



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO.**



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

***NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT Y SU  
RELACIÓN CON LOS HORARIOS TRABAJADOS EN LOS  
ANESTESIÓLOGOS DE BASE DEL HOSPITAL  
GENERAL DE MÉXICO***

**TESIS DE POSGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LA ESPECIALIDAD EN:  
ANESTESIOLOGÍA  
PRESENTA  
DRA. NORA LORENA LÓPEZ LEÓN**

**TUTOR DE TESIS:  
DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA GARCÍA  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HGM  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM  
  
DR. JAVIER YAÑEZ  
MÉDICO ADSCRITO DE ANESTESIOLOGÍA HGM  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**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.

## AGRADECIMIENTOS

Todo mi amor y agradecimiento a mis padres que con su apoyo y ejemplo me han hecho ser lo que soy

A mi hermanita que con su alegría y sabios consejos vino a complementar mi vida y a mi hermano que con su apoyo me ha hecho el camino más fácil.

A mis tías (os) que son los ángeles que Dios puso en mi vida para ayudarme siempre que algo se oscurece y por guiarme de nuevo al camino adecuado, gracias Elia y Ara, tan opuestas y tan similares, Maricela, Leti, Chepis, Memo y Lalo.

A ti por estar conmigo a pesar de la distancia, por todo el amor, el apoyo y la paciencia,

Gracias a mis amiguis inseparables, compañeras en esta aventura loca de la vida

Y gracias a todos mis maestros, a todos los que me enseñaron algo, de la ciencia, de la anestesia o de la vida

## CONTENIDO

<b>Capítulo I.</b> Introducción.....	8
<b>Capítulo II.</b> Antecedentes.....	10
<b>Capítulo III.</b> Definición.....	17
III.I. Componentes del síndrome de burnout.....	17
III.II. Delimitación conceptual.....	19
<b>Capítulo IV.</b> Características de personalidad.....	22
IV.I. Personalidad y estilo de vida del médico anestesiólogo.....	22
<b>Capítulo V.</b> Definición de estrés.....	24
V.I. Síndrome de burnout y estrés.....	25
V.II. Sintomatología.....	27
V.III. Consecuencias personales.....	30
V.III.I. Consecuencias individuales.....	34
V.III.II. Consecuencias familiares.....	37
V.III.III. Consecuencias laborales.....	38
V.III.IV. Trastornos asociados.....	40
<b>Capítulo VI.</b> Diagnóstico del síndrome de desgaste.....	47
VI.I. Factores que intervienen en el padecimiento del síndrome.....	49
<b>Capítulo VII.</b> Descripción de HGM.....	53
VII.I. Antecedentes en el HGM.....	54
<b>Capítulo VIII.</b> Planteamiento del problema.....	55
VIII.I. Justificación.....	55
<b>Capítulo IX.</b> Hipótesis.....	56
IX.I. Hipótesis nula.....	56
IX.II. Objetivos.....	56
<b>Capítulo X.</b> Metodología.....	57
X.I. Instrumento.....	57
X.II. Procedimiento.....	58
<b>Capítulo XI.</b> Resultados.....	59
<b>Capítulo XII.</b> Discusión.....	93
<b>Capítulo XIII.</b> Referencias.....	96

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla III.I.** Características del síndrome de burnout

**Tabla VI.I.** Formas de manifestación del síndrome de burnout

**Tabla XI.I** Síndrome de burnout en el HGM. Turnos que laboran los anestesiólogos adscritos

**Tabla XI.II.** Síndrome de burnout en el HGM. Percepción del ambiente laboral de los anestesiólogos adscritos

**Tabla XI.III.** Síndrome de burnout en el HGM. Sensación de pérdida de control en el trabajo

**Tabla XI.IV.** Síndrome de burnout en el HGM. Congruencia entre las decisiones de trabajo y política

**Tabla XI.V.** Puntos de corte para las puntuaciones de Maslach en el sector sanitario

**Tabla XI.VI.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo?

**Tabla XI.VII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento frustrado por mi trabajo?

**Tabla XI.VIII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿trabajar en contacto directo con la gente me cansa?

**Tabla XI.IX.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades?

**Tabla XI.X.** Niveles de cansancio emocional en trabajadores. Anestesiólogos del HGM

**Tabla XI.XI.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización, ¿Siento que estoy tratando a algunos pacientes como se fuesen objetos impersonales?

**Tabla XI.XII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización ¿Siento que me he hecho más duro con la gente?

**Tabla XI.XIII** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización, ¿Siento que me estoy endureciendo con los pacientes?

**Tabla XI.IV.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM  
Despersonalización, ¿Siento que no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente?

**Tabla XI.V.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM  
Despersonalización. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas

**Tabla XI.VI.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM  
Grados de despersonalización.

**Tabla XI.VII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender

**Tabla XI.VIII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender

**Tabla XI.IX.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de las otras personas a través de mi trabajo.

**Tabla XI.XX.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

**Tabla XI.XXI.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender

**Tabla XI.XXII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

**Tabla XI.XXIII.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Realización personal. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

**Tabla XI.XXIV.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM.  
Niveles de realización personal.

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 4.1.** Modelo explicativo de Cordes y Dougherty del síndrome de burnout.
- Gráfico 11.1.** Síndrome de burnout en el HGM. Rango de edad de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.2** Síndrome de burnout en el HGM. Género de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.3** Síndrome de burnout en el HGM. Enfermedades en los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.4** Síndrome de burnout en el HGM. Estado civil de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.5** Síndrome de burnout en el HGM. Número de hijos de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.6** Síndrome de burnout en el HGM. Antigüedad laboral de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.7** Síndrome de burnout en el HGM. Instituciones dónde laboran los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.8** Síndrome de burnout en el HGM. Distribución de los turnos dobles de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.9** Síndrome de burnout en el HGM. Número de procedimientos que realizan los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.10** Síndrome de burnout en el HGM. Número de horas que laboran los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.11** Síndrome de burnout en el HGM. Número de anestesiólogos que han pensado dejar de ejercer.
- Gráfico 11.12** Síndrome de burnout en el HGM. Tiempo en que los anestesiólogos han pensado dejar de ejercer.
- Gráfico 11.13** Síndrome de burnout en el HGM. Tiempo en que los anestesiólogos han pensado dejar de ejercer-
- Gráfico 11.14** Síndrome de burnout en el HGM. Grado de estrés que les genera la anestesiología a los anestesiólogos adscritos-
- Gráfico 11.15** Síndrome de burnout en el HGM. Porcentaje normas institucionales limitan la toma de decisiones de los anestesiólogos adscritos.
- Gráfico 11.16** Síndrome de burnout en el HGM. ¿Siente que su trabajo es reconocido?

**Gráfico 11.17** Síndrome de burnout en el HGM. Calificación de estímulos por parte de la institución.

**Gráfico 11.18** Síndrome de burnout en el HGM. Desempeño personal en el trabajo.

**Gráfico 11.19** Síndrome de burnout en el HGM. Aprecio de decisiones.

**Gráfico 11.20** Síndrome de burnout en el HGM. Aceptación de procedimientos en contra de su opinión.

**Gráfico 11.21** Síndrome de burnout en el HGM. Consideración de directivos justos.

**Gráfico 11.22** Síndrome de burnout en el HGM. Situaciones por las que se pierde el control.

**Gráfica 11.23** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Cansancio emocional, ¿Al término de mi jornada laboral me siento agotado?

**Gráfica 11.24.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento fatigado desde la mañana?

**Gráfico 11.25.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Siento que el trabajar todo el día con la gente me cansa?

**Gráfico 11.26.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Siento que mi trabajo me está desgastando?

**Gráfico 11.27.** Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo?

**Gráfico 11.28.** Síndrome de burnout. Niveles de cansancio emocional.

**Gráfico 11.29.** Síndrome de burnout. Niveles de despersonalización.

**Gráfico 11.30.** Síndrome de burnout. Realización personal. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

**Gráfico 11.31.** Síndrome de burnout. Realización personal. Me siento con mucha energía en mi trabajo

**Gráfico 11.32.** Síndrome de burnout. Niveles de realización personal.

## Capítulo I. INTRODUCCIÓN

Stellman escribió en 1978 “Si alguna vez se ha preguntado como se puede trabajar con pacientes y conservar la salud, la respuesta es que no se puede”<sup>1</sup>. Aunque esta respuesta no ha variado, los riesgos potenciales si se han modificado y van desde los infecciosos, las lesiones de columna vertebral, insuficiencia venosa, exposición a agentes físicos y químicos, hasta síndrome de *burnout* y *alteraciones psicológicas* por problemas psicosociales.

El síndrome de burnout también es conocido como síndrome de desgaste y es uno de los riesgos psicosociales que pueden presentarse en todas las profesiones, pero se ha observado una incidencia más alta en aquellas personas en que su profesión supone un alto grado de motivación y de forma más específica las vinculadas a servicios como la enseñanza, la asistencia médica y sanitaria, la ayuda psicológica y otras formas de servicios a personas con necesidades físicas, emocionales o formativas (1). Se asocian factores organizacionales pero parece que también existen ciertos factores individuales que pueden influir en el proceso como por ejemplo, la competencia emocional o la personalidad resistente por citar algunos (2, 3).

Si analizamos los factores predisponentes para la presentación de este síndrome podemos ver que un médico reúne todas las características para presentarlo, factores organizacionales, factores psicosociales y factores individuales, de manera particular, un médico anestesiólogo presenta varias características que lo hacen más susceptible a presentar el desgaste laboral con todas sus manifestaciones y repercusiones, estos factores son: estrés constante, intenso estilo de vida laboral (4), falta control de su tiempo, falta de sueño, gran espíritu competitivo, facilidad de acceso a fármacos y droga de elección (5, 6) patrones de baja auto estima, intensa carga física y psíquica, etc.

Es por esto que decidimos analizar la incidencia de este síndrome en los médicos anestesiólogos que laboran en el Hospital General de México, evaluando el grado de desgaste laboral con el cuestionario más utilizado actualmente para este fin: el cuestionario de Maslach (1), ya que aunque existen varios artículos en la literatura, no tenemos un registro actual de los médicos de esta especialidad que laboran en los diferentes turnos dejando casi la mitad de su tiempo en este hospital.

---

<sup>1</sup> Stellman JM, SD Stellman, J berek, A Ezraty (1978) “The role of the Union Health and Safety Committee in evaluating the health hazards of hospital workers: A case study. *Preventive Medicine*, vol. 7 no. 3 pp:332-337

El reconocer tempranamente el síndrome de Burnout y hacer modificaciones en nuestros estilos de vida es muy importante y es parte del autocuidado que debemos tener todos los profesionales de la salud, este autocuidado es el reconocimiento de los efectos de afrontar cotidianamente situaciones que involucran la amenaza a la integridad personal.

## Capítulo I. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno J, et al.(2006) “El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados”. *Psicología y salud* vol. 16, no. 2, pp: 5-13.
2. Garrosa, E. (2003) “Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería” Tesis doctoral no publicada. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.
3. Chacón, M. y Grau, J.A. (2004). “Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos” *Psicología y salud*, vol. 14, no. 1, pp: 67-78.
4. 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 1-30](http://www.anestesia.com.mx/congreso 1-30) de Noviembre, 2002.
5. Calabrese G. (2003) “Riesgos Profesionales”. *En texto de Anestesiología Teórico Práctico*. Editor Aldrete JA Manual Moderno, México pp: 1047-1498.
6. Arnold W P III. (1998) “Seguridad medioambiental, incluida la dependencia de agentes químicos”. En *Anestesia*. Editor Millar R. Harcourt-Brace pp: 2619.

## Capítulo II. ANTECEDENTES

En 1949 el médico Hans Selye introdujo por primera vez el término estrés describiendo tres etapas del mismo: alarma, adaptación y agotamiento. En la última etapa se produce la pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad (1). Años más tarde, en 1974 para precisar, Freudenberger quién trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, introdujo por primera vez el término de Burnout, o síndrome de desgaste, esto tras observar que el personal de la salud después de varios meses de trabajar con pacientes, terminaba “desgastado” con una pérdida progresiva de energía y lo definió como “estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada” (2). Posteriormente lo adoptaron los sindicatos y abogados como elemento de ayuda para mencionar los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo. En la década de los 80’s, la psicóloga Cristina Maslach (3, 4, 5), de la Universidad de Berkeley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica, en 1982 lo definió de la siguiente manera: “Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre personas que realizan un tipo de trabajo con la gente<sup>1</sup>” y en unión con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, desarrollaron un instrumento para diagnosticarlo, denominándolo “Cuestionario de Maslach. Este cuestionario fue traducido al español por José Carlos Mingote Adán, de la Universidad Complutense de Madrid, España (6). Este cuestionario consta de 22 preguntas y debe ser autoadministrado y hace referencia a sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, valorando de esta manera tres aspectos básicos y fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo y la baja realización personal en el trabajo (7).

En 1994, Hidalgo y Díaz, en Barcelona, España, informaron que 156 médicos generales y especialistas del hospital Avila, presentaban el síndrome con más frecuencia (8, 9). Este síndrome no solo se presenta en médicos, sino en cualquier persona que de preste sus servicios a otras personas y que esté en contacto directo con personas enfermas o en situación de dependencia o necesidad, es por esto que también se

---

<sup>1</sup> Maslach C (1976) “Burnout” *Hum Behav* vol. 5, pp:16-22

presenta en odontólogos como lo reportó Osborne, en un estudio con 340 dentistas del sudeste de Inglaterra, siendo la causa principal el contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo (10). También se ha descrito en enfermeras, como se describió en la ciudad de Nueva York con un grupo que trabajaba con pacientes infectados con VIH, mostrando un alto grado de Síndrome de burnout (11, 12). Para finales del siglo pasado, en 1996 Guntpalli realizó un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas-intensivistas de los EUA reportando que el 40% de ellos presentó este síndrome con detrimento emocional, atribuido principalmente a los factores organizacionales, administrativos y a los conflictos interpersonales (13); estos datos se ven reflejados en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos y a pacientes con trasplante de médula ósea (14). En médicos familiares también ha sido documentado hasta en 59.7% de 286 médicos como lo reportó González en 1998, en Zaragoza, España. En 1999 en Leicester, Inglaterra, se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado del síndrome 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. Esta situación fue similar en psicoterapeutas y demás personas que laboran en esta área. Así mismo, los psiquiatras tienen la mayor tasa de suicidio y problemas de salud mental (7, 15). Se ha documentado una correlación significativa entre la depresión y el estrés psicológico con el síndrome como lo reportaron Jacovides y Kapur respectivamente (16).

En el año 2000, García documentó el síndrome en 56 residentes de especialidades médicas, en el Hospital La Fe, en Valencia, España con los siguientes resultados: 7.1% presentó agotamiento emocional, 17.8% cinismo y 23.2% pérdida del logro profesional (17). Estos resultados coincidieron con los de un estudio realizado en Estados Unidos en 115 residentes de medicina interna de 45 escuelas (18). En Alemania se documentó en 204 enfermeras, correlacionándose las exigencias laborales y la falta de estímulos en el trabajo desempeñado (5, 19).

En el 2001 se realizó otro estudio multicéntrico en 582 médicos cirujanos en Estados Unidos reportando que: 32% tiene alto grado de agotamiento emocional, 13% tiene alto grado de cinismo y un 4% bajo grado de pérdida del logro profesional (20). Otro estudio similar realizado en 2002, analizó a 131 médicos ginecólogos con actividades docentes de los Estados Unidos y Puerto Rico, en este se documentó alto

grado de agotamiento emocional, moderado grado de cinismo y alto grado de pérdida del logro profesional (21).

Otro caso interesante es la autodescripción con base en la experiencia del cirujano pediatra de Sudáfrica, Johnstone dónde relata como al cambiar sus hábitos laborales disminuyeron las manifestaciones clínicas del síndrome de burnout que presentaba en ese momento (22). Algunos otros autores describen que el cambiar de servicio o de ambiente de trabajo o incluso retirarse cuando es posible, ayuda a disminuir el nivel de este síndrome (23, 24, 25, 26).

En México, en un estudio realizado en Guadalajara en médicos de base de una institución de seguridad social, se demostró que la presencia de factores psicosociales negativos dentro del área laboral se asocia con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas (27).

El síndrome de desgaste profesional ha sido estudiado en diferentes especialidades, así tenemos que: en Medicina Familiar la mayor parte de los reportes se enfocan a la sobrecarga de trabajo, el tedio y el conflicto, que se asocia a prisa, errores y tensión. Su prevalencia en este grupo es alrededor de 40% (28, 29, 30).

En la especialidad de Cirugía General se reporta que aunque estos especialistas consideran que cuentan con una gran capacidad para lidiar con el estrés lo que se puede asociar a negación, el síndrome de desgaste laboral es causa de una gran cantidad de errores y su prevalencia es de alrededor del 30% (20). Resultados similares han sido reportados en la especialidad de medicina interna (31, 32).

En el área de enfermería se ha encontrado que el 89.3% presentan alto nivel de agotamiento emocional y solo alcanzan un 20% de realización profesional (33).

En la especialidad de pediatría se reporta un 20.8% de desgaste, aunque un 59% de este se considero como bajo (34).

Dentro de la especialidad de urgencias se reporta un 19% con síntomas de depresión y 23% con niveles altos de estrés (35, 36).

En un estudio realizado en 92 médicos anesthesiólogos se encontró una prevalencia de 44% de síndrome de desgaste profesional, de los cuales el indicador mas afectado fue el de agotamiento emocional (37).

Otro estudio realizado 168 residentes de las especialidades de urgencias, pediatría, medicina interna, anesthesiología y de cirugía general durante el 2004, encontró que el 23 y 17% de los mismos tienen niveles altos de despersonalización y

cansancio emocional respectivamente, aunque prácticamente en todos los individuos se encontraba presente (38).

La Organización Mundial de la Salud durante el año 2000, calificó al síndrome de burnout como de riesgo laboral (39); con lo cual toma un gran auge demostrando la importancia de la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Uno de los puntos más discutidos es el diagnóstico, los únicos criterios descritos son una vaga referencia aparecida en la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de Salud, en la que podría asimilarse a la que figura en el capítulo XXI como un “estado de agotamiento vital” (40) Lo más claro y en lo que coinciden todas las definiciones es que este tipo de síndrome se da en respuesta al estrés laboral que se presenta en personas que trabajan prestando sus servicios en contacto directo con otras personas.

## Capítulo II. BIBLIOGRAFÍA

1. Myers G 1999 *Psicología*, Editorial Médica Panamericana, Madrid.
2. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” *Revista Mexicana de* vol 27 Supl 1 pp 131-133.
3. Maslach C (1976) “Burnout” *Hum Behav* vol. 5, pp:16-22.
4. Maslach C (1981) “The measurement of experienced burnout” *J. Occup Behav* vol. 2 pp: 99-113.
5. Maslach (2001) “Job Burnout” *Annu Rev Psychol* vo. 53, pp: 397, 422.
6. Míngote A, Pérez-Corral (1999) “Estrés del médico” *Manual de Autoayuda* Ed. Díaz de Santos, Madrid.
7. Brown C: (1998) “Understanding stress and Burnout in shelter workers”. *Professional Psychol. Research Practice*, vol. 29, no. 4, pp: 383-385.
8. 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.*, 194 (9):670-6.
9. Hidalgo-Rodrigo I (1994) “Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila” *Med-Clin-Barc* vol. 103, no. 11 pp: 408-12.

10. Osborne D, Croucher R (1994) "Levels of burnout in general dental practitioners in the south east of England" *British Dental J* vol.177, no. 10, pp:372-377.
11. Glass-David C (1993) "Depresión, Burnout and perceptionas of control in hospital nurses" *J consulting Clinical Psychol* vol. 61, no. 1 pp: 147-155.
12. Van Servellen D (1994) "Emotional exhaustion and distress among nurses: how important are AIDA care specific factors?" *J Assoc Nurses* vol. 5, no. 2, pp: 11-9.
13. Guntupalli K, Fromm JR (1996) "Burnout in the internist-intensivist" *Intensive Care Med* vol. 22, pp: 625-630.
14. Molassiotis, A (1996) "Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses" *Cancer Nurs* vol.19, no.5 pp: 360-367.
15. Raquepaw J (1989) "Psychotherapist burnout: A componential analysis" *Professional Psychol Research Practice* vol. 20, no. 1, pp: 32-36.
16. Jacovides A, Fountoulaskis K (1999) "burnout in nursing staff; is there a relationship between depression and burnout?" *Int J Psychiatry med* vol.29 no. 4 pp: 421-433.
17. Garcia B, Renovell F: (2000) "Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de las especialidades médicas hospitalarias" *An Med Interna*, vol.17, no. 3, pp:118-22.
18. Tait D (2002) "Resident burnout and self reported patient care" *Annals Internal Medicine*, vol. 136, no. 5, pp: 358-367.
19. Bakker AB, Killmer Ch (2000) "Effort-reward imbalance and burnout among nurses" *J Adv Nurs* vol. 31, no.4 pp: 884-891.
20. Campbell A (2001) "Burnout among Americans surgeons" *Surgery*. vol. 130, no. 4 pp: 696-705.
21. Gabbe S (2002)"Burnout in chairs of obstetrics and gynecology" *Am J Obstet Gynecol*, vol. 186 pp:601-12.
22. Johnstone C (2000) "Surfacing after burnout" *BMJ* vol.320 pp: 259.
23. Bonn D, Bonn J "Work related stress: can it be a thing of the past?" (2000) *Lancet* vol. 355, no. 9198 pp: 124.
24. Ross-Randall R (1989) "Job Stress, social support and burnout among counseling center staff" *J Counseling Psychology* vol. 36, no.4 pp: 464-470.

