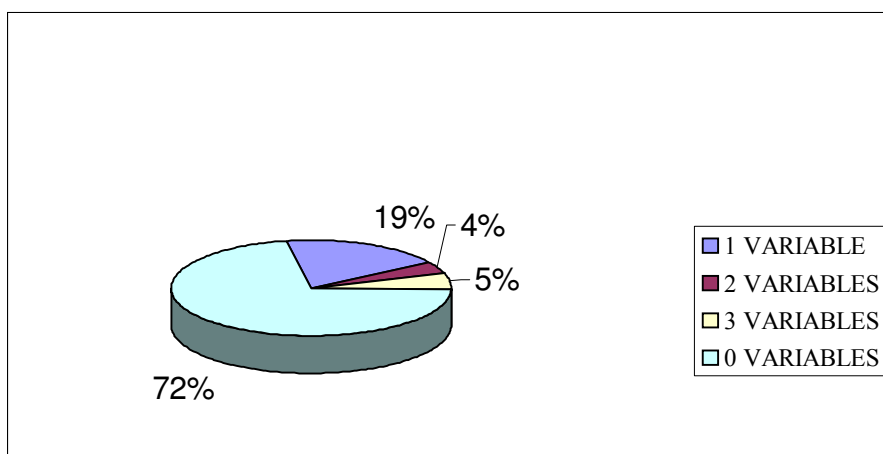


Tabla 5: Variables de desgaste profesional alteradas en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM

De los encuestados solo el (72%) no presento alteraciones en ninguna de las variables, el (19%) presento una variable alterada, un (5%) con tres variables alteradas y (4%) mostró alteradas 2 variables.

12. RESULTADOS DE ACUERDO A LAS DIFERENTES VARIABLES.

La tabla I en la cual se percibe de manera global los resultados de las tres dimensiones o subescalas que integran el MBI: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, todo esto de manera general, puesto que aún no se había aplicado el tratamiento estadístico de la desviación estándar para conocer la relación que existía ante el puntaje obtenido en la prueba, con las demás variables que estaban siendo analizadas, en el estudio.

TABLA I. Análisis descriptivo de las dimensiones de la escala.

Dimensiones de Maslach	Num. De sujetos	Media	Desviación Estándar
Cansancio Emocional	75	14.68	10.60
Despersonalización	75	3.88	4.62
Realización Personal	75	40.98	6.64

Los resultados ofrecidos por este análisis se pueden ver en el siguiente histograma.

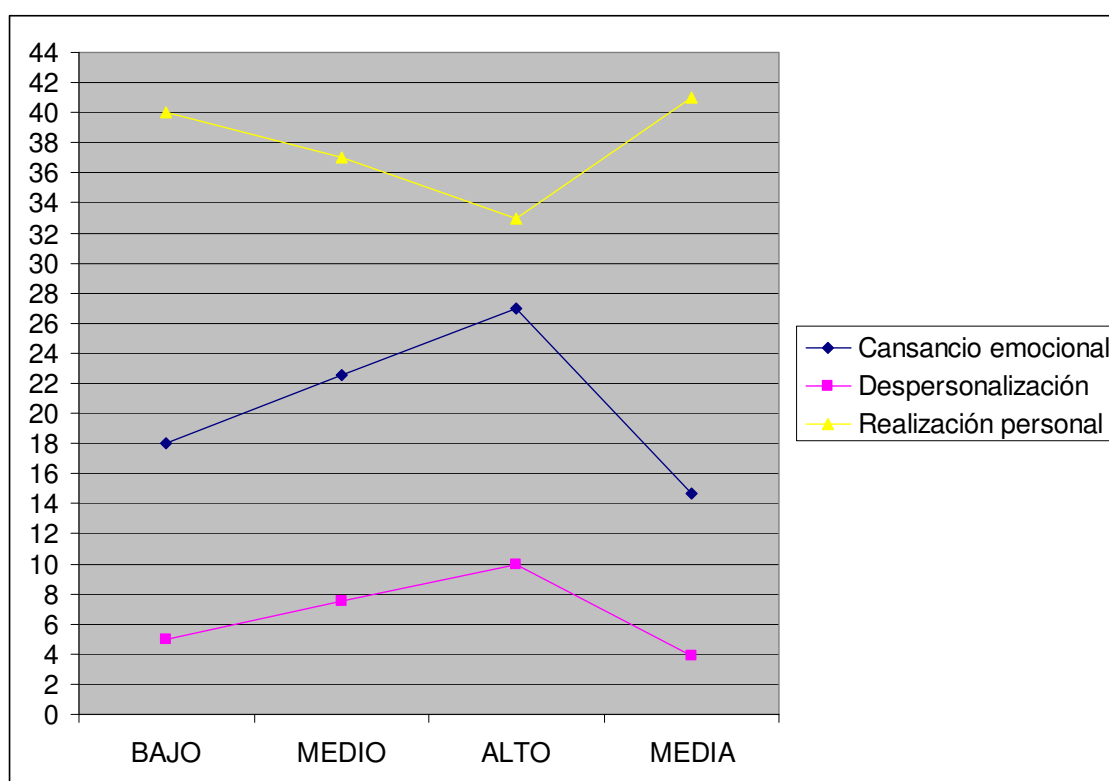


Figura 1 . Análisis descriptivo de las dimensiones de la escala.

Se observa en este histograma que hace referencia a la dimensión de cansancio emocional donde la media corresponde al 14.68, con una desviación estándar de 10.60; si tomamos en cuenta que el puntaje máximo es de 48 puntos y que el grueso de la población se encuentra por bajo de 30 esto nos indica que la mayor parte de la población encuestado no se encuentra con cansancio emocional. Pero al hacer el estudio por separado de los residentes y médicos de base, se puede observar que los residentes se encuentran con una tendencia mayor a presentar un nivel medio a alto de cansancio emocional, ya que el 53% de la población de los residentes cae en estos valores, en comparación con los médicos de base que solo llegan al 17%.

En el rubro correspondiente a la despersonalización en la encuesta de maslach la media corresponde al 3.88, con una desviación estándar de 4.62; si tomamos en cuenta que el puntaje máximo es de 20 puntos, no existe una tendencia a mostrar esta característica en la población, ya que los rangos son mucho menores a 20.

Pero al comparar los resultados entre médicos de base y residentes, encontramos que los médicos de base los niveles medios y altos de despersonalización llegan apenas aun 15%, mientras que en los residentes es más del 43%.

En el rubro correspondiente a la realización personal en la encuesta de Maslach la media corresponde al 40.98 con una desviación estándar de 6,64; si tomamos en cuenta que el puntaje máximo es de 48 puntos, lo que representa un mayor grado de realización personal.

Se puede observar en los resultados generales en el proceso estadístico simple que el síndrome de Burnout no afecta al grueso de la población del departamento de Anestesiología del Hospital General de México. Sin embargo, al tratar los resultados para encontrar grupos vulnerables tomamos en cuenta los factores como: edad, sexo, antigüedad, horas y números de procedimientos, para delimitar y prevenir el desarrollo del síndrome.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ESTUDIO MBI CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Tabla II. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la edad de los sujetos de estudio

DIMENSION	EDAD	NUMERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	< o = 37	38	17.89	10.42
	> a 37	37	13.05	9.78
Despersonalización	< o = 37	38	4.97	4.86
	> a 37	37	2.78	4.08
Realización	< o = 37	38	38.68	7.04

Personal	> a 37	37	44.4	5.27
----------	--------	----	------	------

De acuerdo al rubro de cansancio emocional en los menores de 37 años se aprecia una media de 17.86 con una desviación estándar de 10.42, mientras en los mayores de 37 años la media es de 13.05 y una desviación estándar de 9.78, es decir que la población menor de 37 años muestra una tendencia hacia el nivel medio alto de acuerdo a los puntos de corte, siendo este grupo el más vulnerable a desarrollar probablemente el síndrome.

En cuanto a la despersonalización en los menores de 37 años se aprecia una media de 4.97 con una desviación estándar de 4.86, mientras que en los mayores de 37 años la media es de 2.78 con una desviación estándar de 7.04, es decir que ambos grupos se encuentran en nivel medio de acuerdo a los puntos de corte, sin embargo los menores de 37 años muestran una tendencia hacia el nivel medio alto, colocándolos en el grupo de riesgo.

En cuanto a la realización personal si tomamos en cuenta los puntos de corte son mayor o igual a 40 puntos, en la tabla correspondiente nos muestra que la media es de acuerdo a la edad es de 38.68 en menores de 37 años, con una desviación estándar de 7.04, mientras que el grupo mayor de 37 años, su media es de 44.4 con una desviación estándar de 5.27, es decir, que a mayor edad o tener más tiempo laborando como profesionalista la realización personal aumenta.

Otra variable que se marco al inicio del estudio de la presente investigación, como factor de riesgo para que el síndrome se presente fue el de género. En este sentido se tomaron dos grupos naturales, se consideraron dos categorías: femenino y masculino para procesar los datos. A continuación se presentan en la tabla de resultados.

Tabla III. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio mbi con respecto al sexo de los sujetos de estudio.

DIMENSION	GENERO	NUMERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	FEM	44	15.88	11.48
	MAS	31	12.96	9.13
Despersonalización	FEM	44	4.5	5.03
	MAS	31	3	3.88
Realización Personal	FEM	44	39.59	6.58
	MAS	31	42.96	6.30

De acuerdo al género y tomando los puntos de corte (≥ 27), para el rubro de cansancio emocional encontramos que las mujeres muestran una media de 15.88 y una desviación estándar de 11.48, mientras en los hombres la media es de 12.96 con una desviación estándar de 9.13, es decir que con respecto al sexo las mujeres tienen una mayor tendencia a desarrollar el síndrome burnout, como se aprecia en la siguiente gráfica.

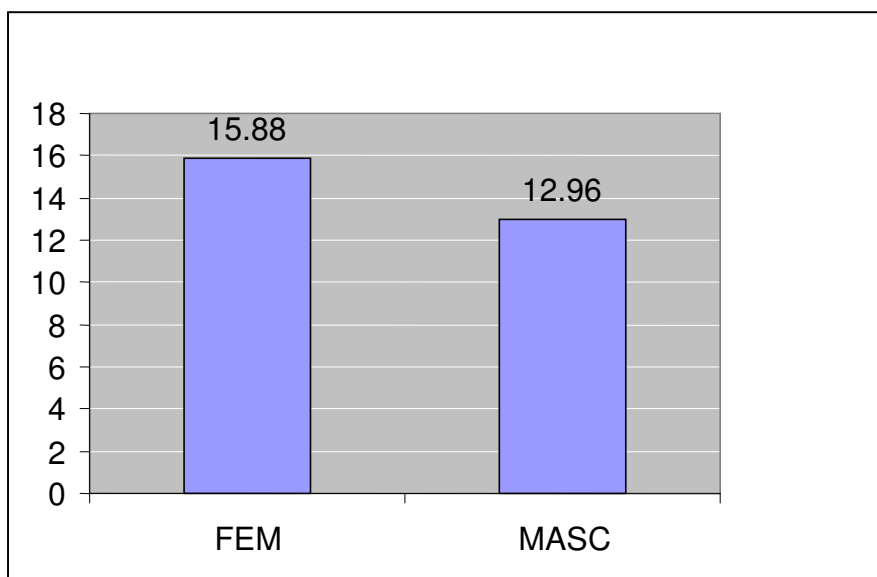


Figura 3. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto al sexo de los sujetos de estudio.

Con respecto a la despersonalización y realización personal, ambos grupos se encuentran en un nivel medio, de acuerdo al los puntos de corte, donde el puntaje corresponden más de 10 y menos de 33, respectivamente.

ANALISIS COMPARATIVO DE PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ESTUDIO MBI CON RESPECTO A LA ANTIGÜEDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Tabla IV. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad de los sujetos de estudio.

DIMENSION	ANTIGÜEDAD	NUMERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	< o =10	42	17.14	10.61
	> 10	33	11.54	9.88
Despersonalización	< o =10	42	4.66	4.75
	> 10	33	2.8	4.32
Realización Personal	< o =10	42	39.02	7.05
	> 10	33	43.48	5.17

En la dimensión de cansancio emocional se aprecia una gran diferencia en ambos grupos, en el primero (< o =10) con una media de 17.14 y una desviación estándar de 10.61, mientras en los mayores a 10 años de antigüedad muestra una media de 11.54 y una desviación estándar de 9.88, es decir que el grupo más vulnerable para desarrollar el síndrome son aquellos que tienen menos de 10 años dentro de la especialidad, confirmando así nuestra hipótesis; y se esquematiza en la siguiente grafica.

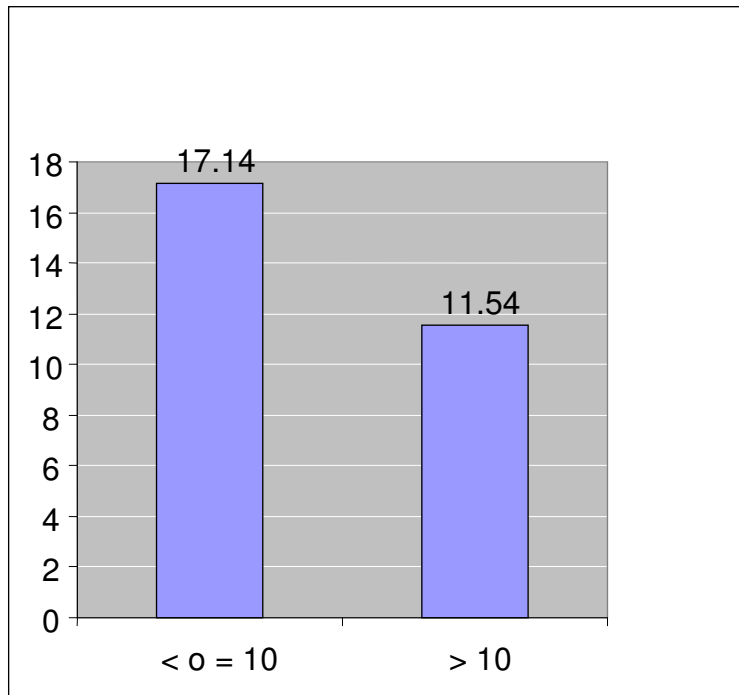


Figura 4. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad y el cansancio emocional de los sujetos de estudio.

En la dimensión de despersonalización de acuerdo a la antigüedad laboral tenemos que los menores de 10 años la media corresponde al 4.66 con una desviación estándar de 4.75, y para los mayores de 10 años de antigüedad la media corresponde a 2.8 con una desviación estándar de 4.32, por lo cual los coloca en un nivel de afectación media, sin embargo los que cuentan con menos de 10 años de antigüedad muestran una tendencia hacia la afección alta, tomando en cuenta que la mayoría de este grupo son los residente, confirmando así nuestra hipótesis y se esquematiza en la siguiente grafica.

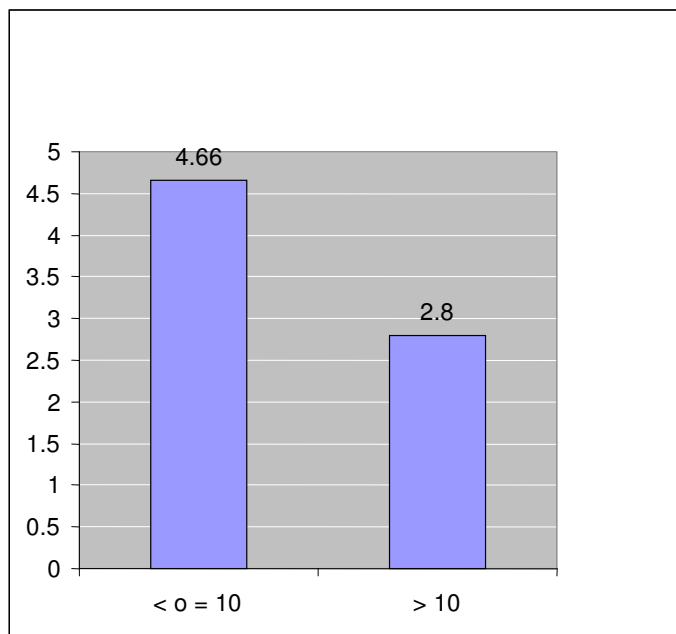


Figura 4.1 Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad y la despersonalización de los sujetos de estudio.

En cuanto a la realización personal de acuerdo a la antigüedad de observa en los mayores de 10 años una media de 43.48 con una desviación estándar de 5.17 mientras que para los menores de 10 años la media es de 39.02 y su desviación estándar es de 7.05, es decir que conforma existe mayor

práctica, y la realización de la metas personales y académicas el nivel de estrés disminuye condicionando a una mayor realización personal.

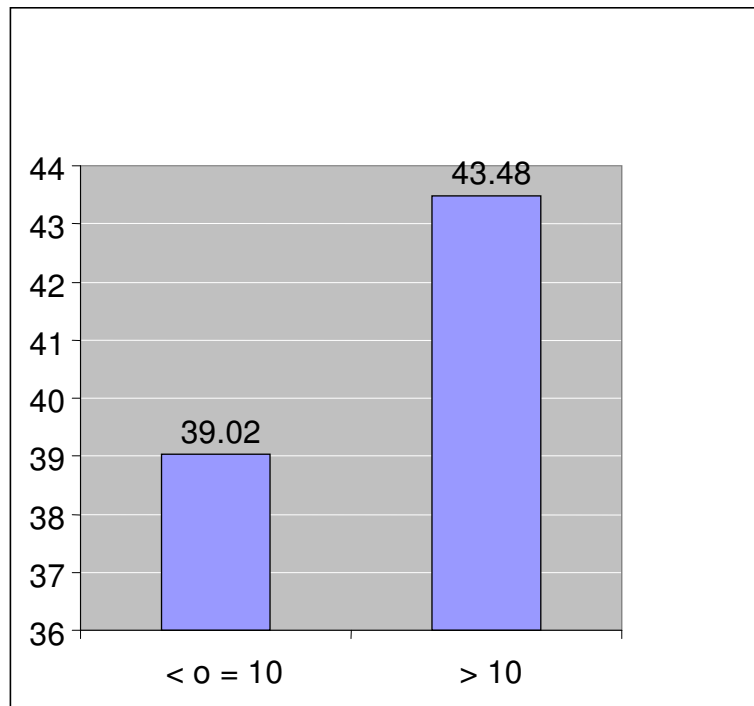


Figura 4.2. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad y la realización personal de los sujetos de estudio.

De acuerdo al número de procedimientos en 24hr y horario laboral se encontraron los siguiente datos, con nos apoyan, al corroborar que los residentes a pesar de presentar menos número de horas activas, realizan más procedimientos que los medicos de base, condicionando en un grupo más vulnerable para el desarrollo del síndrome de burnout.

Tabla V. Número de procedimientos realizados en 24hrs por residentes y médicos de base.

	NUMERO	MEDIA
GENERAL	527	7.02
RESIDENTES	318	10.6
MEDICOS DE BASE	209	4.6

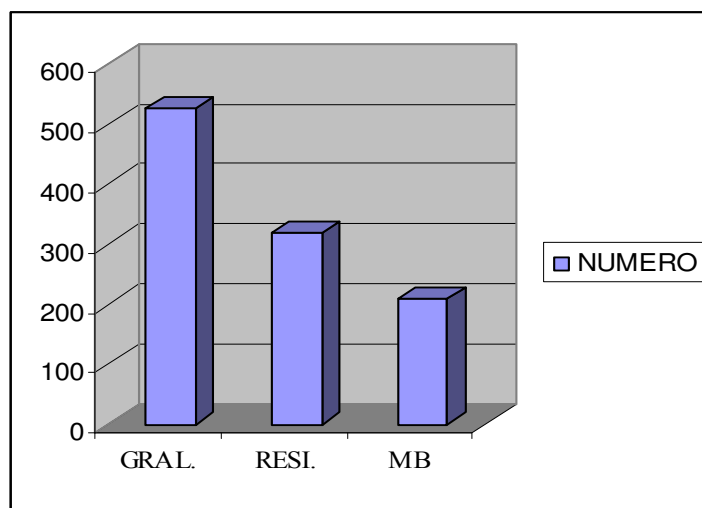


Figura 5. Número de procedimientos en médicos de base y residentes del HGM

Tabla VI. Total de horas laborales por semana en residentes y médicos de base

	HORAS	MEDIA
GENERAL	3818	50.9
RESIDENTES	1826	60.89
MEDICOS DE BASE	1992	44.2

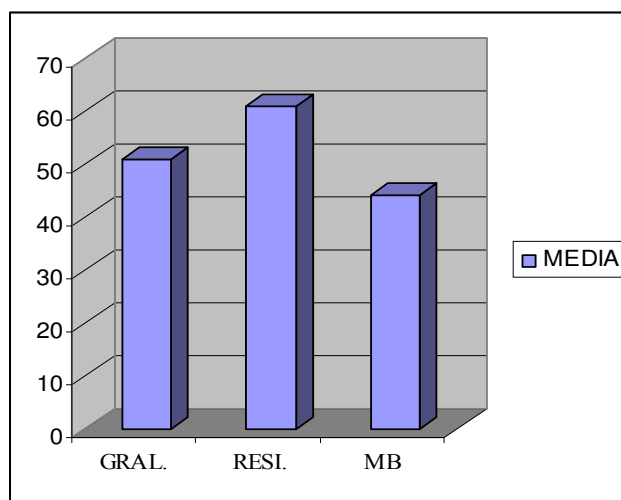


Figura 6. Media de acuerdo a las horas laborales en médicos y residentes de anestesiología del HGM

De acuerdo a lo reportado en la literatura y según la sociedad latinoamericana de anestesiología se planea que partir del 2009 sea reglamentario el número de horas laborales se reduzca a solo 70hr a la semana, para así asegurar una adecuado descanso en los especialistas en anestesiología. En nuestra población en general solo se cumplen con 50.9 hrs. por semana y el número de

procedimientos en 24hr es de 7.02, recayendo sobre los residentes el mayor número de horas por semana 60.86, número de procedimientos en 10.6 en 24hrs. siendo este el grupo más vulnerable para desarrollar y síndrome de desgaste laboral.

13. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los datos obtenidos, en relación de las puntuaciones en el MBI con las características sociodemográficas de los sujetos, no se encuentran datos de síndrome burnout en la población en general.

Sin embargo al realizar el estudio de variables por separado, encontramos datos de cansancio emocional y despersonalización en la población de menos de 37 años (la mayoría de estos incluyen a los residentes de los tres años), con menos de 10 años de experiencia, con una mayor afectación a hacia el sexo femenino, con una diferencia significativa en cuanto a las horas laborales y número de procedimientos realizados por los residentes, en comparación con sus médicos adscritos, comprobando así nuestra hipótesis.

Dentro de lo sobresaliente se aprecia que en el rubro de realización personal, tanto en las variables, de edad, género, antigüedad se muestra un alto nivel sobre todo en el sexo femenino. Comprobando que mayor edad, y suponer que las expectativas, personales, académicas y profesionales se han cumplido con éxito, no se aprecian datos de desgaste laboral.

El objetivo principal de esta investigación era determinar la prevalencia del Síndrome de desgaste laboral o burnout en los residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México, siendo este síntoma una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, que puede causar en el individuo una incapacidad para realizar o desenvolverse en su trabajo.

El determinar si un individuo o grupo manifiesta índices de Burnout, durante los primeros años de la carrera profesional, serían adecuados, ya que durante los primeros años se lleva a cabo un periodo de transición en el cual las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, y las recompensas personales, profesionales y económicas, son las esperadas o no, colocándolos en el grupo más vulnerable para el desarrollo del síndrome, y llevar a consecuencias graves, tales como la depresión, fármaco dependencia o incluso el suicidio.

Existen varios factores inherentes a experimentar el síndrome de Burnout como por ejemplo: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la interpersonal (colegas, familia, amigos, etc), la individual (personalidad del anestesiólogo, edad, género, antigüedad laboral, etc). Por lo que el estudio toma en cuenta varios de estos puntos, a fin de poder presentar propuestas para futuras investigaciones, ya que la presencia de dicho síndrome a tomado una mayor relevancia a

partir del siglo XX, dándole mayor importancia al bienestar personal del especialista, desde el punto individuo y su entorno.

Teóricamente los puntos clave en la prevención del burnout encontramos:

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación, continua dentro del área laboral
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de una adecuada atmósfera de equipo; espacios comunes, objetivos comunes.
5. Organización adecuada de la agenda laboral.
6. Tiempo adecuado para cada paciente.
7. Diálogo efectivo con las autoridades.

13. ANEXO

1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA MEDICOS DE BASE (9 preguntas, 01, 02, 03, 08, 13, 14, 16 y 20.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Tabla I. CANSANCIO EMOCIONAL EN MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGM.

