



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**“Prevalencia del Síndrome de Burnout (desgaste profesional) en los médicos residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora 2008”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

***DRA. CARLA IBARRA GARCIA***

HERMOSILLO, SONORA

AGOSTO 2008.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**“Prevalencia del Síndrome de Burnout (desgaste profesional) en los médicos residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora, 2008”**

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

**PRESENTA:**

***DRA. CARLA IBARRA GARCIA***

**DR. RICARDO FRANCO HERNÁNDEZ**  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN H.I.E.S.

**DR. FILIBERTO PÉREZ DUARTE**  
DIRECTOR GENERAL DEL HIES

**DR. RAMIRO GARCÍA ÁLVAREZ**  
PROFESOR TITULAR CURSO UNIVERSITARIO

**ASESORES:**

**DRA. MARIA DEL SOCORRO MEDECIGO VITE**  
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DE PEDIATRIA

**DR. GERARDO ÁLVAREZ HERNÁNDEZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA

## ***AGRADECIMIENTOS***

A *Dios* por haberme permitido llegar hasta esta meta por el don de la vida, por estar siempre conmigo a mi lado.

A *mis padres* por ellos soy quien soy, han sido y serán el impulso que me permita seguir adelante, gracias por su cariño, confianza y apoyo incondicional que siempre me brindaron, por su fe en mí. Pero sobre todo por su comprensión, rectitud y perseverancia. Siempre están en mi corazón, a ustedes les debo todo.

A *mi hermana* por todas tus palabras de aliento, por tus consejos, por todo el apoyo que me has brindado. Horacio se que siempre estás ahí.

A *mi sobrina Marianita* quien es la alegría de la casa, tus pequeñas palabras me dan aliento para seguir adelante. A ti bebe te esperamos con alegría.

A *mi asesores* de tesis, Dra. Medécigo un agradecimiento especial por su fortaleza y profesionalismo, por dedicarme su tiempo, paciencia, comprensión y su valiosa asesoría, aquí está todo su esfuerzo. Al Dr. Álvarez por su gran ayuda para la realización de esta tesis su paciencia comprensión y su tiempo.

A *mis amigas*, Alba mil gracias por escucharme en los momentos difíciles eres una gran amiga, Marijo, Tania, Brenda ustedes han sido mi familia aquí gracias por brindarme su amistad sincera.

A *mis compañeros* residentes porque gracias a ustedes se pudo realizar este trabajo. A muchos de los cuales no solo somos compañeros sino grandes amigos hemos luchado juntos por un mismo destino, logrando que estos tres años no se olviden nunca. A todos ustedes de corazón gracias.

A *mis maestros* porque sin sus enseñanzas no habría podido cumplir esta meta, gracias por todos los conocimientos brindados. Dr. Ricardo Franco, Dr. Alberto Cano, Dr. Roberto Dórame, Dra. María de los Angeles Durazo, Dr. Norberto Sotelo, Dr. Hector Manuel Esparza, Dr. Arturo Ramírez, Dr. Alfonso Alapisco, Dr. Sergio Miranda, Dra. Lourdes Lara, Dr. Luis Antonio Bojórquez, Dra. Patricia Ruiz, Dr. Rafael Martínez, Dra. Ivonne Acosta.

# INDICE

<b>Pregunta de investigación</b> .....	1
<b>I. Introducción</b> .....	2
<b>II. Planteamiento del problema</b> .....	4
<b>III. Justificación del estudio</b> .....	6
<b>IV. Marco teórico</b> .....	7
<b>V. Objetivos</b> .....	17
<b>VI. Métodos</b> .....	18
a) <i>Sujetos de estudio</i> .....	18
b) <i>Fuente de datos y procedimientos de recolección</i> .....	19
c) <i>Plan de análisis</i> .....	21
<b>VII. Resultados</b> .....	22
<b>VIII. Discusión</b> .....	27
<b>IX. Conclusiones</b> .....	31
<b>X. Recomendaciones</b> .....	33
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	35
<b>Anexos</b>	

## **Pregunta de investigación**

¿Cómo se distribuye la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (síndrome de Burnout) en los médicos residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora en el año 2008?

## **I. INTRODUCCIÓN**

El síndrome de desgaste profesional (SDP) <sup>1</sup> es un proceso patológico que resulta de la interacción entre diversos factores internos y externos del trabajador, que lo conducen a insatisfacción laboral, identificada por falta de interés y valor por el trabajo desempeñado, y que puede presentarse en cualquier persona que mantiene un grado de estrés constante (Chavarría I, et al 2004; Grau A, et al 2007). El SDP surge como una respuesta inapropiada al estrés, caracterizada por la siguiente tríada: cansancio emocional, despersonalización y baja autoestima. En el campo profesional se ha observado que el personal más afectado es el que brinda atención directa al público, particularmente los trabajadores en el área de la salud (Ortega C, et al 2004).