25. Taormina R (2000) "Approaches to preventing burnout" *J. Nurs Manag* vol. 8, no. 2, pp: 89-99.
26. Vickman L (2000) "Toward an understanding burnout" *Med Group Manage J* vol.47, no. 1 pp: 18-21.
27. Aranda, Pando, Torres, Salazar, Aldrete. (2006) "Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social". *Revista Cubana de Salud Pública*.
28. Maslach C, Jackson S. (1996) "MBI, Maslach Burnout Inventory" Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
29. Chambers R, Campbell I. (1996) "Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fund holding, gender, and other personal characteristics" *Fam Pract* vol.13 pp: 170-3 .
30. De Pablo G, Superviola-González JF. (1998) "The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians" *Aten Primaria* vol. 22 pp: 580-4.
31. Talt D, Bradley C "Resident burnout and self reported patient care" (2002) *Ann Int Med* vol.136, no. 5 pp: 358-67.
32. Quill TE, Williamson PR (1990) "Healthy approaches to physician stress" *Arch Intern Med* no.150 pp: 1857-61.
33. Alvarez-Ledezma ML, García-Campos ML, Huerta-Franco MR, Palma-Monjaraz B. A. (2003) "Síndrome de Burnout y su relación con síntomas emocionales en el personal de enfermería" *Calimed* vol.9, vol.1 pp: 17-18.
34. López-Franco M, et al (2005) "Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico" *An Pediatr* vol. 62, no.3 pp: 248-51.
35. Rocha-Luna JM "Síndrome de Burnout", ¿el médico de urgencias, incansable?" *Rev Mex Med Urg*, vol.1 pp: 48-56.
36. Grumet WG (1993) "Pandemonium in the modern hospital" *New England J Med* vol. 328 pp: 433-437.
37. Yusvisaret, et.al ((2005) "Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos de la Ciudad de Mexicali" *Gac Med Mex* vol.141, no.3 pp: 181-183.
38. Díaz-Cruz W.I. (2004) "Prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de urgencias médicas del HGR 25 y Hospital General La Raza, México" Tesis de especialización en Medicina de Urgencias IPN-IMSS.

- 39- OMS 2000. "The World Health Report". <http://www.who.int/whr>.
- 40 Moreno J, et al. (2006) "El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados". *Psicología y salud* vol.16, no.1 pp: 5-13.

### **Capítulo III. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Freudenberger, en 1974, introdujo por primera vez el término de burnout, o síndrome de desgaste, esto tras observar que el personal de la salud después de varios meses de trabajar con pacientes, terminaba “desgastado” con una pérdida progresiva de energía y lo definió como “estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada” (1).

El síndrome de burnout también es conocido como síndrome de agotamiento profesional, estrés laboral o como desgaste profesional y es considerado actualmente como uno de los riesgos psicosociales propios de todas las profesiones (2, 3).

Este síndrome también ha sido definido como una respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (4).

El síndrome de desgaste profesional es una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico resultado de la interacción prolongada con gente o situaciones que son en extremo demandantes (5, 6).

El estrés laboral son las reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del profesional.

#### **III.I. Componentes del síndrome de burnout**

El síndrome de desgaste profesional afecta a un individuo de manera integral, este daño podemos clasificarlo dentro de tres grandes aspectos:

*1) Agotamiento emocional, 2) Despersonalización y 3) Falta de realización* (5, 6).

La tabla III.I, a continuación describe de manera general cada uno de estos puntos.

**Tabla III.I. Características del síndrome de Burnout**

<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	Se presentan sentimientos de cansancio físico y/o psicológico, falta de recursos emocionales y sensación de que no se tiene nada que ofrecer a las personas destinatarias de los servicios que se prestan
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	Se refiere al distanciamiento emocional que se establece con los destinatarios de los servicios que se prestan, hacia los que se desarrollan actitudes negativas, hostiles, críticas y distantes
<b>FALTA DE REALIZACIÓN</b>	O vivencia de fracaso personal, con sentimientos de pérdida de la autoestima. El individuo no se ve capaz de satisfacer las demandas que se le hacen, ni cree tener posibilidades razonables de promoción o realización personal

*Hecho por:* Dra. Nora Lorena López León

*Fuente:* Loria, J y Guzmán L (2006) “Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México” *Rev Cub Med Int Emerg* vol.5, no.3 pp. 432-443

En una publicación de Mansilla (7), el síndrome de deterioro profesional se describe en tres dimensiones:

1. El *cansancio emocional* que representa la disminución de herramientas personales; además de la sensación de pérdida de productividad psicológica para los demás. Sensación de un sobre esfuerzo físico debido a interacciones que los empleados tienen que mantener entre ellos y con los clientes. Así como también la sensación de estar emocionalmente desgastado como consecuencia del trabajo que el sujeto realiza.
2. La *despersonalización* que se refiere al desarrollo de una actitud negativa e insensible dirigida a las personas con que se trabaja. Además de respuestas clínicas hacia los pacientes o clientes.
3. La *falta de realización personal* que es la predisposición a evaluar negativamente el trabajo personal. Los sujetos se reprochan por no haber logrado las expectativas deseadas. De ahí surgen las vivencias de insuficiencia personal o sentimientos negativos que llevan al individuo a enfrentar negativamente la vida personal y laboral del sujeto. Así como también un empobrecimiento de las relaciones interpersonales y profesionales, bajo rendimiento laboral e intolerancia para manejar la presión.

Existen también 5 aspectos determinantes del síndrome de burnout, estos son: aburrimiento, depresión, ansiedad, insatisfacción laboral y estrés.

El **aburrimiento** es propiamente uno de los síntomas que presenta el trabajador que padece el síndrome de burnout e influye sólo en los sentimientos de agotamiento emocional del trabajador, es decir, que aunque el trabajador se sienta aburrido en su trabajo, no necesariamente presenta conductas negativas hacia las personas que atiende, ni pérdida de sentimientos de realización personal (8).

La **depresión**, según Gil-Monte (9), es la responsable del cansancio, aislamiento social y sentimiento de fracaso. El síndrome de burnout es una consecuencia de las relaciones personales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones.

La **ansiedad** resulta de la aprehensión, tensión, malestar o desasosiego que puede enfrentar un sujeto al percatarse de un posible peligro. Por lo tanto, la ansiedad puede ser parte de la respuesta al estrés o como rasgo de una personalidad. En un trabajador cobra más importancia porque puede implicar consecuencias en su trabajo con la gente, de sentimientos y actitudes que manifiesta no sólo hacia él, sino a las personas que atiende en su trabajo (10).

La **insatisfacción laboral**, igual que el síndrome de burnout, son experiencias psicológicas internas y negativas, el síndrome de burnout implica agotamiento, pérdida de energía o de motivación por el trabajo, además, supone de una actitud de despersonalización, mientras que en la insatisfacción laboral, uno de los aspectos importantes es la comodidad (9).

El estrés es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de burnout sólo tiene efectos negativos debido a que es considerado como una respuesta al estrés laboral crónico (11).

### **III.II DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

Según Grau y Chacón (12), se pueden diferenciar dos tipos de perspectivas para el síndrome de deterioro profesional, el clínico y el psicosocial, estas son:

A. *Perspectiva clínica*: es un estado en donde el sujeto accede a él debido al estrés laboral. Los trabajos de Freudenberguer, de Pines y Aaronson (8) fueron dirigidos bajo

esta conceptualización. Desde el punto de vista de Freudenberguer (13) se presenta una vivencia de agotamiento, desencanto así como también desinterés y falta de cumplimiento hacia las tareas laborales. Dicho estado es la secuela al fallar, es el intento de logro de expectativas inaccesibles.

Pines y Aronson (8) la establecen como el periodo en donde se fusiona el agotamiento emocional, corporal y mental así como también sensaciones de ineptitud, desamparo, falseado y baja autoestima.

B. *Perspectiva psicosocial*: un proceso que se genera por la combinación de características del ambiente laboral y personal. Los trabajos de Maslach y Jackson (6) Leiper, Shaufeli y Dierendonck, (14) Gil-Monte y Cols (9), fueron encaminados bajo esta conceptualización-

Guillén y Bozal (13) mencionan que los autores arriba mencionados, establecen el síndrome de desgaste profesional como producto de un fallo en la obtención personal y despersonalización aunque advierten que no existe un consenso para el orden de detección de los síntomas dentro del desarrollo del cuadro.

Distintos autores explican el síndrome como un proceso también, pero a la adaptación del ambiente del estrés laboral. Sugieren que es un periodo representado por una confusión laboral, insensibilidad, abstención y retraining.

Guillén y Bozal (13) hace una propuesta de diferenciación del síndrome de desgaste: éste no debe ser confundido con el estrés psicológico, más bien como un resultado de los orígenes del estrés crónico que surgen en las relaciones interpersonales establecidas entre los empleados y los beneficiarios.

La diferencia de estas dos conceptualizaciones está en que bajo el enfoque clínico, hay un conjunto de sentimientos y conductas usualmente asociadas al estrés donde se plantea el estar desgastado como un estado final. Por otro lado, la perspectiva psicosocial lo toma como un mecanismo particular de afrontamiento al estrés es cual posee fases de desarrollo. Entonces, desde esta conceptualización, el síndrome de desgaste por el trabajo es una respuesta al estrés laboral cuando con anterioridad existió un mal manejo de estrategias de enfrentamiento habitualmente utilizadas por las personas (12).

Visto desde otra perspectiva, el síndrome de desgaste es un mecanismo de afrontamiento y defensa ante el estrés ocasionado en la relación empleado-usuario, y en la relación empleado-empresa.

### Capítulo III BIBLIOGRAFÍA

1. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” *Revista Mexicana de* vol 27 Supl 1 pp 131-133.
2. Jackson SH. 1999 “The role of stress in anesthetist's health and well- being.” *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 43 pp. 583-602.
- 3 Maslach (2001) “Job Burnout” *Annu Rev Psychol* vo. 53, pp: 397- 422.
- 4 Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, et al.(2005) “Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Bornout en médicos anesestesiólogos”. *Salud Mental*. Feb. Vol. 28, No.1 pp-82-91.
5. Mingote A, Pérez-Corral (1999) “Estrés del médico” *Manual de Autoayuda* Ed. Díaz de Santos, Madrid.
6. Maslach C, Jackson S. (1996) “MBI, Maslach Burnout Inventory” Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
7. Mansilla F. et al (2002) “El síndrome de Burnout de Desagaste profesional” *Calidad de Vida* no. 40, pp: 7-11 .
8. Pines A. Aronson E. (1991) “Burnout from teddium to personal growth” *New York free press*.
9. Gil-Monte, P.R. y Peiro Silla, J.M. (1997) “Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse”. *España: Síntesis, S.A.*
10. Edelwich, J, Y Brosky (1990) “Burnout Status of desillusionment” *Helping Professions NY Sciences*.
11. Monis F.R. (1998) “Estrés organizacional y condiciones de trabajo en atención primaria de salud”.
12. Chacón, M y Grau, J.A. (2004) “Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos” *Psicología y salud* vol.14, no.1, pp.67-78.
13. Guillén, C, Bozal R. (2000) “Psicología del trabajo para relaciones laborales” *Clima, Motivación, Cultura, Selección, España*.
14. Leiper R. (2002) Applying the working time directive to doctors in training. *BMJ* pp: 325:S65.

## **Capítulo IV. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD**

Si bien es sabido que el síndrome de desgaste profesional se presenta por una interacción entre factores laborales y psicosociales, hay que destacar que para que un individuo lo padezca debe de tener ciertas características de personalidad, principalmente personalidad de tipo A que son personas que se caracterizan por puntualidad en el trabajo, realizan varias tareas al mismo tiempo, amplia dedicación al trabajo, son ambiciosos, responsables competitivos, precisos, detallistas, encuentran frecuentemente situaciones frustrantes, inexpresivos y de difícil relacionamiento, que además se puede asociar con enfermedades somáticas como coronariopatías, hipertensión arterial y muerte prematura (1,2). También se presenta en las personas con grandes expectativas, fuerte compromiso laboral, resistentes a la fatiga, competencia emocional y falta de autoestima (3,4).

El síndrome se ha asociado más con las personas que no tienen pareja estable, parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, por lo que podemos decir que las personas emocionalmente inestables son más susceptibles a presentarlo. Se ha visto también que la existencia o no de hijos hace que estas personas sean más resistentes al síndrome debido a la responsabilidad de los padres y el mantenimiento de la familia por lo tanto el tener una familia estable, una personalidad madura y una situación vital favorable pueden ayudar a disminuir la presencia de este síndrome (5).

### **IV.I. Personalidad y estilo de vida del anestesiólogo**

Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Muchos estudios revelan que las tasas de alcoholismo y adicción a droga, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a los de la población general (6). Se sabe que la atención médica es un factor determinante para la presentación del síndrome de agotamiento laboral, pero si nos enfocamos de manera especial en el estilo de vida y la

personalidad de un anesthesiólogo, veremos que el riesgo de presentar el síndrome se eleva al tener tantos factores en su contra por llamarlo de alguna manera.

Un anesthesiólogo tiene un intenso estilo de vida laboral, donde está en estrés constante con cada paciente que atiende y si además realiza procedimientos en forma privada, el tener que transportarse de un hospital a otro y tratar de llegar a tiempo a todos los lugares donde lo llaman, le condicionan mayor estrés a su actividad laboral cotidiana. Maneja un excesivo estrés laboral crónico producto de la intensa carga física y psíquica, con la responsabilidad por la seguridad del paciente, en un ambiente de trabajo muy competitivo, expuesto a riesgos biológicos, con contacto con pacientes graves, contacto con la muerte, con una modalidad laboral de “ alta presión “ con exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, con inadecuados calendarios laborales, con fatiga y privación del sueño y con un progresivo desajuste de las expectativas profesionales y personales (7,8).

El tipo de personalidad de alto estrés, conocida como personalidad tipo “A”, se presenta en la mayoría de los anesthesiólogos y tiene características bien descritas como son: puntualidad en su trabajo, realización de varias tareas al mismo tiempo, amplia dedicación laboral, ambiciosos, responsables competitivos, precisos, detallistas y encuentran frecuentemente situaciones frustrantes.

En el entorno laboral, los anesthesiólogos enfrentan presiones de alta productividad, competitividad, calidad, costo-beneficio, exceso de horas de trabajo y ambiente laboral hostil (9).

Dentro del quirófano, los anesthesiólogos son líderes, con un papel protagónico, muchas veces “sobrecalificados” por lo que llegan a sentirse “Dioses blancos”<sup>1</sup> resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante (10,11).

El consumo de analgésicos, tranquilizantes y tabaco está directamente relacionado con el síndrome de burnout, y si correlacionamos la alta incidencia que existe de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción entre los anesthesiólogos, podemos ver que tienen mayor posibilidad de presentar este síndrome.

---

<sup>1</sup> Lazarus R.S. Psychological stress in the workplace. J.of Soc. Behavior and personality 1991:6:1-13

## CAPÍTULO IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Jackson SH. (1999) "The role of stress in anesthetist's health and well-being." *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 43 pp. 583-602.
2. Friedman, M (1974) "Type A behavior and your heart". *Fawcett Crest*.
3. Chacón, M y Grau, J.A. (2004) "Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos" *Psicología y salud* vol.14, no.1, pp.67-78.
4. Garrosa, E. (2003) "Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería". *Tesis doctoral no publicada: Facultad de Psicología de la Universidad autónoma de Madrid*.
5. Loria, J y Guzmán L (2006) "Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México" *Rev Cub Med Int Emerg* vol.5, no.3 pp. 432-443.
6. López-Elizalde C (2004) "Síndrome de Burnout" *Revista Mexicana de Anestesiología* vol27 supl.1 pp-131-133.
7. 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](http://www.anestesia.com.mx/congreso) 1-30 de Noviembre.
- 8- Kamp C. (1997) "Occupational stress in anaesthesia". *Anesth Intensive Care* pp. 686-690.
9. Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, et al. (2005) "Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Bornout en médicos anestesiólogos". *Salud Mental*. Feb Vol. 28, No.1 pp-82-91.
10. Chassot PG. (2000) "Stress in European operating room personnel". *Actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología* .Montreal, Canadá; pp. 63-64.
11. Lazarus R S (1991) "Psychological stress in the workplace" *J.of Soc. Behavior and personality*, Vol. 6 pp. 1-13.

## CAPITULO V- DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El concepto de estrés se data de la década de 1930, Hans Selye, un joven austríaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, , hijo del cirujano austríaco 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). En 1949, Hans Selye definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior", describiendo tres etapas del mismo: alarma, adaptación y agotamiento. En la última etapa, según lo describió, se produce la pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad (2).

La palabra estrés es la traducción española de stress, termino ingles que viene del latín "strictiare" que significa estrechar o constreñir. La etimología de la palabra es muy cercana a la palabra angustia. Como termino general estrés designa a todas las tensiones, exigencias y/o agresiones a las que es sometido el organismo humano o animal en forma aguda o crónica. También se denomina estrés a la respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta un individuo ante diferentes agentes estresores.

Entre las muchas acepciones de estrés, se utiliza una muy práctica: "cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado. Es decir, el estrés sería cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en la situación.

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 y hoy en día todas las personas hablan del estrés, entienden el concepto y muchas dicen haberlo padecido.

El estrés lo podemos definir también como la respuesta adaptable no específica del organismo a cualquier cambio, demanda, presión, desafío o amenaza (3).

El estrés laboral se define como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del trabajador, en este caso, del anestesiólogo (4).

## **V.I Síndrome de burnout y estrés**

Cuando el estrés laboral se acumula y se mantiene en el tiempo, hablamos de estrés crónico (5).

Maslach y Jackson (6), especialistas en Psicología de la Salud, han definido al síndrome de Burnout como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.

Una de las formas de estrés, según las definiciones ya aclaradas, es el síndrome que ha suscitado un gran interés en los últimos decenios el “*síndrome del quemado laboral*”, caracterizado por estar asociado a un estado de agotamiento físico, emocional y mental producido por haber permanecido durante períodos estables, de extensa duración y de alta implicación, con personas en situaciones de alta demanda social (7).

Entre la variada fisiopatología del estrés Hans Selye (4) describió tres fases o estados de adaptación al estrés que progresivamente van minando la salud del profesional.

### **1.- Reacción de Alarma:**

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal. El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce "factores liberadores" que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas.

Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal Cortico Trophic Hormone) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides.

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

## **2.- Estado de Resistencia:**

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales el organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés.

Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo. Por lo que, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la fase siguiente.

## **3.- Fase de Agotamiento:**

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

## **V.II Sintomatología**

El estrés tanto agudo cómo crónico tiene síntomas precisos que han sido claramente descritos. Siendo el síndrome de burnout una forma de estrés crónico, es importante puntualizar la sintomatología:

La sensación de agotamiento y el sentimiento de no disponibilidad de recursos emocionales para reaccionar ante las situaciones que se producen en el entorno además de la percepción de incapacidad para seguir afrontando las responsabilidades laborales y las exigencias de los destinatarios de los servicios que el paciente que padece el síndrome tiene que proporcionar. (“*Agotamiento emocional*”)

El trato despersonalizado, con elevados niveles de cinismo tanto hacia los receptores de las prestaciones del puesto de trabajo de la persona que padece “burnout” como respecto de los compañeros de actividad laboral (“*Despersonalización*”)

La tendencia a generar autopercepción negativa respecto de las competencias y posibilidades de éxito (“*Deterioro de la percepción de autoeficacia*”).

Los efectos que tiene sobre la conducta laboral esta patología son muy diversos e importantes (8):

**A.**

- ❖ Disminución de la autoestima
- ❖ Depresión
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Ansiedad
- ❖ Fatiga
- ❖ Insomnio,
- ❖ Perturbaciones gástricas

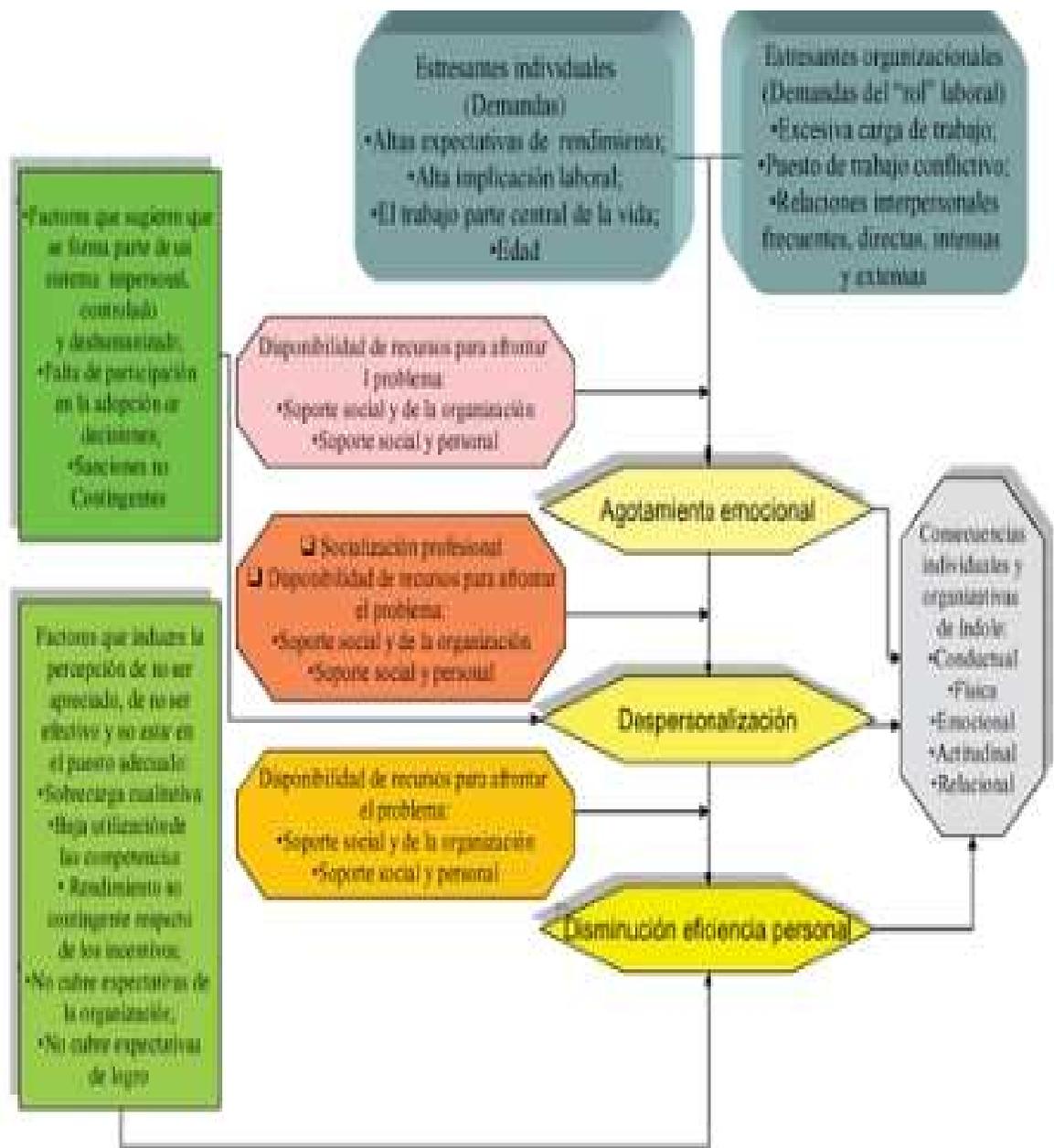
**B.** Deterioro de la calidad de las relaciones interpersonales con: amigos, compañeros, familia, colegas, alumnos, etc. (6)

**C.**

- ◆ Incremento del ausentismo y abandono laborales
- ◆ Disminución del rendimiento,
- ◆ Insatisfacción con la tarea

Cordes y Dougherty (9) han desarrollado un interesante modelo explicativo del proceso mediante el cual se adquiere esta patología:

**Gráfico 1. Modelo explicativo de Cordes y Dougherty del síndrome de burnout**



La interpretación de este modelo ha de hacerse a partir de las siguientes proposiciones:

1.- La existencia de altos niveles de demanda para la realización del trabajo es el determinante primario del agotamiento emocional. Estas demandas incluyen sobrecarga laboral en:

- Conflictividad del puesto de trabajo;
- Contactos personales en el ejercicio de las funciones laborales directos, frecuentes y extensos;

2.- Si se producen altos niveles de demanda laboral sobre el individuo, se facilita la propensión al agotamiento emocional. Los trabajadores de menor edad y los que se forman *altas expectativas* de rendimiento en el desempeño de sus puestos de trabajo y respecto de la organización en su conjunto, así como aquellos que convierten su actividad laboral en el centro de su vida, tienen mayores riesgos de padecer agotamiento emocional.