	FRE	%
ALTO	6	13.3
MEDIO	2	4.4
BAJO	37	82.2
	45	99.9

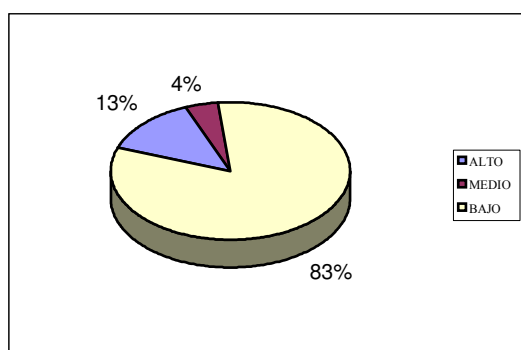


Figura 1. Cansancio emocional en médicos de base de anestesiología del HGM

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	28	62.2
1 Pocas veces al año o menos	16	35.5
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	2.2
		99.9

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	RESP	%
0 Nunca	4	8.8
1 Pocas veces al año o menos	16	35.5
2 Una vez al mes o menos	5	11.1
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	8.8
4 Una vez a la semana	6	13.3
5 Pocas veces a la semana	5	11.1
6 Todos los días	5	11.1
		99.7

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	PREG3	%
0 Nunca	11	24.4
1 Pocas veces al año o menos	14	31.1
2 Una vez al mes o menos	6	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	8.8
4 Una vez a la semana	4	8.8
5 Pocas veces a la semana	2	4.4
6 Todos los días	4	8.8
		99.6

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	RESP	%
0 Nunca	22	48.8
1 Pocas veces al año o menos	13	28.8
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	11.1

4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	1	2.2
		99.7

8. Siento que mi trabajo me esta desgastando	RESP	%
0 Nunca	10	22.2
1 Pocas veces al año o menos	20	44.4
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	11.1
4 Una vez a la semana	3	6.6
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	4	8.8
		99.7

13 Me siento frustrado por mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	37	82.2
1 Pocas veces al año o menos	7	15.5
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.9

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	19	42.2
1 Pocas veces al año o menos	10	22.2
2 Una vez al mes o menos	4	8.8
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	2	4.4
6 Todos los días	8	17.7
		99.7

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	RESP	%
0 Nunca	29	64.4
1 Pocas veces al año o menos	11	24.4
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	2	4.4
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	0	0
		99.8

20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades	RESP	%
0 Nunca	23	51.1
1 Pocas veces al año o menos	13	28.8
2 Una vez al mes o menos	2	4.4

3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	3	6.6
6 Todos los días	2	4.4
		99.7

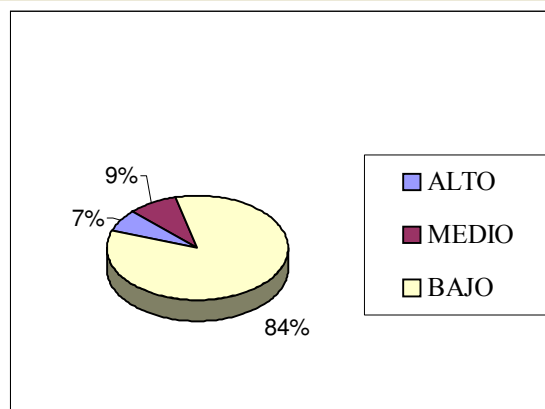
1.2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN MEDICOS BASE

(5 PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22)

Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Tabla II. DESPERSONALIZACION EN MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGM

	FREC	%
ALTO	3	6.6
MEDIO	4	8.8
BAJO	38	84.4
	45	99.8



5. Siento que estoy a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	RESP	%
0 Nunca	36	80
1 Pocas veces al año o menos	8	17.7
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.9

10. Siento me he hecho más duro con la gente	RESP	%
0 Nunca	28	37.3
1 Pocas veces al año o menos	9	20
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	8.8
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	3	6.6

--	--	--

11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente	RESP	%
0 Nunca	26	57.7
1 Pocas veces al año o menos	13	28.8
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	6.6
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	2	4.4
		99.7

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender personalmente	RESP	%
0 Nunca	40	88.8
1 Pocas veces al año o menos	3	6.6
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.8

22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	RESP	%
0 Nunca	34	75.5
1 Pocas veces al año o menos	9	20
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	0	0
		99.9

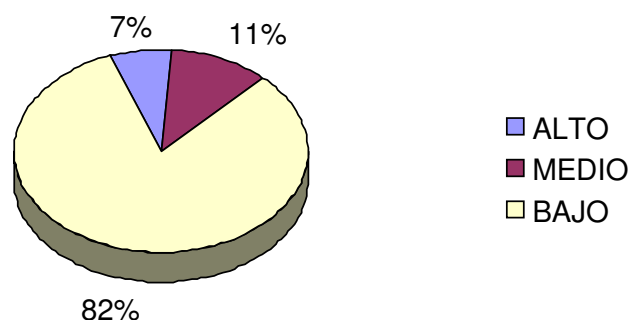
3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN MEDICOS DE BASE

(6 PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21).

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

	FREC	%
ALTO	3	6.6
MEDIO	5	11.1

BAJO	37	82.2
	45	99.9



04. Siento que puede entender fácilmente a las personas que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	3	6.6
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	41	91.1
		99.9

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	4.4
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	42	93.3
		99.9

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	1	2.2
1 Pocas veces al año o menos	2	4.4
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	4.4
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	5	11.1

6 Todos los días	34	75.5
		99.8

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	2	4.4
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	9	20
6 Todos los días	30	66.6
		99.8

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	4	8.8
6 Todos los días	40	88.8
		99.8

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	2	4.4
5 Pocas veces a la semana	4	8.8
6 Todos los días	39	86.6
		99.8

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	2.2
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	2	4.4
6 Todos los días	40	88.8
		99.8

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada	RESP	%
0 Nunca	6	13.3
1 Pocas veces al año o menos	9	20

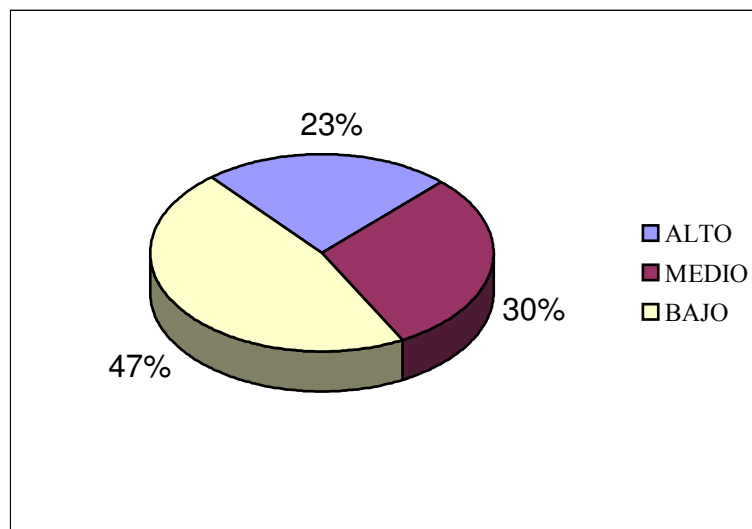
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	3	6.6
6 Todos los días	24	53.3
		99.8

1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA RESIDENTES

(9 preguntas, 01, 02, 03, 08, 13, 14, 16 y 20.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

	FREC	%
ALTO	7	23.3
MEDIO	9	30
BAJO	14	46.6
	30	99.9



1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	8	26.6
1 Pocas veces al año o menos	14	46.6
2 Una vez al mes o menos	3	10
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	3.3
		99.7

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	RESP	%
--	------	---

0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	3	10
2 Una vez al mes o menos	5	16.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	6	20
5 Pocas veces a la semana	9	30
6 Todos los días	4	13.3
		99.9

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	RESP	%
0 Nunca	1	3.3
1 Pocas veces al año o menos	6	20
2 Una vez al mes o menos	5	16.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	16.6
4 Una vez a la semana	5	16.6
5 Pocas veces a la semana	5	16.6
6 Todos los días	3	10
		99.7

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	RESP	%
0 Nunca	13	43.3
1 Pocas veces al año o menos	4	13.3
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	3	10
5 Pocas veces a la semana	1	3.3
6 Todos los días	2	6.6
		99.8

8. Siento que mi trabajo me esta desgastando	RESP	%
0 Nunca	4	13.3
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	13.3
4 Una vez a la semana	6	20
5 Pocas veces a la semana	3	10
6 Todos los días	2	6.6
		99.8

13. Me siento frustrado por mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	17	56.6
1 Pocas veces al año o menos	6	20
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	1	3.3
6 Todos los días	0	0
		99.8

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	7	23.3
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	3	10
5 Pocas veces a la semana	6	20
6 Todos los días	4	13.3
		99.8

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	RESP	%
0 Nunca	13	43.3
1 Pocas veces al año o menos	9	30
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	3.3
		99.8

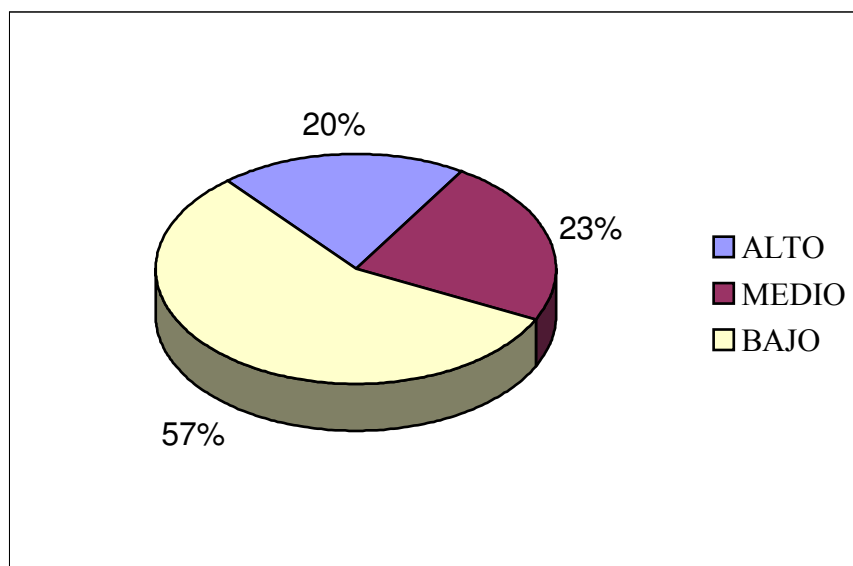
20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades	RESP	%
0 Nunca	5	16.6
1 Pocas veces al año o menos	13	43.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	16.6
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	1	3.3
6 Todos los días	2	6.6
		99.6

2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN RESIDENTES

(5 PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22)

Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento

	FREC	%
ALTO	6	20
MEDIO	7	23.3
BAJO	17	56.6
	30	99.9



5 Siento que estoy a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	RESP	%
0 Nunca	19	63.3
1 Pocas veces al año o menos	3	10
2 Una vez al mes o menos	6	20
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.9

10. Siento me he hecho más duro con la gente	RESP	%
0 Nunca	8	26.6
1 Pocas veces al año o menos	8	26.6
2 Una vez al mes o menos	5	16.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	3	10
6 Todos los días	2	6.6
		99.7

11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente	RESP	%
0 Nunca	12	40
1 Pocas veces al año o menos	8	26.6
2 Una vez al mes o menos	3	10
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	2	6.6
6 Todos los días	2	6.6
		99.7

15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender personalmente.	RESP	%

0 Nunca	22	73.3
1 Pocas veces al año o menos	5	16.6
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.8

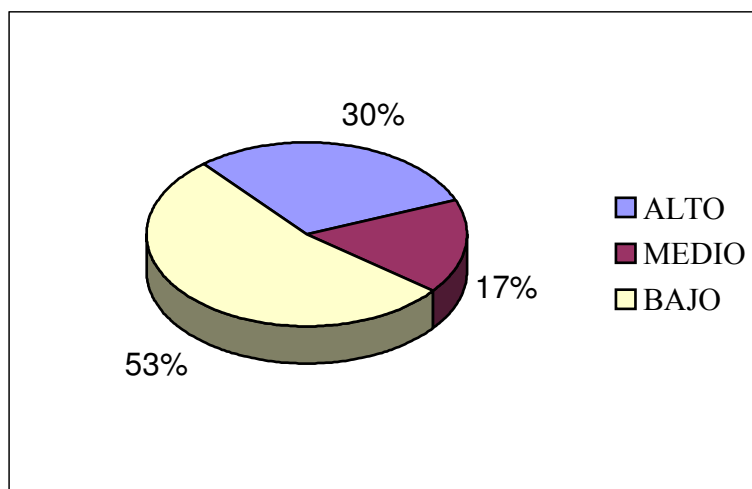
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	RESP	%
0 Nunca	16	53.3
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	3.3
		99.8

3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN RESIDENTES

(6 PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21)

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

	FREC	%
ALTO	9	30
MEDIO	5	16.6
BAJO	16	53.3
	30	99.9



4. Siento que puede entender fácilmente a las personas que tengo que atender	RESP	%
--	------	---

0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	3	10
6 Todos los días	22	73.3
		99.8

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	1	3.3
1 Pocas veces al año o menos	2	6.6
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	16.6
4 Una vez a la semana	4	13.3
5 Pocas veces a la semana	5	16.6
6 Todos los días	12	40
		99.7

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	3	10
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	6	20
6 Todos los días	16	53.3
		99.9

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	11	36.6
6 Todos los días	12	40
		99.8

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	13.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	7	23.3

6 Todos los días	16	53.3
		99.8

18 Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	3	10
5 Pocas veces a la semana	8	26.6
6 Todos los días	16	53.3
		99.8

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	4	13.3
6 Todos los días	21	70
		99.9

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada	RESP	%
0 Nunca	8	26.6
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	4	13.3
6 Todos los días	4	13.3
		99.7

10.2.1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(9) Preguntas, 01, 02, 03, 08, 13, 14, 16 y 20.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Tabla I: CANSANCIO EMOCIONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC. BASE	FREC RESI	TOTAL	%
ALTO	6	7	13	17.3

MEDIO	2	9	11	15
BAJO	37	14	51	68
	45	30	75	100

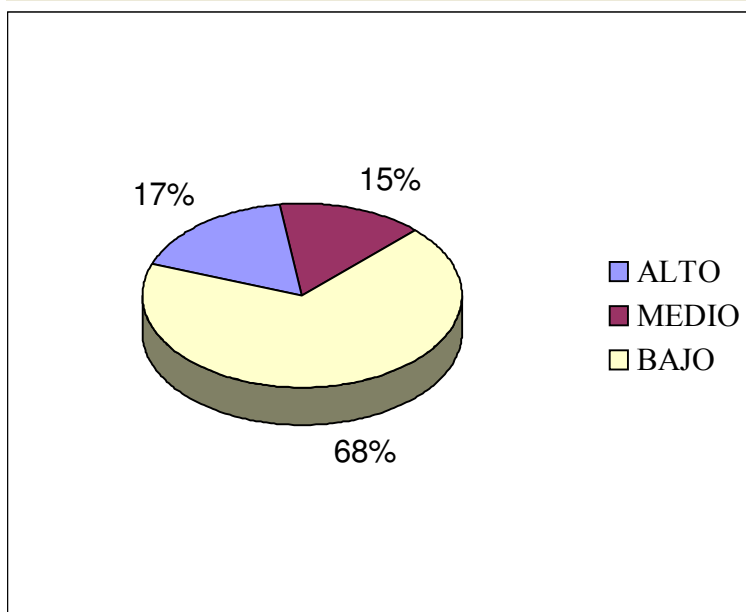


Figura 1: Cansancio emocional en residentes y médicos de base de anestesiología en el HGM. De acuerdo al cansancio emocional, en los encuestados, tanto en médicos de base como residentes y de acuerdo a la clasificación de Maslach, se observa que el (68%) presentan un nivel bajo en este rubro, mientras el (17%) nivel medio y (15%) en nivel medio.

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.	MB	RESI		%
0 Nunca	28	8	36	48
1 Pocas veces al año o menos	16	14	30	40
2 Una vez al mes o menos	0	3	3	4
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	2	2	2.6
4 Una vez a la semana	0	2	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	0	0	0
6 Todos los días	1	1	2	2.6
				99.8

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	MB	RESI		%
0 Nunca	4	0	4	5.3
1 Pocas veces al año o menos	16	3	19	25.3
2 Una vez al mes o menos	5	5	10	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	3	7	9.3
4 Una vez a la semana	6	6	12	16
5 Pocas veces a la semana	5	9	14	18.6
6 Todos los días	5	4	9	12
				99.8

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	MB	RESI		%
0 Nunca	11	1	12	16

1 Pocas veces al año o menos	14	6	20	26.6
2 Una vez al mes o menos	6	5	11	14.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	5	9	12
4 Una vez a la semana	4	5	9	12
5 Pocas veces a la semana	2	5	7	9.3
6 Todos los días	4	3	7	9.3
				99.8

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	MB	RESI		%
0 Nunca	22	13	35	46.6
1 Pocas veces al año o menos	13	4	17	22.6
2 Una vez al mes o menos	2	4	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	3	8	10.6
4 Una vez a la semana	1	3	4	5.3
5 Pocas veces a la semana	1	1	2	2.6
6 Todos los días	1	2	3	3.9
				99.6

8. Siento que mi trabajo me esta desgastando	MB	RESI		%
0 Nunca	10	4	14	18.6
1 Pocas veces al año o menos	20	7	27	36
2 Una vez al mes o menos	2	4	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	4	9	12
4 Una vez a la semana	3	6	9	12
5 Pocas veces a la semana	1	3	4	5.3
6 Todos los días	4	2	6	8
				99.9

13. Me siento frustrado por mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	37	17	54	72
1 Pocas veces al año o menos	7	6	13	17.3
2 Una vez al mes o menos	0	4	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	1	1	1.3
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	1	1	1.3
6 Todos los días	0	0	0	0
				99.8

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	19	7	26	34.6
1 Pocas veces al año o menos	10	7	17	22.6
2 Una vez al mes o menos	4	1	5	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2	3	4
4 Una vez a la semana	1	3	4	5.3
5 Pocas veces a la semana	2	6	8	10.6
6 Todos los días	8	4	12	16
				99.7

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	MB	RESI		%
0 Nunca	29	13	42	56
1 Pocas veces al año o menos	11	9	20	26.6
2 Una vez al mes o menos	2	4	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	2	2	2.6
4 Una vez a la semana	2	1	3	4
5 Pocas veces a la semana	1	0	1	1.3
6 Todos los días	0	1	1	1.3
				99.8

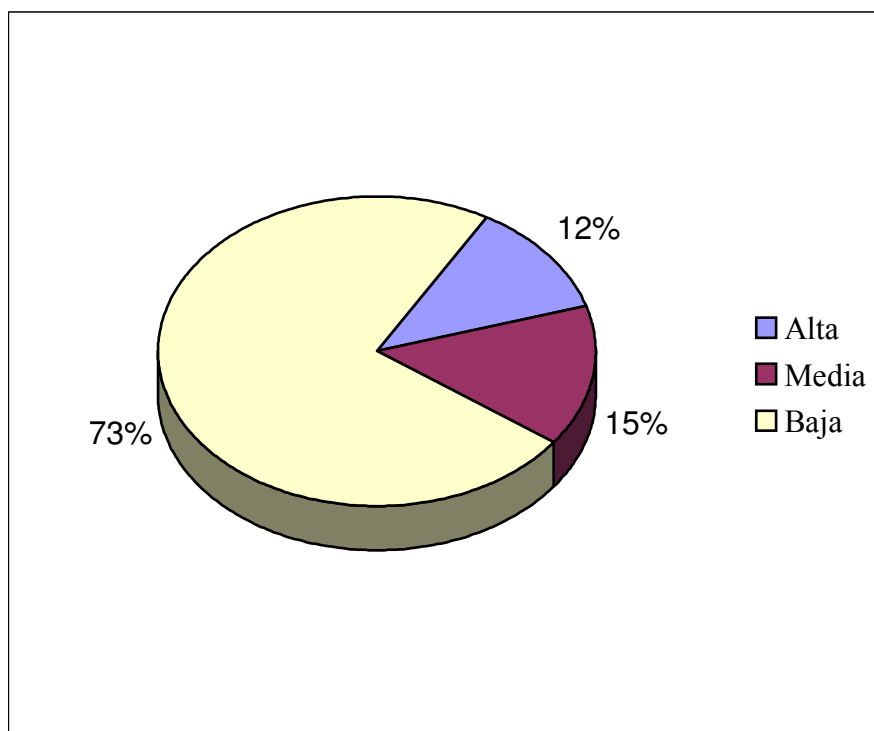
20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades	MB	RESI		%
0 Nunca	23	5	28	37.3
1 Pocas veces al año o menos	13	13	26	34.6
2 Una vez al mes o menos	2	2	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	5	6	8
4 Una vez a la semana	1	2	3	4
5 Pocas veces a la semana	3	1	4	5.3
6 Todos los días	2	2	4	5.3

2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(5) PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22

Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento

	FREC. BASE	FREC. RESI	TOTAL	%
ALTO	6	3	9	12
MEDIO	7	4	11	14.6
BAJO	17	38	55	73.3
			75	99.9



5. Siento que estoy a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	MB	RESI		%
0 Nunca	19	36	55	73.3
1 Pocas veces al año o menos	3	8	11	14.6
2 Una vez al mes o menos	6	0	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	0	1	1.3
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	0	0	0
6 Todos los días	0	0	0	0
			75	99.8

10. Siento me he hecho más duro con la gente	MB	RESI		%
0 Nunca	8	28	36	48
1 Pocas veces al año o menos	8	9	17	22.6
2 Una vez al mes o menos	5	0	5	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	4	7	9.3
4 Una vez a la semana	1	0	1	1.3
5 Pocas veces a la semana	3	1	4	5.3
6 Todos los días	2	3	5	6.6
			75	99.7

11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente	MB	RESI		%
0 Nunca	12	26	38	50.6
1 Pocas veces al año o menos	8	13	21	28
2 Una vez al mes o menos	3	1	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3	4	5.3
4 Una vez a la semana	2	0	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	2	0	2	2.6

6 Todos los días	2	2	4	5.3
			75	99.7

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender personalmente	MB	RESI		%
0 Nunca	22	40	62	82.6
1 Pocas veces al año o menos	5	3	8	10.6
2 Una vez al mes o menos	1	0	1	1.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	1	2	2.6
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	0	0	0
6 Todos los días	0	0	0	0
			75	99.7

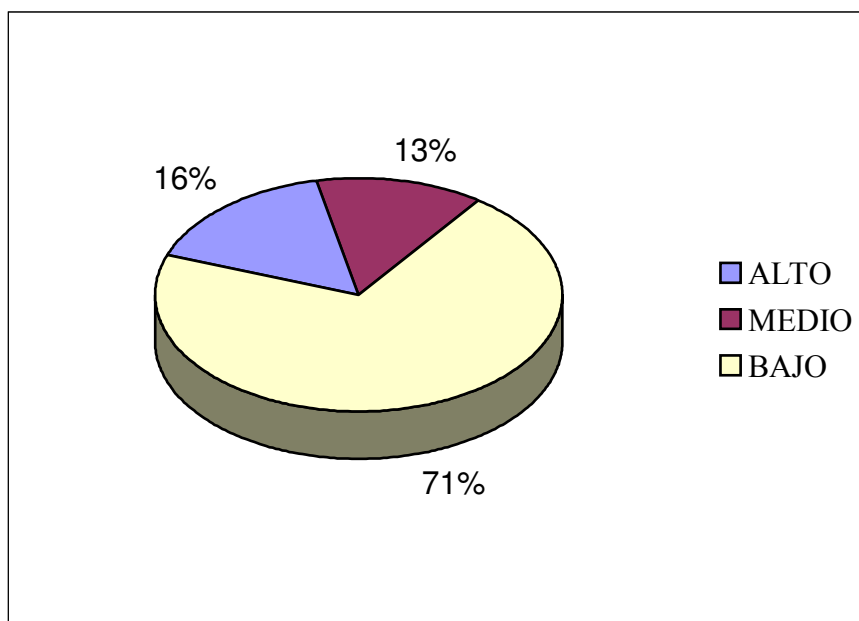
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	MB	RESI		%
0 Nunca	16	34	50	66.6
1 Pocas veces al año o menos	7	9	16	21.3
2 Una vez al mes o menos	2	0	2	2.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	0	3	4
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	1	1	1.3
6 Todos los días	1	0	1	1.3
			75	99.7

3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(6) PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21.

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

	FREC BASE	FREC RESI	TOTAL	%
ALTO	3	9	12	16
MEDIO	5	5	10	13.3
BAJO	37	16	53	70.6
			75	99.9



4. Siento que puede entender fácilmente a las personas que tengo que atender	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3	4	5.3
2 Una vez al mes o menos	1	1	2	2.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	0	1	1.3
4 Una vez a la semana	2	0	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	3	0	3	4
6 Todos los días	22	41	63	84
			75	99.8

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	MB	RESI		%
0 Nunca	1	0	1	1.3
1 Pocas veces al año o menos	2	0	2	2.6
2 Una vez al mes o menos	1	0	1	1.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	2	7	9.3
4 Una vez a la semana	4	0	4	5.3
5 Pocas veces a la semana	5	1	6	8
6 Todos los días	12	42	54	72
			75	99.8

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	0	1	1	1.3
1 Pocas veces al año o menos	3	2	5	6.6
2 Una vez al mes o menos	0	0	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	2	5	6.6
4 Una vez a la semana	2	1	3	4
5 Pocas veces a la semana	6	5	11	14.6
6 Todos los días	16	34	50	66.6
			75	99.7

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	2	3	4
2 Una vez al mes o menos	2	2	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	1	4	5.3
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	11	9	20	26.6
6 Todos los días	12	30	42	56
			75	99.8

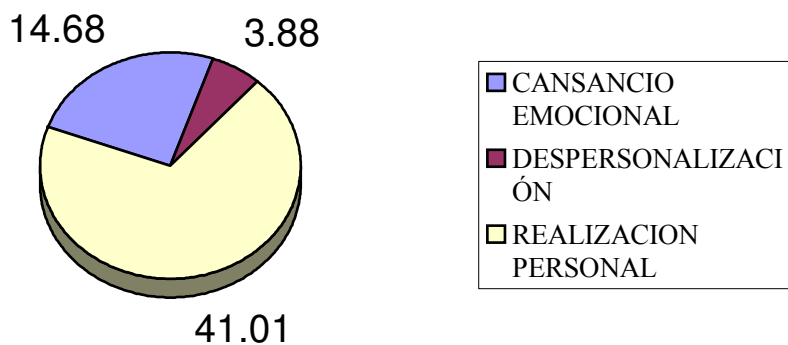
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	0	1	1.3
2 Una vez al mes o menos	1	0	1	1.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	2	6	8
4 Una vez a la semana	1	0	1	1.3
5 Pocas veces a la semana	7	1	8	10.6
6 Todos los días	16	42	58	77.3
			75	99.8

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	0	1	1.3
2 Una vez al mes o menos	0	0	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	0	2	2.6
4 Una vez a la semana	3	2	5	6.6
5 Pocas veces a la semana	8	4	12	16
6 Todos los días	16	39	55	73.3
			75	99.8

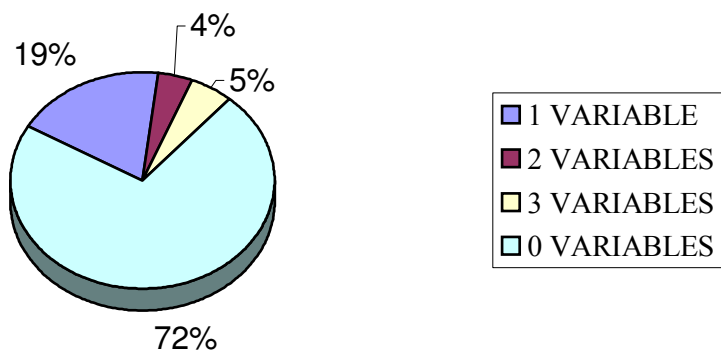
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	MB	RESI		%
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	1	1	1.3
2 Una vez al mes o menos	0	6	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	7	9	16	21.3
4 Una vez a la semana	2	0	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	1	1	2	2.6
6 Todos los días	3	1	4	5.3
7 Pocas veces a la semana	4	2	6	8
8 Una vez a la semana	2	1	3	4
9 Pocas veces a la semana	2	1	3	4
10 Todos los días	21	40	61	81.3
11 Pocas veces a la semana	4	5	9	12
			75	99.8

6 Todos los días	4	24	28	37.3
			75	99.8

VALORES MEDIOS DE LAS TRES SUBESCALAS



VARIABLES DE DESGASTE PROFESIONAL



13.1 ANEXO 2

Cuestionario de Maslach.