3. La presencia de altos niveles de agotamiento emocional son el primer desencadenante de la despersonalización, siendo esta proposición especialmente verificable en trabajadores varones que han sido *socializados laboralmente* de forma altamente profesionalizada e impersonal.

4.-Quienes experimentan agotamiento emocional son más proclives a tratar como cosas a las personas con las que se relacionan laboralmente, intensificándose esta tendencia si trabajan en un ambiente burocrático, rígido, con escasa o nula participación en la adopción de decisiones y con un sistema de incentivos no equitativo respecto de las contingencias organizacionales (eficacia, eficiencia, dedicación, etc.).

5.-Los trabajadores que padecen altos niveles de despersonalización alteran sus relaciones con los “clientes”, con los colegas y con la organización de forma tal que inhiben su *percepción de autoeficacia*.

6. Cuando las personas juzgan que su esfuerzo no es apreciado, o que es inefectivo o inadecuado, disminuyen la *autovaloración* de sus capacidades.

7. La disponibilidad de recursos que tiene la persona para proteger su sensación de *bienestar laboral* amortigua el efecto del proceso que instaura la patología del “quemado laboral”.

8. La percepción de *soporte organizacional y personal* minorra el riesgo de agotamiento emocional, despersonalización y deterioro de la autoevaluación de competencia personal.

### **V.III Consecuencias personales**

Las personas que padecen el síndrome de burnout presentan repercusiones personales, familiares, laborales y diversas enfermedades asociadas, sin embargo no todos los trabajadores padecen el síndrome con todas estas consecuencias; por lo

tanto, debemos puntualizar que existen factores predisponentes como se describen a continuación (10).

➤ ***Individuales y situacionales***

Edad, tiempo de permanencia en el centro educativo en el que ejercen, tipo de institución escolar de la que forman parte, estado civil, sexo, nivel profesional, antigüedad profesional, tiempo de desempeño del actual puesto de trabajo, nivel académico, situación familiar.

➤ ***Circunstancias y condiciones estresantes:***

◆ Capacitación y orientación profesional adecuadas/inadecuadas (“La formación que he recibido para el desempeño de mi puesto actual de trabajo me permite/no me permite realizar con eficacia mis funciones”).

◆ Carga laboral (“Ocupo/no ocupó, habitualmente, casi todo el tiempo de que dispongo en la realización de mi trabajo”).

◆ Ausencia/presencia de estímulos laborales adecuados (“Mi trabajo es/no es estimulante para el desarrollo personal”).

◆ Índole conflictiva (“En mi trabajo afronto/no afronto constantemente problemas que afectan a las personas con las que mantengo relaciones laborales”).

◆ Objetivos precisos/ambiguos (“En la institución de la que formo parte existe/no existe una formulación clara e inequívoca de metas y cuenta con una “filosofía laboral” explícita”).

◆ Autonomía (“Tengo/no tengo capacidad de decisión y control sobre el trabajo que realizo”).

◆ Aislamiento (“Cuando me enfrento con dudas, tengo/no tengo ayuda para salir de ellas”).

◆ Expectativas cumplidas/no cumplidas (“En general, el trabajo que realizo, y las expectativas que me formé acerca de la actividad laboral, se corresponden/no se corresponden con lo que esperaba al incorporarme a la organización”).

◆ Ambigüedad (Conozco/no conozco exactamente lo que la organización espera de mí”).

◆ Participación (“Habitualmente, tengo/no tengo la oportunidad de dar mi opinión acerca de lo que conviene y no conviene hacer en el desempeño de mi trabajo”).

### ➤ *Soporte social*

Por parte de los superiores, colegas, familiares, amigos.

Las condiciones que podrían causar el estrés las podemos clasificar en: *diseño de los trabajos, estilo de dirección, las relaciones interpersonales, los papeles de trabajo, las preocupaciones de la carrera, las condiciones ambientales*

#### *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 (4)

El Dr. Gustavo Calfbrese en la guía de prevención de la CLASA 2003, nos habla de diferentes factores que pueden influir en la generación del estrés en el ***anestesiólogo:***

*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"<sup>1</sup> 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, enfrentamiento con la muerte en definitiva en estas situaciones se "transforman emociones naturales en emociones estresantes".

Por otro lado la modalidad laboral es un factor de importancia como generadora de estrés en la actualidad ya que el anesthesiólogo esta inmerso en una cultura laboral de "Alta Presión" con presiones de alta productividad, competitividad, criterios de calidad sumado en general a calendarios inapropiados con exceso de horas de trabajo tanto diurnas como nocturnas, el inadecuado descanso.

*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 Infraestructura laboral Inadecuada, a protecciones inadecuadas y a un hábitat laboral intenso, donde se desarrollan en general un clima intenso, rutinario, competitivo, hostil por momentos, donde predominan las inadecuadas relaciones interpersonales tanto entre médicos, enfermería 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 (11).

---

<sup>1</sup> Lazarus R.S. Psychological stress in the workplace. J.of Soc. Behavior and personality 1991:6:1-13

### V.III.I Consecuencias individuales

Ante las situaciones de agresión, el ser humano moviliza sus recursos fisiológicos con el fin de responder a estas situaciones.

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

- ❖ *Sistema nervioso central* (procesador de la información): quien se encarga de reconocer y procesar la información que puede ser estresante o no.
- ❖ *Sistema autonómico*: quien se encarga de generar la primera respuesta al estrés. Esta respuesta se caracteriza por la liberación de catecolaminas: Noradrenalina y Adrenalina.
- ❖ *Sistema neuroendocrino*: genera una respuesta más lenta en el 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.
- ❖ *Sistema inmunitario*. Hay similitudes funcionales entre el SNC y el sistema inmunitario.

Ambos reciben información y la procesan centralmente con células altamente especializadas sometidas posiblemente a control genético.

Y por último, el funcionamiento del sistema de procesamiento sensorial (proceso nervioso central), la respuesta autonómica, inmunitaria y la endocrina, retroalimentan constantemente al organismo para incrementar, mantener o disminuir la respuesta de estrés. Aunque son sistemas individuales, en la práctica sus funciones se mezclan en algún momento.

#### Implicaciones *psiconeuroendócrinas* del estrés

Los efectos de los glucocorticoides ante la respuesta al estrés son importantes y necesarios, sin embargo, su activación a largo plazo puede generar efectos dañinos en la salud tales como aumento en la presión sanguínea, daño en el tejido muscular, diabetes esteroides, infertilidad, inhibición del crecimiento, de las respuestas inflamatorias e inmunológicas e incluso daños en estructuras cerebrales como el hipocampo.

Por último, 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.

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 ACTH, 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.

#### Implicaciones *psicoinmunológicas* 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.

Según datos de la experimentación animal y de 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, infecciones, enfermedades auto inmunes y patología psicosomática. En animales es aislamiento prolongado, la agresión continua y la restricción física incrementa la susceptibilidad a infecciones virales, disminución del título de anticuerpos y de la producción de interferones. En un

estudio se observó en 26 sujetos que habían perdido a sus cónyuges, por enfermedad o accidente alteraciones en la función de los linfocitos T encargados de la inmunovigilancia y la eliminación de células extrañas seis semanas después del fallecimiento.

Asimismo la insatisfacción y la tensión crónica han demostrado que aumentan la incidencia de herpes labial y de la recurrencia del herpes genital. Actualmente se sabe también que durante periodos de estrés aumenta la incidencia de reacciones alérgicas, asma, rinitis. Asimismo recrudescen las enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, miastenia gravis y tiroiditis de Hashimoto cuando hay exposición al estrés prolongado en personas predispuestas.

La respuesta inmunitaria se encuentra plurideterminada por diversos factores como algunos estructurales, (dotación genética, edad, sexo, estado nutricional, antecedentes personales, estados biológicos transitorios), sistemas neuroendocrinos, factores situacionales y ambientales que inducen un cambio adaptativo, eustrés, pero cuando esos sistemas fallan se entra en el estrés o cambio desadaptativos. 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.

#### Respuestas y modificaciones *conductuales*.

Los procesos de salud colectiva y la cotidianeidad de los grupos sociales son determinados de manera compleja por los modos y condiciones de vida, que atraviesan material y simbólicamente al proceso de salud – enfermedad - atención.

Cuando se da un fracaso adaptativo, el organismo pierde la posibilidad de controlar el medio con su conducta. Estas conexiones entre la conducta y la actividad cognoscitiva, tienen lugar en un contexto de desorganización funcional del organismo. Podemos dar cuenta que para cada mecanismo de defensa hay diferentes conductas en los seres humanos. Pero las conductas, conocimientos médicos, adecuado lugar de trabajo, grado de responsabilidad, estado psicofísico pueden mejorar o empeorar la adaptación. En todos los casos hay que considerar la resistencia o vulnerabilidad específica individual a semejantes factores de riesgo y sus variadas respuestas subjetivas y particulares que hacen llegar al estrés, con distintas magnitudes dependiendo de la personalidad de cada uno de los individuos expuestos. Muchas veces la persona presenta esta reacción de estrés luego de tres meses del inicio de los mismos por no haberse podido adaptar eficazmente a estos factores estresantes. Muchas veces estos

cambios deben ser significativos e inesperados. En todos los casos es necesario considerar la predisposición o fragilidad individual.

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:

***Enfermedades físicas:*** entre las que destacamos gastritis úlcera gastro -duodenal hipertensión arterial, arritmias, angor.

***Deterioro psíquico-emocional*** como angustia, depresión y ansiedad el que puede llegar en algunos casos a ser el campo propicio para el suicidio.

***Trastornos en la conducta*** como alcoholismo y fármaco dependencia.

***Trastornos intelectuales*** como dificultad de concentración y trabajos de baja calidad.

Los efectos del estrés son diferentes dependiendo de si este es agudo o crónico.

***Enfermedades por estrés agudo:***

- Úlcera por estrés.
- Infarto al miocardio.
- Neurosis conversivas.
- Neurosis obstétrica.

***Enfermedades por estrés crónico***

- Dispepsia.
- Gastritis.
- Ansiedad.
- Accidentes.
- Frustración.
- Insomnio.
- Colitis Nerviosa.
- Migraña.
- Depresión.
- Agresividad.
- Disfunción familiar.
- Neurosis de angustia.

- Trastornos sexuales.
- Disfunción laboral.
- Hipertensión arterial.
- Angina de pecho.
- Adicciones.
- Trombosis cerebral.
- Conductas antisociales.
- Psicosis severas.

### **V.III.II Consecuencias Familiares**

Son 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 con hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar. Puede llevar a violencia intrafamiliar, las personas víctimas de violencia doméstica generalmente adoptan, como parte de su cuadro, una conducta de adherencia, dependiente y 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, 5).

Respecto al estado civil no hay un acuerdo unánime, pero se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que son casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden, la existencia o no de hijos hacen que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (12).

La vida familiar y social se altera de una manera muy importante debido a las alteraciones del ritmo circadiano generando todo un patrón de desincronización en la vida del anestesiólogo afectando diferentes actividades como las familiares, deportivas,

sociales, culturales y gastrointestinales, sobre todo en los horarios de las comidas. Destacamos con respecto a las actividades familiares que puede contribuir a problemas de pareja, observándose un 40% en etapas de la residencia de anestesia, a divorcios y a dificultad en relaciones con hijos.

Si además de padecer el síndrome de burnout el anestesiólogo se vuelve adicto a fármacos (puede pasar en burnout extremo) la tasa de divorcio se incrementa de un 5 a un 24% (13).

### **V.III.III Consecuencias Laborales**

Entre otras se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo laboral, el trabajo de pobre calidad pudiendo llegar mala praxis y los consiguientes problemas legales, llevando todas estas situaciones a pérdida de imagen profesional y en algunas ocasiones el abandono o el cambio del trabajo. Dentro del estrés crónico laboral hay algunas entidades clínicas, de las que destacamos el Síndrome de burnout o "estar quemado".

#### *Efectos de los calendarios laborales*

Los inadecuados calendarios laborales pueden generar efectos sobre el organismo como son las alteraciones del ritmo circadiano, alteraciones del patrón de sueño y fatiga (14, 15, 16, 17) y de esta manera producir consecuencias, principalmente sobre la salud y como onda expansiva en el rendimiento y en la seguridad (20), tanto de los pacientes como de los especialistas y residentes. (16,17,18,19).

#### *Alteraciones del ritmo circadiano*

El anestesiólogo que realiza trabajos nocturnos trabaja con una agenda que no es natural. Los programas de trabajo lo llevan a estar despiertos y en actividad en un momento inadecuado del ciclo fisiológico normal. Esto produce alteración del ritmo circadiano y esa salida de fase del patrón de actividades del trabajador puede producir impacto sobre la salud, el rendimiento, la seguridad y la vida familiar y social (5).

Consecuencias sobre la salud. Las alteraciones del ritmo circadiano pueden tener diversas manifestaciones sobre la salud, destacándose las siguientes (21):

Alteraciones digestivas: gastritis, constipación, úlceras gastro-duodenales y dolores abdominales. Cambios en el patrón de sueño. Modificaciones en la temperatura

corporal. Alteraciones en la secreción de adrenalina. Alteraciones cardiovasculares: presión arterial, frecuencia cardíaca. Modificaciones en el comportamiento humano. Alteraciones en la actividad hormonal: menstruales, abortos, embarazos de pretérmino y pequeños para la edad gestacional. Consecuencias sobre el rendimiento y sobre la seguridad. La alteración del ritmo circadiano puede provocar alteraciones del sueño, alteraciones del comportamiento humano con efectos negativos sobre el estado de alerta y de atención en la práctica clínica. De esta forma se **disminuye la eficacia en el trabajo y se tiene mayor susceptibilidad a cometer errores** (22, 23) .

#### *Fatiga*

La fatiga es una menor habilidad para realizar trabajos físicos e intelectuales. Surge como producto de un ciclo dinámico y acumulativo de exceso de horas de trabajo diurnas y nocturnas, deuda y/o privación del sueño y escaso descanso (5, 20). Cuando es mantenida se puede convertir en un riesgo agobiante e inquietante para la salud. Por eso se dice que la fatiga es un mensaje del cuerpo para descansar, pudiendo repercutir de manera importante además sobre el rendimiento físico e intelectual, al igual que sobre la seguridad de los pacientes y del anestesiólogo.

La fatiga provoca bajos niveles de desarrollo intelectual, altera el estado de alerta, dificulta el reconocimiento así como la interpretación de eventos clínicos en la anestesia, altera la capacidad de razonamiento y disminuye la eficacia laboral (24).

### **V.III.IV. Trastornos asociados**

Se han asociado alteraciones de conducta como son depresión o ansiedad, explicados anteriormente, sin embargo, dada su importancia y terribles consecuencias, merece una mención aparte el terrible problema de la drogadicción.

La fármaco dependencia se define como una enfermedad devastadora, progresiva, recidivante y crónica, caracterizada por una dependencia química (25).

El uso indebido de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. Cuando esta situación se centra en el ámbito médico de trabajo, se transforma en una problemática compleja, con un alto impacto para el médico involucrado, la comunidad y el hospital. La misma es aún más compleja y peculiar, cuando involucra a médicos especialistas que se drogan

con las fármacos psicoactivos que tienen la responsabilidad de administrar en el desarrollo de su trabajo, como es el caso de los anestesiólogos (26, 27, 28). Si bien éstos están expuestos a numerosos riesgos profesionales, en la actualidad se destacan notoriamente aquellos relacionados a la fármaco dependencia, por sus potenciales consecuencias personales, familiares, laborales y legales, lo que representa un gran problema ocupacional. Aquí debemos subrayar que en anestesiólogos puede haber consumo, abuso, adicciones, dependencia química a diferentes fármacos, como hipnóticos, sedantes, analgésicos, etc. (13). Sin embargo, los opiáceos son los de mayor frecuencia e impacto para la salud y la vida de este grupo de profesionales, por lo cual serán de los que nos ocuparemos fundamentalmente.

La visión actual de la fármaco dependencia muestra una realidad preocupante, compleja y delicada, donde la morbilidad por auto administración de fármacos es mucho más frecuente entre anestesiólogos, que los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano. Es así que ha llamado la atención una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en anestesiólogos, en comparación con otros especialistas (29). En ese sentido, diversos estudios han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anestesiólogos que entre otros médicos (30). La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos y esencialmente entre anestesiólogos, es limitada y resulta muy difícil de establecer, pues las mismas pueden surgir de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos, estudios prospectivos y programas de vigilancia; sin duda, la información más cercana a la realidad son los programas de tratamiento.

En estudios retrospectivos, la incidencia de abuso en anestesiólogos varió del 1% al 5% en diversas investigaciones en Estados Unidos de América (13). Y del 5.5% a nivel europeo (31).

Para que se presente la drogadicción en un anestesiólogo, deben existir ciertos factores que podemos clasificar en generales y específicos:

Los factores generales son aquellos que se vinculan a cualquier tipo de dependencia a drogas y se relacionan con la predisposición genética, factores psicosociales, biológicos, historia familiar de abuso o historia personal de abuso (11).

La predisposición genética puede contribuir a la progresión de abuso a adicción, donde se establece una base bioquímica cerebral, relacionada con alteraciones del neurocircuito, en donde están comprometidos mediadores dopaminérgicos (32-35).

La historia personal se caracteriza por el uso experimental, lo que aumenta el riesgo de avanzar a la adicción (35). La historia familiar es un factor de importancia, ya que significa un entorno viable para la adicción.

#### Factores específicos

Los Factores específicos para el caso de los anestesiólogos se relacionan:

1. Al intenso estilo de vida laboral propia de la especialidad (36), caracterizada por padecer una modalidad laboral de «alta presión», con exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, con inadecuados calendarios laborales, con fatiga y privación del sueño como “moneda corriente” (37,38 ,39,40).
2. A la peculiaridad de tener disponibilidad, fácil acceso y falta de control de la «droga a elección» en «su trabajo a diario» (5, 26, 27 28) (recordar que cuando hay adicción existe urgencia por acceder a la droga y consumirla). Es por eso que se dice que trabajamos en la tienda de golosinas «candy store»; esta afirmación queda evidente cuando se reporta que el 85% de los residentes de anestesiología, en programas de recuperación de fármaco dependencia, indicó que el tener la droga a su alcance influyó en la elección de la especialidad ( 41).
3. A ser los opiáceos fármacos de gran potencia y poder adictivo.
4. A la curiosidad por experimentar sus efectos.
5. A padecer patrones de falta de auto estima.
6. A un sentimiento de negación de la situación.
7. A **experimentar un excesivo estrés laboral crónico, incluido el síndrome de Burnout** (42). Estos últimos surgen en el anestesiólogo debido a un estilo de vida muy particular, con intensa carga física y psíquica, exceso de horas trabajadas, fatiga, la responsabilidad por la seguridad del paciente, un ambiente de trabajo muy competitivo, expuesto a riesgos biológicos, en contacto con pacientes graves, con la muerte, sumado a un progresivo desajuste de las expectativas profesionales y personales(27, 28)

La dependencia química es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento, provocando graves consecuencias en lo físico y en lo psicológico (25).

En el concepto de dependencia química se asimila el de enfermedad crónica e incurable, que sólo puede ser controlada. El desarrollo clínico de esta enfermedad se hace de manera progresiva, recidivante y crónica. La rapidez de inicio y la evolución de la enfermedad, están relacionadas con la potencia de la droga «de elección». En el caso de los opiáceos, como por ejemplo, el fentanil, toma entre 6-12 meses el hacerse

aparente, en cambio el sufentanil toma entre 1-6 meses, evidenciándose sobre todo en el medio hospitalario (25). Durante el corto curso de la adicción al fentanil o al sufentanil, el adicto desarrolla una tolerancia increíble, lo que provoca el uso de dosis progresivamente mayores. Para tener una real dimensión del problema, debemos saber que los adictos pueden llegar a tener que inyectarse entre 80 a 100 ml de fentanil por día; en el caso del sufentanil, a las pocas semanas de adicción pueden llegar a inyectarse de 10 a 20 ml por día, pudiendo así llegar a la muerte por sobredosis (25). Es característico que se desarrolle en diferentes ámbitos ya sea social, familiar y laboral.

En el proceso evolutivo, es posible padecer trastornos físicos, psicológicos y sociales crónicos que se pueden evidenciar dentro y fuera del hospital (43). En la institución adoptan patrones de conductas característicos, presentando cambios inusuales de comportamiento, de su estado de ánimo, con período de depresión, enojo e irritabilidad, alternando con período de euforia (25).

También se nota descuido en el llenado de la hoja anestésica, prescriben cada vez más cantidades de narcóticos, solicitan mayores cantidades de éstos que los requeridos para el procedimiento que están realizando, no quieren tomar tiempo para comer o descansar, les gusta trabajar solos para usar técnicas sin narcóticos y desviarlos para su uso personal.

Son difíciles de ubicar entre anestesia y anestesia, realizando breves «siestas» después de usar la droga. Es muy común que se encuentren en el hospital aunque no tengan que trabajar, para estar cerca de las drogas y evitar abstinencias. Suelen usar ropa de manga larga para esconder las huellas de las agujas y además combatir la sensación de frío que experimentan. Cuando la adicción está instalada, tienen pérdida progresiva de peso y palidez, con pupilas puntiformes y finalmente son encontrados muertos por sobredosis en sus cuartos de guardia o en baños (25). Los patrones de conductas característicos fuera del hospital son el aislamiento de la familia, con cambios inusuales del comportamiento, peleas y discusiones en su casa con problemas de conducta en sus hijos. Habitualmente esconden agujas y niegan la drogadicción.

Socialmente tienen relaciones extra matrimoniales, presentan conflictos legales y cuando no pueden manejar la situación y el síndrome de abstinencia, buscan realizar la llamada «cura geográfica», cambiando de lugar o ciudad de trabajo. Cuando progresa la adicción, suelen tener disminución de la actividad sexual, pérdida de peso, palidez, pupilas puntiformes y signos de abstinencia pudiéndose encontrar trágicamente muertos por sobredosis (25)

## CAPITULO V

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega Villalobos J “Estrés y trabajo. Medicina Laboral”  
<http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.aso?IdEntrega=318>
2. Myers G (1999) “Psicología” Editorial Médica Panamericana, Madrid
3. Jackson SH. 1999 “The role of stress in anesthetist's health and well- being.” Acta Anaesthesiol Scand , vol. 43 pp. 583-602.
4. N.I.O.S. H. (2002) “El estrés en el trabajo” NIOSH N ESPAÑOL:  
<http://www.jobstres.html>
5. Calabrese G. Riesgos Profesionales. En Texto de Anestesiología Teórico Practico. Editor J.A. Aldrete Riesgos profesionales del anesestesiólogo. Segunda edición. Manual Moderno, México. 2003:1477-1498.
6. Maslach C, Jackson S. (1996) “MBI, Maslach Burnout Inventory” Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
7. Cordes, C.L. y Dougherty, (1993) T.W. “A review and integration of the research on job burnout.” Academy of Management Review, 18, 4, pp. 621-656.
8. Kahhill, S.(1998) Symptoms of burnout: A review of the empirical evidence. Canadian Psychology, 29, pp. 284-297.
9. Cordes, CL y Dougherty, TW (1993): Op cit
10. Burke, R.J y Greenglass, E (1995)“A longitudinal study of psychological burnout in teachers. Human Relations” vol. 48, no.2 pp:187-202.
11. 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.
12. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” Revista Mexicana de Anestesiología vol27 supl.1 pp-131-133.
13. Lutsky I, et al (1993) “Psychoactive substance study use among American anaesthesiologist a 30 years retrospective study” Can. J. Anaesth. Vol.40, pp: 2915-2921.
14. MacCall TB. (1998) “The impact of long working hours on resident physicians”. NEJM vol.318, pp:775 .
15. Waltier D. (2002) “Fatigue in anesthesia: Implications and strategies for patients and provider safety”. Anesthesiology; vol. 97, pp:1281-1294.

16. Howard S, Smith BE, Gaba DM, Rosenkind MR.(1997) "Performance of well-rested vs. highly fatigued residents: a simulator study". *Anesthesiology*, vol. 87, pp:943
17. Owens JA. Sleep loss and fatigue in medical training. (2001) *Curr Opin Pulm Med* vol. 7, pp:411-418.
18. Howard S, Healtzer JM, Gaba DM (1997)."Sleep and work schedules of anesthesia residents: a National Survey. *Anesthesiology*" vol. 87:A 932.
19. Howard SK, Gaba DM, Rosekind MR, Zarcone VP. (2002) "The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians". *Acad Med* vol. 77, pp: 1019-1025.
20. Calabrese G. (2003) Impacto de las horas de trabajo en la salud del anestesiólogo. Conferencia en Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza-R. Argentina; 256-260.
21. Costa G. (1996) "The impact of shift and nightwork on health. *Applied Ergonomics*" vol 27, pp: 9-16.
22. Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity *Occupational Medicine* 2003;53:95-101.
23. Costa G. (1997) The problem: Shiftwork. *Chronobiology International* vol. 14 pp: 89-98.
24. Howard S. (2001) "The Anesthesiologists and Fatigue". *ASA Newsletter* .February vol. 65 pp:11-13.
25. Arnold W. (1998) "Task force on chemical dependence in anesthesiologist: What you need to know when you it" *ASA American Society of Anesthesiologist*.
- 26- Hedberg E.(2001) "Anesthesiologists: Addicted to the drugs they administer". *ASA Newsletter* vol. 65, no.5 pp: 1-5.
27. Calabrese G (2004) "Visión actual de la Fármaco dependencia en Anestesiólogos" *Rev. Arg. Anest.* vol.62, no.2 pp: 106-13.
28. Calabrese G (2004) "Fármaco dependencias en anestesiólogos. Realidad preocupante" *Rev. Anest. Mex.* 2004: 16; supl. 1. En Internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/SUPLEMENTO/Sup1/index.htm>.
29. Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuetto J., Ganio M. (2001) "Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay" *Anest Analg Rean* vol 17, no. 1 pp: 20-25.
- 30 Paris RT, Canavan DI. (1999) "Physician substance abuse impairment: Anesthesiologists vs other specialties" *J Addictive Diseases* vol. 18 pp: 1-7.

31. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. (2005) "Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey". *Ann Fr Anesth Reanim.* Vol. 24, no.5 pp: 463-5.
32. Chandon M (2000) "Toxicomanie et addiction en milieu anesthésique :sortir du non dit. *Ann Fr Anesth Reanim*" vol. 19 pp:640-42.
33. Blum K. (1989) "A commentary on neurotransmitter restoration as a common mode of treatment for alcohol, cocaine and opiate abuse". *Integr Psychiatry* vol. 6 pp:199–204.
34. Koob GF. (1992) "Neural mechanisms of drug reinforcement." *Ann NY Acad Scie.* vol. 654 pp:171.
35. Leshner AI. (1997) "Addiction is a brain disease, and it matters." *Science* vol. 278 pp: 45–47.
  
36. Calabrese G. (2002) "Influencia del estilo de vida laboral del anestesiólogo en la salud". *Anestesiólogos Mexicanos en Internet.* Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología [www.anestesia.com.mx/congreso](http://www.anestesia.com.mx/congreso) 1-30 de Noviembre.
  
37. Calabrese G. (2005) "Implicaciones laborales en el anestesiólogo". *Rev. Col. Anest.* Vol. 33, no.3 pp: 187-94.
38. Calabrese G.: Escenario laboral del anestesiólogo en Latinoamérica. En Internet: [www.clasa-anestesia.org/serch/comisiones/proyecto\\_escenario\\_laboral.pdf](http://www.clasa-anestesia.org/serch/comisiones/proyecto_escenario_laboral.pdf)
39. Calabrese G. Impacto de los calendarios laborales del anestesiólogo en la salud, el rendimiento y la seguridad. *Rev. Arg. Anest.* 2004, 62; 5: 356-63.
40. Calabrese G (2004) "Riesgos profesionales relacionados a la organización laboral". *Rev. Anest. Mex.* Vol.16 supl. 1. En internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/SUPLEMENTO/Sup1/index.htm>.
41. Gallegos K. V. (1988) "Addition in anaesthesiologists: Drug access and patterns of substance abuse" *QRB* vol. 14 pp: 116-22.
42. Hughes P H et al (1991) "Resident physician substance abuse in the United State. *JAMA* vol. 265 pp: 2069-73.
43. Calabrese G (2005) "Efectos del Estrés laboral en el anestesiólogo" Conferencia: En Actas del 34º Congreso Argentino de Anestesiología. B. Aires-R. Argentina septiembre pp: 146-50.

## **Capítulo VI DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE DESGASTE**

Según Pines, citado por Goldberger y Breznitz en 1993 (1), el estrés lo padecen más personas y en más situaciones que el síndrome de deterioro profesional. Cualquier persona puede experimentar estrés, sin embargo el síndrome de deterioro profesional sólo puede ser experimentado por aquellos sujetos que entraron a sus empleos con altos ideales, motivaciones y compromisos. Un sujeto sin aquella motivación inicial, puede experimentar estrés laboral o depresión, pero no el síndrome de deterioro profesional. Aquellos quienes nunca han esperado nada del trabajo, excepto su cheque, pueden aun ser vulnerables al estrés.

El estrés laboral se da cuando las obligaciones demandadas por el trabajo exceden los recursos adaptativos de la persona. El estrés se define como un término genérico el cual se refiere al proceso de adaptación temporal que es acompañado por síntomas mentales o físicos. En contraste, el deterioro profesional puede ser considerado como la etapa final de un colapso de adaptación del individuo, el cual es consecuencia de un desequilibrio a largo término de demandas y recursos, y por lo tanto de un estrés laboral prolongado. Una diferencia conceptual entre el síndrome de deterioro profesional y el estrés es que el deterioro profesional incluye el desarrollo de una actitud negativa y comportamientos hacia el trabajo y la organización, en tanto que el estrés laboral no está necesariamente acompañado por esas actitudes y comportamientos.

Finalmente se ha dicho que todo mundo puede experimentar estrés, mientras que el deterioro profesional puede ser únicamente experimentado por quienes entran a sus carreras entusiasmadamente, con altas metas y expectativas del trabajo. Aquellos individuos sin estas expectativas experimentan estrés laboral en vez de síndrome de deterioro profesional. Por lo tanto, el síndrome de deterioro es solo específico del estrés laboral el cual es caracterizado por su naturaleza crónica y multifacético. Más aun, incluye el desarrollo de actitudes negativas y se da entre individuos altamente motivados inicialmente.

El Síndrome de "Burnout", también llamado síndrome de "estar quemado" o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario.

Este síndrome es un mal invisible que afecta y repercute directamente en la calidad de vida y fue descrito por Maslach y Jackson (2) como un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con personas.

La forma de manifestarse se presenta bajo unos síntomas específicos y los más habituales se presentan en la siguiente tabla (3):

**Tabla VI.I. Formas de manifestación del Síndrome de burnout**

<i>Psicosomáticos</i>	<i>De conducta</i>	<i>Emocionales</i>	<i>Laborales</i>
Fatiga crónica, Trastornos del sueño Úlceras y desordenes gástricos Tensión muscular.	Absentismo laboral, Adicciones (tabaco, alcohol, drogas)	Irritabilidad, Incapacidad de concentración, Distanciamiento afectivo.	Menor capacidad en el trabajo, Acciones hostiles, Conflictos.

*Hecho por:* Dra. Nora Lorena López León

*Fuente:* 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.

Existe un grupo de personas que sintomáticamente puede padecer esta enfermedad, estos son los profesionales con contacto con personas, como el personal sanitario, de la enseñanza, asistentes sociales, etc y que según Maslach son los profesionales de ayuda.

Las evidencias que afectan al individuo en el inicio de la aparición de esta enfermedad, se reconocen en varias etapas y son:

- 1.- Exceso de trabajo.
- 2.- Sobreesfuerzo que lleva a estados de ansiedad y fatiga.
- 3.- Desmoralización y pérdida de ilusión.
- 4.- Pérdida de vocación, decepción de los valores hacia los superiores (4).

## **VI.I Factores que intervienen en el padecimiento del síndrome**

La generación del estrés laboral en el anestesiólogo se basa en el modelo de ciclo del estrés (5) En este modelo el estrés actúa como proceso activo que tiene un ciclo dinámico integrado por 3 componentes, estos son:

- 1). Los factores estresantes, que activan el ciclo
- 2) Los filtros psicológicos que procesan esos factores estresantes
- 3). Las respuestas cuando lidiamos con ellos y sus efectos

Organización laboral.

El escenario laboral actual para los anestesiólogos ha sufrido cambios vertiginosos en los últimos tiempos debido a efectos de la globalización económica, las nuevas reglas de mercado y a las nuevas tendencias de los modelos de gestión y administración en salud (6-9).

En ese escenario cobran importancia los riesgos profesionales relacionados a la organización laboral, (9) destacándose aquellos vinculados a los calendarios laborales.

Factor de riesgo.

Los factores de riesgo se vinculan a los calendarios laborales inadecuados en los cuales existe un desequilibrio entre las horas trabajadas y las horas de descanso (10).

*Fuente.*

Los calendarios laborales en el anestesiólogo se caracterizan por el exceso de horas trabajadas por día/semana, ya sea horas diurnas, nocturnas, horas extras, horas continuas por día y sin facilidades para el descanso adecuado diario, semanal y anual (9, 11, 12).

*Efectos.*

Los inadecuados calendarios laborales pueden generar efectos sobre el organismo como son alteraciones del ritmo circadiano, cambios del patrón de sueño y fatiga (9, 13, 14), y de esta manera producir un impacto principalmente sobre la salud y como onda expansiva en el rendimiento y en la seguridad, tanto de pacientes, como también en especialistas y residentes. Las alteración del ritmo circadiano genera una salida de fase del patrón de actividades de la persona generando modificaciones en la

digestión, el sueño, temperatura corporal, secreción de adrenalina, presión arterial, frecuencia cardiaca y comportamiento humano (15, 16).

La fatiga puede afectar la salud provocando alteración del estado de ánimo, depresión, cefaleas, mareos, pérdida de apetito y problemas digestivos.<sup>13</sup> Además puede provocar problemas ginecológicos como irregularidades menstruales, obstétricos como embarazos de pretérmino, embarazos con productos pequeños para la edad gestacional, embarazos con hipertensión arterial. 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 la novena hora de trabajo consecutivo (17). También se afecta la seguridad debido a respuestas inapropiadas con una tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas, conductas que favorecen el error humano.

Las alteraciones del patrón de sueño generan una privación acumulativa del sueño con menor sueño REM, menor sueño reparador, inversión del sueño y menor calidad del sueño. Esta situación puede progresar a la “deuda de sueño“, pudiendo llegar a la privación completa del sueño o deprivación (18). Esta puede afectar la salud generando alteraciones inmunitarias, gastrointestinales, endocrinas y 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. Es importante recordar que existen picos de vulnerabilidad al sueño entre las 2–7 a.m. (19) es entonces que la alteración del patrón del sueño y /o su deprivación, las pautas irregulares de trabajo 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, los que traducidos a la practica clínica puede tener graves consecuencias en cuanto a la seguridad de los pacientes.

Además, en ese sentido pueden asociarse a mayor probabilidad de punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia peridural relacionado al trabajo nocturno. También pueden contribuir a la exposición a injurias y accidentes laborales con un 50% de riesgo mayor de exposición a sangre contaminada (SIDA, hepatitis B y C) y a accidentes con vehículos automotores al principio de la mañana luego de la jornada nocturna, registrándose una incidencia del 24 % de accidentes con vehículos automotores en anestesiólogos latinoamericanos (3).

## Capítulo VI BIBLIOGRAFIA

1. Gil-Monte P.R. (2003) “El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome burnout) en profesionales de enfermería” *Revista Electrónica Interacao Psy* no.1 pp:19-33.
- 2 Maslach C, Jackson S. (1996) “MBI, Maslach Burnout Inventory” Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
3. 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.
4. Salud Laboral: Síndrome de Burnout  
<http://www.arearh.com/salud%20laboral/sindromeburnout.htm>
5. Jackson SH. 1999 “The role of stress in anesthetist's health and well- being.” *Acta Anaesthesiol Scand* , vol. 43 pp. 583-602.
6. Calabrese G. Informe: “Situación laboral y socioeconómica del anestesiólogo Latinoamericano” de la Comisión de Asuntos Laborales de CLASA. Presentado en el 1º Simposio Latinoamericano de “Situación laboral y socioeconómica del anestesiólogo Latinoamericano”. XVIII Congreso Boliviano de Anestesiología, Reanimación y Dolor. Sucre Bolivia, 2004.
7. Ianni O. Teorías de la globalización. México: Siglo XXI. 1996.
8. ISALUD-Organización Panamericana de la Salud. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Informe de investigación. Buenos Aires. ISALUD. 1998.
9. Calabrese G. Impacto de las horas de trabajo en la salud del anestesiólogo. Conferencia en Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza-R. Argentina. 2003; 256-260.
10. Chevalley CT, Perneger T, Garnerin P, Forster A.(2000) “Consequence of aging on medical activity: Does anesthesiology differ from other specialties?” *Anesthesiology* vol. 93 A120.
11. Calabrese G. 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](http://www.anestesia.com.mx/congreso) 1-30 de Noviembre, 2002.

12. Calabrese G. Riesgos Profesionales. En Texto de Anestesiología Teórico Practico. Editor J.A. Aldrete Riesgos profesionales del anestesiólogo. Segunda edición. Manual Moderno, México. 2003:1477-1498.
13. Gander PH, Merry A, Millar MM, Weller J.(2000) “Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists”. *Anaesth Intens Care* vol. 28 pp: 178-183.
14. Howard SK, Gaba DM Smith B E. (2003) “Simulation study of rested versus sleep-deprived anaesthesiologists”. *Anesthesiology* vol. 98 pp:1345-1355.
15. Canadian centre for occupational health. CCOSH answer. Rotational shiftwork. En internet [http://www.ccohs.ca/oshanswer/work\\_schedules/shiftwork.html](http://www.ccohs.ca/oshanswer/work_schedules/shiftwork.html)
16. Gordon NP, Cleary PD, Parker CE.(1986) “The prevalence and health impact of shiftwork”. *Am J Public Health*. vol. 76 pp: 1225-1228.
17. Hanecke k, Tiedemann S, Nachreiner F, Grzech-Sukalo H. (1998) “Accident risk as a function of hour at work and time of day as determined from accident data and exposure models for the german working population”. *Scand J Work Environ Health* vol. 24 (suppl 3): 43-48.
18. Dinges DF, Pack F, Williams K, Gillen KA, Powell JW, Ott GE, Aptowicz C, Pack AI. (1997) “Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night”. *Sleep* vol 20 pp: 267-277.
19. Van Dongen HP, Dinges DF. (2000) “Circadian rhythms in fatigue, alertness, and performance”. En Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. Tercera edición. Editorial Saunder, Philadelphia, USA, pp 391-399.

## **Capítulo VII. DESCRIPCIÓN 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 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 una tarea.

## **VII.I. ANESTESIOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.**

La especialidad de anestesiología da servicio a todo el hospital, en sus diferentes quirófanos y servicios. El servicio está compuesto por 90 anestesiólogos de base, quienes se encuentran distribuidos, algunos al azar, otros según sus subespecialidades, en los diferentes quirófanos: cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, urología, gineco-obstetricia, oncología, neumología, cardiología, neurología y pediatría. Así mismo, dan procedimientos anestésicos en áreas fuera de quirófano como: radiología intervencionista, tomografías, resonancia magnética, colonoscopia, etc. También trabajan en este servicio anestesiólogos dedicados al área administrativa, algunos con actividad clínica escasa y otros con actividad nula.

Los horarios de trabajo se dividen en turnos, matutino, vespertino, nocturnos, sábados y domingos. Los médicos del turno nocturno se dividen en lunes, miércoles y viernes, y en martes jueves y sábado o martes, jueves y domingo. Al cambio de turno, el médico puede dejar a su paciente en manos del médico que va llegando a laborar en el turno siguiente, sin embargo algunos médicos prefieren terminar el procedimiento que empezaron sin importarle trabajar una hora más. Existen otros, la mayoría, que tienen trabajo privado o en otras instituciones y tienen que estar literalmente corriendo de un hospital a otro.

En el área de residencia médica cuenta en esta generación con 37 residentes distribuidos en los 3 años, 10 de Tercer años, 16 de Segundo y 14 de Primer años (11 en el HGM y 3 en la subsección en el estado de Cuernavaca, Morelos).

## **Capítulo VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El síndrome de desgaste se presenta en todas las profesiones, sin embargo su estudio inició en personas que dedicaban su trabajo a la asistencia y ayuda a otras personas, ya que una buena parte de este trabajo se realiza bajo un componente psicológico-emocional muy fuerte y una forma importante de pago por este trabajo es la gratitud de la persona a la que se ayuda, el reconocimiento de los demás y la satisfacción de realizar “obras buenas”. Por estas características es que un médico clínico, que está en contacto con pacientes, es más susceptible a presentarlo pues en su labor cotidiana se incluyen todos los puntos antes mencionados, ya que su trabajo es 100% en contacto directo con las personas que necesitan ayuda y si hablamos en particular de la población que se atiende en el Hospital General de México, veremos que son personas, además de no sanas, con necesidades económicas importantes.

Si un médico no se encuentra completo o sano en todas sus capacidades, tendrá repercusiones no sólo en su persona, sino con los pacientes y en la institución dónde labora y siendo el médico anestesiólogo una persona que vive un estrés constante, resulta de suma importancia saber el nivel de desgaste que tiene esta población y analizar los factores más importantes que le condicionan este estrés, entre ellos, el número de turnos que trabajan.

### **VIII.I. JUSTIFICACIÓN**

Con el presente trabajo se pretende medir el nivel de síndrome de burnout en los médicos anestesiólogos del Hospital General de México y establecer cuáles son los factores que influyen de manera más importante en la presentación de este síndrome, para así poder corregir modificar o tratar algunas situaciones para crear un ambiente psicológico y sociológico más sano, por ende las mejoras en lo procesos de atención a la salud de la comunidad en el HGM.

## **Capítulo IX. HIPÓTESIS**

Los médicos anestesiólogos de base del Hospital General de México presentan un nivel alto de síndrome de desgaste y es directamente proporcional al número de turnos trabajados.

### **IX.I. Hipótesis nula**

Los médicos anestesiólogos del Hospital General de México no presentan un nivel alto de síndrome de desgaste y no es influido por el número de turnos trabajados.

### **IX.II. Objetivos**

- I. Establecer la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos de base de anestesiología del Hospital General de México.
- II. Saber el nivel de burnout en los anestesiólogos del Hospital General de México y el grado de despersonalización, cansancio emocional y realización profesional.
- III. Conocer las variables sociodemográficas de la población es estudio.
- IV. Correlacionar el género, edad, antigüedad y número de turnos trabajados con el nivel del síndrome de desgaste.
- V. Analizar algunos de los riesgos profesionales del anestesiólogo.
- VI. Proponer medidas laborales y personales para disminuir la incidencia del síndrome de burnout.

## Capítulo X. METODOLOGÍA

Se estudió a la población de médicos anestesiólogos del Hospital General de México de los diferentes turnos laborales, mediante una muestra representativa con un error máximo aceptado de 5%, un porcentaje estimado de 10% y un nivel de confianza de 95%, resultando en un tamaño de muestra ideal de 55 personas.

### X.I. Instrumentos

Para medir la presencia o no del síndrome de burnout, así como su nivel, (bajo, medio o alto), se utilizó el cuestionario creado por Cristina Maslach y Jackson en 1981, conocido como cuestionario Maslach o Maslach Burnout Inventory o MBI. Dicho cuestionario, consta de 22 preguntas y siete opciones de respuesta. Por medio de los 22 ítems se valoran tres escalas denominadas “agotamiento emocional (9 ítems)”, “despersonalización” (5 ítems) y “realización personal en el trabajo” (8 ítems)

Las respuestas se dan en una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor que oscila entre 0 y 6 como se muestra a continuación:

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.