CUESTIONARIO DE MASLACH

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

Qué tan seguido:

0	Nunca	4	Una vez a la semana
1	Pocas veces al año o menos	5	Pocas veces a la semana
2	Una vez al mes o menos	6	Todos los días
3	Pocas veces al mes		

Qué tan seguido Oraciones

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

Cuestionario de datos generales.

CUESTIONARIO GENERAL

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

1. Edad cumplida en años _____
2. Sexo biológico. Femenino _____ Masculino _____
3. ¿Padece usted de Diabetes Mellitus? sí _____ no _____ ¿controlada? _____
4. ¿Padece usted de alguna colagenopatía? sí _____ no _____ ¿cual? _____ controlada? _____
5. ¿Padece usted de alguna enfermedad cardiovascular? sí _____ no _____ ¿cual? _____
6. Estado civil. Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Soltero _____
7. ¿Tiene hijos? Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más _____
8. Años ejerciendo la especialidad _____
9. Institución o instituciones donde labora. IMSS _____ ISSSTE _____ SSA _____ ISSTEALI _____
10. Turno principal de actividad laboral. Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____
11. ¿Tiene actividad laboral privada? Sí _____ No _____
13. ¿Cuántos procedimientos anestésicos realiza durante una jornada laboral de 24 horas? _____
14. ¿Cuántas horas/anestesia trabaja en una semana? _____
15. En algún momento de su actividad laboral ¿ha pensado en dejar de ejercer como anestesiólogo? _____
16. Si contestó afirmativo a la pregunta 15, ¿en cuanto tiempo? _____
17. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted el ambiente laboral donde se desempeña? _____
18. ¿Ha pensado continuar trabajando en la anestesiología después de su jubilación? Sí _____ No _____
19. ¿Piensa usted que al estar ejerciendo la anestesiología se estresa? Poco _____ Regular _____ Mucho _____
20. ¿Siente usted que las normas institucionales le limitan en las tomas de decisión en relación a su trabajo?
Sí _____ No _____
21. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la pérdida de control de su trabajo? _____
22. ¿Siente usted que se le reconoce su trabajo mediante estímulos institucionales a su desempeño?
Sí _____ No _____
23. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted estos estímulos por parte de la institución? _____
24. Considera que el ambiente de trabajo en su desempeño es...
Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Muy malo _____
25. Siente usted que sus directivos aprecian sus decisiones en el trabajo en forma... Justa _____ Injusta _____
26. ¿Se ha visto usted frecuentemente en la necesidad de aceptar un procedimiento en contra de su opinión personal? Sí _____ No _____
27. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la relación entre sus decisiones de trabajo y las políticas de la institución? Congruentes _____ Regularmente congruentes _____
Discrepantes _____ Muy discrepantes _____
28. En una escala del 0 al 10, ¿qué tan justos son sus directivos? _____
29. ¿En qué situaciones siente usted que pierde el control?
a) exceso de pacientes
b) falta de material
c) falta de apoyo del equipo de trabajo

14. REFERENCIAS.

1. Abdelmalak B, (1999), Stress in american anesthesiology residencies. ASA Newsletter. Junio 2007, <http://www.asahq.org/_Newsletters/1999/12_99/resident1299.HTML>
2. American Society of Anesthesiologists. Task Force on Chemical Dependence. Model curriculum on drug abuse and addiction for residents in anesthesiology. Junio 2007, <<http://www.ASAhq.org/Proinfo/Curriculum.htm>>
3. Aranda, Pando, Torres, Salazar, Aldrete. (2006), Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. Psicología y Salud, vol.16, no.01, pp.15-21.
4. Arnold W P III. (1998), En Anestesia. Editor Miller R. Seguridad medioambiental, incluida la dependencia de agentes químicos. Harcourt-Brace Edición en español, pp.2619
5. Aya GM.(1999), Increment risk unintentional dural puncture in night- time obstetric epidural anaesthesia. Can J Anesth vol.46, pp.665.-669.
6. Booth J. (2002), Sustance abuse among physicians: A survey of academic programs. Anesth Analg , vol.95, pp.1024-1030.
7. Brown C, (1998), Understanding stress and Burnout in shelter workers. Professional Psychol. Research Practice, vol.29, no.4, pp.383-385.
8. Calabrese G, (2002), Influencia del estilo de vida laboral del anestesiólogo en la salud. En Anestesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología Mayo 2007, <<http://www.anestesia.com.mx/congreso>>
- 9 Calabrese G. (2 001), Informe preliminar sobre “Encuesta de riesgos profesionales del anestesiólogo en Latinoamérica“. Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación

Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador, El Salvador.

10. Calabrese Gustavo (2003), Guía de Prevención y Protección de los [Riesgos](#) Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de [Sociedades](#) de Anestesiología. C.L.A.S.A.

11. Calabrese G, (2001), Riesgos profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún.

12. Díaz González R, Hidalgo Rodrigo I, (1994), El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. Rev. Clin.Esp., vol.194, no.9, pp.670-6.

13. Dixon JM, Doyle PW, (1999), Are anaesthetic trainees a high-risk group for road accidents? Anaesthesia, vol.54, pp.1232-1233.

14. Farbe B (1983), Stress and Burnout in the Human Services Profession.Pergamon Press. Nueva York

15. Freudenberg. (1975), The staff burnout syndrom in alternative institutions. Psychother Theory Res Pract, vol.12, pp.72-83.

16. Gander PH, Merry A, Millar MM, Weller J.(2000), Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. Anaesth Intensive Care vol.28, pp.178-183.

17. Garcia B, Renovell F, (2000), Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de las especialidades médicas hospitalarias Ann Med Interna, vol.17, no.3, pp.118-22.

18. Gerberding J L, (1995), Management of occupational exposure to blood-borne viruses. NEJM, vol.3, no.32, pp.444-451.

19. Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK. (1990), Work and rest cycles in anesthesia practice Anesthesiology, vol.72, pp.737-742.

20. Guntupalli K, Fromm Jr. (1996), Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Med, vol.22, pp.625-630.

21. Hopkins J. (2003), United States limits resident physicians to 80 hour working week. BMJ pp.326:468.

22. Kain, Katz, Nigma, (2002), Anesthesiologists and Acute Perioperative stress: a cohort study. Anesthesia and analgesia, vol.95, pp.177-83.

23. Leiper R.(2002), Applying the working time directive to doctors in training. BMJ vol. 65, pp.325.

24. Lustky, Hopwood, (1993), Psychoactive substance use among American anesthesiology: a 30 year retrospective study. *Can J Anesth*, vol. 40, no.10, pp.915-21.
25. Manuel Barquín, (1972), Dirección de Hospitales, Organización de la atención médica 3ra. Edición. Editorial Interamericana. Capítulo 3.
26. Maslach C. Jackson S.E. (1981), Maslach Burnout Inventory. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.
27. Maslach C. Pines. (2000), Nurses Burnout; an existential psychodynamic perspective. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, vol.38, no.2, pp.23-31.
28. Menck EJ. Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse *JAMA* 1990;263 :3060.
29. Méndez Méndez (2005), peers.comm.,20 abril Madrid
30. Miller NH, Katz VL, (1989), Cefalo RC. Pregnancies among physicians: a historical cohort study. *J Reprod Med*, vol.34, pp.790-796.
31. OMS 2000. The World Health Report. <<http://www.who.int/whr>>.
32. Paladino, Héctor Martinetti.(2007), **Factores de agresión y la respuesta orgánica**. La salud del anestesiólogo: Parte I. *Rev Uruguaya de Anestesiología*, vol.3,pp.20-27
33. Pieró J.M. (1992), *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid,España Eudema, 1992.
34. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA, Muelleman RL.(1999), The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. *Acad Emerg Med*, vol.6, pp.1050-1053.
35. Tait D, (2002), Resident burnout and self reported patient care. *Ann Intern Medicine*, vol.136, no.5, pp.358-367.
38. Vinaccia, Alvaran. (2004), El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Univ.Psychol. Bogotá, Colombia*, vol.3, no.1, pp.35-45.
39. Williamson JA,Webb RK. (1993), Human failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anesth Intens Care*, vol.21, pp.678-683.

INDICE

CAPITULO		PAGINA
1	Introducción	1
1.1	Descripción General	
2	Antecedentes Históricos	2
3	Síndrome de Desgaste Profesional	7
3.1	Definición de Estrés	8
3.2	Implicaciones Fisiológicas	12
3.2.1	Implicaciones psicofisiológicas del estrés	12
3.2.2	Implicaciones psiconeuroendocrinas del estrés	14
3.2.3	Implicaciones inmunológicas del estrés	15
3.3	Condicionantes del estrés	16
3.4	Factores de Estrés en el Anestesiólogo	18
3.5	Consecuencias Personales	20
3.5.1	Enfermedades Físicas	20
3.5.2	Deterioro psíquico – emocional	21
3.5.3	Trastornos de la conducta	21
3.5.4	Trastornos Intelectuales	24
3.6	Consecuencias Familiares	24
3.7	Consecuencias Laborales	25
4	Antecedentes Hospital General de México	30
4.1	Descripción del HGM	30
5	Planteamiento del problema	31
6	Hipótesis	32
7	Justificación	32
8	Objetivos	32
9	Metodología	32
9.1	Universo de trabajo	33
10	Procedimiento	36
11	Resultados generales	36
11.1	Resultados de acuerdo al cuestionario de Maslach	39
11.1.1	Medición de cansancio emocional	39
11.1.2	Medición de despersonalización	40

11.1.3	Medida de realización personal	41
11.2	Valores medios de las tres subescalas	42
11.2.1	Personas con variables de desgaste profesional elevadas	43
12	Resultados de acuerdo a las diferentes variables	43
13	Conclusiones	51
13	Anexos	53
13.1	Anexo 2	76
14	Bibliografía general	78

1. INTRODUCCION

1.1 DESCRIPCION GENERAL.

El presente trabajo de investigación se enfoca en determinar los factores que predisponen con mayor frecuencia y se asocian al síndrome de desgaste profesional, que en las últimas décadas ha tomado mayor relevancia en el ámbito laboral. Los modelos existentes lo explican en función de las variables externas e internas. Este síndrome representa pérdidas considerables tanto en el ámbito personal como en el profesional los cuales se ven gravemente perjudicados.

En la actualidad existe una tendencia a la mayor preocupación por los riesgos que asumimos por el ejercicio profesional de la anestesiología, estos riesgos profesionales pueden ser legales y no legales. La orientación en esta investigación es hacia los riesgos relacionados a la salud. En ese sentido en el siglo XX se vincularon a los incendios y explosiones debido a agentes anestésicos explosivos, posteriormente la mayor preocupación se orientó hacia la contaminación ambiental por residuos de gases anestésicos y los peligros de la inhalación crónica. En las últimas décadas las preocupaciones se orientaron hacia una nueva generación de riesgos vinculados a los agentes biológicos y las adicciones.

En el siglo XXI la preocupación se orienta a una amplia gama de riesgos entre los que se destacan los agentes biológicos, los efectos del estrés laboral incluido el Burnout y aquellos relacionados a la organización laboral y sus consecuencias. Es entonces que en la actualidad se muestra a los anesthesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, con grandes presiones de productividad y expuestos a numerosos agentes físicos, químicos, biológicos, etc. Estas situaciones producen un alto costo en la salud, rendimiento, seguridad y la vida familiar, por lo que el anesthesiólogo es considerado dentro de los trabajadores de la salud como de alto riesgo profesional

En el presente trabajo se realizara un análisis descriptivo de la prevalencia del Síndrome de Desgaste Laboral en residentes y médicos de base de Anestesiología del Hospital General de México. Se utilizara la prueba del Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir el nivel existente de deterioro profesional en estos trabajadores de la salud.

Las razones para investigar la prevalencia de este síndrome en esta población, es conocer el proceso del estrés laboral como consecuencia de las necesidades de mejorar

la organización del clima laboral de los especialistas ya que esta tiene repercusiones importantes sobre la calidad de trabajo.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

El trabajo representa una fuente que genera los medios materiales para la reproducción social y por otra parte, es una actividad que permite el desarrollo de las capacidades y potenciales de los individuos, sin embargo, dicha actividad también es un medio que genera insatisfacción, desmotivación, bajo rendimiento laboral y convertirse en fuente importante de diversos trastornos.

La Organización Internacional del Trabajo (OTI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ambas en 1984 han manifestado que los factores psicosociales relacionados con el trabajo, contribuyen a una serie de daños para la salud y que se han acumulado pruebas que demuestran la relación entre síndrome no especificado de carácter psicológico, de comportamiento o somático y condiciones de trabajo estresantes; por otra parte, plantea que el trabajo integra factores psicosociales positivos propicios para la conservación e incluso el mejoramiento de la salud y que el enfoque más común para tratar las relaciones entre medio ambiente psicológico de trabajo y la salud de los trabajadores ha sido la aplicación del concepto de **ESTRÉS**.

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien lo denominó el “Síndrome de estar Enfermo”¹. Hace más de medio siglo, Hans Selye definió el estrés ante la OMS como: *“la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”*. El término proveniente del idioma inglés ha sido incorporado rápidamente a todos los idiomas, la idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la conciencia popular.

En 1974 Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, introduce por primera vez el término “Burnout”, equivalente a desgaste. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, es decir terminaban

¹Vinaccia, Alvaran 2004, El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería un estudio exploratorio, Univ.Psychol, vol.3, no. 1, pp.35-45

“desgastados”.² En la década de los 80s’ la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el “Síndrome de Burnout” y en colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, desarrolla un instrumento para su diagnóstico, denominado Cuestionario de Maslach. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo o despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Estos autores 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. En 1991 Burke y Richardsen, refieren la afección en más de 25 campos de profesiones, obteniendo los siguientes antecedentes epidemiológicos:

AUTOR	AÑO	PROFESION
Kyriacou	1980	25 % Profesores
Pines, Aronson y Kafry	1981	45% Diversas Profesiones
Maslach y Kackson	1982	20-35% Enfermeras
Henderson	1984	30-40% en Médicos
Smith, Birch y Marchant	1984	12-40% en bibliotecarios
Rosse, Jonson y Crown	1991	17% en Enfermeras
Jorgesen	1992	39% estudiantes de enfermería
Price y Spence	1994	20% policías y personal sanitario
Deckard, Meterlo y Field	1994	50% en médicos

FUENTE: Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz. 2006, Síndrome de Burnout, Junio 2007, <<http://www.hfainstein.com.ar>

Realizo: Ma. De los Angeles Garduño Juárez.

Estas cifras nos indican que nos encontramos ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas y que justifica por sí misma el desarrollo de la presente investigación, tomando en consideración que dicho suceso se ha fraguado en los últimos 20 años y sus cifras muestran un aumento considerable.

En 1994, Hidalgo y Díaz informaron que 156 médicos generales y especialistas del Hospital de Ávila, en Barcelona, presentaba el síndrome con más frecuencia (1). En

² Farbe B 1983 , Stress and Burnout in the Human Services Profession Pergamon Press. Nueva York,.

1996, en EUA, Guntpalli, realizó un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas-intensivistas, de los cuales el 40% presentaron síndrome de desgaste, con detrimento emocional, principalmente atribuible a los factores organizacionales, administrativos y a los conflictos interpersonales, como desencadenantes⁽²⁾ En 1999, en Leicester Inglaterra se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado de Burnout, relacionado con el agotamiento emocional al pasar por severas depresiones, sufrir actitudes negativas y estrés en el trabajo, también relacionado con el agotamiento emocional posiblemente causado por la estrecha interrelación del médico con la salud emocional de los pacientes, sus necesidades y sus problemas ⁽³⁾.

García en el 2000, documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en el Hospital La Fe, en Valencia España, que presentaron el síndrome, de estos el 7.1% presentó, agotamiento emocional, 17.8% cinismo o despersonalización y el 23.2% pérdida del logro profesional ⁽⁴⁾, esto coincidió con estudio realizado en 115 residentes de medicina interna de 45 escuelas, en los EUA ⁽⁵⁾. Otros autores describen que el retirarse cuando es posible, el cambiar de servicio o de ambiente de trabajo, ayuda a mejorar el nivel de este síndrome ^(4,5).

Para el 2000, la OMS, calificó al síndrome de Burnout como “riesgo laboral”³, con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Esto nos motiva a buscar este síndrome en los anestesiólogos, ya que no hay informes del mismo en estos trabajadores de la salud que representan un alto grado de niveles de estrés y que por las propias características de su entorno laboral se encuentra enfrentando presiones de alta productividad, competitividad, calidad, costo beneficio, exceso de horas de trabajo y ambiente laboral hostil.

Gustavo Calabrese señala que los médicos anestesiólogos están expuestos a riesgos en su práctica diaria, mismos que pueden derivar en graves consecuencias para la salud, con repercusión en los planos personal, familiar y laboral, por lo que tal situación es considerada como “*alto riesgo profesional*”.⁴ En Buenos Aires, Argentina, la Asociación de Médicos Municipales de la CBA (2001), realizó un estudio en 160

³ OMS 2000., The World Health Report. <http://www.who.int/whr/>.)

⁴ Calabrese G (2001), Riesgos profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún.

trabajadores de la salud hospitalaria (médicos, odontólogos y enfermeros) en relación con la existencia de factores que puedan desarrollar la enfermedad, refiere síntomas de ansiedad (60.5%), cefaleas (35.6%), arritmias y tensión (26.4%) en los médicos. Gibert y Alonso (2001), a su vez, encontraron que la depresión mayor, los sentimientos de culpa, la desesperación y un hogar desorganizado son factores de riesgo para llegar al suicidio. Román (2003) estudio a 287 profesionales de la salud de los niveles de atención primario y secundario, encontrando una prevalencia de 30% cursaba con síndrome de Burnout, y las más afectadas eran mujeres.

Morales, Gallego y Rotger (2004), por su parte, concluyen que los profesionales dedicados a labores de intervención en crisis y de servicio social muestran 12% de Burnout y un alto nivel de ansiedad.

En un estudio realizado en médicos de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara, México, se demostró que la presencia de factores psicosociales negativos dentro del área laboral se asocia con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas ⁽⁶⁾. Dichos autores llegan a la conclusión que las patologías más frecuentes fueron las músculo esqueléticas (20%), respiratorias (19.2%), gastrointestinales (18.3%) y las psicológicas (15.2%), y que la dimensión “agotamiento emocional” de la escala, que evalúa el síndrome fue la única que se comporto como factor de riesgo de alguna enfermedad, específicamente de las gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas ⁽⁷⁾

De igual manera, Méndez ⁽⁸⁾, señala que la tensión laboral que se ejerce sobre los trabajadores al exigirles mayor producción con mejor calidad o los trabajadores eventuales con varios cambios en el sistema y una mayor competitividad, son factores de riesgo para la salud de los trabajadores.

3. SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

La anestesiología es una de las profesiones en donde la ansiedad y el estrés se presenta con frecuencia, el riesgo que se corre cada vez que se anestesia un paciente, sumado a un número importante de turnos laborales, sin un adecuado descanso físico, además de la situación, que prevalece en los países latinoamericanos con gran inestabilidad laboral, social y política obliga al profesional allegarse a diferentes fuentes de ingreso, creando en él situaciones que repercutirán en su desempeño profesional. Sin hablar de la situación familiar y personal, por lo que se considera una profesión de alto riesgo.

El perfil de la persona más vulnerable al síndrome de desgaste laboral está caracterizado por diversos elementos tales como: autoexigencia, baja tolerancia, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual solo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas bien, esta característica es debido a la falta de búsqueda de satisfacciones personales, y el sentimiento de ser indispensables, lo cual los lleva a una obsesión profesional.

La mayoría de los jóvenes profesionistas al inicio de su carrera albergan grandes expectativas de logro profesional así como también deseos de dejar una huella positiva en la sociedad. Generalmente estas expectativas son muy difíciles de cumplir generando así sentimientos de fracaso los cuales no son reevaluados a lo largo de su vida, pueden resultar perjudiciales para la salud del individuo creando sentimientos adversos hacia su puesto de trabajo. Su ubicación en una realidad en la cual sus expectativas idealistas no concuerdan con la práctica cotidiana, y las recompensas esperadas tanto profesionales, personales y económicas no se cumplen

De estos jóvenes los más vulnerables son los del género femenino debido a que poseen doble carga de trabajo, que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades que prolongarían el rol propio de su género. En cuanto al estado civil no hay algo bien definido, el síndrome se ha asociado con personas que no tienen una pareja estable, al parecer las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con parejas estables. En el caso de la existencia o

no de hijos, hace al anesthesiólogo talvez más resistentes al desarrollo del síndrome, dado que su papel como padres les exige ser más responsables y maduros.

El horario laboral del anesthesiólogo puede conllevar al desarrollo del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio. De igual forma con la antigüedad profesional, algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos períodos correspondientes a los dos primeros años de carrera y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome ⁽¹⁾. Se encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentan y por ello siguen desempeñando su trabajo.

3.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El concepto de estrés se remonta a 1930, en la Universidad de Praga, en Checoslovaquia, donde Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales y lo denominó el “Síndrome de estar Enfermo” ⁽²⁾. Hace más de medio siglo, Hans Selye definió el estrés ante la OMS como: *“la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”*. El término proveniente del idioma inglés ha sido incorporado rápidamente a todos los idiomas, la idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la conciencia popular. Maslach y Jackson, especialistas en psicología de la salud, han definido al síndrome de Burnout como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicio que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

El estrés puede definirse desde dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. La primera es la propuesta por Freudenberger en 1974, quien describe el estrés como un conjunto de signos y síntomas físicos sufridos por el personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo, agotamiento, decepción y pérdida del interés por la actividad laboral y como resultado del desgaste por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables ⁽³⁾. Desde la perspectiva psicosocial, el concepto más conocido es el de Maslach y Jackson (1989) quienes lo refieren como un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son

personas (usuarios), y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el estrés psicosocial es definido como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la primera como algo que agrava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Gil-Monte y Peiró (1999) en este mismo enfoque refieren al síndrome de desgaste profesional como la respuesta al estrés laboral crónico el cual se identifica cuando la persona genera una idea de fracaso profesional, se encuentra exhausto emocionalmente y desarrolla una actitud negativa hacia las personas con quienes trabaja, de tal forma que sus estrategias de afrontamiento que habitualmente utiliza para el manejo del estrés fracasan.

Más allá de las posibles definiciones de estrés, se proponen tres puntos de vista desde los que se puede considerar el estrés:

1. Como situación, postulando que todos los estímulos del ambiente pueden actuar sobre el individuo como estímulos estresantes.
2. Como una reacción a corto plazo, consiste en reacciones musculares, alteraciones fisiológicas y sentimientos vividos de manera subjetiva que aparecen como consecuencia de estímulos provocadores de estrés.
3. Como una reacción a largo plazo, que consiste en las alteraciones del rendimiento físico o psicológico de una persona, como consecuencia de que se encuentra desde hace tiempo bajo influencias del estrés.^{V5}

El concepto de estresor, puede definirse en condiciones psicosociales de amenaza, demanda, desafío o pérdida, que de acuerdo con Wheaton (1996) y Sadin (1989), describen las características de los estresores que ponen en peligro la integridad funcional y operativa del organismo:

1. El estresor debe implicar amenaza o demanda.
2. El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de relaciones “elasticidad” de dicho organismo.

^V Ibidem I

3. El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo.
4. Por su potencial no es una condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas.
5. Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por el contrario.

Los estresores pueden ser originados tanto en áreas laborales como en el entorno social y hasta en el propio sujeto, pudiendo ser laborales y extralaborales como: el género, la edad, el estado civil, el número de hijos, el inadecuado ambiente físico de trabajo, las relaciones interpersonales difíciles, el tipo de profesión, el desarrollo de la carrera y el puesto de trabajo inapropiado, los medios tecnológicos modernos, las disfunciones en el desempeño de roles, las pocas oportunidades de decisión y de realización personal, la falta de apoyo social, entre otros (4) El estrés de trabajo se puede definir como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador. El estrés de trabajo puede llevar a la mala salud y hasta lesiones físicas.