Adjunto al cuestionario de Maslach, se introdujo un cuestionario para poder valorar y medir otros factores socioeconómicos y de identificación de factores de la institución, como la libertad en la toma de decisiones, los recursos o el material con que se cuenta, al ambiente de trabajo y si se proporcionan o no estímulos a los trabajadores .

## **X.II. Procedimiento**

Se invitó a 55 médicos anestesiólogos de base que trabajan en el Hospital General de México en cualquiera de los tres turnos, a responder dos cuestionarios, el de Maslach y el de identificación de factores de institución. Se realizó en forma voluntaria, individual y al azar, excluyendo a quiénes se encontraban de vacaciones, o que por algún otro motivo no se presentaron a laborar durante la primera quincena de julio del 2007 que fue cuando se realizó la aplicación de estos cuestionarios.

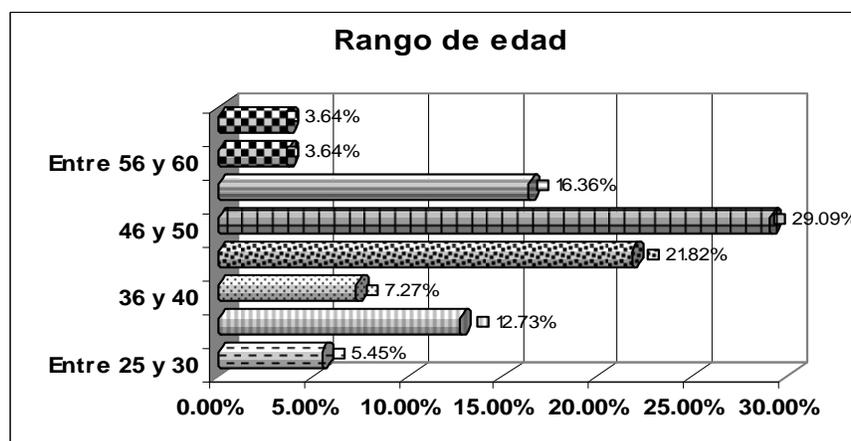
Posteriormente se registraron los datos obtenidos de los cuestionarios en bases de datos computarizadas, dentro del programa Windows Excell y se obtuvieron porcentajes y las gráficas correspondientes. Se dio valor numérico a todas las respuestas, ya sea del 0 al 10 o bien 1 si la respuesta era afirmativa o 2 si era negativa.

El análisis estadístico, incluyendo el tamaño de la muestra representativa, fue realizado con el programa de estadística STATS<sup>TM</sup> V.2

## Capítulo XI. . RESULTADOS

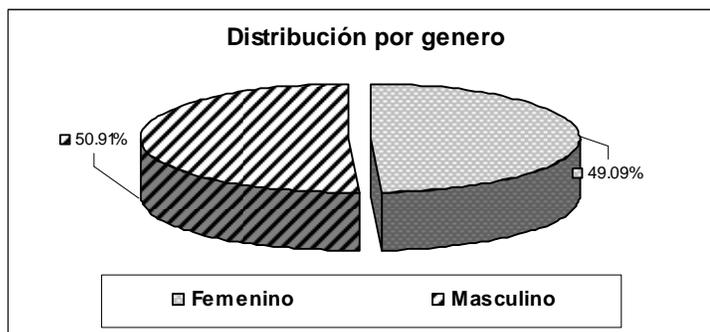
Con los dos cuestionarios aplicados obtuvimos 2 tipos de resultados importantes: en primer lugar, un panorama general de los médicos adscritos al servicio de anestesiología en cuanto a sexo, género, edad, estado civil y el panorama de la institución dónde trabajan, como perciben la relación con sus jefes y su entorno laboral y en segundo lugar, con el cuestionario de Maslach obtuvimos los niveles (medio, bajo o alto) de desgaste profesional que existen en cada esfera, cansancio emocional, despersonalización y realización personal, de los anestesiólogos del Hospital General de México

**Gráfico 11.1 Síndrome de burnout en el HGM. Rango de edad de los anestesiólogos adscritos.**



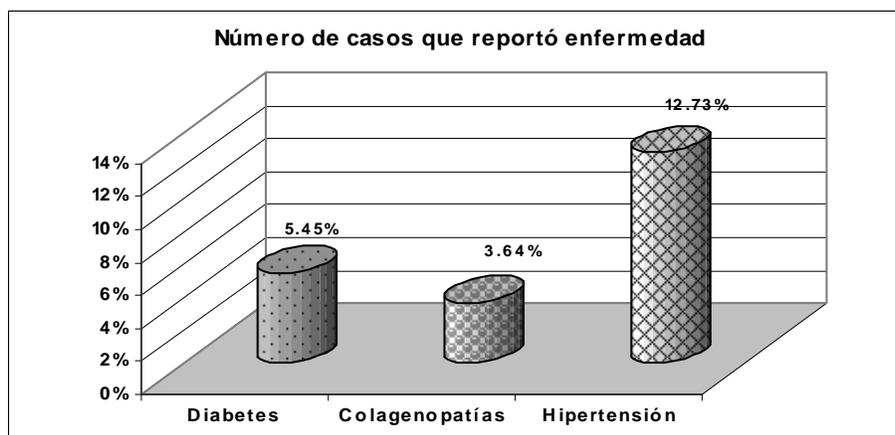
El grupo de médicos anestesiólogos del HGM está compuesto por personas de todas las edades, desde jóvenes de menos de 30 años hasta personas de la sexta década de la vida. Entre los 25 y 30 años se encuentran 3 médicos y representan un 5.45%, entre los 31 y 45, 7 médicos que representan el 12.73%, entre los 36 y 40 años, 4 anestesiólogos que son un 7.27% de la muestra, entre los 41 y 45 años, 12 médicos o un 21.82%, el grupo más grande es el que comprende entre los 46 y 50 años siendo un 29.09%, entre 51 y 55 un 16.36% y entre 56 y 60 y más de 61 años, son un 3.64% respectivamente.

**Gráfico 11.2 Síndrome de burnout en el HGM.  
Género de los anestesiólogos adscritos.**



En cuanto al género podemos ver que prácticamente laboran en el servicio de anestesiología el mismo número de hombres que de mujeres, sin embargo aunque la diferencia es mínima, esta existe, siendo 27 mujeres y 28 hombres de los 55 anestesiólogos adscritos encuestados elegidos al azar.

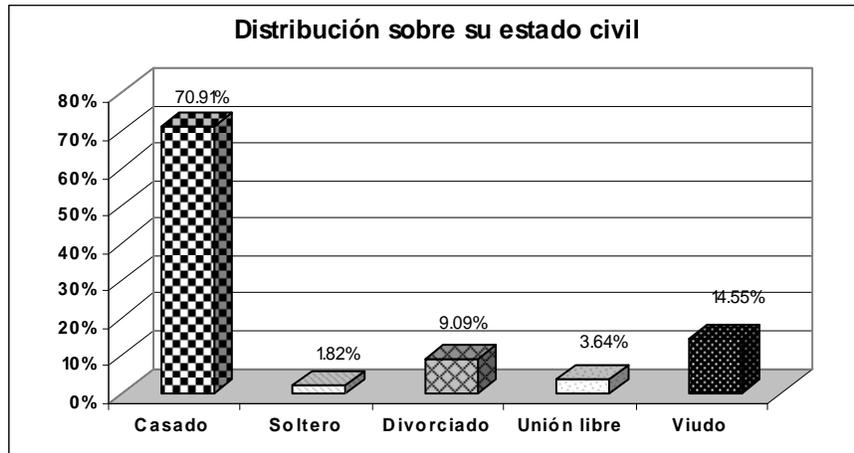
**Gráfico 11.3 Síndrome de burnout en el HGM.  
Enfermedades en los anestesiólogos adscritos.**



De los 55 médicos encuestados, 43 reportaron no padecer, diabetes, colagenopatías o hipertensión, y de los que presentan estas enfermedades se encuentran en la siguiente distribución: diabetes 3 médicos, colagenopatías 2 e hipertensión arterial sistémica 7 adscritos, representando los porcentajes graficados en la parte superior de este texto.

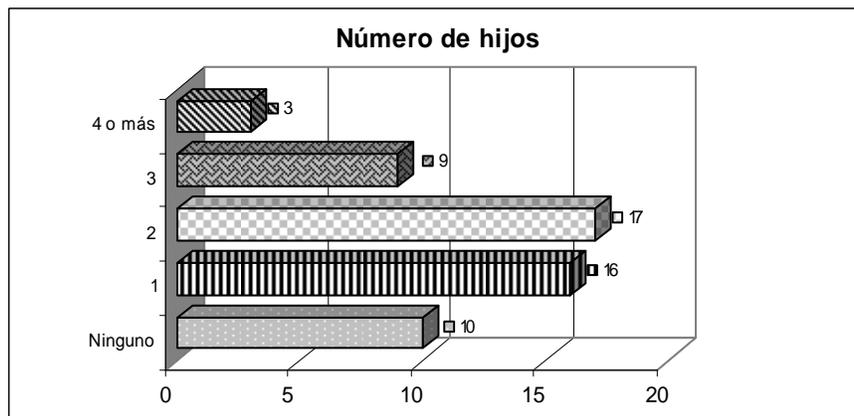
**Gráfico 11.4 Síndrome de burnout en el HGM. Estado civil**

de los anestesiólogos adscritos.



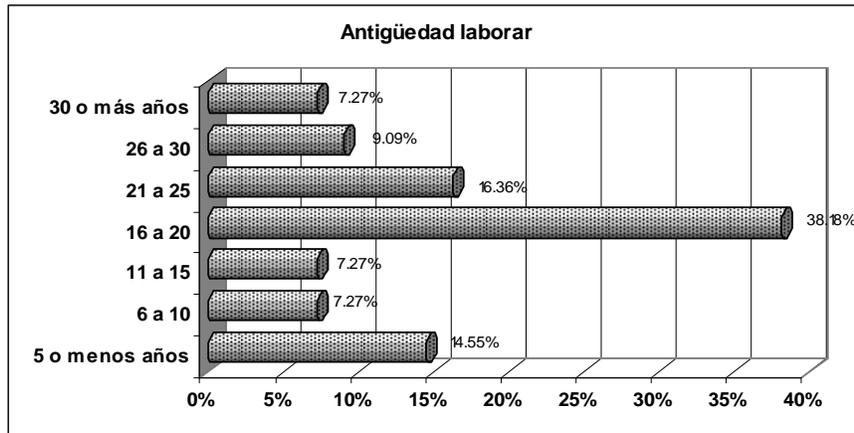
El estado civil es importante porque se ha visto que las personas que son emocionalmente estables, tienen cierta protección contra el síndrome de burnout, en el servicio de anestesiología, 39 médicos son casados, 1 soltero, 5 divorciados, 2 viven en unión libre y 8 son viudos.

**Gráfico 11.5 Síndrome de burnout en el HGM. Número de hijos de los anestesiólogos adscritos**



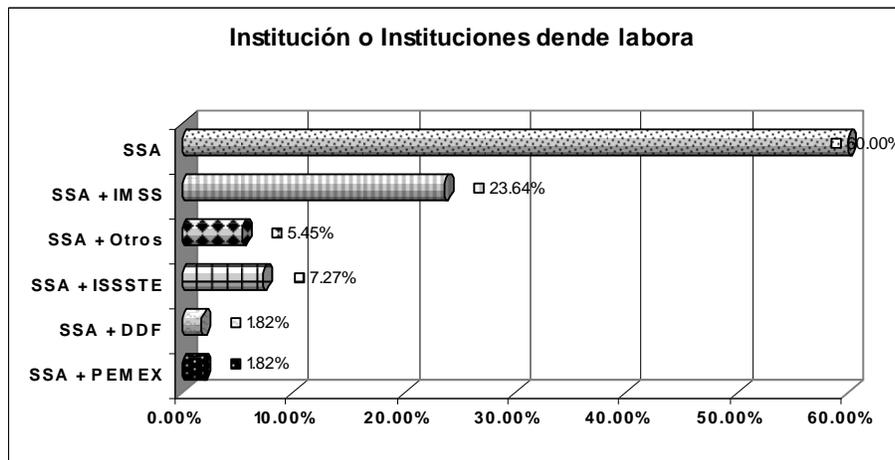
La presencia o no de hijos influye en las personas que pueden padecer este síndrome porque el tener la responsabilidad de cuidarlos y protegerlos, les da mayor resistencia a la presentación del síndrome. 10 anestesiólogos no tienen hijos, 16 médicos tienen 1, 17 tienen 2, 9 tienen 3 y 3 médicos tienen 4 hijos o más.

**Gráfico 11.6 Síndrome de burnout en el HGM. Antigüedad laboral de los anestesiólogos adscritos**



Otro de los factores que se ha asociado con la presentación o no del síndrome es la antigüedad laboral, en el servicio de anestesiología, 8 médicos tienen 5 o menos años trabajando en el HGM, 4 tienen entre 6 y 10 años y 4 tienen entre 11 y 15. El grupo entre 16 a 20 años es donde se concentran más médicos, 21, representando un 38.18%. Entre 21 y 25 años laborando hay 9 médicos y entre 26 a 30 sólo 5. Sólo 4 anestesiólogos tienen 30 años o más de antigüedad laboral.

**Gráfico 11.7 Síndrome de burnout en el HGM. Instituciones donde laboran los anestesiólogos adscritos**



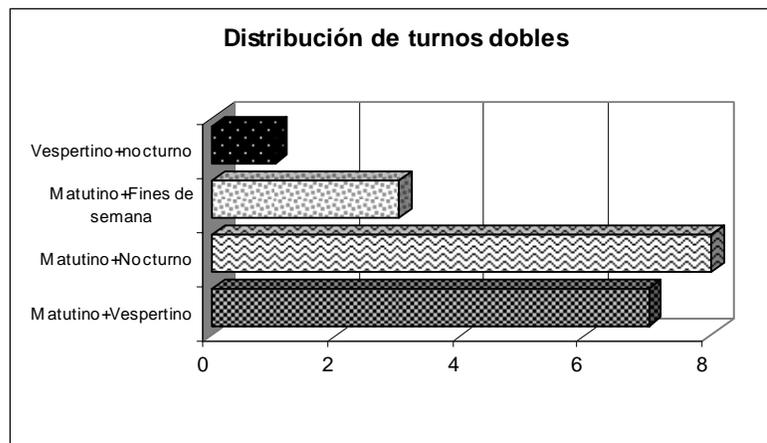
Los médicos anestesiólogos que trabajan en el HGM, además trabajan en otras instituciones, la mayoría, 13 médicos, trabajan también en el seguro social, 4 en el HGM y en el ISSSTE y sólo 1 en PEMEX y 1 en un hospital del departamento.

**Tabla XI.I Síndrome de burnout en el HGM.  
Turnos que laboran los anestesiólogos adscritos**

Turno laboral	Número	Porcentaje
Matutino	28	51%
2 turnos	4	7%
Vespertino	1	2%
3 turnos		0%
Nocturno		0%
Sábados	19	35%
Domingos	3	5%
	55	100.00%

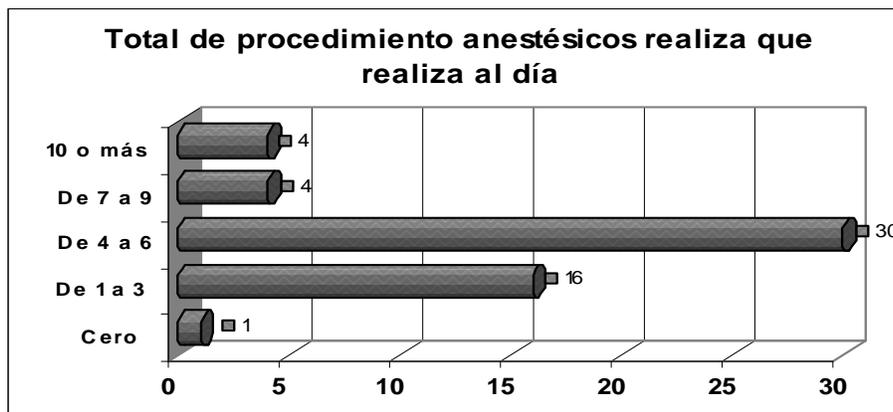
La mayoría de los médicos combinan sus turnos laborales, lo cual se entiende debido a los bajos salarios y el alto costo de la vida, sin embargo, una parte importante de nuestra muestra refiere trabajar principalmente en el turno matutino, y a partir de este combina sus actividades trabajando en otros turnos, de dónde obtenemos la gráfica que a continuación se presenta

**Gráfico 11.8 Síndrome de burnout en el HGM. Distribución de los turnos dobles de los anestesiólogos adscritos**



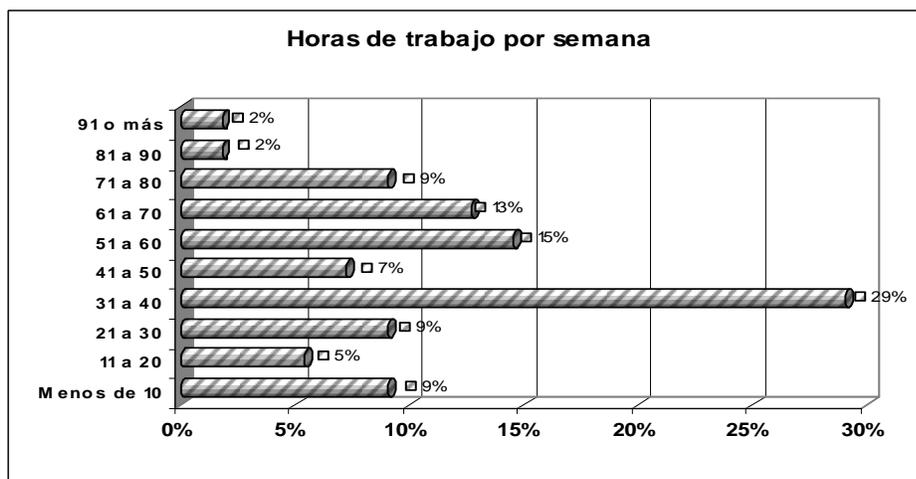
Los turnos que laboran los anestesiólogos son muy variados, 7 médicos refirieron laborar en la mañana y en la tarde, 8 en la mañana y en la noche, 3 en la mañana y fines de semana y 1 en la tarde y en la noche.

**Gráfico 11.9 Síndrome de burnout en el HGM. Número de procedimientos que realizan los anestesiólogos adscritos**



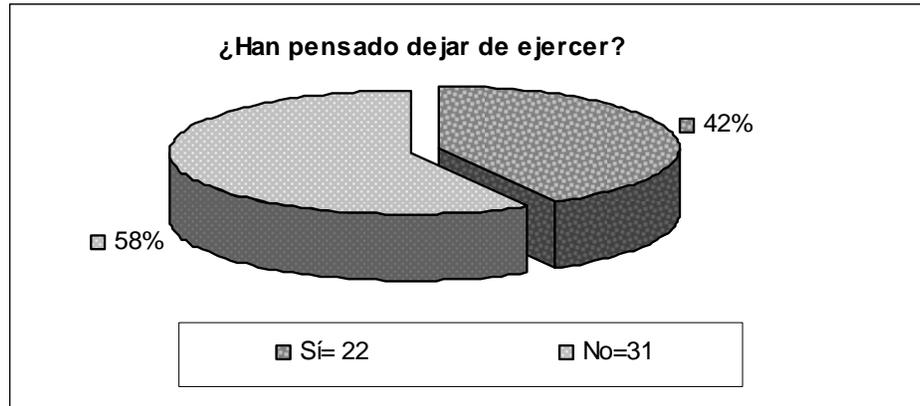
El promedio de número de procedimientos que realiza un anestesiólogo es de 4 a 6, 30 médicos caen dentro de este rubro, 4 médicos realizan de 7 a 9 y 4 10 o más procedimientos. Solo un médico no realiza procedimientos anestésicos por encontrarse en el área administrativa

**Gráfico 11.10 Síndrome de burnout en el HGM. Número de horas que laboran los anestesiólogos adscritos**



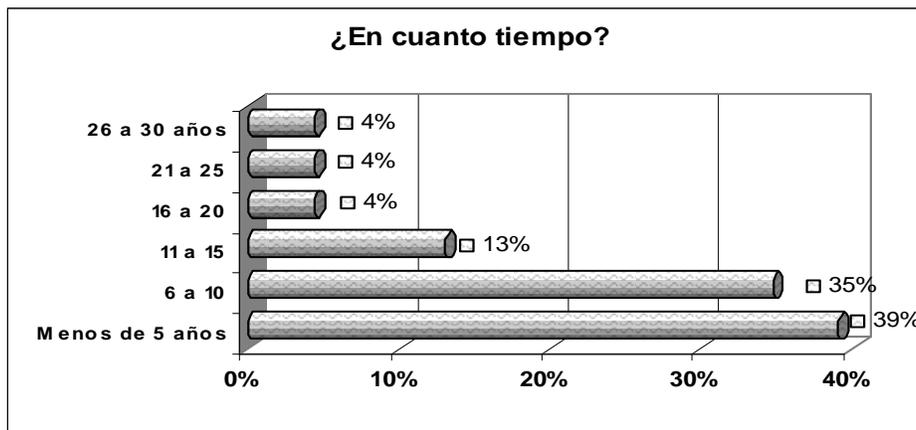
El 29% de los médicos encuestados trabajan de 31 a 40 horas por semana, el 15% de 51 a 60 horas, el 13% de 61 a 70 el 9%, de 71 a 80, de 21 a 30 y menos de 10. El número de horas trabajadas por semana está regulado en las normas de salud de los países primer mundistas porque ha sido muy estudiado el daño que causa el exceso de horas trabajando

**Gráfico 11.11 Síndrome de burnout en el HGM. Número de anestesiólogos que han pensado dejar de ejercer**



Cuándo el cansancio es extremo o no cumple las expectativas del trabajador, éste puede sentirse decepcionado y con deseos de abandonar su trabajo o cambiar de actividad. De los 53 anestesiólogos del HGM, 22 han pensado dejar de ejercer y 31 (58%) no lo han considerado.

**Gráfico 11.12 Síndrome de burnout en el HGM. Tiempo en que los anestesiólogos han pensado dejar de ejercer**



De los 22 anestesiólogos que han pensado en dejar de ejercer, la mayor parte, el 39% , ha planeado hacerlo en menos de 5 años, un 35% en 6 a 10 años, un 13% en 11 a 15 años, y un 4% en 16 a 20, 21 a 25 y 26 a 30 años.

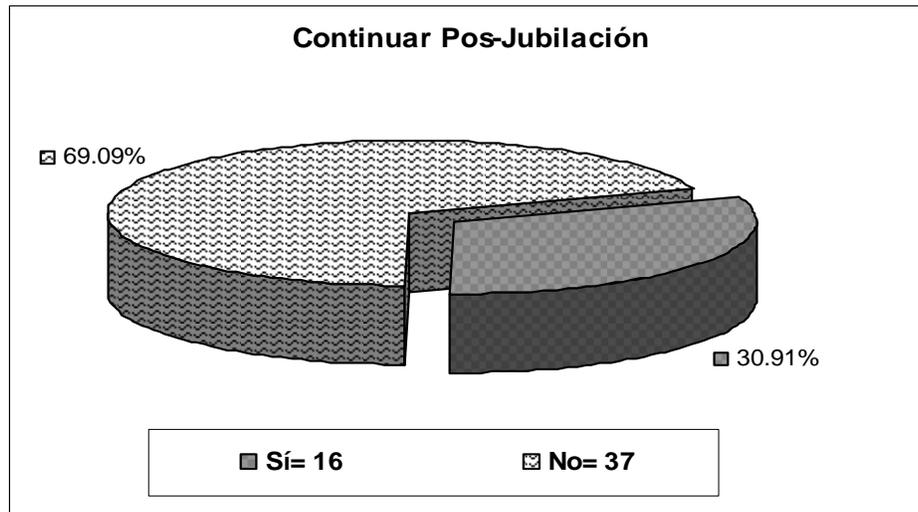
**Tabla XI.II. Síndrome de burnout en el HGM.**

**Percepción del ambiente laboral de los anestesiólogos adscritos**

Ambiente Laboral	Número	Porcentaje
0 a 1-malo	0	0.00%
2 a 3	1	2%
4 a 5	3	5%
6 a 7	4	7%
8 a 9	35	64%
10- bueno	12	22%
	55	100.00%

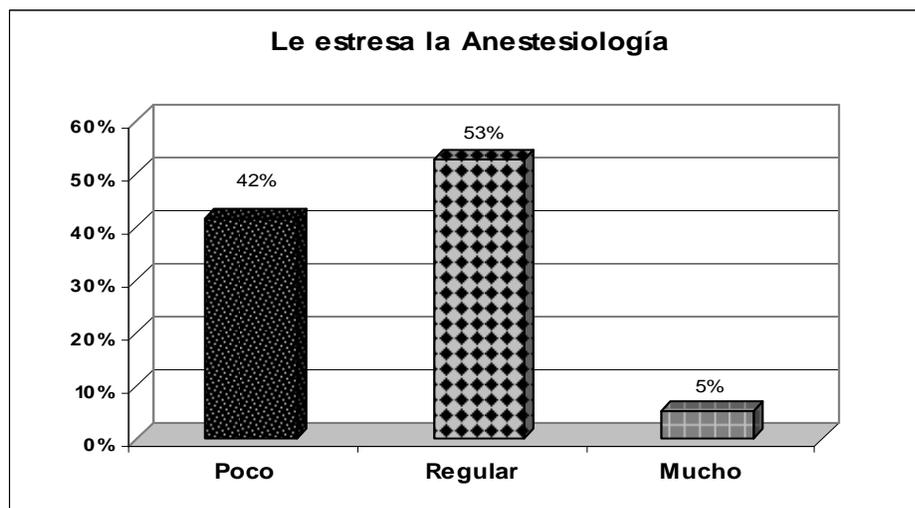
Un adecuado ambiente laboral es parte de la prevención, o bien, de la terapia, del síndrome de burnout. En el HGM, 12 anestesiólogos, perciben el ambiente laboral como bueno y ninguno lo percibe malo, sin embargo 1 anestesiólogo lo califica entre 2 y 3, 3 anestesiólogos como 4-5, 4 entre 6 y 7, y la mayoría, 35 (64%) lo califican entre 8 y 9.

**Gráfico 11.13 Síndrome de burnout en el HGM. Tiempo en que los anestesiólogos han pensado dejar de ejercer**



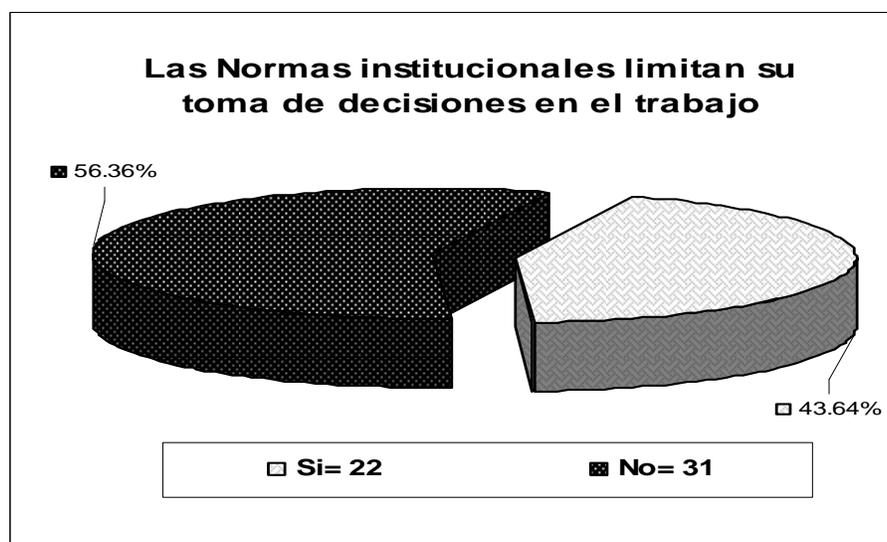
Este gráfico muestra el porcentaje de los médicos que desean o no continuar laborando en la anestesiología después de su jubilación, podemos ver que la mayoría, un 69.09% no desean continuar y sólo un 30.91% desean seguir haciéndolo.

**Gráfico 11.14 Síndrome de burnout en el HGM. Grado de estrés que les genera la anestesiología a los anestesiólogos adscritos**



Aunque la anestesiología es un especialidad en la que se maneja un nivel de estrés muy alto, sólo a 3 anestesiólogos (5%) les estresa mucho, a 29 (53%) regular y a 23 (42%) poco. Esto puede ser debido a que la experiencia adquirida con los años laborales les proporciona un nivel alto de confianza.

**Gráfico 11.15 Síndrome de burnout en el HGM. Porcentaje normas institucionales limitan la toma de decisiones de los anestesiólogos adscritos**



22 anestesiólogos (56.3%) creen que las normas institucionales limitan su toma de decisiones en el trabajo y 31 anestesiólogos (43.64%) opinan lo contrario.

**Tabla XI.III. Síndrome de burnout en el HGM.**

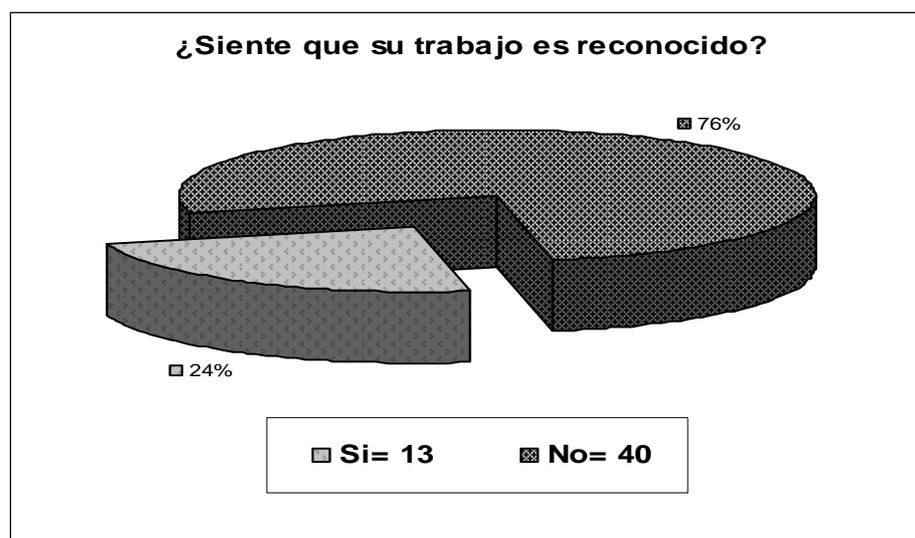
**Sensación de pérdida de control en el trabajo.**

Perdida de Control en su Trabajo	Número	Porcentaje
0 a 1 nunca	31	56.36%
2 a 3	15	27.27%
4 a 5	2	3.64%
6 a 7	3	5.45%
8 a 9	4	7.27%
10 siempre	0	0.00%
Total	55	100.00%

Cuándo el grado de estrés es elevado, se puede tener la percepción de una pérdida de control en el trabajo, en el HGM, 31 anestesiólogos (56.36%) nunca han perdido el control y ninguno refirió haberlo perdido siempre.

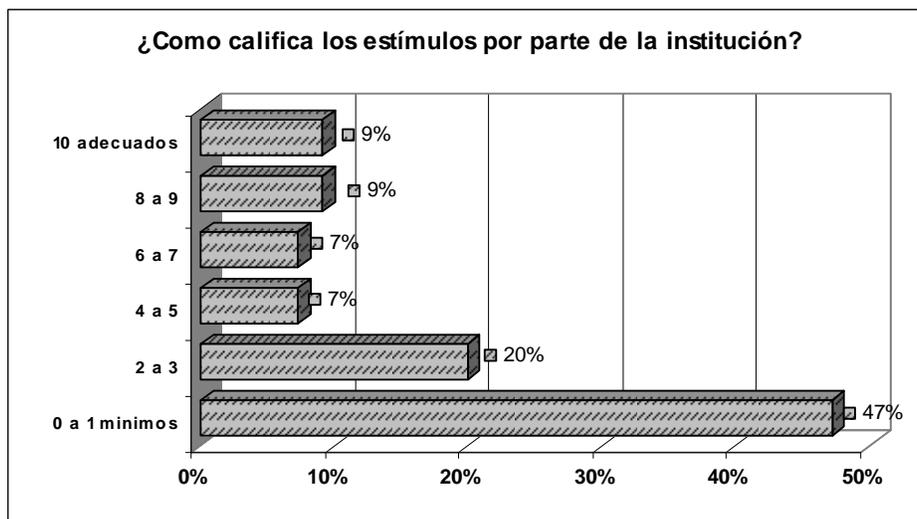
**Gráfico 11.16 Síndrome de burnout en el HGM.**

**¿Siente que su trabajo es reconocido?**



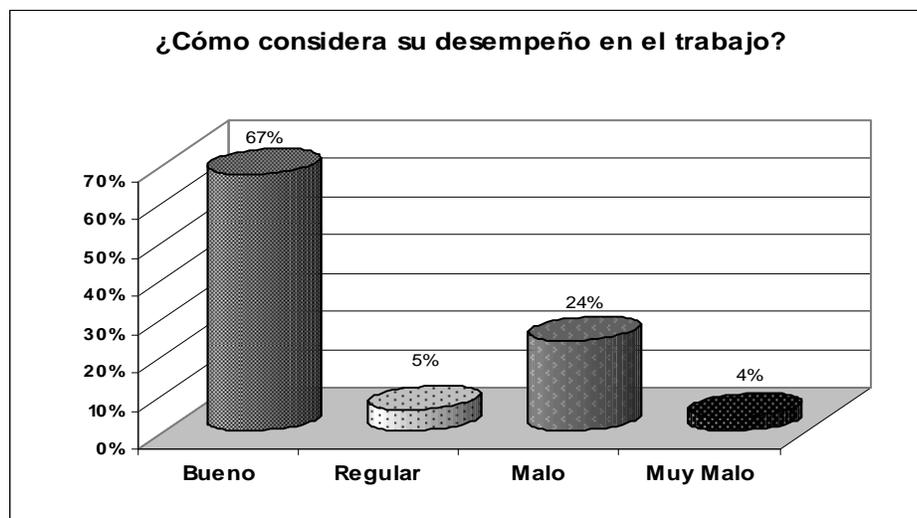
El reconocimiento del trabajo diario es muy importante porque va de la mano con el cumplimiento de las expectativas de un trabajador; de los 53 anestesiólogos del HGM encuestados, el 76% creen que su trabajo no es reconocido y 24% piensan que si es reconocido

**Gráfico 11.17 Síndrome de burnout en el HGM. Calificación de estímulos por parte de la institución.**



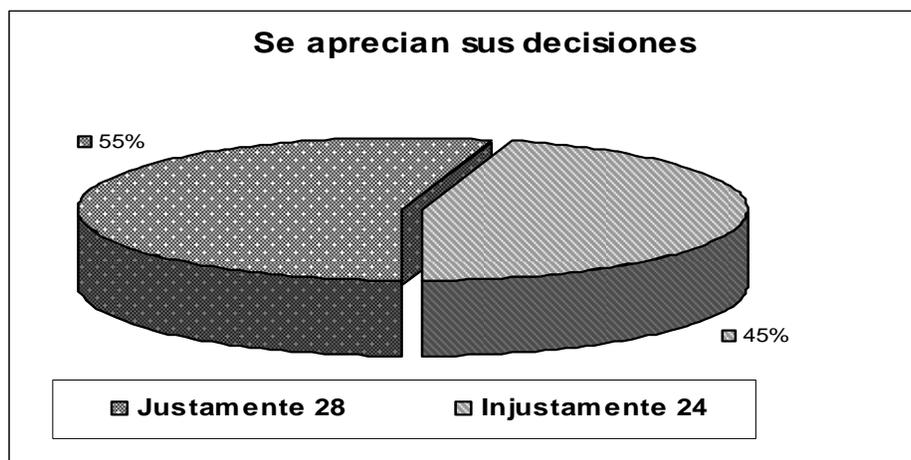
La mayoría de los anestesiólogos, un 47% refieren que los estímulos son nulos o mínimos y sólo un 9% creen que los estímulos son adecuados. El 20% califican los estímulos como escasos (entre 2 y 3), un 7% entre 4 y 5 y otro 7% entre 6 y 7, por último, un 9% entre 8 y 9.

**Gráfico 11.18 Síndrome de burnout en el HGM. Desempeño personal en el trabajo**



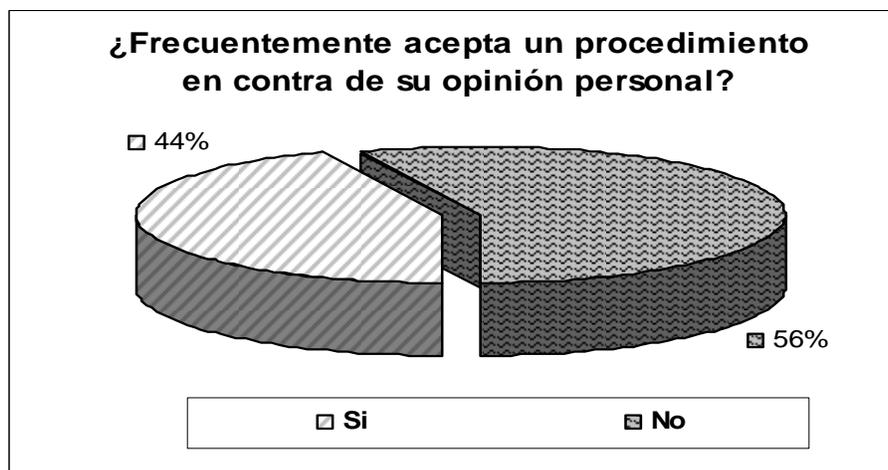
37 médicos consideran su desempeño laboral como muy bueno, 3 como regular, 13 malo y 2 muy malo.

**Gráfico 11.19 Síndrome de burnout en el HGM. Aprecio de decisiones**



De los 53 anestesiólogos encuestados, 55% consideran que sus decisiones se aprecian justamente y un 45% creen que se aprecian injustamente.

**Gráfico 11.20 Síndrome de burnout en el HGM. Aceptación de procedimientos en contra de su opinión.**



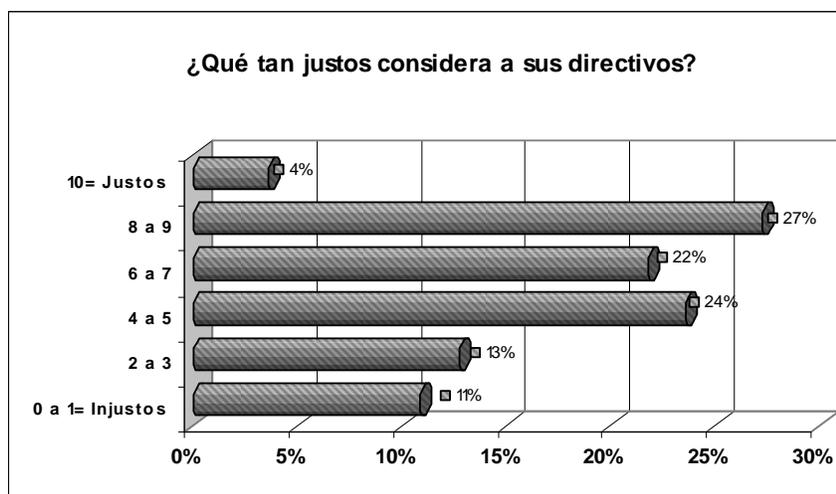
Algunas veces las leyes y normas en los hospitales son muy estrictas y obligan a los trabajadores a seguir ciertos parámetros o conductas aun en contra de su opinión personal, 24 anestesiólogos han aceptado frecuentemente procedimientos en contra de su opinión y 31 médicos (56%) no los han aceptado.

**Tabla XI.IV. Síndrome de burnout en el HGM. Congruencia  
entre las decisiones de trabajo y política**

<b>Decisiones de trabajo y Política</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Congruentes =10	21	38%
Regularmente congruentes	25	45%
Discrepantes	9	16%
Muy discrepantes =0	0	0%
	55	100.00%

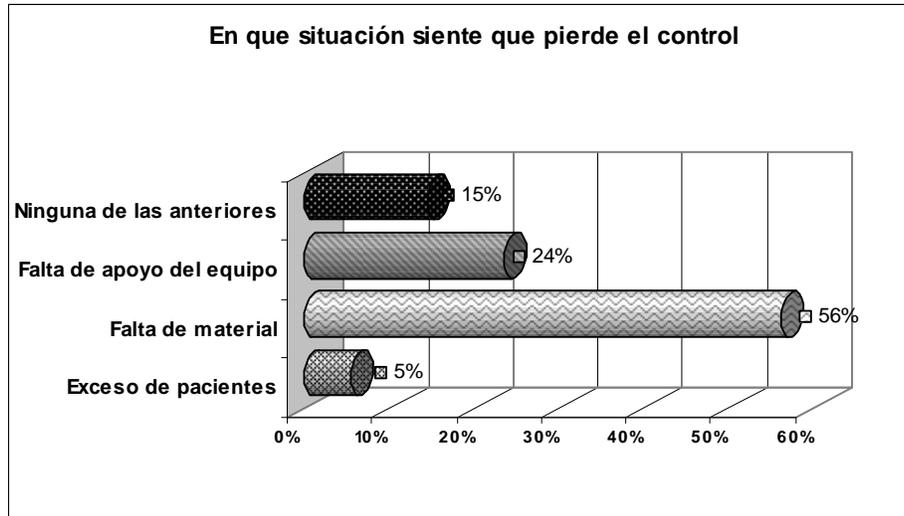
Otro factor para no sentirse a gusto en el lugar de trabajo, es que la persona no encuentre congruencia entre las decisiones de trabajo y la política del mismo. 21 médicos las consideran congruentes, 25 las consideran regularmente congruentes, 9 las consideran discrepantes y ningún anestesiólogo las considera muy discrepantes.

**Gráfico 11.21 Síndrome de burnout en el HGM.  
Consideración de directivos justos**



Un adecuado ambiente laboral incluye directivos o supervisores justos, que valore el trabajo de cada empleado de manera adecuada. En el HGM, la mayoría de los anestesiólogos, un 27% , los consideran bastante justos, calificándolos con un 8-9, sólo el 4% los considera muy justos y un 11% muy injustos. En los otros rangos, 13% los califica entre 2 y 3, 24% entre 4 y 5 y 22% entre 6 y 7.

**Gráfico 11.22 Síndrome de burnout en el HGM.  
Situaciones por las que se pierde el control**



Algunas veces las situaciones pueden salirse de control por factores externos que no dependen propiamente del médico, como la falta de material, reportada por 31 médicos (56%), falta de apoyo del equipo, 13%, o exceso de pacientes, 5%. 8 anestesiólogos (15%) refirieron que ninguna de las situaciones mencionadas les hacían perder el control.

En lo referente al síndrome de burnout, podemos decir que fue descrito por Maslach y Jackson como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico con los siguientes rasgos principales: Agotamiento físico y/o psicológico, actitud fría y despersonalizada y un sentimiento de inadecuación a las tareas por realizar. Este proceso tiene una lenta instauración pero ocurre en etapas o subescalas que son fáciles de reconocer (1):

- 1.- Cansancio emocional
- 2.- Despersonalización
- 3.- Baja realización personal

Con los datos obtenidos de las respuestas correspondientes a cada subescala se mide el grado de burnout y se clasifica en bajo, medio o alto.