Al estrés se ha caracterizado de maneras distintas, a saber;

- Schroeder y Costa, (1984) lo describen como un conjunto de estímulos o estresores. Así el estrés se atribuye a los condicionantes ambientales, los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes y que producen sentimientos de tensión. Así mismo Schroeder y Costa, (1985) entienden el estrés como una respuesta centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. Se entiende, como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona.
- Lazarus y Folkman (1986) describe el estrés como un proceso que incluye los estresores y las tensiones, teniendo presente la interacción entre las personas y el medio, de manera que cada uno de los polos afecta y es afectado por el otro, siendo así el estrés un proceso en el cual la persona actúa como un agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales. Las modalidades del estrés, nos indica que el concepto de estrés psicosocial no se identifica con el estrés ambiental. El primero es generado por los estresores de tipo interpersonal y actúa sobre el individuo,

predominantemente a través de procesos psicológicos, mientras que el estrés ambiental es producido por estresores ambientales y actúa sobre el individuo predominantemente a través de procesos biológicos.

El concepto del estrés de trabajo muchas veces se confunde con el desafío, pero estos conceptos no son iguales. El desafío nos vigoriza psicológicamente y físicamente, motivándonos al aprendizaje de habilidades nuevas y llegar a dominar nuestros trabajos. Cuando nos encontramos con un desafío, nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo ⁽⁵⁾.

El síndrome de Burnout, como su nombre lo dice significa “estar quemado”, quemarse (fundirse) en el trabajo (del inglés *to burnout*: quemarse, *burn out*: haberse quemado). Este concepto en psicología se conoce como “fatiga laboral” o de desgaste profesional. Recordando el aspecto psicosocial es un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como familiar, enojo, agresividad, desmoralización, sentimientos de fracaso y pérdida de la confianza en sí mismo. Resumiendo lo anteriormente expuesto en tres aspectos fundamentales:

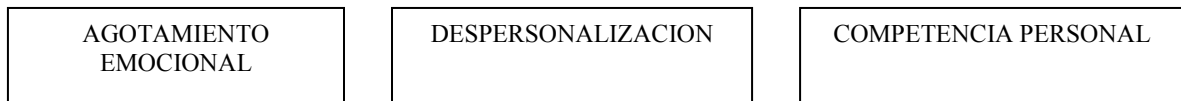
1. Agotamiento emocional: pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral.
2. Despersonalización: falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimiento de culpa por la situación vivida.
3. Competencia Personal: sentimiento de competencia y éxito en el trabajo del profesional. ^{VII}

Golembiewski y cols. (1986) presentan un modelo conceptual en cual muestran al síndrome de Burnout (ver fig. 1), el cual aparece como un proceso de desarrollo que surge como consecuencia de la existencia de estresores laborales, que inicia como la aparición de sentimientos de agotamiento emocional donde el profesional se siente exhausto y agotado de el contacto con otras personas. El agotamiento da lugar a la despersonalización en el trabajo, es decir, falta de sensibilidad con el otro, y como consecuencia de ello, aparecen de sentimientos de baja competencia personal. En este

^{VI} Ibidem I

modelo, el agotamiento emocional se percibe como una tensión, y a la despersonalización como una forma de enfrentarlo, tendiendo a desarrollar actitudes poco empáticas hacia los otros, que con frecuencia traen consigo el surgimiento de sentimientos asociados con la falta de competencia en el trabajo.

Figura 1. MODELO CONPCETUAL DEL SINDROME DE BURNOUT.



FUENTE: Vinaccia S. Alvaran L. et al. (2004), El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Universidad de Psicología de Colombia vol. 3, no.1, pp.35-45.

La diferencia fundamental entre el estrés simple y el síndrome Burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

3.2 IMPLICACIONES FISIOLÓGICAS.

El estrés tiene repercusiones tanto psicológicas y sociales, ambas nos indican los cambios en el comportamiento individual y grupal de quienes desarrollan el síndrome, sin embargo los cambios fisiológicos se podrían considerar como un foco de alerta, ya que el estrés constante ocasiona una serie de eventos que alteran el equilibrio en nuestra economía. Provocando alteraciones: psicofisiológicas, psiconeuroendocrinas y psicoimmunológicas.

3.2.1 Implicaciones psicofisiológicas del estrés

Ante las situaciones de agresión el ser humano desencadena una respuesta al estrés de forma fisiológica, que en situaciones de peligro o amenaza intervienen una serie de variables que pueden condicionar de algún modo la respuesta del individuo ante el estrés, estas se denominan estresores los cuales varían de gravedad o repetición haciendo más vulnerable la estabilidad emocional, y alterando las variables ambientales del individuo. Esta interacción activa fisiológicamente el sistema neuronal y endocrino, de tal manera que este efecto se elabora a partir de dos respuestas: una respuesta rápida, autonómica, básicamente el sistema simpático, y una respuesta lenta o tardía que es dada por el sistema neuroendocrino

Tomando en cuenta que el ser humano es un organismo que se encuentra inmerso en un medio ambiente externo e interno con el que se relaciona por medio de sus sentidos, la preservación de estos sentidos y el estado de conciencia son necesarios para que el organismo pueda exponerse a un estado de estrés. Dado que en el desarrollo del estrés se encuentra implicada la percepción del sujeto, se requiere del funcionamiento de las estructuras cerebrales para el procesamiento de la información potencialmente estresante.

Es decir, que el proceso de activación necesario para desarrollar un estado de estrés se da, en primera instancia, por procesos nerviosos centrales (cogniciones: el procesamiento sensorial que hace el sujeto de la información) En segundo lugar, la consecuencia del procesamiento sensorial es la activación del organismo para responder a la situación de amenaza.

Desde el punto de vista neurofisiológico se han descrito los siguientes cuatro sistemas involucrados en la respuesta al estrés:

1. Sistema nervioso central (procesador de la información): quien se encarga de reconocer y procesar la información que puede ser estresante o no.
2. Sistema autonómico: quien se encarga de generar la primera respuesta al estrés, caracterizada por la liberación de las catecolaminas: Noradrenalina y Adrenalina.
3. Sistema neuroendocrino: genera una respuesta más lenta en tiempo y básicamente se encarga de liberar los glucocorticoides, quienes contribuye en la activación general del sistema nervioso y en la preparación al organismo para reaccionar.
4. Sistema inmunitario realiza funciones similares al sistema nervioso central (SNC) recibiendo y procesando la información en células altamente especializadas las cuales tienen un control genético específico generando con esto la respuesta autonómica e inmunitaria y endocrina. Las cuales retroalimentan constantemente al organismo para incrementar, mantener o disminuir la respuesta de estrés. Aunque son sistemas individuales, estos procesos se combinan en una mil formas para funcionar adecuadamente en la práctica.

3.2.2 Implicaciones psiconeuroendocrinas del estrés

Los efectos de los glucocorticoides ante la respuesta al estrés son importantes y necesarios, esta excitación vegetativa general y la simultánea tensión nerviosa (nivel de comportamiento motor) vuelven ahora al centro (el cerebro) iniciando el feedback sobre el estado de los receptores internos del cuerpo. Esta retroalimentación puede tener como consecuencia un incremento adicional de la excitación general (estimulación del sistema simpático) y, a la inversa, una relajación (estimulación del sistema parasimpático), al disminuir la excitación o al influir correspondientemente sobre todo el proceso.

Su activación a largo plazo puede generar efectos dañinos en la salud tales como aumento en la tensión arterial, daño en el tejido muscular, diabetes, infertilidad, inhibición del crecimiento, de las respuestas inflamatorias e inmunológicas e incluso daños en estructuras cerebrales como el hipocampo. Se han realizado diversos estudios para identificar los datos de estrés crónico en los anestesiólogos en base a los cambios en la frecuencia cardiaca, presión arterial, cambios en el electrocardiograma (EKG) o Holter, entre otros. En un estudio de cohorte Kain, Katz, Nigma (2002) estudiaron 38 anestesiólogos, de los cuales en 18% presento aumento en la frecuencia cardiaca la cual no se considero significativa, el análisis del Holter 33% presentaron ectopia ventricular, 61% presento extrasístoles supraventriculares y un 90% presento contracciones atriales prematuras al menos 1 en una hora, durante la cirugía, sin reportar cambios en el segmento ST. La tensión arterial sistólica en 17% se mantuvo con cifras >140 mmHg y la diastólica >90 mmHg durante la inducción. (7) Por lo anterior se la OMS considera a la especialidad en anestesia como una profesión de alto riesgo.

Estos sistemas se retroalimentan constantemente trayendo como consecuencia un incremento, mantenimiento o disminución de la activación producto del estrés. A nivel general se produce una variación endocrina metabólica, que ha sido considerada como un mecanismo homeostático inevitable, tras las agresiones síquicas y/o físicas de estrés, que conducen a estados hipermetabólicos y de movilización de sustratos energéticos que terminan alterando la homeostasis del organismo. La respuesta neuroendocrina es una eferencia que resulta de un estímulo aferente, se manifiesta con cambios hormonales, metabólicos, hemodinámicos y en ocasiones inmunológicos, que alteran la homeostasis normal del individuo.

Sea cual fuera el mecanismo desencadenante, provoca una típica reacción de estrés, caracterizado por hipersecreción de la hormona adrenocorticotropica (ACTH), hormona estimulante de la tiroides (STH), vasopresina, cuya traducción sistémica radica en un estado predominantemente catabólico, con elevación de las concentraciones plasmáticas de catecolaminas, cortisol y glucagón, hipoinsulinemia y caída de los valores plasmáticos de hormonas tiroideas. La activación permanente de estos sistemas puede generar daños permanentes en diversas estructuras del organismo que se traducen en enfermedades y patologías.

3.2.3 Implicaciones psico-inmunológicas del estrés

La activación inmunitaria implica procesos de respuesta lentos, dado que la información que lo regula pone en juego procesos de síntesis proteica y esta sujeta a múltiples influencias inespecíficas. El hipotálamo regula esta actividad inmunitaria mediante diversos mecanismos, ordenando los procesos de procesamiento de información y síntesis de proteínas que serán destinadas a la defensa tisular y protección orgánica. Posiblemente el endotelio también regule la respuesta en algunas células a través de la síntesis de óxido nítrico.

En la observación clínica humana, el estrés tiene efectos inmunosupresores o de inhibición inmunológica, esta acción se expresa a través de la aparición de fenómenos alérgicos, infecciosos, enfermedades auto inmunes y patología psicósomática.

Por ejemplo, la insatisfacción y la tensión crónica han demostrado que aumentan la incidencia de herpes labial y de la recurrencia de herpes genital. Actualmente se sabe también que durante periodos de estrés aumenta la incidencia de reacciones alérgicas, asma, rinitis. Así como recrudescimiento las enfermedades auto inmune como lupus eritematosos sistémico (LES), artritis reumatoidea, miastenia gravis y tiroiditis de Hashimoto cuando hay exposición al estrés prolongado en personas predispuestas.

La respuesta inmunitaria se encuentra plurideterminada por factores diversos como algunos estructurales (carga genética, edad, género, estado nutricional, antecedentes personales, estados biológicos transitorios), sistemas neuroendocrinos, factores situacionales y ambientales que inducen un cambio adaptativo, e estrés, pero cuando esos sistemas fallan se entra en el estrés. Todas estas variables interactúan para

determinar la respuesta inmunitaria y el grado de resistencia a distintas enfermedades. La respuesta inmunitaria a su vez integra la regulación de este sistema mediante procesos de retroalimentación similares a los neuroendocrinos.

El síndrome de agotamiento profesional, es el resultado de la interacción entre factores personales comunes a muchos profesionales y específicos de la organización hospitalaria de la institución en donde trabajan. Barquín (1972) refiere que dentro del funcionamiento y la administración de un hospital este debe ofrecer eficiencia y oportunidad en la prestación del servicio médico, con un equipo humano capaz y organizado, contando con los medio físicos convenientes, para dar una calidad del servicio adecuada, y con ello lograr disminuir las cargas de trabajo y un buen ambiente laboral (8). En un momento dado estos factores se pierden y se convierten en vicios organizacionales. Los factores viciados de la organización incluyen:

- 1) Sobrecarga de trabajo,
- 2) Pérdida de control sobre lo que se realiza,
- 3) Falta de cordialidad en el lugar de trabajo,
- 4) Pérdida del sistema de recompensas,
- 5) Injusticia
- 6) Toma de decisiones con relación al conflicto con los valores. ^{vii}

3.3 CONDICIONES QUE PODRÍAN CAUSAR EL ESTRÉS

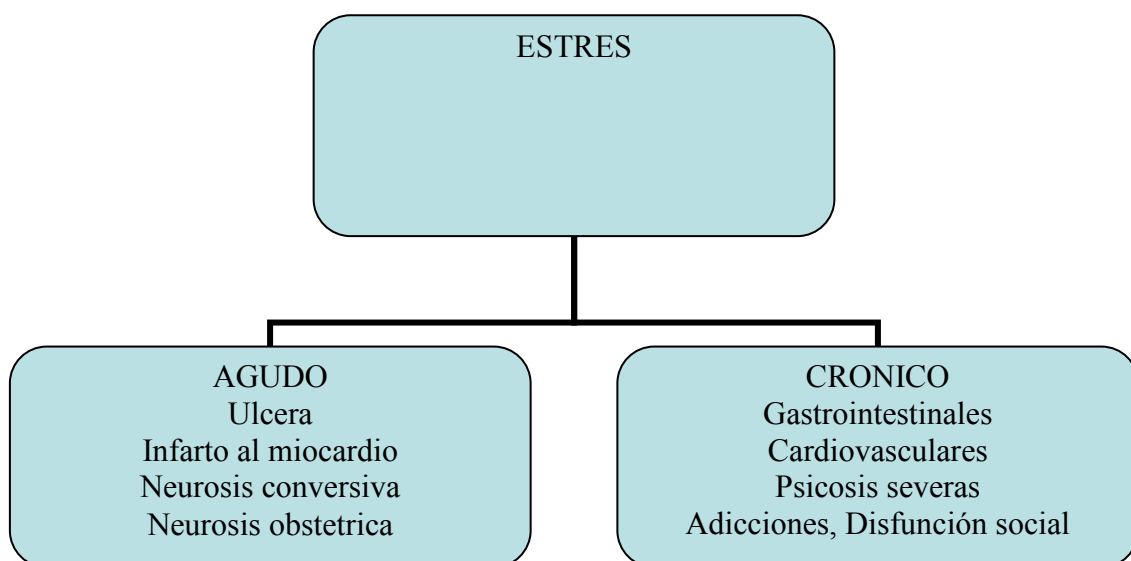
El desgaste profesional se ha descrito en multitud de profesiones en las que predomina el contacto interpersonal, tales como trabajadores sanitarios, educadores, miembros de los cuerpos de seguridad, funcionarios de justicia, personal de ambulancias, etc. Y ante esta diversidad encontramos que existen condiciones inherentes que puede causar el estrés patológico. Las principales condiciones que podrían causar estrés son las siguientes:

^{vii} Maslach C. Pines, (2000), Nurses Burnout; an existential psychodynamic perspective. J Psychosoc Nurs Ment Healt Serv, vol. 38, no.2, pp.23-31.

- El diseño de los trabajos. Trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos y horas de trabajo largos; trabajos frenéticos y de rutina que tienen poco significado inherente, no usan las habilidades de los trabajadores, y proveen poco sentido de control.
- El estilo de dirección. Falta de participación por trabajadores en la toma de decisiones, falta de comunicación en la organización, y falta de política que está favorable a la vida de familia.
- Las relaciones interpersonales. Malos ambientes sociales y falta de apoyo o ayuda de compañeros y supervisores.
- Los papeles de trabajo. Expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr, demasiada responsabilidad, demasiadas funciones.
- Las preocupaciones de la carrera. Inseguridad de trabajo y falta de oportunidad para el crecimiento personal, el fomento, o el ascenso; cambios rápidos para los cuales los trabajadores no están preparados.
- Las condiciones ambientales. Condiciones desagradables y peligrosas como las áreas de trabajo atiborradas, el ruido, la contaminación del aire, o los problemas ergonómicos (5).

Por lo tanto dada la fisiopatología, el individuo puede desarrollar dos tipos de enfermedades (Fig.2), dependiendo del estado de estrés en que se encuentre:

Fig.2 FISIOPATOLOGIA DEL ESTRÉS.



Realizo: Garduño Juárez María de los Angeles.

a.- Enfermedades por estrés agudo:

- Úlcera por Estrés
- Infarto al miocardio
- Neurosis Conversivas
- Neurosis Obstétrica

b.- Enfermedades por estrés crónico

- Gastrointestinales (Dispepsia, Gastritis, Colitis Nerviosa, etc.)
- Cardiovascular (Hipertensión Arterial, Angina de pecho, etc.)
- Ansiedad, Psicosis Severas, Insomnio, Neurosis de Angustia, Trombosis Cerebral
- Accidentes, Adicciones, Conductas antisociales
- Frustración , Migraña, Depresión , Agresividad
- Disfunción Familiar , Trastornos Sexuales
- Disfunción Laboral

El desgaste profesional se ha descrito en multitud de profesiones en las que predomina el contacto interpersonal, tales como trabajadores sanitarios, educadores, miembros de los cuerpos de seguridad, funcionarios de justicia, personal de ambulancias, etc.

Las principales unidades en las que se produce el fenómeno son los quirófanos, las unidades cuidados intensivos, unidades de cuidados paliativos, establecimientos pediátricos y geriátricos, unidades oncológicas y unidades de trasplante de médula ósea y aunque se da tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, sin duda parece ser más frecuente en el hospital. La excepcional altura alcanzada por el estrés en los trabajos hospitalarios y en su personal de salud es, sobre todo, el resultado de la combinación de una labor de intensa responsabilidad con una disponibilidad y entrega continuamente abierta a las necesidades de los enfermos.

3.4 FACTORES DE ESTRÉS EN EL ANESTESIÓLOGO:

El Dr. Calabrese (2003) en la guía de prevención de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA) nos habla de diferentes factores que pueden influir en la generación del estrés en el anestesiólogo a saber:

- Los factores personales se vinculan por un lado a desajustes de las expectativas altruistas, profesionales y sociales del anestesiólogo, sumado a la potenciación de una personalidad que desarrolla un rol protagónico en su ámbito de trabajo, con una valoración de la personalidad “sobre calificada”, que muchas veces se sienten “dioses blancos” resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante.
- Los factores profesionales se vinculan por un lado al perfil del tipo de trabajo, que se caracteriza por alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, manejo de pacientes críticos, manejo de pacientes complejos, decisiones de emergencias y enfrentamiento con la muerte, en definitiva en estas situaciones se “transforman de emociones naturales a emociones estresantes”. Por otro, lado la modalidad laboral es un factor de importancia como generadora de estrés en la actualidad ya que el anestesiólogo esta inmerso en una cultura laboral de “alta presión” , con demanda de alta productividad, competitividad y criterios de calidad, todo esto sumado a calendarios inapropiados con exceso de horas de trabajo y descanso inadecuado.
- Los factores Institucionales en la generación de estrés laboral se vincula fuertemente a una estructura jerárquica rígida, a una difícil comunicación con autoridades y mandos medios en la organización donde es común la inseguridad laboral y la falta de políticas favorables a la vida de familia del trabajador.
- Los factores ambientales se vinculan a la inadecuada protección e, infraestructura laboral, donde se desarrollan por momentos en un clima intenso, rutinario, competitivo, y hostil, donde predominan las inadecuadas relaciones interpersonales que son escasas o nulas entre médicos, enfermeras y resto del personal en el cual se percibe como un fracaso estar cansado como ideología laboral, aun cuando en realidad la falta de sueño y de la fatiga crónica acumulada son moneda corriente ^{VIII}

Paladino en el 2007 nombro los factores de agresión y respuesta orgánica que vulneran la salud del anestesiólogo, estos factores predisponentes son: (Fig3)

^{VIII} Calabrese Gustavo (2003), Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. C.L.A.S.A. 2003

Fig. 3. FACTORES PREDISPONENTES AL ESTRÉS Y VULNERABILIDAD INDIVIDUAL:

Factores físicos	Condiciones climáticas adversas. Cambios climáticos reiterados. Falta de activación El dolor a la enfermedad física. El ruido, el trabajo nocturno o los cambios frecuentes
Factores Biológicos	Factores genéticos o hereditarios. Factores alimenticios: La frustración, la contrariedad. Carencia o exceso alimentario.
Factores Psíquicos	La frustración, la contrariedad, la coacción, el sentimiento. La insatisfacción, el tedio, el miedo, la decepción. Las emociones intensas La indecisión, el fracaso, el éxito prematuro. Los cambios de domicilio, nacimiento de hijos, jubilación, etc.
Factores Interpersonales.	Factores familiares Las pérdidas por muerte o separación de los seres queridos. Factores profesionales, trabajo rutinario, mal ambiente de trabajo, huelgas, desempleo.
Factores Socioeconómicos	Ingresos insuficientes, cambios abruptos del nivel socioeconómico. Superpoblación, vivienda incómoda, delincuencia urbana, agresión de los medios de comunicación de masas

FUENTE: Paladino, Héctor Martinetti.2007, Factores de agresión y la respuesta orgánica. La salud del anestesiólogo: Parte I. Rev Uruguaya de Anestesiología. Marzo.

3.5 CONSECUENCIAS PERSONALES

Una característica importante del estrés es que sin importar si este es físico, intelectual o psicológico nuestro cuerpo siempre se moviliza por una reacción física. Cuando estos factores se acumulan y superan la tolerancia del organismo surge el estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en los siguientes puntos:

3.5.1 ENFERMEDADES FÍSICAS.

La fatiga puede provocar alteración del estado de ánimo, cefaleas, mareos, pérdida de apetito y problemas digestivos. Además puede provocar problemas ginecológicos como irregularidades menstruales, embarazos de pretérmino, embarazos con productos pequeños para la edad gestacional y embarazos con hipertensión arterial (8). La fatiga se vincula también a los accidentes automovilísticos en anestesiólogos, así como personal sanitario luego de la jornada laboral, a injurias y accidentes laborales sobre todo en el retapado de las agujas, incrementándose ese riesgo exponencialmente luego de nueve horas de trabajo consecutivo (9) El riesgo ocupacional de transmisión luego de exposición percutánea (agujas, objetos cortantes) de sangre infectada con HIV es del

0.3% y del 0.09% cuando es por exposición a mucosa, del 6%-37% para sangre infectada con el virus de la hepatitis B y de 3%-10% para sangre infectada con virus de hepatitis C(10).

3.5.2 DETERIORO PSÍQUICO – EMOCIONAL.

La angustia, la depresión y la ansiedad. alteran el patrón de descanso corporal, reflejándose en su cantidad y calidad . Ante esta situación puede progresar a crear un verdadero cambio en el patrón del sueño, pudiendo llegar hasta la privación completa de este, esto puede generar alteraciones, inmunitarias, gastrointestinales, endocrinas y una pobre actuación psicomotora, así como probabilidad de cáncer de mama. La privación del sueño puede contribuir al “error humano” repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. se han observado, picos de vulnerabilidad al sueño entre las 2 o 7am por lo que los anestesiólogos que realizan trabajo nocturno regulares de y las interrupciones constantes del sueño que tiene el anestesiólogo que realiza trabajo nocturno potencian esa vulnerabilidad y hacen más frecuente la tendencia a cometer errores humanos, con graves consecuencias en la seguridad de los pacientes. El funcionamiento cognoscitivo disminuye en un 25% cuando falta una noche de sueño y disminuye en un 40% cuando faltan dos noches. En este sentido pueden asociarse a mayor probabilidad de punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia peridural relacionado al trabajo nocturno (11). También pueden contribuir a accidentes laborales con un 50% de riesgo mayor de exposición a sangre contaminada (SIDA, hepatitis B y C) además de tener dificultad para interpretar un EKG, en realizar un calculo matemático, en hablar con fluidez y en la memoria a corto plazo, también se registran bajos puntajes de vigilancia de pacientes, disminución en la velocidad y calidad de intubación orotraqueal.

Pero esta conducta no solo se presenta en el quirófano, sino que se extiende a su vida cotidiana en Latinoamérica el 24% de accidentes con vehículos automotores donde se ve involucrado un trabajador de la salud en general son anestesiólogos.(12).

3.5.3 TRASTORNOS EN LA CONDUCTA:

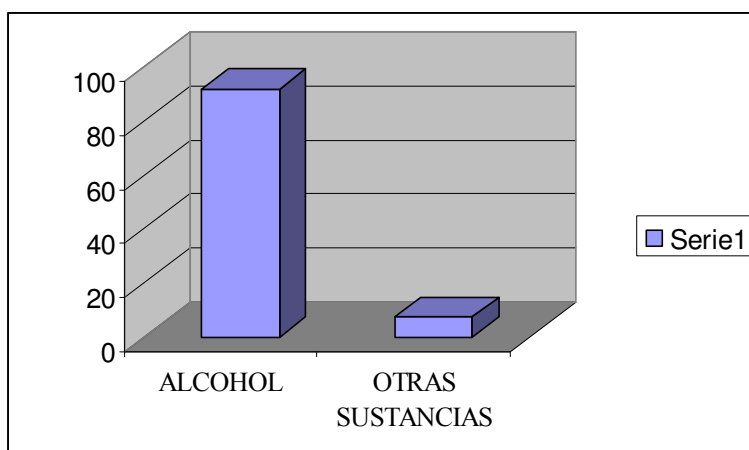
Actualmente el alcoholismo y la fármacodependencia son mucho más frecuentes en los anestesiólogos, la morbilidad por auto administración de fármacos es mas evidentes que los efectos por otros riesgos potenciales en el quirófanos.(13) La fármaco dependencia

es una enfermedad compleja, devastadora, incurable, progresiva, recidivante y crónica caracterizada por una dependencia química con repercusiones en lo físico y psicológico.

La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y en especial entre anestesiólogos resulta muy difícil de establecer. Los datos surgen de estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos.