**Tabla XI.V. Puntos de corte para las puntuaciones  
de Maslach en el sector sanitario.**

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

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

### ***1. CANSANCIO EMOCIONAL***

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

Se evalúa con las preguntas 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

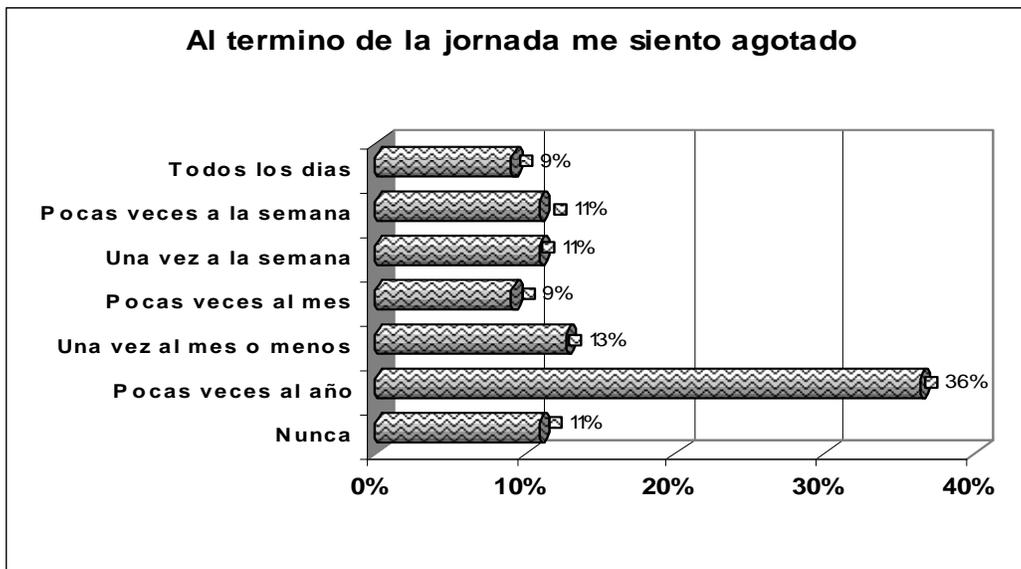
Los resultados en el Hospital General de México fueron los siguientes:

**Tabla XI.VI. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del  
HGM Cansancio emocional, ¿Me siento emocionalmente defraudado por mi  
trabajo?**

<b><i>1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo</i></b>		
	No de personas	Porcentaje
Nunca	36	65%
Pocas veces al año	18	33%
Todos los días	0	0%
Una vez al mes o menos	0	0%
Pocas veces al mes	0	0%
Una vez a la semana	0	0%
Pocas veces a la semana	1	2%
	55	100.00%

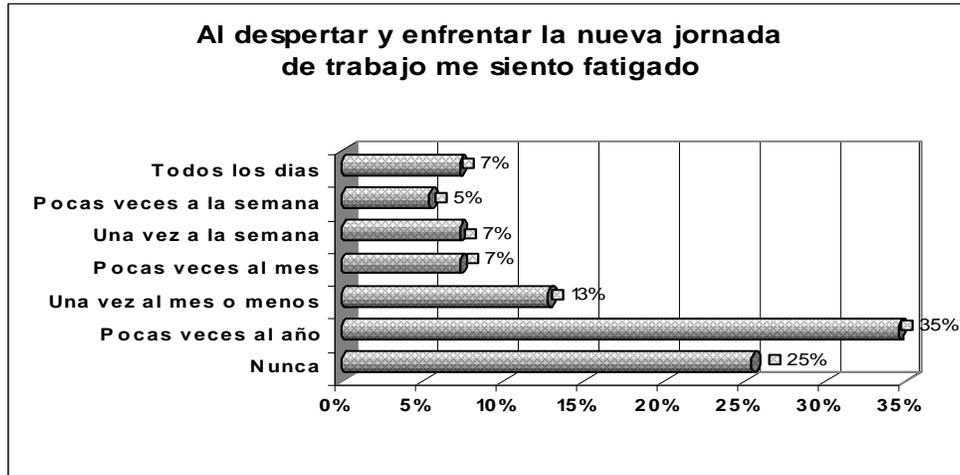
Un 65% del personal encuestado refirió nunca haberse sentido defraudado por su trabajo, sin embargo un 2% lo refirió con la máxima respuesta posible, lo que nos hace pensar que no todos se encuentran a salvo de este síndrome. El resto, 18 médicos, refieren sentirse así pocas veces al año.

**Gráfica 11.23 Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Cansancio emocional, ¿Al término de mi jornada laboral me siento agotado?**



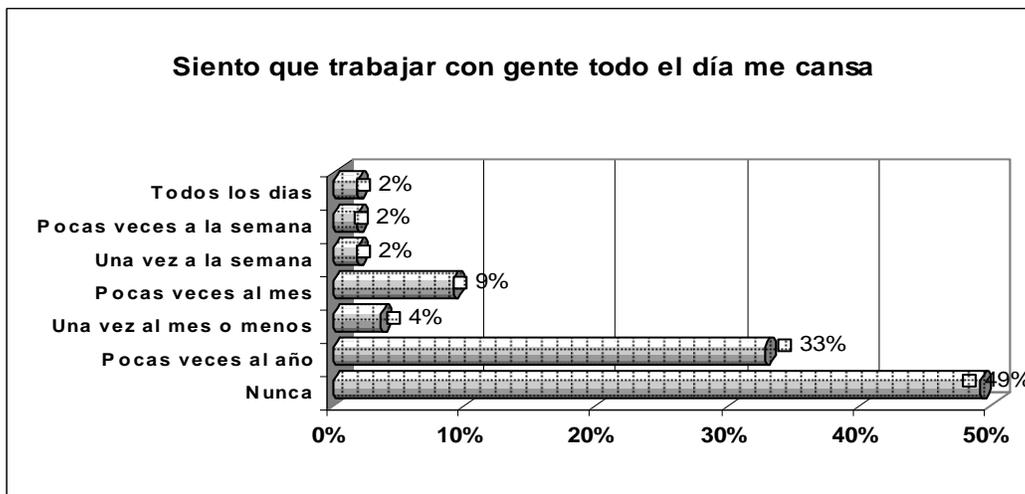
Aunque es normal que en algunas ocasiones nos sintamos agotados, resalta en esta gráfica el hecho de que un 9% de los anestesiólogos del Hospital General de México, se sientan agotados todos los días

**Gráfico 11.24. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento fatigado desde la mañana?**



Cuándo es estrés es crónico, las personas pueden sentirse cansadas incluso antes de empezar a trabajar; 4 de los anestesiólogos encuestados refirieron haberse sentido así todos los días, y 14, un 25% dijeron nunca haber empezado así sus mañanas. La mayor parte, un 35% lo refieren pocas veces al año, y el resto lo sintieron en forma variables.

**Gráfico 11.25. Nivel de síndrome de Burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Siento que el trabajar todo el día con la gente me cansa?**



Esta pregunta pone de manifiesto claramente el hecho de que el síndrome de burnout se presenta predominantemente en personas que están en contacto directo con la gente y un 2% de nuestra población estudiada lo presenta todos los días

**Gráfico 11.26. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Siento que mi trabajo me está desgastando?**



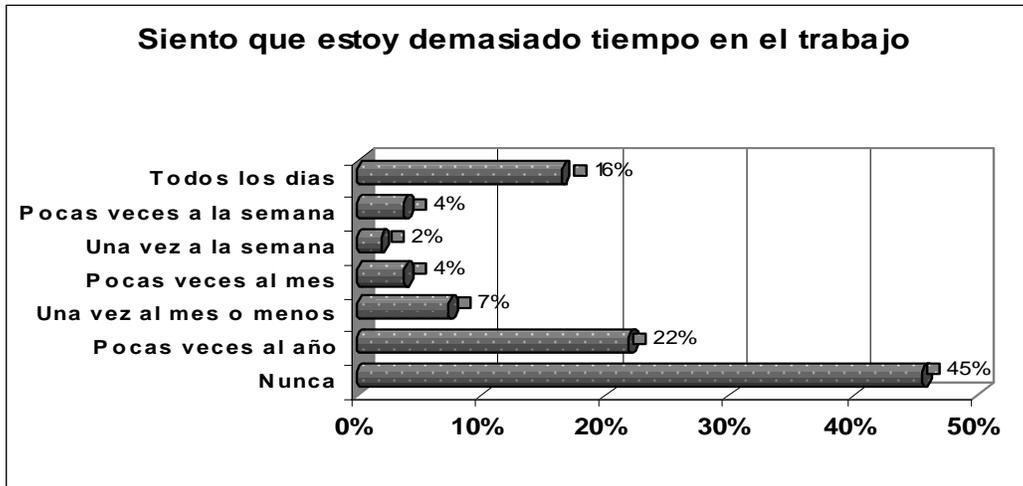
Cuando no se cumplen las expectativas que se tienen de un trabajo, o no existe una adecuada relación entre lo que se da y lo que se recibe, el trabajador puede sentirse “desgastado”. En nuestra encuesta, el 40% refirió sentirse así pocas veces al año, y 6 anesthesiólogos (11%) refirió sentirse así todos los días, un 22% dijo no haberse sentido así nunca, 7 anesthesiólogos lo refieren pocas veces al mes y una minoría entre pocas veces y una vez a la semana.

**Tabla XI.VII. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento frustrado por mi trabajo?**

<i>13. Me siento frustrado por mi trabajo</i>		
	No de personas	Porcentaje
Nunca	46	84%
Pocas veces al año	8	15%
Una vez a la semana	0	0%
Una vez al mes o menos	0	0%
Pocas veces al mes	1	2%
Pocas veces a la semana	0	0%
Todos los dias	0	0%
	55	100.00%

El 84% de los médicos encuestados se sienten satisfechos con su trabajo y sólo un 15% han sentido frustración pocas veces al año. Afortunadamente nadie reportó sentirse así en forma continua o frecuentemente

**Gráfico 11.27. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo?**



Este gráfico nos muestra el porcentaje de los anestesiólogos que sienten que pasan mucho tiempo en su trabajo, un 45%, (25 anestesiólogos), refirió no sentirse así nunca, 12 lo refieren pocas veces al año, 4 anestesiólogos una vez al mes o menos, 2 lo refieren pocas veces al mes, 1 una vez a la semana, 2 pocas veces a la semana y 9, un 16%, lo sienten todos los días.

**Tabla XI.VIII. Nivel de síndrome de Burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿trabajar en contacto directo con la gente me cansa?**

<i>16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa</i>		
	No de personas	Porcentaje
Nunca	36	65%
Pocas veces al año	14	25%
Una vez al mes o menos	2	4%
Pocas veces al mes	0	0%
Una vez a la semana	2	4%
Pocas veces a la semana	1	2%
Todos los días	0	0%
	55	100.00%

El trato directo con la gente requiere un alto grado de paciencia, tranquilidad y tolerancia, cuando se está bajo el efecto del estrés, los trabajadores sienten cansancio en lugar de placer al trabajar directamente con la gente. Se encontró que ningún anestesiólogo se siente así todos los días o pocas veces al mes, pero un 2% reportó sentirlo pocas veces a la semana y un 4% una vez a la semana y una vez al mes o menos

**Tabla XI.IX. Nivel de síndrome de Burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Cansancio emocional, ¿Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades?**

<i>20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades</i>		
	No de personas	Porcentaje
Nunca	29	53%
Pocas veces al año	15	27%
Una vez al mes o menos	2	4%
Pocas veces al mes	1	2%
Una vez a la semana	1	2%
Pocas veces a la semana	4	7%
Todos los días	3	5%
	55	100.00%

Entre los síntomas del síndrome se encuentra el sentir que todo el tiempo se está haciendo un esfuerzo extremo, máximo y al límite de las posibilidades de cada quien, esta tabla nos muestra que sólo 3 anesthesiólogos se sienten de esta manera todos los días y un 53 % refiere no haberse sentido así nunca hasta el momento

**Tabla XI.X. Niveles de cansancio emocional en trabajadores Anesthesiólogos del HGM**

<i>CANSANCIO EMOCIONAL</i>		
	<b>FREC</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	47	85%
<b>MEDIO</b>	6	11%
<b>BAJO</b>	2	4%
	55	100%

De los 53 anesthesiólogos encuestados, se encontró que 47 de ellos, tienen un cansancio emocional alto, representando el 85% de la muestra estudiada, 6 médicos se encuentran en un nivel medio y sólo 2 en un nivel bajo.

Estos porcentajes superan a los observados en otros estudios, como el multicéntrico realizado en el 2001 en 582 médicos cirujanos en Estados Unidos reportando que: 32% tiene alto grado de agotamiento emocional, 13% tiene alto grado de cinismo y 4% bajo grado de pérdida del logro profesional (2). Otro estudio multicéntrico realizado en 2002, analizó a 131 médicos ginecólogos con actividades docentes de los Estados Unidos y Puerto Rico y se documentó alto grado de agotamiento emocional, moderado grado de cinismo y alto grado de pérdida del logro profesional (3).

Probablemente los porcentajes no coinciden por la discrepancia del tamaño de la muestra, sin embargo en estos estudios se observa que el cansancio emocional alto, no es infrecuente en la población médica

## 2. DESPERSONALIZACIÓN

Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento (1).

Se evalúa con 5 preguntas: 5, 10, 11, 15, 22

**Tabla XI.XI. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Despersonalización, ¿Siento que estoy tratando a algunos pacientes como se fuesen objetos impersonales?**

<i>5. Siento que estoy tratando algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales</i>		
	No de personas	Porcentaje
Nunca	42	76%
Pocas veces al año	11	20%
Una vez al mes o menos	1	2%
Una vez a la semana	0	0%
Pocas veces al mes	1	2%
Pocas veces a la semana	0	0%
Todos los días	0	0%
	55	100.00%

Uno de los componentes del síndrome de burnout es la despersonalización, que es cuando se establecen relaciones frías, cómo si se tratara más que de pacientes, de objetos. Cuando se preguntó a 53 anestesiólogos si sentían que trataban a los pacientes como objetos impersonales, 42 de ellos (el 76%), dijo nunca haberlo sentido, un 20% lo sintió pocas veces al año y un médico una vez al mes o menos y otro pocas veces al mes.

**Tabla XI.XII. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización ¿Siento que me he hecho más duro con la gente?**

<i>10. Siento que me he hecho mas duro con la gente</i>		
	No de personas	Porcentaje
Nunca	32	58%
Pocas veces al año	14	25%
Una vez al mes o menos	0	0%
Pocas veces al mes	5	9%
Una vez a la semana	0	0%
Pocas veces a la semana	1	2%
Todos los días	3	5%
	55	100.00%

En esta tabla podemos ver como los médicos, con el paso de los años, hacerse más duros en su trato con la gente. En el HGM, 3 médicos (5%) lo siente todos los días. 1 médico pocas veces a la semana, 5 pocas veces al mes, y la mayoría, un 58% (32 anestesiólogos) nunca lo han sentido, los 14 restantes sólo lo han sentido pocas veces al año.

**Tabla XI.XIII Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente**

*11. Me preocupa que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente*

	No de personas	Porcentaje
Nunca	32	58%
Pocas veces al año	16	29%
Una vez al mes o menos	1	2%
Pocas veces al mes	3	5%
Una vez a la semana	0	0%
Pocas veces a la semana	0	0%
Todos los días	3	5%
	55	100.00%

Respecto a si el trabajo endurece emocionalmente a los anestesiólogos, 38 contestaron no haberlo sentido nunca, 16 (29%) pocas veces al año, 1 (2%) una vez al mes o menos y 3 (5%) pocas veces al mes y todos los días. Ninguno consideró sentirse así una vez a la semana o pocas veces a la semana

**Tabla XI.IV. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización, ¿Siento que no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente?**

*15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente*

	No de personas	Porcentaje
Nunca	48	87%
Pocas veces al año	4	7%
Una vez al mes o menos	0	0%
Pocas veces al mes	1	2%
Una vez a la semana	1	2%
Pocas veces a la semana	0	0%
Todos los días	1	2%
	55	100.00%

Cuando las relaciones interpersonales se hacen más frías, el profesionista puede trabajar como “máquina” sin preocuparse realmente por lo que le pase a las personas. De nuestra muestra, sólo 1 médico dijo sentirse así todos los días, y la mayoría, un 87% nunca ha tenido este sentimiento. Sólo 4 médicos (7%) lo ha sentido pocas veces al año y el resto lo ha sentido en forma ocasional.

**Tabla XI.V. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Despersonalización. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas**

*22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas*

	No de personas	Porcentaje
Nunca	43	78%
Pocas veces al año	10	18%
Una vez a la semana	0	0%
Pocas veces a la semana	0	0%
Una vez al mes o menos	1	2%
Pocas veces al mes	1	2%
Todos los días	0	0%
	55	100.00%

En esta tabla se muestra la respuesta de los anestesiólogos al preguntar si le parece que los beneficiarios de su trabajo los culpan de algunos de sus problemas; de los 55 anestesiólogos de la muestra, 43 dijo no haberlo sentido nunca, 10 pocas veces al año y 2 lo han sentido más frecuentemente, 1 pocas veces al mes y 1 una vez al mes o menos

**Tabla XI.VI. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM Grados de despersonalización.**

<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>		
	<b>FREC</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	2	4%
<b>MEDIO</b>	7	13%
<b>BAJO</b>	46	84%
	55	100%

En cuanto a la despersonalización, sólo 2 anesthesiólogos se encuentran en un nivel alto, y la mayoría, un 84% (46 anesthesiólogos) se encuentran en un nivel bajo, el resto presentan un nivel medio.

Aunque los resultados de este rubro no parecen alarmantes, hay que tenerlos en consideración para implementar terapias y cambios laborales-institucionales, para evitar que más médicos aumenten su grado de despersonalización y trato frío con los pacientes.

### **3.- REALIZACIÓN PERSONAL**

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

Se evalúa con 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (1).

**Tabla XI.VII. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anesthesiólogos del HGM. Realización personal. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender**

#### **4 .Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender**

	No de personas	Porcentaje
Todos los días	0	0%
Pocas veces al año	3	5%
Una vez al mes o menos	1	2%
Pocas veces a la semana	0	0%
Nunca	0	0%
Pocas veces al mes	1	2%
Una vez a la semana	50	91%
	55	100.00%

Esta tabla y las subsecuentes se refieren a la realización personal, a la satisfacción encontrada en el trabajo de los anesthesiólogos. En cuanto a entender fácilmente o no a los pacientes, 50 médicos refieren entender fácilmente a los que atienden sólo una vez a la semana y 3 lo refieren pocas veces al año, el 4% restante lo refieren una vez al mes o menos y pocas veces al mes

**Tabla XI.VIII. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Realización personal. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender**

***7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender***

	No de personas	Porcentaje
Todos los días	1	2%
Una vez al mes o menos	0	0%
Pocas veces al mes	2	4%
Pocas veces a la semana	2	4%
Nunca	0	0%
Pocas veces al año	1	2%
Una vez a la semana	49	89%
	55	100.00%

49 anestesiólogos (89%) refieren sentir que tratan con mucha efectividad los problemas de las personas a las que atienden, un 4 y 4% pocas veces al mes y pocas veces a la semana, y sólo 1 y 1 anestesiólogos lo siente todos los días y pocas veces al año.

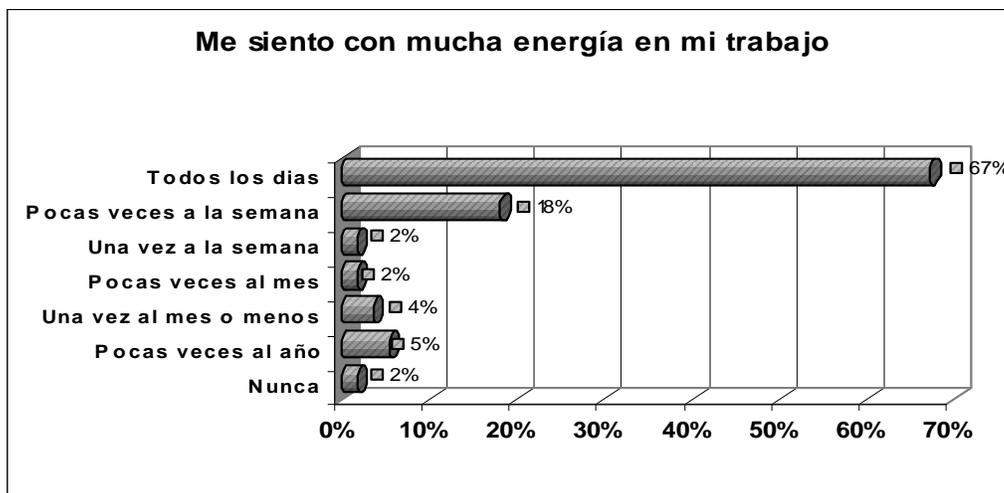
**Tabla XI.IX. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Realización personal. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de las otras personas a través de mi trabajo.**

***9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo***

	No de personas	Porcentaje
Nunca	3	5%
Pocas veces al año	3	5%
Una vez al mes o menos	0	0%
Pocas veces al mes	2	4%
Una vez a la semana	1	2%
Pocas veces a la semana	6	11%
Todos los días	40	73%
	55	100.00%

Cuándo un persona se siente plena en su trabajo, puede ver que su trabajo tiene repercusiones o efectos positivos. La mayoría de los anestesiólogos encuestados, un 73% consideran que influyen positivamente en la vida de otras personas todos los días, un 11% lo refiere pocas veces a la semana y el mínimo porcentaje restante se divide de la siguiente manera: un 5% nunca, otro 5% pocas veces al año, 4% pocas veces al mes y 2% una vez a la semana

**Gráfico 11.31.** Síndrome de burnout. Realización personal. Me siento con mucha energía en mi trabajo



Respecto a esta pregunta, 37 médicos anestesiólogos (67%), dijeron sentirse con mucha energía en su trabajo todos los días, 10 médicos (18%) lo refieren pocas veces a la semana, 3 médicos (5%) pocas veces al año, 2 anestesiólogos (4%) lo sienten una vez al mes o menos y de los 3 anestesiólogos restantes, 1 lo siente una vez a la semana, otro pocas veces al mes y el último no lo ha sentido nunca

**Tabla XI.XX. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Realización personal. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.**

***17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo***

	No de personas	Porcentaje
Todos los días	0	0%
Pocas veces a la semana	1	2%
Pocas veces al mes	0	0%
Nunca	1	1.82%
Pocas veces al año	0	0.00%
Una vez al mes o menos	4	7.27%
Una vez a la semana	49	89.09%
	55	100.00%

Una persona que se encuentra satisfecha con su trabajo, se siente contenta en el lugar dónde labora y puede favorecer la armonía en este lugar. En nuestra encuesta ningún anestesiólogo siente que puede crear con facilidad un clima agradable en su trabajo todos los días, la mayoría, un 89.09% lo sienten una vez a la semana y un 7.27% una vez al mes o menos. Los dos anestesiólogos restantes contestaron pocas veces a la semana y nunca

**Tabla XI.XXI. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Realización personal. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender**

*18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender*

	No de personas	Porcentaje
Nunca	1	1.82%
Pocas veces al año	0	0.00%
Una vez al mes o menos	0	0.00%
Pocas veces al mes	1	2%
Una vez a la semana	2	4%
Pocas veces a la semana	5	9%
Todos los días	46	84%
	55	100.00%

Después de trabajar íntimamente con los pacientes, un 84% de los anestesiólogos se sienten estimulados todos los días, sólo 1 respondió nunca haberlo sentido y 5 contestaron pocas veces a la semana, 2 una vez a la semana y 1 pocas veces al mes.

**Tabla XI.XXII. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Realización personal. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa**

*19. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa*

	No de personas	Porcentaje
Nunca	36	65%
Pocas veces al año	14	25%
Una vez al mes o menos	2	4%
Pocas veces al mes	0	0%
Una vez a la semana	2	4%
Pocas veces a la semana	1	2%
Todos los días	0	0%
	55	100.00%

Cuándo los trabajadores tienen un estrés crónico, sienten que realizar su labor con otras personas les cansa, afortunadamente ninguno de los anestesiólogos del HGM refirió sentirse así todos los días, la mayoría, un 65% no se ha sentido así nunca y un 25% sólo pocas veces al año. 2 anestesiólogos lo han sentido una vez al mes o menos y 2 una vez a la semana, solamente uno lo refirió pocas veces a la semana

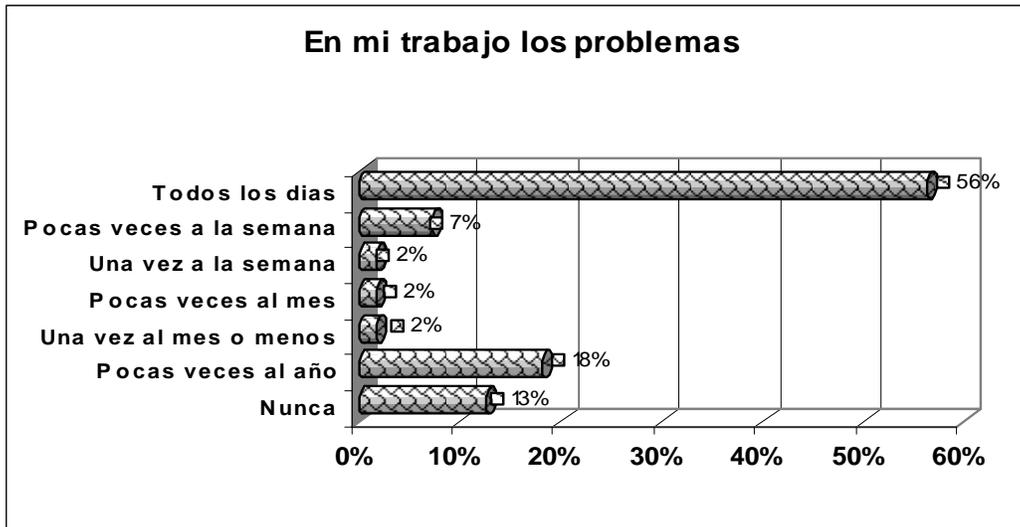
**Tabla XLXXIII. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Realización personal. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.**

*19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo*

	No de personas	Porcentaje
Todos los días	0	0%
Pocas veces a la semana	1	2%
Pocas veces al año	1	2%
Una vez al mes o menos	0	0%
Una vez a la semana	1	2%
Nunca	3	5%
Pocas veces al mes	49	89%
	55	100.00%

Uno de los pagos en cuanto a la atención de personas, es el agradecimiento de estas y los reconocimientos que son subjetivos pero muy valiosos, ningún anestesiólogo siente que consigue cosas valiosas en su trabajo todos los días, la mayoría, un 89% lo sienten pocas veces al mes, un 5% no lo ha sentido nunca y de los 3 restantes, las respuestas fueron pocas veces a la semana, pocas veces al año y una vez a la semana

**Gráfico 11.30. Síndrome de burnout. Realización personal. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada**



Un ambiente de trabajo adecuado, debe incluir también el tratamiento de problemas emocionales, no sólo físicos, la mayoría de los anestesiólogos adscritos del HGM, un 56% sienten que en su trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada todos los días, un 18% (10 médicos) pocas veces al año, 7 médicos nunca y 4 pocas veces a la semana. Los 3 restantes respondieron cada uno: una vez a la mes o menos, pocas veces al mes y una vez a la semana.

**Tabla XLXXIV. Nivel de síndrome de burnout en trabajadores Anestesiólogos del HGM. Niveles de realización personal.**

<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>		
	<b>FREC</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	3	5%
<b>MEDIO</b>	8	15%
<b>BAJO</b>	44	80%
	55	100%

Cumplir las expectativas que teníamos de un trabajo nos lleva a sentirnos plenos como personas y trabajadores, a sentirnos realizados en el ámbito laboral, en el HGM, sólo un 5% de los médicos se percibe con un alto nivel de realización personal, un 15% con un nivel medio y la mayoría, un 80% con un nivel bajo.

Este hecho es importante porque cuando un médico no se desarrolla al máximo no se siente completamente satisfecho con su trabajo, sus errores pueden tener consecuencia directamente sobre la vida de otras personas.

Desde el punto de vista institucional, podemos decir que cada institución debe esforzarse por ayudar a la realización de cada trabajador, ya que es como tener un cúmulo de energía potencial sin poder utilizar.

## **CAPÍTULO XI. BIBLIOGRAFÍA**

1. 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
2. Campbell A (2001) “Burnout among Americans surgeons” *Surgery*. vol. 130, no. 4 pp: 696-705
3. Gabbe S (2002)“Burnout in chairs of obstetrics and gynecology” *Am J Obstet Gynecol*, vol. 186 pp:601-12.

## Capítulo XII. DISCUSIÓN

Gráfico 11.28. Síndrome de burnout. Niveles de cansancio emocional

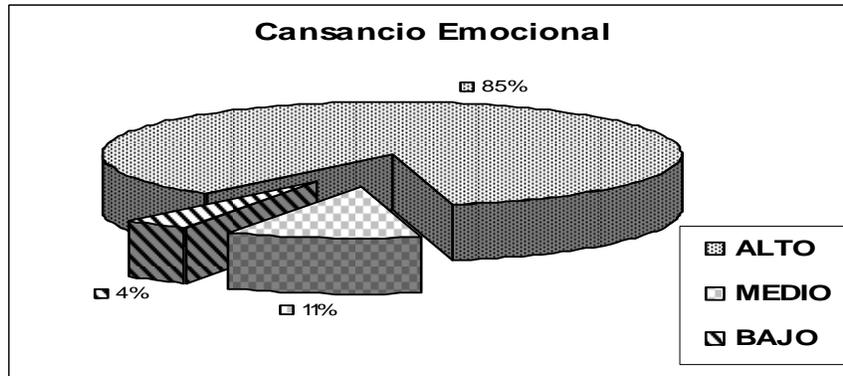
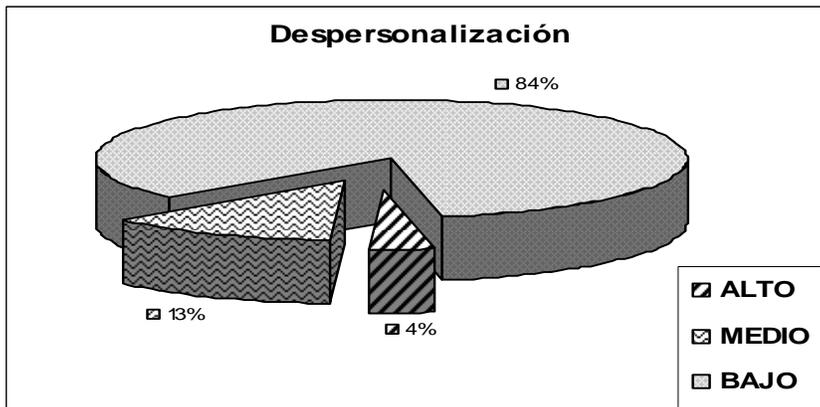
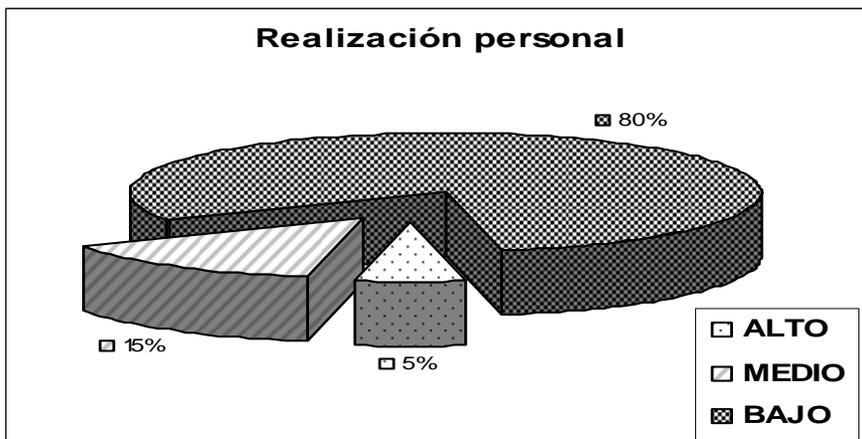


Gráfico 11.29. Síndrome de burnout. Niveles de despersonalización



**Gráfico 11.32. Síndrome de burnout. Niveles de realización personal.**



En estas gráficas podemos ver de manera global la situación de los anestesiólogos en el HGM, en cuanto a cansancio emocional, despersonalización y nivel de realización personal, de los cuales se encuentran en nivel alto la mayor parte de los médicos en lo referente a cansancio emocional, en bajo respecto a despersonalización y también en alto la mayor parte de los médicos en cuanto a realización personal.

La hipótesis se confirmó, ya que si existe una relación directa entre el número de horas trabajadas y el nivel de síndrome de burnout. Entre los anestesiólogos es común que aparezca este síndrome por lo difícil que es su calendario laboral, estando siempre disponible y trabajando incluso horas nocturnas, lo que les lleva a combinar horarios y a trabajar al máximo todos los días y siempre que lo solicitan.

Un ambiente laboral agradable es de mucha ayuda para el personal de salud, los directivos, siempre que sea posible deben promover la relación amistosa entre los trabajadores, apoyarlos y fijar descansos, así como rotación de servicios y horarios. Es conveniente fijar descansos donde se favorezca la relación y comunicación entre los trabajadores.

Como parte de la orientación vocacional o en las pláticas antes de ingresar a la residencia, se debe dar terapias a los residentes y ayudarlos a que tengan metas y expectativas fijas y realistas, mostrarles lo que pueden obtener con su trabajo y evitar que se creen falsas expectativas

Si usted está esforzándose al máximo por cumplir con la «producción laboral institucional», apretando el acelerador para adaptarse a la sobrecarga del trabajo diario, atendiendo a pacientes «difíciles», con escaso tiempo y bajos salarios, ¡tenga cuidado!, porque esto sólo funciona transitoriamente, pues puede llegar a perder el control de la situación, y lo más probable es que presente el síndrome de burnout (o desgaste profesional) como respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, además de otros síntomas psicossomáticos, conductuales, emocionales y defensivos.

### Capítulo XIII. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Alvarez-Ledezma ML, García-Campos ML, Huerta-Franco MR, Palma-Monjaraz B. A. (2003) “Síndrome de Burnout y su relación con síntomas emocionales en el personal de enfermería” *Calimed* vol.9, vol.1 pp: 17-18
2. Aranda, Pando, Torres, Salazar, Aldrete. (2006) “Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social”. *Revista Cubana de Salud Pública*
3. Arnold W P III. (1998) “Seguridad medioambiental, incluida la dependencia de agentes químicos”. En Anestesia. Editor Millar R. Harcourt-Brace pp: 2619
4. Bakker AB, Killmer Ch (2000) “Effort-reward imbalance and burnout among nurses” *J Adv Nurs* vol. 31, no.4 pp: 884-891
5. Bonn D, Bonn J “Work related stress: can it be a thing of the past?” (2000) *Lancet* vol. 355, no. 9198 pp: 124
6. Brown C: (1998) “Understanding stress and Burnout in shelter workers”. *Professional Psychol. Research Practice*, vol. 29, no. 4, pp: 383-385
7. Burke, R.J y Greenglass, E (1995)“A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*” vol. 48, no.2 pp:187-202
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 [www.anestesia.com.mx/congreso](http://www.anestesia.com.mx/congreso) 1-30 de Noviembre, 2002
9. 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](http://www.anestesia.com.mx/congreso) 1-30 de Noviembre
10. Calabrese G. (2003) Impacto de las horas de trabajo en la salud del anestesiólogo. Conferencia en Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza-R. Argentina; 256-260.
11. Calabrese G. Riesgos Profesionales. En *Texto de Anestesiología Teórico Practico*. Editor J.A. Aldrete Riesgos profesionales del anestesiólogo. Segunda edición. Manual Moderno, México. 2003:1477-1498.

12. 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.
13. Calabrese G. (2003) “Riesgos Profesionales”. *En texto de Anestesiología Teórico Práctico*. Editor Aldrete JA Manual Moderno, México pp:1047-1498.
14. Campbell A (2001) “Burnout among Americans surgeons” *Surgery*. vol. 130, no. 4 pp: 696-705
15. Chacón, M y Grau, J.A. (2004) “Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos” *Psicología y salud* vol.14, no.1, pp.67-78
16. Chacón, M y Grau, J.A. (2004) “Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos” *Psicología y salud* vol.14, no.1, pp.67-78
17. Chacón, M. y Grau, J.A. (2004). “Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos” *Psicología y salud*, vol. 14, no. 1, pp: 67-78
18. Chambers R, Campbell I. (1996) “Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fund holding, gender, and other personal characteristics” *Fam Pract* vol.13 pp: 170-3
19. Chassot PG. (2000) “Stress in European operating room personnel”. *Actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología* .Montreal, Canadá; pp. 63-64.
20. Cordes, C.L. y Dougherty, (1993) T.W. “A review and integration of the research on job burnout.” *Academy of Management Review*, 18, 4, pp. 621-656.
21. Cordes, CL y Dougherty, TW (1993): Op cit
22. Costa G. (1996) “The impact of shift and nightwork on health. *Applied Ergonomics*” vol 27, pp:9-16.
23. Costa G. The problem: Shiftwork. *Chronobiology International* 1997;14:89-98.
24. De Pablo G, Superviola-González JF. (1998) “The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians” *Aten Primaria* vol. 22 pp: 580-4
25. Díaz González R, Hidalgo Rodrigo I: El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. *Rev. Clin.Esp.*, 194 (9):670-6, 1994.).

26. Díaz-Cruz W.I. (2004) “Prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de urgencias médicas del HGR 25 y Hospital General La Raza, México” Tesis de especialización en Medicina de Urgencias IPN-IMSS
27. Edelwich, J, Y Brosky (1990) “Burnout Status of disillusionment” *Helping Professions NY Sciences*
28. Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity *Occupational Medicine* 2003;53:95-101.
29. Friedman, M 1974, “Type A behavior and your heart”. *Fawcett Crest*.
30. Gabbe S (2002) “Burnout in chairs of obstetrics and gynecology” *Am J Obstet Gynecol*, vol. 186 pp:601-12
31. Garcia B, Renovell F: (2000) “Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de las especialidades médicas hospitalarias” *An Med Interna*, vol.17, no. 3, pp:118-22
32. Garrosa, E. (2003) “Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería” Tesis doctoral no publicada. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid
33. Garrosa, E. (2003) “Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería”. *Tesis doctoral no publicada: Facultad de Psicología de la Universidad autónoma de Madrid*
34. Gil-Monte, P.R. y Peiro Silla, J.M. (1997) “Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse”. *España: Síntesis, S.A*
35. Glass-David C (1993) “Depresión, Burnout and perceptions of control in hospital nurses” *J consulting Clinical Psychol* vol. 61, no. 1 pp: 147-155
36. Grumet WG (1993) “Pandemonium in the modern hospital” *New England J Med* vol. 328 pp: 433-437
37. Guillén, C, Bozal R. (2000) “Psicología del trabajo para relaciones laborales” *Clima, Motivación, Cultura, Selección, España*
38. Guntupalli K, Fromm JR (1996) “Burnout in the internist-intensivist” *Intensive Care Med* vol. 22, pp: 625-630
39. Hidalgo-Rodrigo I (1994) “Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el

- área de medicina especializada del INSALUD de Avila” *Med-Clin-Barc* vol. 103, no. 11 pp: 408-12
40. Howard S, Healtzer JM, Gaba DM (1997).”Sleep and work schedules of anesthesia residents: a National Survey. *Anesthesiology*” vol. 87:A 932.
  41. Howard S, Smith BE, Gaba DM, Rosenkind MR.(1997) “Performance of well-rested vs. highly fatigued residents: a simulator study”. *Anesthesiology*, vol. 87, pp:943
  42. Howard S. (2001) “The Anesthesiologists and Fatigue”. *ASA Newsletter* .February vol. 65 pp:11-13.
  43. Howard SK, Gaba DM, Rosekind MR, Zarcone VP. (2002) “The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians”. *Acad Med* vol. 77, pp: 1019-1025.
  44. Jackson SH. 1999 “The role of stress in anesthetist's health and well- being.” *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 43 pp. 583-602.
  45. Jackson SH. 1999 “The role of stress in anesthetist's health and well- being.” *Acta Anaesthesiol Scand* , vol. 43 pp. 583-602.
  46. Jackson SH. 1999 “The role of stress in anesthetist's health and well- being.” *Acta Anaesthesiol Scand* , vol. 43 pp. 583-602.
  47. Jacovides A, Fountoulaskis K (1999) “burnout in nursing staff; is there a relationship between depression and burnout?” *Int J Psychiatry med* vol.29 no. 4 pp: 421-433
  48. Johnstone C (2000) “Surfacing after burnout” *BMJ* vol.320 pp: 259
  49. Kahhill, S.(1998) Symptoms of burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, pp. 284-297.
  50. Kamp C. (1997) “Occupational stress in anaesthesia”. *Anesth Intensive Care* pp. 686-690.
  51. Lazarus R S (1991)“Psychological stress in the workplace” *J.of Soc. Behavior and personality*, Vol. 6 pp. 1-13
  52. Leiper R. (2002) Applying the working time directive to doctors in training. *BMJ* pp: 325:S65.
  53. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” *Revista Mexicana de* vol 27 Supl 1 pp 131-133

54. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” *Revista Mexicana de* vol 27 Supl 1 pp 131-133
55. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” *Revista Mexicana de Anestesiología* vol27 supl.1 pp-131-133
56. López-Elizalde C (2004) “Síndrome de Burnout” *Revista Mexicana de Anestesiología* vol27 supl.1 pp-131-133
57. López-Franco M, et al (2005) “Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico” *An Pediatr* vol. 62, no.3 pp: 248-51
58. Loria, J y Guzmán L (2006) “Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México” *Rev Cub Med Int Emerg* vol.5, no.3 pp. 432-443
59. Lutsky I, et al (1993) “Psychoactive substance study use among American anaesthesiologist a 30 years retrospective study” *Can. J. Anaesth.* Vol.40, pp: 2915-2921
60. MacCall TB. (1998) “The impact of long working hours on resident physicians”. *NEJM* vol.318, pp:775 .
61. Mansilla F. et al (2002) “El síndrome de Burnout de Desagaste profesional” *Calidad de Vida* no. 40, pp: 7-11
62. Maslach (2001) “Job Burnout” *Annu Rev Psychol* vo. 53, pp: 397- 422
63. Maslach (2001) “Job Burnout” *Annu Rev Psychol* vo. 53, pp: 397- 422
64. Maslach C (1976) “Burnout” *Hum Behav* vol. 5, pp:16-22
65. Maslach C (1981) “The measurement of experienced burnout” *J. Occup Behav* vol. 2 pp: 99-113
66. Maslach C, Jackson S. (1996) “MBI, Maslach Burnout Inventory” Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
67. Maslach C, Jackson S. (1996) “MBI, Maslach Burnout Inventory” Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
68. Maslach C, Jackson S. (1996) “MBI, Maslach Burnout Inventory” Manual Research Edition Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press.
69. Mingote A, Pérez-Corral (1999) “Estrés del médico” *Manual de Autoayuda* Ed. Díaz de Santos, Madrid

70. Mingote A, Pérez-Corral (1999) “Estrés del médico” *Manual de Autoayuda* Ed. Díaz de Santos, Madrid
71. Molassiotis, A (1996) “Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses” *Cancer Nurs* vol.19, no.5 pp: 360-367
72. Monis F.R. (1998) “Estrés organizacional y condiciones de trabajo en atención primaria de salud”
73. Moreno J, et al. (2006) “El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados”. *Psicología y salud* vol.16, no.1 pp: 5-13
74. Moreno J, et al.(2006) “El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados”. *Psicología y salud*
75. Myers G (1999) “Psicología” Editorial Médica Panamericana, Madrid
76. Myers G: *Psicología*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1999
77. N.I.O.S. H. (2002) “El estrés en el trabajo” NIOSH N ESPAÑOL:  
<http://www.jobstres.html>
78. OMS 2000. “The World Health Report”. <http://www.who.int/whr>
79. Ortega Villalobos J “Estrés y trabajo. Medicina Laboral”  
<http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.aso?IdEntrega=318>
80. Osborne D, Croucher R (1994) “Levels of burnout in general dental practitioners in the south east of England” *British Dental J* vol.177, no. 10, pp:372-377
81. Owens JA. Sleep loss and fatigue in medical training. (2001) *Curr Opin Pulm Med* vol. 7, pp:411-418.
82. Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, et al.(2005) “Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Bornout en médicos anesthesiólogos”. *Salud Mental*. Feb. Vol. 28, No.1 pp-82-91
83. Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, et al.(2005) “Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Bornout en médicos anesthesiólogos”. *Salud Mental*. Feb. Vol. 28, No.1 pp-82-91
84. Pines A. Aronson E. (1991) “Burnout from teddium to personal growth” *New York free press*
85. Quill TE, Williamson PR (1990) “Healthy approaches to physician stress” *Arch Intern Med* no.150 pp: 1857-61

86. Raquepaw J (1989) "Psychotherapist burnout: A componential analysis" *Professional Psychol Research Practice* vol. 20, no. 1, pp: 32-36
87. Rocha-Luna JM "Síndrome de Burnout", ¿el médico de urgencias, incansable?" *Rev Mex Med Urg*, vol.1 pp: 48-56
88. Ross-Randall R (1989) "Job Stress, social support and burnout among counseling center staff" *J Counseling Psychology* vol. 36, no.4 pp: 464-470
89. Tait D (2002) "Resident burnout and self reported patient care" *Annals Internal Medicine*, vol. 136, no. 5, pp: 358-367
90. Talt D, Bradley C "Resident burnout and self reported patient care" (2002) *Ann Int Med* vol.136, no. 5 pp: 358-67
91. Taormina R (2000) "Approaches to preventing burnout" *J. Nurs Manag* vol. 8, no. 2, pp: 89-99
92. Van Servellen D (1994) "Emotional exhaustion and distress among nurses: how important are AIDA care specific factors?" *J Assoc Nurses* vol. 5, no. 2, pp: 11-9
93. Vickman L (2000) "Toward an understanding burnout" *Med Group Mange J* vol.47, no. 1 pp: 18-21
94. Waltier D. (2002) "Fatigue in anesthesia: Implications and strategies for patients and provider safety". *Anesthesiology*; vol. 97, pp:1281-1294.
95. Yusvisaret, et.al ((2005) "Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali" *Gac Med Mex* vol.141, no.3 pp: 181-183