Menck EJ.(1990) en un estudios retrospectivos encontró que la incidencia de abuso de sustancias en anestesiólogos varia del 1% al 5% ,en diversos estudios en EUA (15) Los estudios prospectivos en Latinoamérica muestran una incidencia promedio de abuso de sustancias de 1.7%, donde el 75% fue a opiáceos.(15) En los EUA sólo el 4% de los médicos son anestesiólogos, sin embargo en programas de tratamiento la incidencia fue importante mostrando que el 12 – 14% de médicos tratados por dependencia química eran anestesiólogos. De estos, el 50% tenía menos de 30 años, una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos “los preferidos” con mayor frecuencia por los anestesiólogos más jóvenes. Este mismo estudio incluyo 133 programas académicos de anestesia en ese país y mostró una incidencia de abuso del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes (16). La incidencia de fármacodependencia en anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que de otras especialidades. Una encuesta en residentes de la American Association of Anesthesia (ASA) evidenció una incidencia de abuso del 34. 5% con predilección por el Fentanil (16). Dentro de las sustancias más utilizadas según un estudio retrospectivo de 1958 a 1988 en el Medical Collage of Wisconsin en 260 anestesiólogos, reportan altos niveles de fármacodependencia. Esto puede apreciarse a continuación en la figura 4.

Figura 4. FARMACODEPENDENCIA EN ANESTESIOLOGIA.

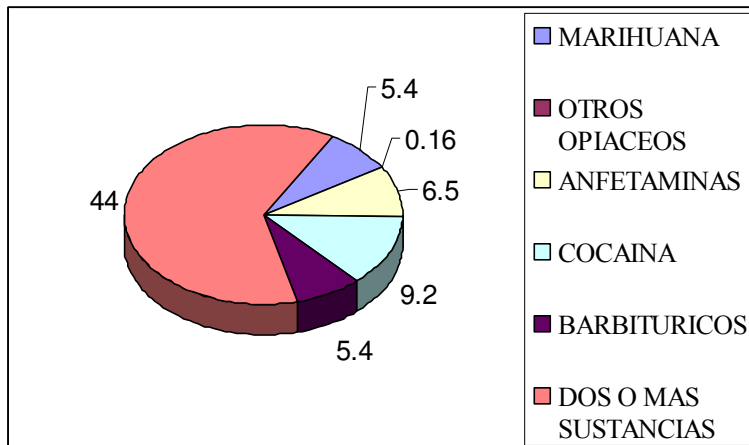


Fuente: Lustky, Hopwood, (1993), Psychoactive substance use among American anesthesiology: a 30 year retrospective study, Can J Anesth, vol.40, no.10. pp. 915-21.

Realizo: Garduño Juárez María de los Angeles.

Dentro de las sustancias preferidas por los anesestesiólogos esta el alcohol en un 91.8% y en un 8.2% otras sustancias tales como se muestra en la siguiente figura 5

Figura 5. Sustancias más utilizadas por médicos anesestesiólogos, con antecedentes de fármacodependencia.



Fuente: Lustky, Hopwood, (1993), Psychoactive substance use among American anesthesiology: a 30 year retrospective study, Can J Anesth, vol.40, no.10. pp. 915-21.

Realizo: Garduño Juárez María de los Angeles.

El uso y abuso de estas sustancias no solo se limita a una sola de ellas, sino que actualmente se combinan para obtener efectos diversos, los cuales potencializan la farmacodependencia de quienes los utilizan.

Booth (2002) describió las características del anesestesiólogo adicto: los siguiente datos nos marcan un perfil a saber: el 50% son menores de 35 años, con gran representación

de los residentes, siendo el 67-88% varones , el 75-96% de raza blanca, con 76-90% de adicción a los opiáceos como droga principal, asociado al 35-50% a uso de polidrogas, un 33 % con familia con historia de adicciones y 65% fueron asociados a departamentos académicos.(18).

En el caso de los anestesiólogos, además de los factores nombrados, inciden aspectos vinculados, a su intenso estilo de vida laboral (19), sobre todo el excesivo estrés crónico, la disponibilidad y el fácil acceso a la “sustancia de elección” en su trabajo diario, sumada a patrones de falta de auto estima y negación de la situación. El riesgo del suicidio en pacientes con síndrome de Burnout es seis veces mayor que en la población general, por tanto es una grave y temible consecuencia.

3.5.4 TRASTORNOS INTELECTUALES

Los trabajos de baja calidad y la dificultad de concentración, son factores intelectuales que afectan directamente el desempeño del profesional, propiciando respuestas inapropiadas con una tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas, conductas que favorecen al error humano. Williamson JA, Webb (1993) realizó un análisis sobre el error humano en procedimientos médicos, al administrar la anestesia el error humano está implicado en el 83% de incidentes de seguridad, en ese sentido la fatiga contribuyó al 50% de los errores, al 6% de los errores en cuidados anestésicos y un 86% de errores en el manejo clínico anestésico. Además se vincula en un 2%, a incidentes críticos, y al 10% de errores en la administración de drogas equivocadas (20).

3.6 CONSECUENCIAS FAMILIARES

La despersonalización y el cansancio emocional del anestesiólogo no solo se reflejan en su trabajo sino también en el plano familiar y pueden llegar a ser muy graves caracterizándose por aislamiento, sentimiento de culpa, reproche familiar por exceso de trabajo, pobre participación en eventos trascendentes de la vida familiar, fracaso vínculos inadecuados con sus hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar.

Todo lo anterior de no ser adecuadamente encausado puede desencadenar violencia doméstica y crisis de dependencia alterando la conducta del individuo volviéndose demandante hacia quienes tienen a su cargo, la atención médica, psicológica, legal o social

de las mismas. Por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial.

3.7 CONSECUENCIAS LABORALES

En el plano laboral las consecuencias son evidentes la falta de interés, el ausentismo y el trabajo de pobre calidad, pudiendo llegar a la inadecuada praxis y por ende problemas legales. Todas estas situaciones con llevan a la pérdida de la imagen del profesional y en algunas ocasiones el abandono o el cambio del trabajo, debido al estrés crónico laboral o síndrome Burnout.

Las extensas jornadas laborales se vinculan a los calendarios inadecuados, en los cuales existe un desequilibrio entre las horas trabajadas y las horas de descanso. En diversos estudios se muestran cambios importantes en los anesthesiólogos de acuerdo a las horas trabajadas por ejemplo: en Latinoamérica se registraron cargas de trabajo entre 24-72 horas semanales (15), y entre 24-96 horas semanales en USA (20), en Nueva Zelanda el registro fue entre 35-95 horas semanales, remarcando que el 47% de especialistas reportaron trabajar más de 70 horas semanales en los últimos 6 meses, y periodos continuos de trabajo de 20 horas promedio (21), en el Reino Unido la cifra fue de 48-112 horas semanales, con 75 horas semanales (22). Estos hallazgos encontrados en la literatura se muestran en la figura 6, que a continuación se muestra:

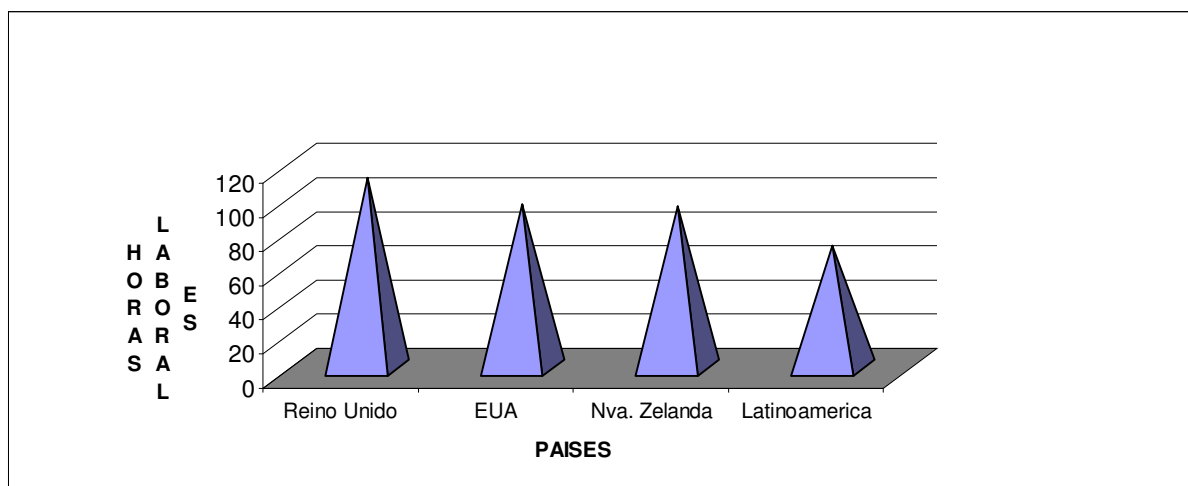


Figura 6: Distribución de horas laborales en anesthesiología.

FUENTE: Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK.(1990), Work and rest cycles in anesthesia practice. Anesthesiology, vol.72, pp.:737-742.

REALIZO: Ma.de los Angeles Garduño Juárez.

En el caso de los residentes de anestesia en EUA se registraron cargas laborales de 48-96 horas semanales, con 36 horas continuas de trabajo (20), en Nueva Zelanda se registraron entre 45-70 horas semanales, donde el 79% trabajaron más de 70 horas a la semana en los últimos 6 meses, periodos continuos de trabajo de 20 horas promedio, y un promedio de 2.7 noches por semana (21). Lo anterior se puede apreciar en la Figura 7, a continuación:

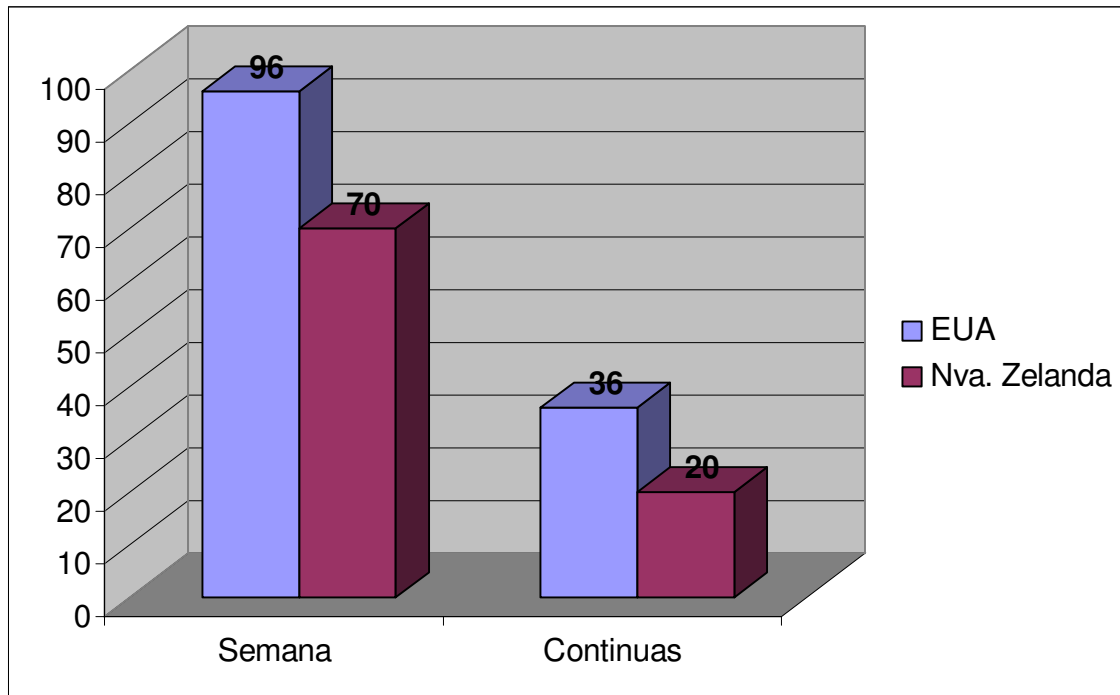


Figura 6: Distribución de horas laborales en varios países del mundo sobre anestesiología

FUENTE: Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK. (1990), Work and rest cycles in anesthesia practice. Anesthesiology, vol.72, pp.737-742.

REALIZO: Garduño Juárez María de los Angeles.

En la mayoría de los estudios realizados registran cargas laborales que exceden las 58 horas semanales que dictan las regulaciones de horas de la Comunidad Europea en el campo medico en la actualidad y las 48 horas semanales establecidas para comenzar a regir a partir del 2009 (22), así como las regulaciones para el trabajo de residentes médicos en EUA que es de 80 horas semanales vigente desde el 2003 (23).

En Latinoamérica no existen regulaciones específicas para el especialista de anestesia y/o residente, estando en proceso la realización del código regulador de horas de trabajo para el anesthesiólogo por la CLASA. Sin embargo de acuerdo a las horas laborales y de descanso se han dividido en tres grupos para clasificar en bajo, significativo o alto riesgo profesional:

- Riesgo bajo, se considera cuando se trabaja menos de 50 horas semanales, 10 horas consecutivas trabajadas al día, no realiza turnos nocturnos, no realizan extensión del turno en la noche, y disponen de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo, 2 días libres de trabajo por semana.
- Riesgo significativo. Es cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día,, uno o dos turnos nocturnos por semana, teniendo extensión del turno en la noche, con menos de 10 horas de trabajo,1 día libre de trabajo a la semana.
- Riesgo Alto se da cuando se trabaja 70 o más horas a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos dos veces por semana, tres turnos nocturnos por semana, tiene extensión nocturna no tienen día libre ^{IX}.

La Asociación Médica Australiana establece que aquellos médicos que trabajen cargas laborales superiores a las 70 horas semanales tienen alto riesgo para la salud y por ende tienen mayor probabilidad de riesgos de accidentes, injurias y enfermedades, tal como se ha descrito en párrafos anteriores.

^{IX} Calabrese G. (2002), Influencia del estilo de vida laboral del anestesiólogo en la salud. En Anestesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología www.anestesia.com.mx/congreso Noviembre.

4. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

El Hospital General de México (HGM) es un organismo descentralizado por decreto presidencial a partir del 11 de Mayo de 1995. Forma parte de las Dependencias y Entidades que componen el Sector Paraestatal de la Administración Pública de México. Su objetivo básico y general es coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, proporcionando servicios médicos de alta especialidad e impulsando los estudios, programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia, sectorizado en la Secretaría de Salud.

La política de Enseñanza del Hospital General de México radica en dar orden y congruencia a las estrategias de los programas de trabajo de la Dirección General y de la Dirección de Enseñanza con una visión integral de la educación del personal de salud de la Institución y de las Instituciones de Educación Superior que participa en conjunto con el Hospital General de México para la formación del capital humano, ante los retos políticos y sociales que enfrenta el Hospital en un entorno de competitividad. Todo ello siempre orientado en la búsqueda de contribuir al objetivo trascendental: la Educación de Excelencia en el Hospital General de México y Organismo Publico descentralizado (OPD).

El objetivo de los CURSOS UNIVERSITARIOS DE ESPECIALIZACION MÉDICA (residencia médica) es la de formar médicos especialistas competentes, capaces de responder a las demandas y expectativas de salud de la población mexicana, que se adecuen al nivel de desarrollo de los servicios asistenciales y apropien de la ciencia médica en constante renovación.

La UNESCO define las competencias como: el conjunto de comportamientos socioafectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o tarea en este caso en la practica medica de excelencia.

4.1 DESCRIPCION DEL AREA DE ANESTESIOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

El área de Anestesiología del Hospital General de México esta formada por 90 anesthesiólogos de base, distribuidos en los diferentes quirófanos desde cirugía general como las diferentes especialidades (Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Gineco-Obstetricia, Oncología, Neumo-Cardiología, Neurología y Pediatría), además de participar en procedimientos fuera de quirófano como Radiología intervencionista, Tomografías, Resonancia Magnética, Colonoscopia, etc.

En el área de residencia médica cuenta en esta generación con 37 residentes distribuidos en los 3 años, 10 R3,16 R2 y 14 R1 (11 en el HGM y 3 en la subsede en el estado de Cuernavaca, Morelos).

. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Después de revisar la teoría se encuentra que la mayoría de los jóvenes profesionales en la especialidad médica de anestesiología al inicio de su carrera albergan grandes expectativas de logro profesional así como también deseos de dejar una huella positiva en la sociedad. Por lo general sus expectativas son difíciles de cumplir generando así sentimientos de fracaso, que al no ser superadas puedan ser perjudiciales para la salud del individuo.

En este contexto el anestesiólogo, dadas sus características crea muchas expectativas en el trabajo, estando aun más propenso a un estado de fatiga en cuanto a su fervor a una causa, estilo de vida o relación, la cual no ha generado los resultados esperados. Y durante su proceso de reevaluación asegura que sus metas no se han cumplido, provocando en él un estado de decepción en donde sus capacidades se ven bloqueadas al insistir en una condición que se escapa de sus posibilidades.

Al considerarse la anestesiología como una profesión de alto riesgo, hace relevante la evaluación de quienes la practican o son candidatos a formar parte de dicha especialidad, ya que de no ser evaluada correctamente empobrece el crecimiento personal y laboral de los mismos y por ende también de la sociedad a la cual brindan sus servicios.

El objetivo de dicha investigación es describir los probables factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de desgaste laboral o Burnout en los Médicos de anestesiología del Hospital general de México de Base y Residentes, por medio del Cuestionario de Maslach.

6. HIPÓTESIS.

Los residentes del servicio de anestesiología del HGM son más vulnerables a desarrollar el síndrome Burnout que los médicos de base, debido a su inexperiencia en el aspecto, laboral y de realización personal. Los médicos de base al aumentar sus años de experiencia tienden a disminuir sus niveles de estrés y por lo tanto no llegan a desarrollar el síndrome de Burnout.

7. JUSTIFICACIÓN.

El síndrome de Burnout ya está presente en diversos centros de trabajo y el área de la salud es una de las más afectadas, por ello es necesario conocerlo, difundirlo, medirlo y tomar en cuenta sus repercusiones en las poblaciones médicas de alto riesgo. El propósito de esta investigación es la de cuantificar e identificar los grupos de riesgo para favorecer la toma de conciencia, promover estilos de vida adecuados, hábitos saludables entre los afectados y prevenir el desarrollo de esta patología, con ello lograr una práctica médica de calidad tanto para el profesional como para el paciente.

8. OBJETIVOS

1. Determinar la prevalencia del Síndrome de Desgaste Laboral o de Burnout en la población de residentes y médicos de base del área Anestesiología del Hospital General de México.
2. Conocer los valores de los tres componentes del cuestionario de Maslach.
3. Conocer la asociación de situaciones personales sociodemográficas y profesionales con los valores de Burnout.
4. Conocer la asociación de percepciones personales con los valores de Burnout.
5. Establecer puntos de corte para cada componente del Síndrome de Desgaste Laboral, de acuerdo al cuestionario de Maslach.
6. Analizar algunos de los riesgos profesionales para la salud del anestesiólogo de mayor preocupación e impacto en la actualidad.

9.- METODOLOGIA

Para el presente estudio se utilizó una metodología descriptiva con la finalidad de conocer de manera directa la percepción de los médicos de base y residentes de la posible presencia del síndrome de Burnout en el área de anestesiología.

El área de Anestesiología del Hospital General de México esta formada por 90 anesthesiólogos de base, distribuidos en los diferentes quirófanos desde cirugía general como las diferentes especialidades En el área de residencia médica cuenta con 40 residentes: 10 R3, 16 R2 y 14 R1(11 en el HGM y 3 en la subsede en el estado de Cuernavaca, Morelos.

El Universo de trabajo se tomo la totalidad de los médicos de base de turno matutino (45 Médicos de Base) y a los residentes de los diversos años, (30 Residentes).

9.- METODOLOGIA

Para el presente estudio se utilizó una metodología descriptiva con la finalidad conocer de manera directa la percepción de los médicos de base y residentes de la posible presencia del síndrome de Burnout en el área de anestesiología.

El área de Anestesiología del Hospital General de México esta formada por 90 anestesiólogos de base, distribuidos en los diferentes quirófanos desde cirugía general como las diferentes especialidades En el área de residencia médica cuenta con 40 residentes: 10 R3, 16 R2 y 14 R1(11 en el HGM y 3 en la subsede en el estado de Cuernavaca, Morelos.

El Universo de trabajo se tomo la totalidad de los médicos de base de turno matutino (45 Médicos de Base) y a los residentes de los diversos años, (30 Residentes).

9.1 UNIVERSO DE TRABAJO

El presente proyecto se llevo acabo en los Médicos de base y Médicos Residentes de la especialidad de Anestesiología del Hospital General de México, mediante la aplicación de dos cuestionarios (Maslach e identificación de factores de riesgo).

Se excluyen a 3 residentes de primer año, ya que se encuentran en la subsede en Cuernavaca, Morelos; de la misma forma se excluyen aquellos que se encuentran en su periodo vacacional o de campo, al momento de la aplicación de los cuestionarios.

Se excluyen los médicos de base del turno vespertino debido que ellos presentaban una mas de las variantes no contempladas para todos los individuos de la muestra. El tamaño de la muestra es de 75 individuos médicos residentes y de base. El programa estadístico utilizado fue el SPSS V12. Estudio de corte Transversal realizado en el Hospital General de México en el Departamento de Anestesiología, México DF Julio de 2007

CRONOGRAMA

- Elaboración de Cuestionarios a aplicar
- Aplicación de cuestionarios en la Reunión General Mensual
- Vaciado de la información en hoja de calculo
- Tratamiento estadístico de los datos

- Validación y discusión de resultados.

INSTRUMENTOS

1. Maslach Burnout Inventory (MBI).

El instrumento utilizado para medir el Síndrome de desgaste laboral o Burnout fue el Maslach Burnout Inventory o MBI. El cual fue elaborado por Maslach y Jackson en 1981, el cual se adecuó al castellano por Ferando y Pérez en 1996. El cuestionario contiene 22 preguntas en forma de enunciados acerca de los sentimientos y actitudes hacia en trabajo y a las personas a las que se atiende. El instrumento contiene tres subescalas las cuales contemplan lo siguiente:

a. Agotamiento Emocional:

El cual mide la sensación de extenuación, la cual aparece como resultado de la actividad laboral. Este se define como la ausencia de energía y destrucción de los recursos emocionales con la experiencia de que no queda nada que brindar u ofrecer originando ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes desconfiadas. A esta subescala le pertenecen los ítems 01, 02, 03,06, 08, 13, 14, 16 y 20.

b. Despersonalización:

Esta subescala evalúa la respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los beneficiarios. Se conceptualiza como el desarrollo de una actitud disposición y concepto de sí misma negativa, aunada a la ausencia de la autoestima y la imposibilidad de afrontar contextos ya experimentados y resueltos eficazmente. Los ítems que le corresponden a la escala son el 05, 10, 11, 15 y 22.

c. Realización Personal:

Se evalúan sensaciones de satisfacción, triunfo y competitividad en la actividad laboral diaria. Esta escala se conceptualiza como el impedimento de cubrir las expectativas antes de la profesión, la cual otorga al trabajador una sensación aumentada de incompetencia. Los ítems que le corresponden con el 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21.

Los enunciados se miden en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor que oscila de 0 a 6:

0 = Nunca

1 = Alguna vez al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Algunas veces al mes o menos

4 = Una vez por semana

5 = Algunas veces por semana

6 = Todos los días.

Estas dimensiones o escalas poseen valores de fiabilidad (Alfa de Cronbach) admisibles. El cansancio emocional tiene un alfa de 0.90, la despersonalización 0.79 y la realización personal 0.71.

Tabla I EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE MASLACH EN EL SECTOR SANITARIO.

	<i>BAJO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>ALTO</i>
Cansancio emocional	≤ 18	19 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6 – 9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34 – 39	≤ 33

FUENTE: Sindicato de Médicos Anestesiólogos de Cantabria.(2006) Encuesta de Malsch de los servicios de Anestesiología de los Hospitales de la Comunidad de Cantabria, España., vol.1, pp.2-15

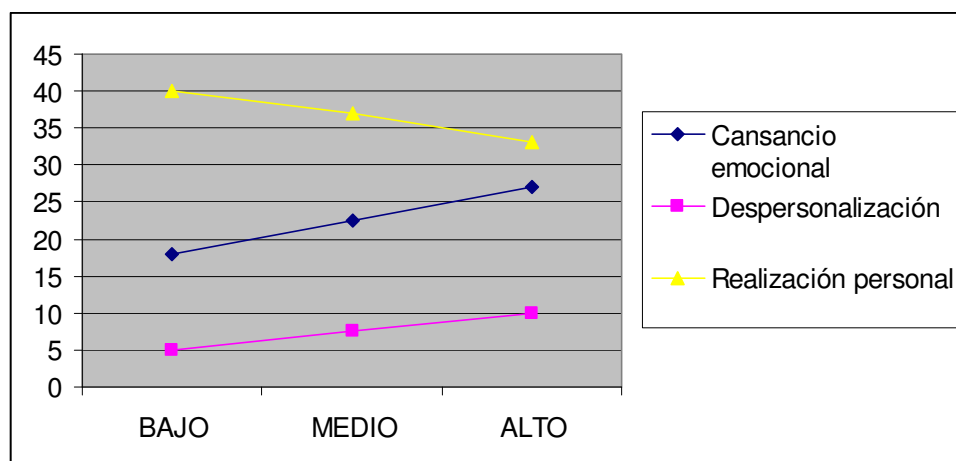


Figura 1 Representación de la Escala de Maslach.

Realizo: Garduño Juárez Ma. De los Angeles.

La segunda parte del estudio corresponde a obtener las variables independientes como son: Edad, género y algunas otras que nos ayudaran para identificar los factores de riesgo.

Se aplicó un segundo cuestionario validado en constructo y contenido por expertos; para recabar la información de los factores de riesgo, se les confirmó la confidencialidad, ya que los cuestionarios se recabaron en forma anónima

10. PROCEDIMIENTO.

Se aplicó el cuestionario de Maslach y de identificación de factores de riesgo, en forma individual, a los residentes se aplicó en la sesión general mensual del servicio de Anestesiología correspondiente al mes de Julio del 2007. El resto de los encuestados fue de acuerdo a la disposición de los médicos de base y dentro de la institución, del 2 al 4 de Julio del 2007.

Se procedió a recopilar todos los datos en el programa Excel, y de acuerdo a la escala de tipo Likert, se calificó cada una de las encuestas aplicadas, realizando las tablas y graficas correspondientes.

11. RESULTADOS SOBRE DATOS GENERALES.

A continuación se presentan los resultados encontrados, primero en la encuesta datos generales, posteriormente se observará el análisis estadístico realizado.

La población en total a la cual se le aplicó ambos cuestionarios fue de 75 personas (45 médicos de base y 30 residentes), con una edad media de 37.5. Esta distribución por edades se muestra en la tabla II:

Tabla II. El síndrome de Burnout en el HGM.

Distribución por edades de la muestra seleccionada.

DISTRIBUCIÓN EDADES	%
25 A 33	48
34 A 42	10.6
43 A 51	30.6
52 A 60	9.3
61 A 69	1.3
TOTAL	99.8

De acuerdo al género: el 8.6 % corresponde al sexo femenino, mientras un 41.3% al sexo masculino. Así mismo se identificaron patologías crónicas degenerativas y su distribución se puede apreciar en la tabla III.

Tabla III. El síndrome de Burnout en el HGM

Distribución por patologías de la muestra seleccionada.

PATOLOGÍA	%
DIABETES MELLITUS	2.6
ENF. DE LA COLAGENA	1.3
CARDIOVASCULAR	9.3

La distribución de acuerdo al estado civil de los médicos considerado en este estudio presento los siguientes resultados de forma descendente: casados con el (45%); solteros en un (44%); unión libre (5%); divorciados (4%); y finalmente viudos con el uno por ciento.

La distribución de acuerdo al número de hijos de los médicos considerados en el estudio presento los siguientes resultados de forma descendente: ningún hijo (49.3%); 2 hijos (21.3%), un hijo (18.6%), tres hijos (6.6%) y cuatro o más hijos (4%).

Referente a la antigüedad por años se obtuvo una media de 10.3 años, y su distribución se muestra en la siguiente tabla IV.

Tabla IV: El síndrome de Burnout en el HGM
Distribución por años de antigüedad de la muestra seleccionada.

AÑOS DE ANTIGÜEDAD	%
1 a 8	50.6
9 a 17	21.3
18 a 26	21.3
27 a 35	6.6
TOTAL	99.8

La institución en la cual desempeñan la mayor parte de sus horas laborales, corresponde en orden descendente de la siguiente forma: SSA (80%), otras instituciones (18.6%), ISSSTE (1.3%) y por último IMSS (0%).

La distribución de acuerdo al turno en el cual laboran se encontró: en el matutino (45.3%), más de un turno el 24hr (41.3%), en el vespertino (12%), y en el nocturno (1.3%). El (44%) de los encuestados realizan procedimientos a nivel particular, mientras que (56%) solo realiza actividades a nivel institucional. De acuerdo al número de procedimientos en 24 horas se reportan 527 con una media 7.02 en 24hrs. El total de horas laborales por semana en general son 3818 hrs. en promedio 50.9 hrs por semana. El (30.6%) de los encuestados han pensado trabajar aun después de jubilarse mientras que un (69.3%) refiere no continuar laborando como anestesiólogo después de jubilarse. El grado de estrés de los encuestados durante un procedimiento anestésico en orden descendente fue, (54.6%) refiere grado regular de estrés, el (32%) poco estrés y solo un (13.3%) mucho estrés.

El (45.3%) de los encuestados sienten que las normas institucionales le limitan en la toma de decisiones en relación a su trabajo, y el (54.6%) no refieren limitaciones. Sobre la pérdida de control durante el procedimiento anestésico, evaluando con una escala del 0 al 10 (donde 0 = control total y 10 = pérdida total del control), de acuerdo a las encuestas la calificación fue de 2.62 es decir, mantienen un adecuado control durante el acto anestésico. El (20%) de los encuestados refieren que la institución reconoce su desempeño mediante estímulos, y un (80%) refiere no recibir estímulos por su

desempeño. Sin embargo en una escala de 0 al 10 (donde 0= buen estímulo y 10 = nada estímulos) recibe calificación de 3.17, es decir que los estímulos son buenos.

La distribución de acuerdo al ambiente laboral se muestra en la tabla V

Tabla V: El síndrome de Burnout en el HGM

Distribución de acuerdo al ambiente laboral en la muestra seleccionada.

AMBIENTE LABORAL	%
BUENO	58.6
REGULAR	34.6
MALO	5.3
MUY MALO	1.3

El (54.6 %) de los encuestados sienten que es justa la forma en que son tratados por sus directivos, mientras el (45.3 %) refieren el trato como injusto. Por otra parte; un (50.6%) de los encuestados ha tenido que aceptar procedimientos aun en contra de su opinión personal y solo el (49.3%) no se ha presentado este problema.

La relación entre las decisiones de trabajo y la política de la institución se muestra en la tabla VI donde se aprecia además de ser calificada.

Tabla VI: El síndrome de Burnout en el HGM

Distribución de acuerdo a las decisiones de trabajo y política de la institución de la muestra seleccionada.

CALIFICACIÓN	%
CONGRUENTES	34.6
REGULARMENTE CONGRUENTES	52
DISCREPANTES	13.3
MUY DISCREPANTES	0

La calificación que le otorgaron a sus directivos en una escala del 0 al 10 (siendo 0 = Justa y 10 = muy injusta) recibió un 5.86 es decir que la relación entre los médicos de base y los residentes con sus directivos es calificada como regular. Las situaciones en

las cuales consideran que un anestesiólogo puede perder el control se muestra en la siguiente tabla VII.

Tabla VII: El síndrome de Burnout en el HGM

Situaciones que ocasionan pérdida del control durante el acto anestésico

SITUACIÓN	%
EXCESO DE PACIENTES	8
FALTA DE MATERIAL	49.3
FALTA DE APOYO DEL EQUIPO DE TRABAJO	33.3
NINGUNA	9.3

11.1. RESULTADOS DE ACUERDO A LA ENCUESTA DE MASLACH.

11.1.1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(9) Preguntas, 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16 y 20. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Tabla I: CANSANCIO EMOCIONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC BASE	FREC RES	TOTAL	%
ALTO	6	7	13	17
MEDIO	2	9	11	15
BAJO	37	14	51	68
	45	30	75	100

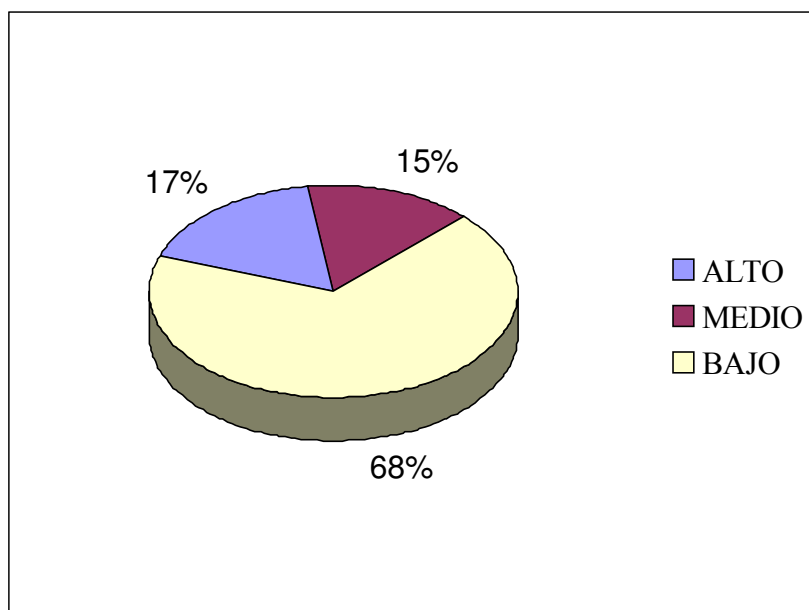


Figura 1: Cansancio emocional en residentes y médicos de base de anestesiología en el HGM.

De acuerdo al cansancio emocional, en los encuestados, tanto en médicos de base como residentes y de acuerdo a la clasificación de Maslach, se observa que el (68%) presentan un nivel bajo en este rubro, mientras el (17%) nivel alto y (15%) en nivel medio.

11.1.2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(5) PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento

Tabla II: DESPERSONALIZACION EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC BASE	FREC RES	TOTAL	%
ALTO	6	3	9	12
MEDIO	7	4	11	15
BAJO	17	38	55	73
			75	100

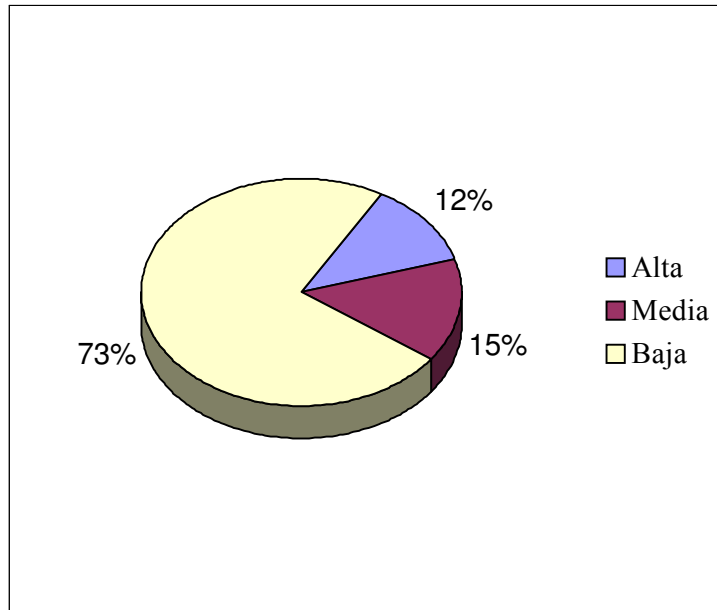


Figura 2: Despersonalización en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM.

Tomando en cuenta los parámetros de la clasificación del cuestionario de Maslach, los encuestados presentan un nivel bajo de despersonalización con un (73%), el (15%) en media y por último (12%) en alto, sin embargo la diferencia entre estos dos últimos es mínima.

11.1.3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(6) PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Tabla III: REALIZACION PERSONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC BASE	FREC RES	TOTAL	%
ALTO	3	9	12	16
MEDIO	5	5	10	13
BAJO	37	16	53	71.6
			75	100

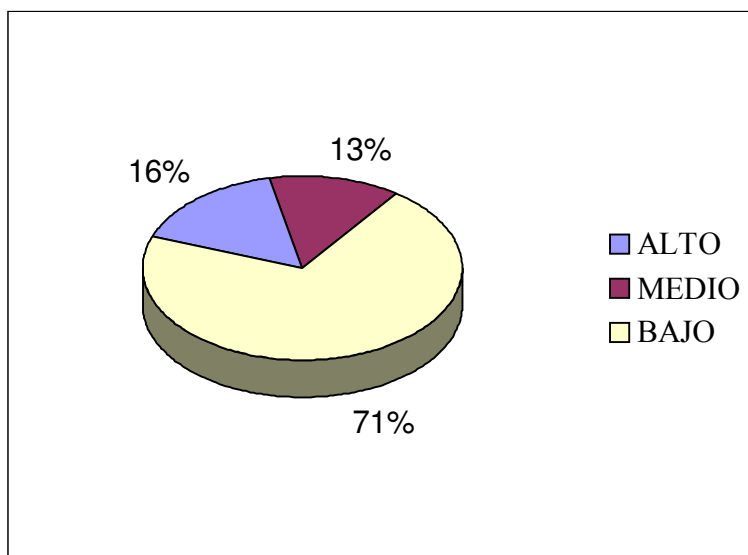


Figura 3: Realización personal en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM.

De acuerdo a la realización personal, en los encuestados, tanto en médicos de base como residentes y de acuerdo a la clasificación de Maslach, se observa que el (71%) presentan un nivel bajo en este rubro, mientras el (16%) nivel alto y (13%) en nivel medio.

11.2 VALORES MEDIOS DE LAS TRES SUBESCALAS.

De acuerdo con las encuestas realizadas no se aprecian alteraciones en las tres subescalas, se encuentran en un nivel bajo, como se puede apreciar en la figura 4, coincidiendo con la tabla I

Tabla IV: VALORES MEDIOS DE LAS TRES SUBESCALAS EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM

VALORES MEDIOS	
CANSANCIO EMOCIONAL	14.68
DESPERSONALIZACIÓN	3.88
REALIZACION PERSONAL	41.01

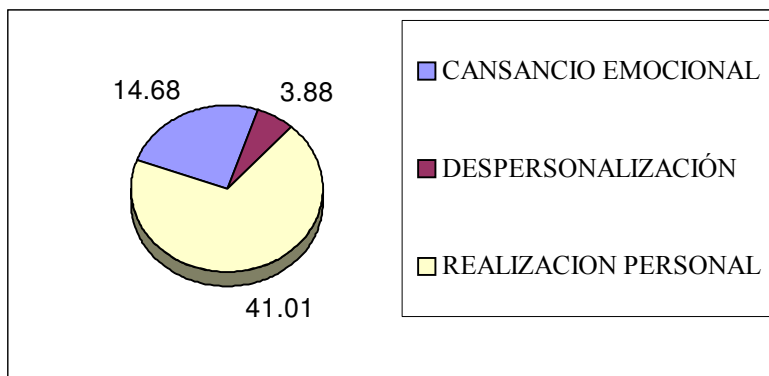


Figura 4: Valores medios de las tres subescalas en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM

Tabla I EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE MASLACH EN EL SECTOR SANITARIO

	<i>BAJO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>ALTO</i>
Cansancio emocional	≤ 18	19 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6 – 9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34 – 39	≤ 33

FUENTE: Sindicato de Médicos Anestesiólogos de Cantabria.(2006) Encuesta de Malsch de los servicios de Anestesiología de los Hospitales de la Comunidad de Cantabria, España., vol.1, pp.2-15.

11.2.1 PERSONAS CON VARIABLES DE DESGASTE PROFESIONAL ELEVADAS.

Tabla V: VARIABLES DE DESGASTE PROFESIONAL ALTERADAS EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGM.

1 Variable	14	18.6
2 Variable	3	4
3 Variable	4	5.3
0 Variable	54	72

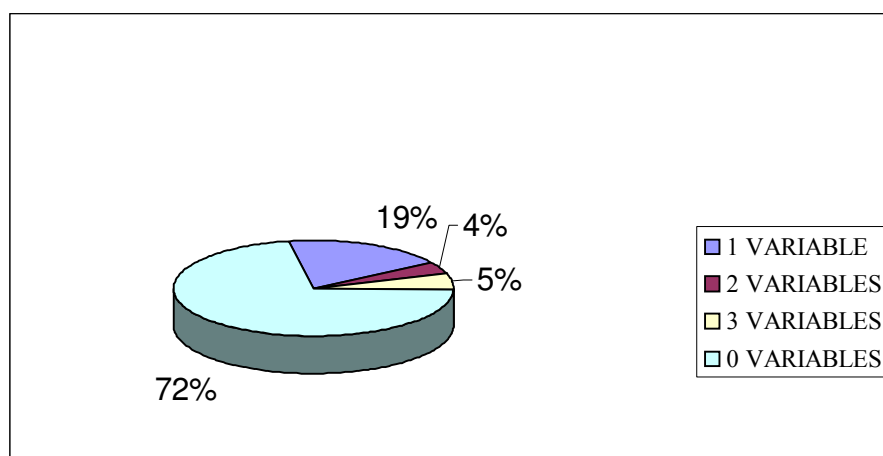


Tabla 5: Variables de desgaste profesional alteradas en residentes y médicos de base de anestesiología del HGM

De los encuestados solo el (72%) no presento alteraciones en ninguna de las variables, el (19%) presento una variable alterada, un (5%) con tres variables alteradas y (4%) mostró alteradas 2 variables.

12. RESULTADOS DE ACUERDO A LAS DIFERENTES VARIABLES.

La tabla I en la cual se percibe de manera global los resultados de las tres dimensiones o subescalas que integran el MBI: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, todo esto de manera general, puesto que aún no se había aplicado el tratamiento estadístico de la desviación estándar para conocer la relación que existía ante el puntaje obtenido en la prueba, con las demás variables que estaban siendo analizadas, en el estudio.

TABLA I. Análisis descriptivo de las dimensiones de la escala.

Dimensiones de Maslach	Num. De sujetos	Media	Desviación Estándar
Cansancio Emocional	75	14.68	10.60
Despersonalización	75	3.88	4.62
Realización Personal	75	40.98	6.64

Los resultados ofrecidos por este análisis se pueden ver en el siguiente histograma.

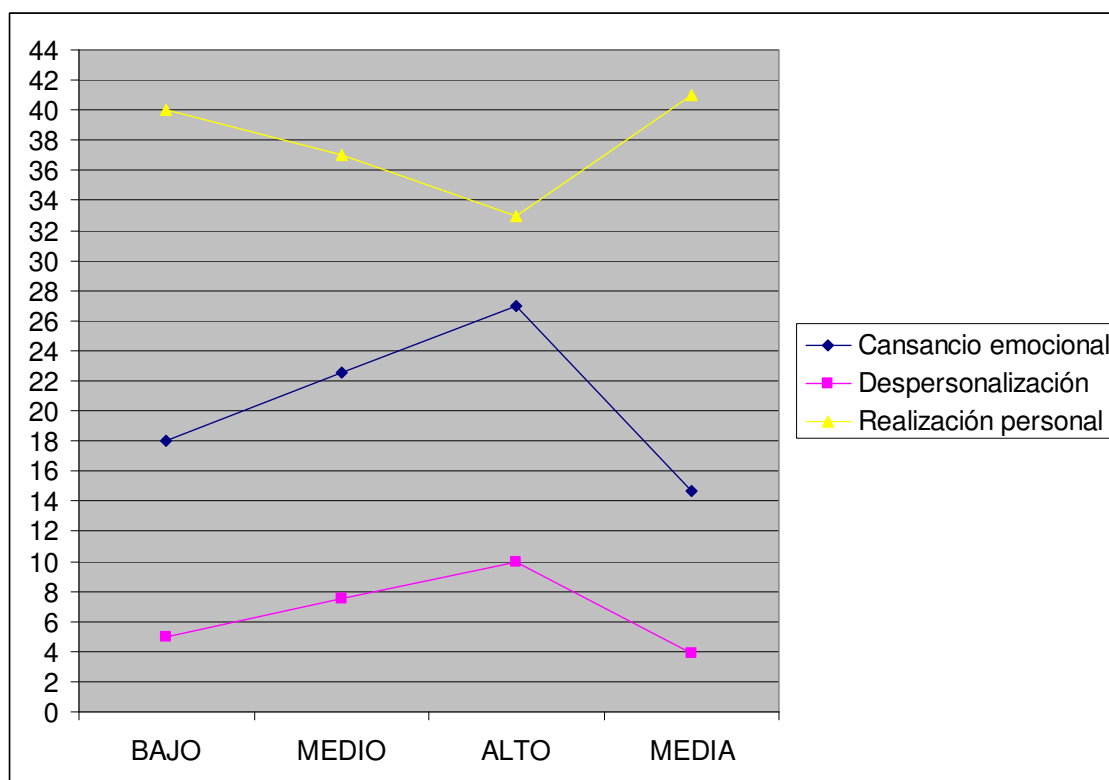


Figura 1 . Análisis descriptivo de las dimensiones de la escala.

Se observa en este histograma que hace referencia a la dimensión de cansancio emocional donde la media corresponde al 14.68, con una desviación estándar de 10.60;

si tomamos en cuenta que el puntaje máximo es de 48 puntos y que el grueso de la población se encuentra por bajo de 30 esto nos indica que la mayor parte de la población encuestado no se encuentra con cansancio emocional.

Pero al hacer el estudio por separado de los residentes y médicos de base, se puede observar que los residentes se encuentran con una tendencia mayor a presentar un nivel medio a alto de cansancio emocional, ya que el 53% de la población de los residentes cae en estos valores, en comparación con los médicos de base que solo llegan al 17%.

En el rubro correspondiente a la despersonalización en la encuesta de Maslach la media corresponde al 3.88, con una desviación estándar de 4.62; si tomamos en cuenta que el puntaje máximo es de 20 puntos, no existe una tendencia a mostrar esta característica en la población, ya que los rangos son mucho menores a 20.

Pero al comparar los resultados entre médicos de base y residentes, encontramos que los médicos de base los niveles medios y altos de despersonalización llegan apenas aun 15%, mientras que en los residentes es más del 43%.

En el rubro correspondiente a la realización personal en la encuesta de Maslach la media corresponde al 40.98 con una desviación estándar de 6,64; si tomamos en cuenta que el puntaje máximo es de 48 puntos, lo que representa un mayor grado de realización personal.

Se puede observar en los resultados generales en el proceso estadístico simple que el síndrome de Burnout no afecta al grueso de la población del departamento de Anestesiología del Hospital General de México. Sin embargo, al tratar los resultados para encontrar grupos vulnerables tomamos en cuenta los factores como: edad, sexo, antigüedad, horas y números de procedimientos, para delimitar y prevenir el desarrollo del síndrome.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ESTUDIO MBI CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Tabla II. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la edad de los sujetos de estudio

DIMENSION	EDAD	NUMERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	< o = 37	38	17.89	10.42
	> a 37	37	13.05	9.78
Despersonalización	< o = 37	38	4.97	4.86
	> a 37	37	2.78	4.08
Realización Personal	< o = 37	38	38.68	7.04
	> a 37	37	44.4	5.27

De acuerdo al rubro de cansancio emocional en los menores de 37 años se aprecia una media de 17.86 con una desviación estándar de 10.42, mientras en los mayores de 37 años la media es de 13.05 y una desviación estándar de 9.78, es decir que la población menor de 37 años muestra una tendencia hacia el nivel medio alto de acuerdo a los puntos de corte, siendo este grupo el mas vulnerable a desarrollar probablemente el síndrome.

En cuanto a la despersonalización en los menores de 37 años se aprecia una media de 4.97 con una desviación estándar de 4.86, mientras que en los mayores de 37 años la media es de 2.78 con una desviación estándar de 7.04, es decir que ambos grupos se encuentran en nivel medio de acuerdo a los puntos de corte, sin embargo los menores de 37 años muestran una tendencia hacia en nivel medio alto, colocándolos en el grupo de riesgo.

En cuanto a la realización personal si tomamos en cuenta los puntos de corte son mayor o igual a 40 puntos, en la tabla correspondiente nos muestra que la media es de acuerdo a la edad es de 38.68 en menores de 37 años, con una desviación estándar de 7.04, mientras que el grupo mayor de 37 años, su media es de 44.4 con una desviación estándar de 5.27, es decir, que a mayor edad o tener más tiempo laborando como profesionalista la realización personal aumenta.

Otra variable que se marco al inicio del estudio de la presente investigación, como factor de riesgo para que el síndrome se presente fue el de género. En este sentido se tomaron dos grupos naturales, se consideraron dos categorías: femenino y masculino para procesar los datos. A continuación se presentan en la tabla de resultados.

Tabla III. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio mbi con respecto al sexo de los sujetos de estudio.

DIMENSION	GENERO	NUMERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	FEM	44	15.88	11.48
	MAS	31	12.96	9.13
Despersonalización	FEM	44	4.5	5.03
	MAS	31	3	3.88
Realización Personal	FEM	44	39.59	6.58
	MAS	31	42.96	6.30

De acuerdo al genero y tomando los puntos de corte (≥ 27), para el rubro de cansancio emocional encontramos que las mujeres muestran una media de 15.88 y una desviación estándar de 11.48, mientras en los hombre la media es de 12.96 con una desviación estándar de 9.13, es decir que con respecto al sexo las mujeres tienen una mayor tendencia a desarrollar el síndrome burnout, como se aprecia en la siguiente grafica.

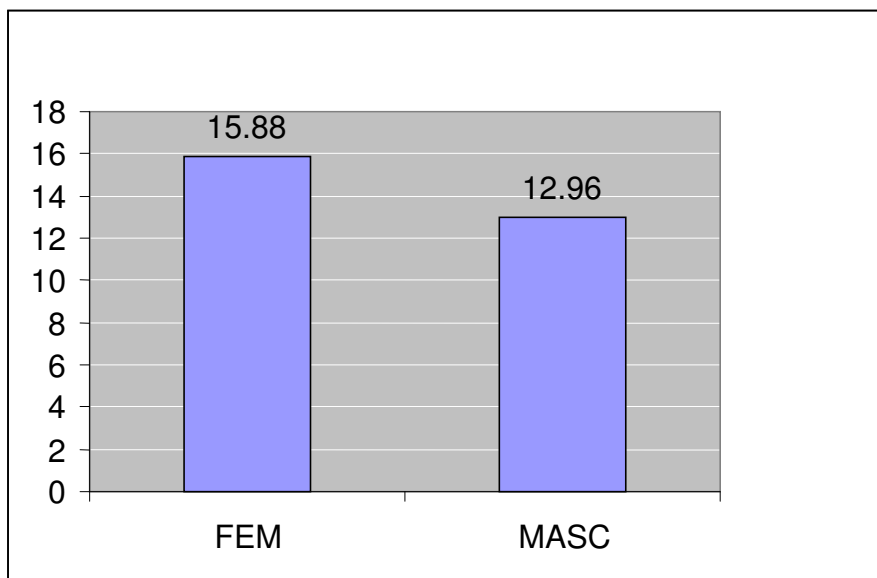


Figura 3. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto al sexo de los sujetos de estudio.

Con respecto a la despersonalización y realización personal, ambos grupos se encuentran en un nivel medio, de acuerdo al los puntos de corte, donde el puntaje corresponden más de 10 y menos de 33, respectivamente.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ESTUDIO MBI CON RESPECTO A LA ANTIGÜEDAD DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Tabla IV. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad de los sujetos de estudio.

DIMENSION	ANTIGÜEDAD	NUMERO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Cansancio emocional	< o =10	42	17.14	10.61
	> 10	33	11.54	9.88
Despersonalización	< o =10	42	4.66	4.75
	> 10	33	2.8	4.32
Realización Personal	< o =10	42	39.02	7.05
	> 10	33	43.48	5.17

En la dimensión de cansancio emocional se aprecia una gran diferencia en ambos grupos, en el primero (< o =10) con una media de 17.14 y una desviación estándar de 10.61, mientras en los mayores a 10 años de antigüedad muestra una media de 11.54 y una desviación estándar de 9.88, es decir que el grupo más vulnerable para desarrollar el síndrome son aquellos que tienen menos de 10 años dentro de la especialidad, confirmando así nuestra hipótesis; y se esquematiza en la siguiente grafica.

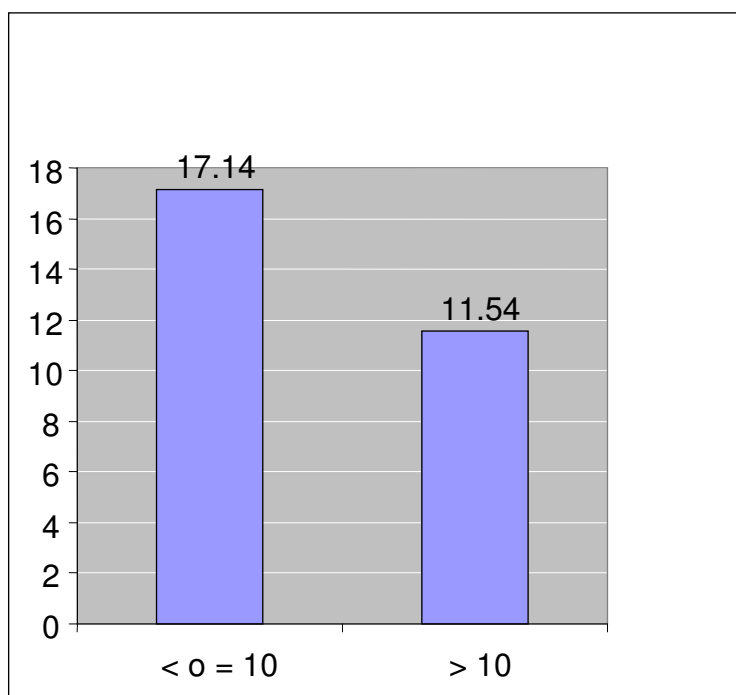


Figura 4. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad y el cansancio emocional de los sujetos de estudio.

En la dimensión de despersonalización de acuerdo a la antigüedad laboral tenemos que los menores de 10 años la media corresponde al 4.66 con una desviación estándar de 4.75, y para los mayores de 10 años de antigüedad la media corresponde a 2.8 con una desviación estándar de 4.32, por lo cual los coloca en un nivel de afectación media, sin

embargo los que cuentan con menos de 10 años de antigüedad muestran una tendencia hacia la afección alta, tomando en cuenta que la mayoría de este grupo son los residente, confirmando así nuestra hipótesis y se esquematiza en la siguiente grafica.

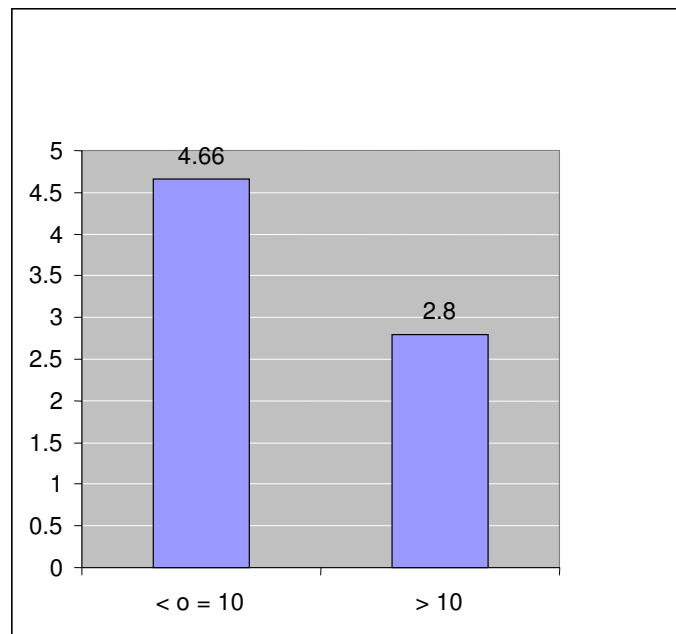


Figura 4.1 Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad y la despersonalización de los sujetos de estudio.

En cuanto a la realización personal de acuerdo a la antigüedad de observa en los mayores de 10 años una media de 43.48 con una desviación estándar de 5.17 mientras que para los menores de 10 años la media es de 39.02 y su desviación estándar es de 7.05, es decir que conforma existe mayor práctica, y la realización de la metas personales y académicas el nivel de estrés disminuye condicionando a una mayor realización personal.

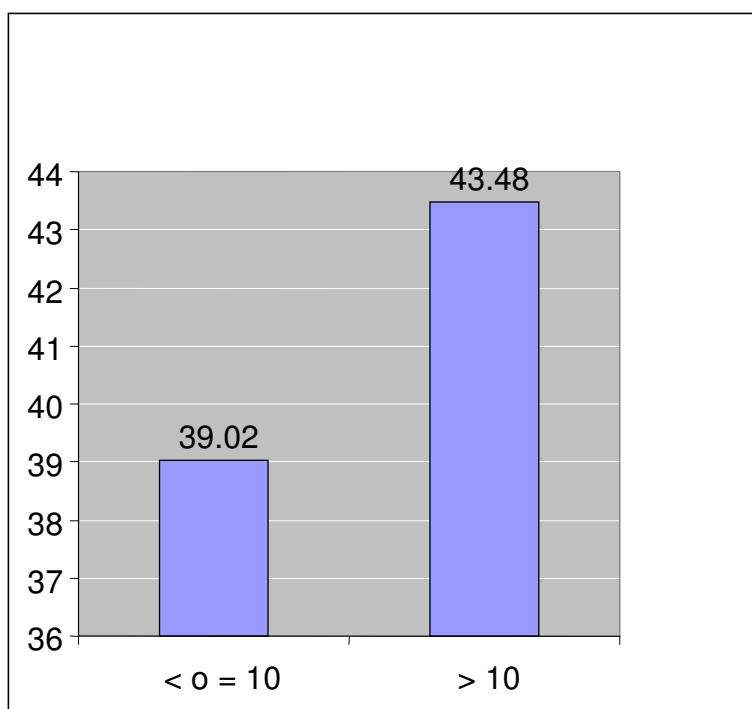


Figura 4.2. Análisis comparativo de puntajes obtenidos en el estudio MBI con respecto a la antigüedad y la realización personal de los sujetos de estudio.

De acuerdo al número de procedimientos en 24hr y horario laboral se encontraron los siguiente datos, con nos apoyan, al corroborar que los residentes a pesar de presentar menos número de horas activas, realizan más procedimientos que los medicos de base, condicionando en un grupo más vulnerable para el desarrollo del síndrome de burnout.

Tabla V. Número de procedimientos realizados en 24hrs por residentes y médicos de base.

	NUMERO	MEDIA
GENERAL	527	7.02
RESIDENTES	318	10.6
MEDICOS DE BASE	209	4.6

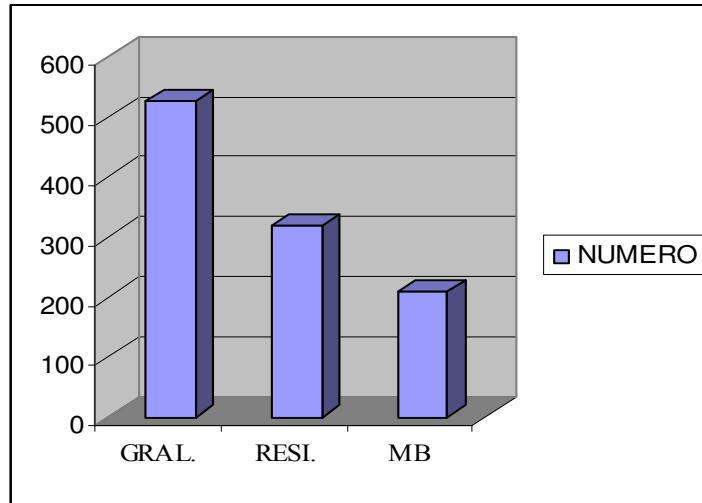


Figura 5. Número de procedimientos en médicos de base y residentes del HGM

Tabla VI. Total de horas laborales por semana en residentes y médicos de base

	HORAS	MEDIA
GENERAL	3818	50.9
RESIDENTES	1826	60.89
MEDICOS DE BASE	1992	44.2

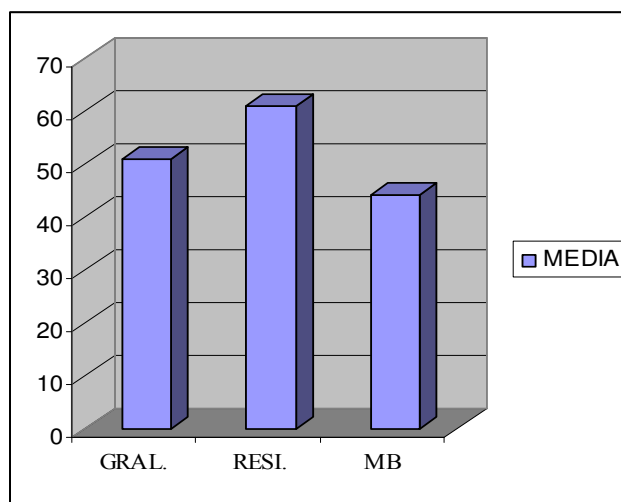


Figura 6. Media de acuerdo a las horas laborales en médicos y residentes de anestesiología del HGM

De acuerdo a lo reportado en la literatura y según la sociedad latinoamericana de anestesiología se planea que partir del 2009 sea reglamentario el número de horas

laborales se reduzca a solo 70hr a la semana, para así asegurar un adecuado descanso en los especialistas en anestesiología. En nuestra población en general solo se cumplen con 50.9 hrs. por semana y el número de procedimientos en 24hr es de 7.02, recayendo sobre los residentes el mayor número de horas por semana 60.86, número de procedimientos en 10.6 en 24hrs. siendo este el grupo más vulnerable para desarrollar y síndrome de desgaste laboral.

13. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los datos obtenidos, en relación de las puntuaciones en el MBI con las características sociodemográficas de los sujetos, no se encuentran datos de síndrome burnout en la población en general.

Sin embargo el realizar el estudio de variables por separado, encontramos datos de cansancio emocional y despersonalización en la población de menos de 37 años (la mayoría de estos incluyen a los residentes de los tres años), con menos de 10 años de experiencia, con una mayor afectación a hacia el sexo femenino, con una diferencia significativa en cuanto a las horas laborales y numero de procedimientos realizados por los residentes, en comparación con sus médicos adscritos, comprobando así nuestra hipótesis.

Dentro de lo sobresaliente se aprecia que en el rubro de realización personal, tanto en las variables, de edad, genero, antigüedad se muestra un alto nivel sobre todo en el sexo femenino. Comprobando que mayor edad, y suponer que las expectativas, personales, académicas y profesionales se han cumplido con éxito, no se aprecian datos de desgaste laboral.

El objetivo principal de esta investigación era determinar la prevalencia del Síndrome de desgaste laboral o burnout en los residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México, siendo este síntoma una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, que puede causar en el individuo una incapacidad para realizar o desenvolverse en su trabajo.

El determinar si un individuo o grupo manifiesta índices de Burnout, durante los primeros años de la carrera profesional, serían adecuados, ya que durante los primeros años se lleva acabo un periodo de transición en el cual las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, y las recompensas personales, profesionales y económicas, son las esperadas o no, colocándolos en el grupo más vulnerable para el desarrollo del síndrome, y llevar a consecuencias graves, tales como la depresión, fármaco dependencia o incluso el suicidio.

Existen varios factores inherentes a experimentar el síndrome de Burnout como por ejemplo: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la interpersonal (colegas, familia, amigos, etc), la individual (personalidad del anestesiólogo, edad, género, antigüedad laboral, etc). Por lo que el estudio toma en cuenta varios de estos puntos, a fin de poder presentar propuestas para futuras

investigaciones, ya que la presencia de dicho síndrome a tomado una mayor relevancia a partir del siglo XX, dándole mayor importancia al bienestar personal del especialista, desde el punto individuo y su entorno.

Teóricamente los puntos clave en la prevención del burnout encontramos:

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación, continua dentro del área laboral
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de una adecuada atmósfera de equipo; espacios comunes, objetivos comunes.
5. Organización adecuada de la agenda laboral.
6. Tiempo adecuado para cada paciente.
7. Diálogo efectivo con las autoridades.

13. ANEXO

1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA MEDICOS DE BASE (9 preguntas, 01, 02, 03, 08, 13, 14, 16 y 20.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Tabla I. CANSANCIO EMOCIONAL EN MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGM.

	FRE	%
ALTO	6	13.3
MEDIO	2	4.4
BAJO	37	82.2
	45	99.9

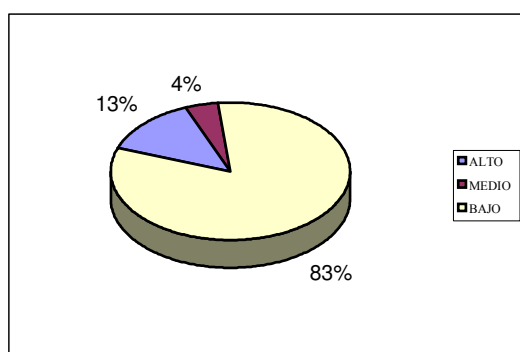


Figura 1. Cansancio emocional en médicos de base de anestesiología del HGM

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	28	62.2
1 Pocas veces al año o menos	16	35.5
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	2.2
		99.9

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	RESP	%
0 Nunca	4	8.8
1 Pocas veces al año o menos	16	35.5
2 Una vez al mes o menos	5	11.1
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	8.8
4 Una vez a la semana	6	13.3
5 Pocas veces a la semana	5	11.1
6 Todos los días	5	11.1
		99.7

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	PREG3	%

0 Nunca	11	24.4
1 Pocas veces al año o menos	14	31.1
2 Una vez al mes o menos	6	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	8.8
4 Una vez a la semana	4	8.8
5 Pocas veces a la semana	2	4.4
6 Todos los días	4	8.8
		99.6

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	RESP	%
0 Nunca	22	48.8
1 Pocas veces al año o menos	13	28.8
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	11.1
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	1	2.2
		99.7

8. Siento que mi trabajo me esta desgastando	RESP	%
0 Nunca	10	22.2
1 Pocas veces al año o menos	20	44.4
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	11.1
4 Una vez a la semana	3	6.6
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	4	8.8
		99.7

13 Me siento frustrado por mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	37	82.2
1 Pocas veces al año o menos	7	15.5
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.9

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	19	42.2
1 Pocas veces al año o menos	10	22.2
2 Una vez al mes o menos	4	8.8
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	2	4.4
6 Todos los días	8	17.7
		99.7

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	RESP	%
0 Nunca	29	64.4
1 Pocas veces al año o menos	11	24.4
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	2	4.4
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	0	0
		99.8

20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades	RESP	%
0 Nunca	23	51.1
1 Pocas veces al año o menos	13	28.8
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	3	6.6
6 Todos los días	2	4.4
		99.7

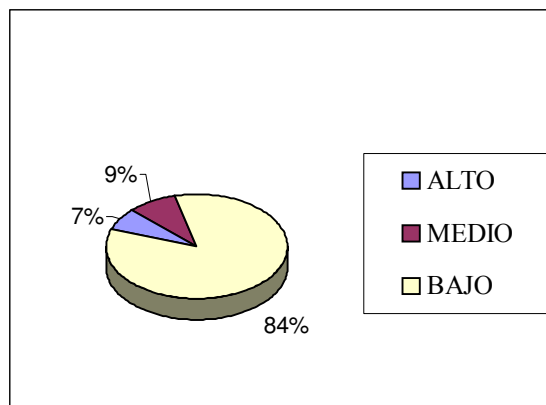
1.2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN MEDICOS BASE

(5 PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22)

Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Tabla II. DESPERSONALIZACION EN MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGM

	FREC	%
ALTO	3	6.6
MEDIO	4	8.8
BAJO	38	84.4
	45	99.8



5. Siento que estoy a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	RESP	%
--	------	---

0 Nunca	36	80
1 Pocas veces al año o menos	8	17.7
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.9

10. Siento me he hecho más duro con la gente	RESP	%
0 Nunca	28	37.3
1 Pocas veces al año o menos	9	20
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	8.8
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	3	6.6

11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente	RESP	%
0 Nunca	26	57.7
1 Pocas veces al año o menos	13	28.8
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	6.6
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	2	4.4
		99.7

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender personalmente	RESP	%
0 Nunca	40	88.8
1 Pocas veces al año o menos	3	6.6
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.8

22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	RESP	%
---	------	---

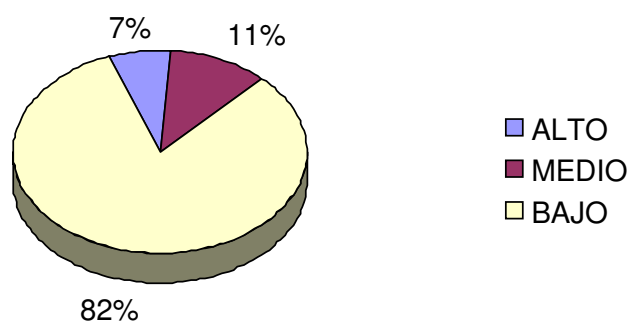
0 Nunca	34	75.5
1 Pocas veces al año o menos	9	20
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	0	0
		99.9

3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN MEDICOS DE BASE

(6 PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21).

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

	FREC	%
ALTO	3	6.6
MEDIO	5	11.1
BAJO	37	82.2
	45	99.9



04. Siento que puede entender fácilmente a las personas que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	3	6.6
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	41	91.1
		99.9

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	4.4
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	1	2.2
6 Todos los días	42	93.3
		99.9

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	1	2.2
1 Pocas veces al año o menos	2	4.4
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	4.4
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	5	11.1
6 Todos los días	34	75.5
		99.8

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	2	4.4
2 Una vez al mes o menos	2	4.4
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	9	20
6 Todos los días	30	66.6
		99.8

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	0	0
5 Pocas veces a la semana	4	8.8
6 Todos los días	40	88.8
		99.8

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	0	0

3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	2	4.4
5 Pocas veces a la semana	4	8.8
6 Todos los días	39	86.6
		99.8

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	2.2
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	0
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	2	4.4
6 Todos los días	40	88.8
		99.8

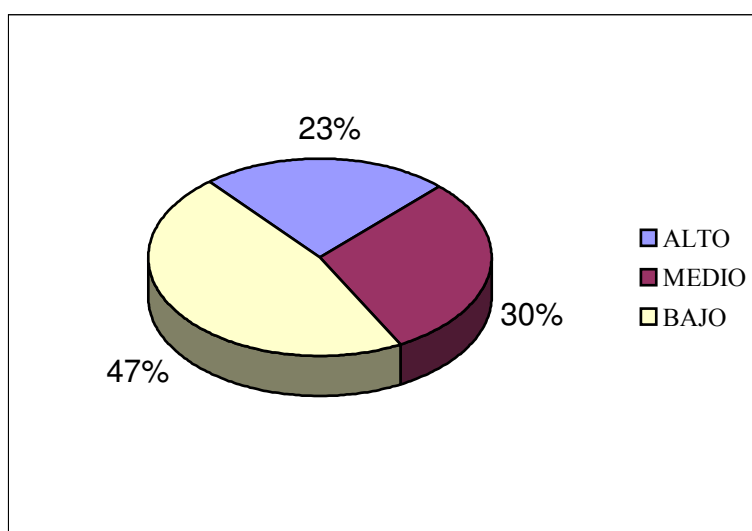
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada	RESP	%
0 Nunca	6	13.3
1 Pocas veces al año o menos	9	20
2 Una vez al mes o menos	1	2.2
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2.2
4 Una vez a la semana	1	2.2
5 Pocas veces a la semana	3	6.6
6 Todos los días	24	53.3
		99.8

1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA RESIDENTES

(9 preguntas, 01, 02, 03, 08, 13, 14, 16 y 20.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

	FREC	%
ALTO	7	23.3
MEDIO	9	30
BAJO	14	46.6
	30	99.9



1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	8	26.6
1 Pocas veces al año o menos	14	46.6
2 Una vez al mes o menos	3	10
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	3.3
		99.7

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	3	10
2 Una vez al mes o menos	5	16.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	6	20
5 Pocas veces a la semana	9	30
6 Todos los días	4	13.3
		99.9

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	RESP	%
0 Nunca	1	3.3
1 Pocas veces al año o menos	6	20
2 Una vez al mes o menos	5	16.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	16.6
4 Una vez a la semana	5	16.6
5 Pocas veces a la semana	5	16.6
6 Todos los días	3	10
		99.7

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	RESP	%
0 Nunca	13	43.3
1 Pocas veces al año o menos	4	13.3
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	3	10
5 Pocas veces a la semana	1	3.3
6 Todos los días	2	6.6
		99.8

8. Siento que mi trabajo me esta desgastando	RESP	%
0 Nunca	4	13.3
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	13.3
4 Una vez a la semana	6	20
5 Pocas veces a la semana	3	10
6 Todos los días	2	6.6
		99.8

13. Me siento frustrado por mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	17	56.6
1 Pocas veces al año o menos	6	20
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	1	3.3
6 Todos los días	0	0
		99.8

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	7	23.3
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	3	10
5 Pocas veces a la semana	6	20
6 Todos los días	4	13.3
		99.8

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	RESP	%
0 Nunca	13	43.3
1 Pocas veces al año o menos	9	30
2 Una vez al mes o menos	4	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	3.3

		99.8
--	--	------

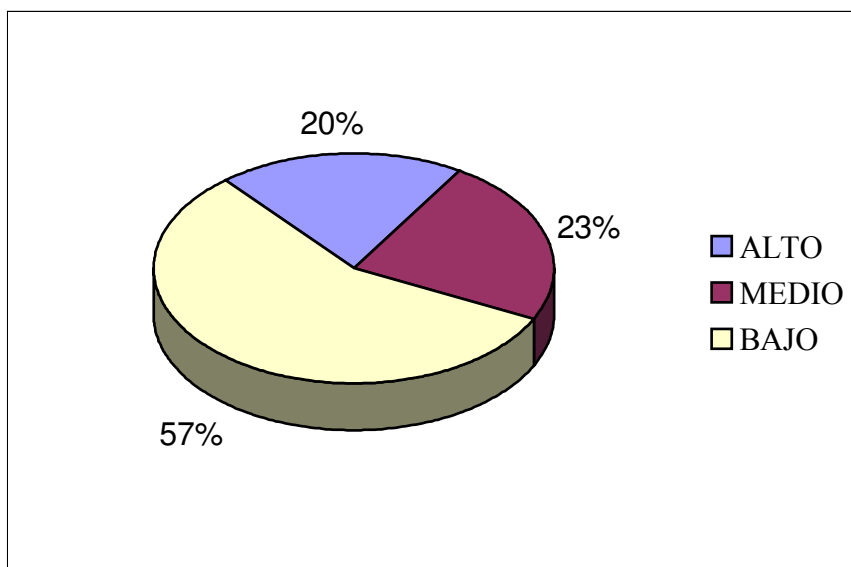
20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades	RESP	%
0 Nunca	5	16.6
1 Pocas veces al año o menos	13	43.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	16.6
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	1	3.3
6 Todos los días	2	6.6
		99.6

2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN RESIDENTES

(5 PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22)

Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento

	FREC	%
ALTO	6	20
MEDIO	7	23.3
BAJO	17	56.6
	30	99.9



5 Siento que estoy a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	RESP	%
0 Nunca	19	63.3
1 Pocas veces al año o menos	3	10
2 Una vez al mes o menos	6	20
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0

		99.9
--	--	------

10. Siento me he hecho más duro con la gente	RESP	%
0 Nunca	8	26.6
1 Pocas veces al año o menos	8	26.6
2 Una vez al mes o menos	5	16.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	3	10
6 Todos los días	2	6.6
		99.7

11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente	RESP	%
0 Nunca	12	40
1 Pocas veces al año o menos	8	26.6
2 Una vez al mes o menos	3	10
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	2	6.6
6 Todos los días	2	6.6
		99.7

15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender personalmente.	RESP	%
0 Nunca	22	73.3
1 Pocas veces al año o menos	5	16.6
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	0	0
		99.8

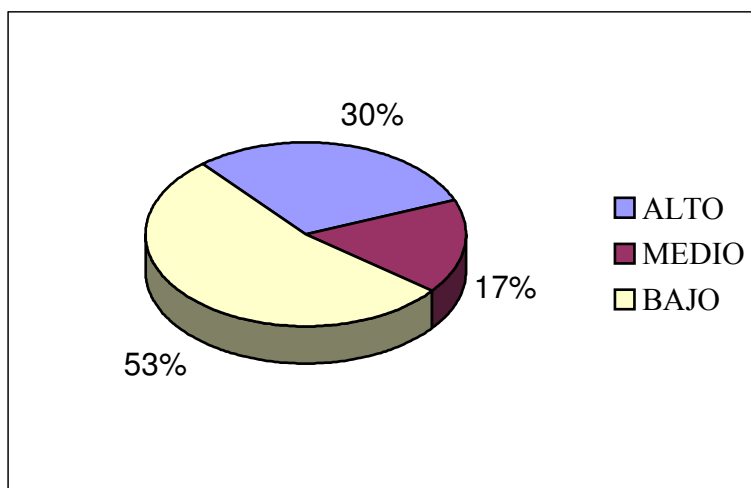
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	RESP	%
0 Nunca	16	53.3
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	0	0
6 Todos los días	1	3.3
		99.8

3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN RESIDENTES

(6 PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21)

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

	FREC	%
ALTO	9	30
MEDIO	5	16.6
BAJO	16	53.3
	30	99.9



4. Siento que puede entender fácilmente a las personas que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3.3
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	3	10
6 Todos los días	22	73.3
		99.8

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	1	3.3
1 Pocas veces al año o menos	2	6.6
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	16.6
4 Una vez a la semana	4	13.3
5 Pocas veces a la semana	5	16.6
6 Todos los días	12	40
		99.7

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	RESP	%
--	------	---

0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	3	10
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	6	20
6 Todos los días	16	53.3
		99.9

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	11	36.6
6 Todos los días	12	40
		99.8

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	13.3
4 Una vez a la semana	1	3.3
5 Pocas veces a la semana	7	23.3
6 Todos los días	16	53.3
		99.8

18 Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3.3
2 Una vez al mes o menos	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	6.6
4 Una vez a la semana	3	10
5 Pocas veces a la semana	8	26.6
6 Todos los días	16	53.3
		99.8

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	RESP	%
0 Nunca	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	0
2 Una vez al mes o menos	1	3.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	1	3.3

5 Pocas veces a la semana	4	13.3
6 Todos los días	21	70
		99.9

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada	RESP	%
0 Nunca	8	26.6
1 Pocas veces al año o menos	7	23.3
2 Una vez al mes o menos	2	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	10
4 Una vez a la semana	2	6.6
5 Pocas veces a la semana	4	13.3
6 Todos los días	4	13.3
		99.7

10.2.1. MEDIDA DEL CANSANCIO EMOCIONAL PARA RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(9) Preguntas, 01, 02, 03, 08, 13, 14, 16 y 20.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Tabla I: CANSANCIO EMOCIONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE DE ANESTESIOLOGIA DEL HGM.

	FREC. BASE	FREC RESI	TOTAL	%
ALTO	6	7	13	17.3
MEDIO	2	9	11	15
BAJO	37	14	51	68
	45	30	75	100

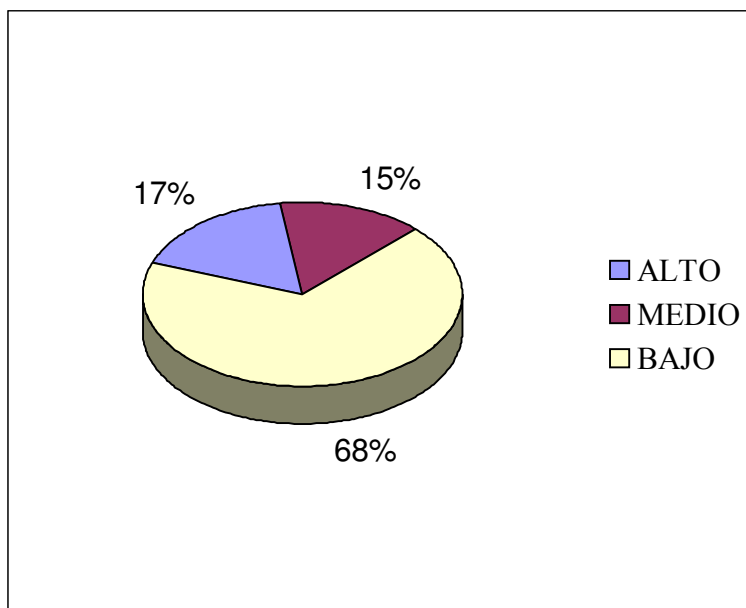


Figura 1: Cansancio emocional en residentes y médicos de base de anestesiología en el HGM.

De acuerdo al cansancio emocional, en los encuestados, tanto en médicos de base como residentes y de acuerdo a la clasificación de Maslach, se observa que el (68%) presentan un nivel bajo en este rubro, mientras el (17%) nivel medio y (15%) en nivel medio.

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.	MB	RESI		%
0 Nunca	28	8	36	48
1 Pocas veces al año o menos	16	14	30	40
2 Una vez al mes o menos	0	3	3	4
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	2	2	2.6
4 Una vez a la semana	0	2	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	0	0	0
6 Todos los días	1	1	2	2.6
				99.8

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	MB	RESI		%
0 Nunca	4	0	4	5.3
1 Pocas veces al año o menos	16	3	19	25.3
2 Una vez al mes o menos	5	5	10	13.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	3	7	9.3
4 Una vez a la semana	6	6	12	16
5 Pocas veces a la semana	5	9	14	18.6
6 Todos los días	5	4	9	12
				99.8

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	MB	RESI		%
0 Nunca	11	1	12	16
1 Pocas veces al año o menos	14	6	20	26.6
2 Una vez al mes o menos	6	5	11	14.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	5	9	12
4 Una vez a la semana	4	5	9	12
5 Pocas veces a la semana	2	5	7	9.3
6 Todos los días	4	3	7	9.3
				99.8

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	MB	RESI		%
0 Nunca	22	13	35	46.6
1 Pocas veces al año o menos	13	4	17	22.6
2 Una vez al mes o menos	2	4	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	3	8	10.6
4 Una vez a la semana	1	3	4	5.3
5 Pocas veces a la semana	1	1	2	2.6

6 Todos los días	1	2	3	3.9
				99.6

8. Siento que mi trabajo me esta desgastando	MB	RESI		%
0 Nunca	10	4	14	18.6
1 Pocas veces al año o menos	20	7	27	36
2 Una vez al mes o menos	2	4	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	4	9	12
4 Una vez a la semana	3	6	9	12
5 Pocas veces a la semana	1	3	4	5.3
6 Todos los días	4	2	6	8
				99.9

13. Me siento frustrado por mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	37	17	54	72
1 Pocas veces al año o menos	7	6	13	17.3
2 Una vez al mes o menos	0	4	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	1	1	1.3
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	1	1	1.3
6 Todos los días	0	0	0	0
				99.8

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	19	7	26	34.6
1 Pocas veces al año o menos	10	7	17	22.6
2 Una vez al mes o menos	4	1	5	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	2	3	4
4 Una vez a la semana	1	3	4	5.3
5 Pocas veces a la semana	2	6	8	10.6
6 Todos los días	8	4	12	16
				99.7

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	MB	RESI		%
0 Nunca	29	13	42	56
1 Pocas veces al año o menos	11	9	20	26.6
2 Una vez al mes o menos	2	4	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	0	2	2	2.6
4 Una vez a la semana	2	1	3	4
5 Pocas veces a la semana	1	0	1	1.3
6 Todos los días	0	1	1	1.3
				99.8

20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades	MB	RESI		%
0 Nunca	23	5	28	37.3

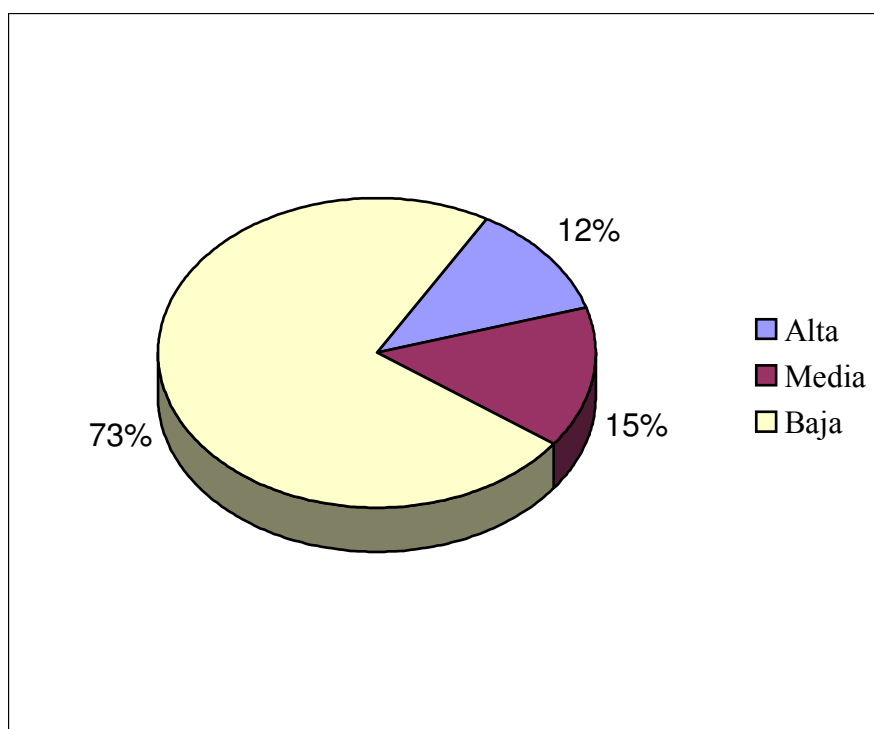
1 Pocas veces al año o menos	13	13	26	34.6
2 Una vez al mes o menos	2	2	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	5	6	8
4 Una vez a la semana	1	2	3	4
5 Pocas veces a la semana	3	1	4	5.3
6 Todos los días	2	2	4	5.3

2. MEDIDA DESPERSONALIZACIÓN EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(5) PREGUNTAS 05, 10, 11, 15 y 22

Valora el grado en cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento

	FREC. BASE	FREC. RESI	TOTAL	%
ALTO	6	3	9	12
MEDIO	7	4	11	14.6
BAJO	17	38	55	73.3
			75	99.9



5. Siento que estoy a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	MB	RESI		%
0 Nunca	19	36	55	73.3
1 Pocas veces al año o menos	3	8	11	14.6
2 Una vez al mes o menos	6	0	6	8
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	0	1	1.3

4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	0	0	0
6 Todos los días	0	0	0	0
			75	99.8

10. Siento me he hecho más duro con la gente	MB	RESI		%
0 Nunca	8	28	36	48
1 Pocas veces al año o menos	8	9	17	22.6
2 Una vez al mes o menos	5	0	5	6.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	4	7	9.3
4 Una vez a la semana	1	0	1	1.3
5 Pocas veces a la semana	3	1	4	5.3
6 Todos los días	2	3	5	6.6
			75	99.7

11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente	MB	RESI		%
0 Nunca	12	26	38	50.6
1 Pocas veces al año o menos	8	13	21	28
2 Una vez al mes o menos	3	1	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	3	4	5.3
4 Una vez a la semana	2	0	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	2	0	2	2.6
6 Todos los días	2	2	4	5.3
			75	99.7

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender personalmente	MB	RESI		%
0 Nunca	22	40	62	82.6
1 Pocas veces al año o menos	5	3	8	10.6
2 Una vez al mes o menos	1	0	1	1.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	1	2	2.6
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	0	0	0
6 Todos los días	0	0	0	0
			75	99.7

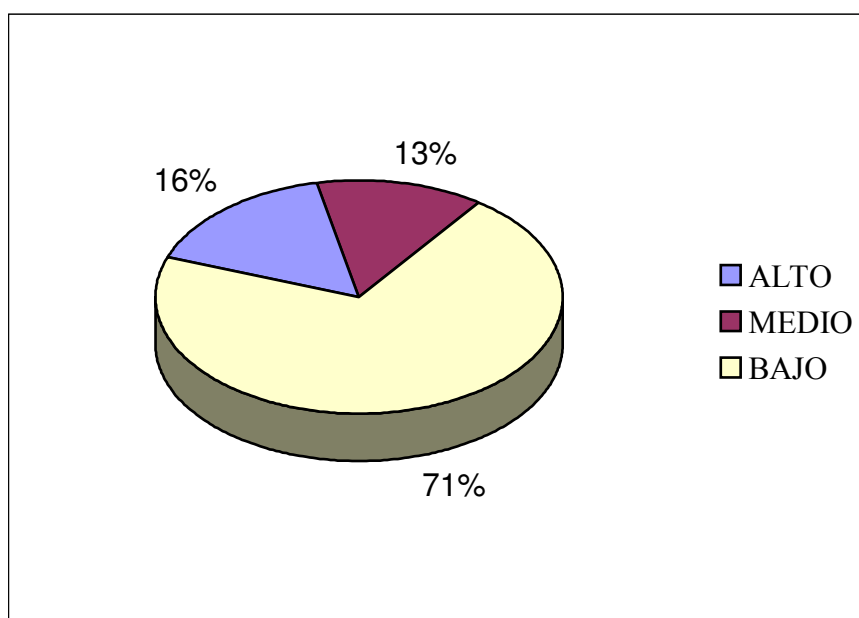
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	MB	RESI		%
0 Nunca	16	34	50	66.6
1 Pocas veces al año o menos	7	9	16	21.3
2 Una vez al mes o menos	2	0	2	2.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	0	3	4
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	0	1	1	1.3
6 Todos los días	1	0	1	1.3
			75	99.7

3. MEDIDA REALIZACIÓN PERSONAL EN RESIDENTES Y MEDICOS DE BASE

(6) PREGUNTAS 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 y 21.

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

	FREC BASE	FREC RESI	TOTAL	%
ALTO	3	9	12	16
MEDIO	5	5	10	13.3
BAJO	37	16	53	70.6
			75	99.9



4. Siento que puede entender fácilmente a las personas que tengo que atender	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	3	4	5.3
2 Una vez al mes o menos	1	1	2	2.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	1	0	1	1.3
4 Una vez a la semana	2	0	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	3	0	3	4
6 Todos los días	22	41	63	84
			75	99.8

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	MB	RESI		%
0 Nunca	1	0	1	1.3
1 Pocas veces al año o menos	2	0	2	2.6
2 Una vez al mes o menos	1	0	1	1.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	5	2	7	9.3

4 Una vez a la semana	4	0	4	5.3
5 Pocas veces a la semana	5	1	6	8
6 Todos los días	12	42	54	72
			75	99.8

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	0	1	1	1.3
1 Pocas veces al año o menos	3	2	5	6.6
2 Una vez al mes o menos	0	0	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	2	5	6.6
4 Una vez a la semana	2	1	3	4
5 Pocas veces a la semana	6	5	11	14.6
6 Todos los días	16	34	50	66.6
			75	99.7

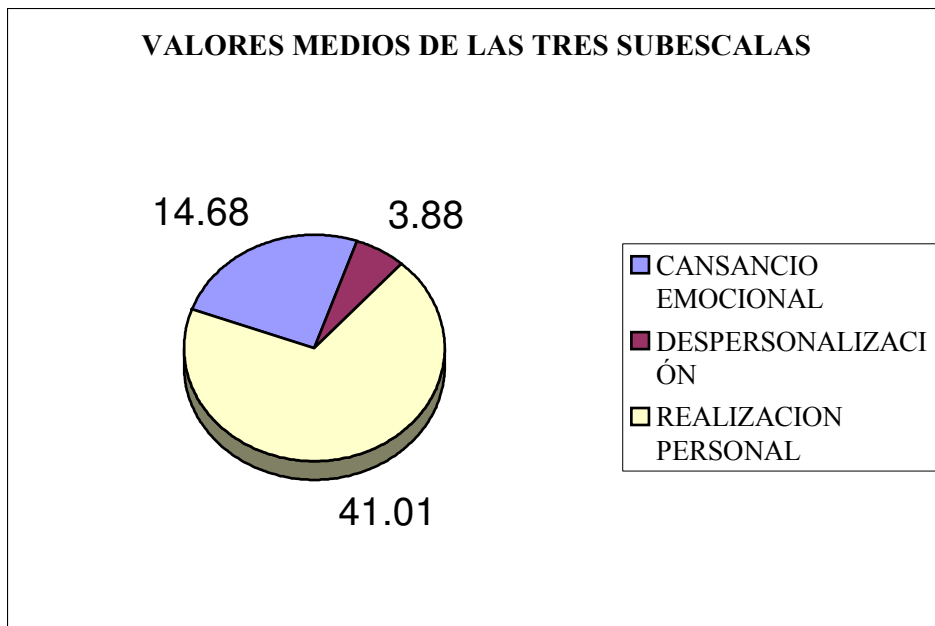
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	2	3	4
2 Una vez al mes o menos	2	2	4	5.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	1	4	5.3
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	11	9	20	26.6
6 Todos los días	12	30	42	56
			75	99.8

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	0	1	1.3
2 Una vez al mes o menos	1	0	1	1.3
3 Unas pocas veces al mes o menos	4	2	6	8
4 Una vez a la semana	1	0	1	1.3
5 Pocas veces a la semana	7	1	8	10.6
6 Todos los días	16	42	58	77.3
			75	99.8

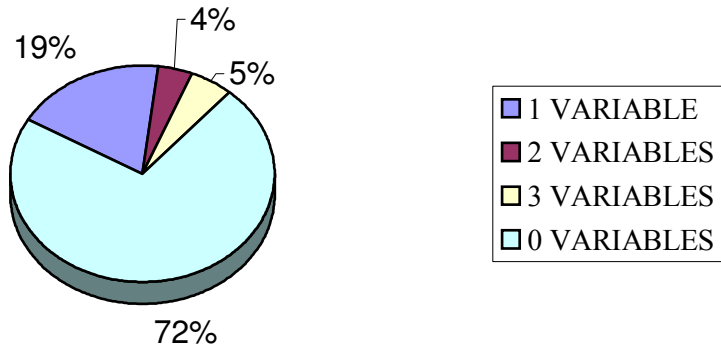
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	1	0	1	1.3
2 Una vez al mes o menos	0	0	0	0
3 Unas pocas veces al mes o menos	2	0	2	2.6
4 Una vez a la semana	3	2	5	6.6
5 Pocas veces a la semana	8	4	12	16
6 Todos los días	16	39	55	73.3
			75	99.8

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	MB	RESI		%
0 Nunca	0	0	0	0
1 Pocas veces al año o menos	0	1	1	1.3
2 Una vez al mes o menos	1	1	2	2.6
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	0	3	4
4 Una vez a la semana	1	1	2	2.6
5 Pocas veces a la semana	4	2	6	8
6 Todos los días	21	40	61	81.3
			75	99.8

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada	MB	RESI		%
0 Nunca	8	6	14	18.6
1 Pocas veces al año o menos	7	9	16	21.3
2 Una vez al mes o menos	2	1	3	4
3 Unas pocas veces al mes o menos	3	1	4	5.3
4 Una vez a la semana	2	1	3	4
5 Pocas veces a la semana	4	3	7	9.3
6 Todos los días	4	24	28	37.3
			75	99.8



VARIABLES DE DESGASTE PROFESIONAL



13.1 ANEXO 2

Cuestionario de Maslach.

CUESTIONARIO DE MASLACH

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

Qué tan seguido:

0	Nunca	4	Una vez a la semana
1	Pocas veces al año o menos	5	Pocas veces a la semana
2	Una vez al mes o menos	6	Todos los días
3	Pocas veces al mes		

Qué tan seguido Oraciones

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

Cuestionario de datos generales.

CUESTIONARIO GENERAL

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

1. Edad cumplida en años _____
2. Sexo biológico. Femenino _____ Masculino _____
3. ¿Padece usted de Diabetes Mellitus? sí _____ no _____ ¿controlada? _____
4. ¿Padece usted de alguna colagenopatía? sí _____ no _____ ¿cual? _____ controlada? _____
5. ¿Padece usted de alguna enfermedad cardiovascular? sí _____ no _____ ¿cual? _____
6. Estado civil. Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Soltero _____
7. ¿Tiene hijos? Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más _____
8. Años ejerciendo la especialidad _____
9. Institución o instituciones donde labora. IMSS _____ ISSSTE _____ SSA _____ ISSTECALI _____
10. Turno principal de actividad laboral. Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____
11. ¿Tiene actividad laboral privada? Sí _____ No _____
13. ¿Cuántos procedimientos anestésicos realiza durante una jornada laboral de 24 horas? _____
14. ¿Cuántas horas/anestesia trabaja en una semana? _____
15. En algún momento de su actividad laboral ¿ha pensado en dejar de ejercer como anestesiólogo? _____
16. Si contestó afirmativo a la pregunta 15, ¿en cuanto tiempo? _____
17. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted el ambiente laboral donde se desempeña? _____
18. ¿Ha pensado continuar trabajando en la anestesiología después de su jubilación? Sí _____ No _____
19. ¿Piensa usted que al estar ejerciendo la anestesiología se estresa? Poco _____ Regular _____ Mucho _____
20. ¿Siente usted que las normas institucionales le limitan en las tomas de decisión en relación a su trabajo?
Sí _____ No _____
21. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la pérdida de control de su trabajo? _____
22. ¿Siente usted que se le reconoce su trabajo mediante estímulos institucionales a su desempeño?
Sí _____ No _____
23. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted estos estímulos por parte de la institución? _____
24. Considera que el ambiente de trabajo en su desempeño es...
Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Muy malo _____
25. Siente usted que sus directivos aprecian sus decisiones en el trabajo en forma... Justa _____ Injusta _____
26. ¿Se ha visto usted frecuentemente en la necesidad de aceptar un procedimiento en contra de su opinión personal? Sí _____ No _____
27. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la relación entre sus decisiones de trabajo y las políticas de la institución? Congruentes _____ Regularmente congruentes _____
Discrepantes _____ Muy discrepantes _____
28. En una escala del 0 al 10, ¿qué tan justos son sus directivos? _____
29. ¿En qué situaciones siente usted que pierde el control?
a) exceso de pacientes
b) falta de material
c) falta de apoyo del equipo de trabajo

14. REFERENCIAS.

1. Abdelmalak B, (1999), Stress in american anesthesiology residencies. ASA Newsletter. Junio 2007, <http://www.asahq.org/___Newsletters/1999/12_99/resident1299.HTML>
2. American Society of Anesthesiologists. Task Force on Chemical Dependence. Model curriculum on drug abuse and addiction for residents in anesthesiology. Junio 2007, <<http://www.ASAhq.org/Proinfo/Curriculum.htm>>
3. Aranda, Pando, Torres, Salazar, Aldrete. (2006), Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. Psicología y Salud, vol.16, no.01, pp.15-21.
4. Arnold W P III. (1998), En Anestesia. Editor Miller R. Seguridad medioambiental, incluida la dependencia de agentes químicos. Harcourt-Brace Edición en español, pp.2619
5. Aya GM.(1999), Increment risk unintentional dural puncture in night- time obstetric epidural anaesthesia. Can J Anesth vol.46, pp.665.-669.
6. Booth J. (2002), Sustance abuse among physicians: A survey of academic programs. Anesth Analg , vol.95, pp.1024-1030.
7. Brown C, (1998), Understanding stress and Burnout in shelter workers. Professional Psychol. Research Practice, vol.29, no.4, pp.383-385.
8. Calabrese G, (2002), Influencia del estilo de vida laboral del anesthesiólogo en la salud. En Anesthesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anesthesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anesthesiología Mayo 2007, <<http://www.anestesia.com.mx/congreso>>
- 9 Calabrese G. (2 001), Informe preliminar sobre “Encuesta de riesgos profesionales del anesthesiólogo en Latinoamérica“. Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anesthesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anesthesiología. San Salvador, El Salvador.
10. Calabrese Gustavo (2003), Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anesthesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anesthesiología. C.L.A.S.A.
11. Calabrese G, (2001), Riesgos profesionales del Anesthesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anesthesiología, Cancún.

12. Díaz González R, Hidalgo Rodrigo I, (1994), El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. Rev. Clin.Esp., vol.194, no.9, pp.670-6.
13. Dixon JM, Doyle PW, (1999), Are anaesthetic trainees a high-risk group for road accidents? Anaesthesia, vol.54, pp.1232-1233.
14. Farbe B (1983), Stress and Burnout in the Human Services Profession.Pergamon Press. Nueva York
15. Freudenberg. (1975), The staff burnout syndrom in alternative institutions. Psychother Theory Res Pract, vol.12, pp.72-83.
16. Gander PH, Merry A, Millar MM, Weller J.(2000), Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. Anaesth Intensive Care vol.28, pp.178-183.
17. Garcia B,Renovell F, (2000), Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de las especialidades médicas hospitalarias Ann Med Interna, vol.17, no.3, pp.118-22.
18. Gerberding J L, (1995), Management of occupational exposure to blood-borne viruses. NEJM, vol.3, no.32, pp.444-451.
19. Gravenstein JS, Cooper JB, Orkin FK. (1990), Work and rest cycles in anesthesia practice Anesthesiology, vol.72, pp.737-742.
- 20.Guntupalli K, Fromm Jr. (1996), Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Med, vol.22, pp.625-630.
21. Hopkins J. (2003), United States limits resident physicians to 80 hour working week. BMJ pp.326:468.
22. Kain, Katz, Nigma, (2002), Anesthesiologists and Acute Perioperative stress: a cohort study. Anesthesia and analgesia, vol.95, pp.177-83.
23. Leiper R.(2002), Applying the working time directive to doctors in training. BMJ vol. 65, pp.325.
24. Lustky, Hopwood, (1993), Psychoactive substance use among American anesthesiology: a 30 year retrospective study. Can J Anesth, vol. 40, no.10, pp.915-21.
25. Manuel Barquín, (1972), Dirección de Hospitales, Organización de la atención médica 3ra. Edición. Editorial Interamericana. Capitulo 3.

26. Maslach C. Jackson S.E. (1981), Maslach Burnout Inventory. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.
27. Maslach C. Pines. (2000), Nurses Burnout; an existential psychodynamic perspective. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, vol.38, no.2, pp.23-31.
28. Menck EJ. Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse JAMA 1990;263 :3060.
29. Méndez Méndez (2005), peers.comm.,20 abril Madrid
30. Miller NH, Katz VL, (1989), Cefalo RC. Pregnancies among physicians: a historical cohort study. J Reprod Med, vol.34, pp.790-796.
31. OMS 2000. The World Health Report. <<http://www.who.int/whr>>.
32. Paladino, Héctor Martinetti.(2007), Factores de agresión y la respuesta orgánica. La salud del anesestesiólogo: Parte I. Rev Uruguay de Anestesiología, vol.3,pp.20-27
33. Pieró J.M. (1992), Desencadenantes del estrés laboral. Madrid,España Eudema, 1992.
34. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA, Muelleman RL.(1999), The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. Acad Emerg Med, vol.6, pp.1050-1053.
35. Tait D, (2002), Resident burnout and self reported patient care. Ann Intern Medicine, vol.136, no.5, pp.358-367.
38. Vinaccia, Alvaran. (2004), El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Univ.Psychol. Bogotá, Colombia, vol.3, no.1, pp.35-45.
39. Williamson JA,Webb RK. (1993), Human failure: an analysis of 2000 incident reports. Anesth Intens Care, vol.21, pp.678-683.