En el personal de salud, se reporta una mayor frecuencia en los médicos en formación, ya que se reconoce que recae en ellos casi 80% de la carga laboral hospitalaria (Richardson V et al. 2006), y presentan largas jornadas de trabajo, con un promedio de 100 horas por semana, lo que les confiere un riesgo mayor de presentar este síndrome (Richardson V et al. 2006; Fernández M et al 2007).

El SDP o síndrome de Burnout puede considerarse como un efecto colateral crítico del trabajo del médico residente, que lo puede llevar a una pobre calidad en el cuidado del paciente, disminución en su productividad y disfunción personal. Aunado a ello, el SDP puede reducir la calidad de la educación del becario a través de un incremento en conductas amotivacionales y un bajo compromiso con su trabajo.

En México contamos con pocos estudios efectuados en relación a este tema, por lo cual consideramos que realizar este estudio en médicos residentes del Hospital Infantil del

---

<sup>1</sup> A lo largo del documento, se denominará indistintamente como síndrome de fatiga profesional o síndrome de Burnout

Estado de Sonora (HIES) contribuirá con información basal que puede ser utilizada en el diseño de intervenciones preventivas y de educación médica, así como para la toma de decisiones en el ámbito hospitalario.

## RESUMEN

**Introducción.** El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un problema de salud en la población médica. En México se desconoce con precisión su prevalencia. Múltiples factores como estrés laboral, carga asistencial, largas jornadas de trabajo y falta de sueño se asocian a su ocurrencia. **Objetivos.** Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre médicos becarios de pediatría e identificar los factores sociodemográficos reportados en la literatura. **Métodos.** Estudio transversal, en residentes de pediatría del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), que cursaban la especialidad en el 2008- Se aplicó el cuestionario Mashlach Burnout Inventory (MBI). Las diferencias fueron evaluadas mediante la prueba de Kruskal-Wallis. **Resultados.** Se encontró que 100% (n=58) de los residentes presentaron síndrome de Burnout, 27.5% en grado alto, 44.8% en grado moderado, y 27.5% en bajo grado ( $p < 0.03$ ); el grupo más afectado fue el de los residentes de primer año de pediatría, con los mayores niveles de cansancio emocional ( $p < 0.025$ ) y en cuanto a despersonalización los más afectados fueron los de tercer año ( $p < 0.005$ ). Los más afectados fueron los residentes del sexo masculino y los solteros. **Conclusiones.** (SDP) es un importante problema de salud entre los residentes del HIES, que puede influir de modo negativo en la calidad de atención que brindan y en el

desempeño académico que alcanzan. Es conveniente iniciar medidas preventivas que disminuyan la prevalencia del síndrome entre médicos becarios del HIES.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante largo tiempo se ha creído que la sobrecarga de trabajo y rigidez en las actividades educativas son ambientes adecuados para la formación del médico especialista, por el constante contacto con el estrés. Diversos estudios han apuntado la influencia que tiene éste en la fortaleza e integridad para afrontar situaciones difíciles de la práctica diaria, pero no desde el punto de vista de cómo es percibido por el residente (Chavarría I, 2004).

Una cantidad de factores relacionados con la carga laboral, con la conducta de los médicos, así como con la falta de esquemas motivacionales que mitiguen los efectos acumulados de la carga laboral excesiva, podrían explicar la mayor prevalencia de SDP en los especialistas en formación (Guevara C. 2004; Bellini L. 2005). Se sabe además, que el estrés (Mamani A. 2007) y los trastornos depresivos (Tyssen R. 2002; Rocha L. 2002) están frecuentemente asociados al síndrome. Todo esto puede afectar no solamente la salud del médico residente sino también la calidad de atención que se otorga al paciente y a sus familiares. Un médico desgastado puede presentar un círculo vicioso de maltrato con los compañeros de trabajo, pacientes y familiares, lo que lo lleva a tener malas relaciones interpersonales y mayor desgaste profesional. (Samkoff J, 1991)

No obstante las implicaciones asistenciales, educativas y profesionales del SDP, pocos trabajos se han efectuado en México entre residentes de pediatría, quienes se encuentran en particular situación de estrés por las condiciones propias de los pacientes que atienden. No hay evidencia documental acerca de la prevalencia del SDP ni de factores que pudieran explicar su distribución y las potenciales explicaciones para las diferencias que hay entre los diversos niveles de residentes. Aplicando un cuestionario ya validado para

evaluar el síndrome de fatiga profesional, se podrán obtener datos útiles para comparar la prevalencia, identificar las características y establecer comparaciones que sirvan de base para futuras investigaciones en el tema.

## **MARCO TEORICO**

El síndrome de Burnout (SB), tiene denominado indistintamente como síndrome de desgaste profesional (SDP), psíquico o del quemado (SQ), fue descrito por primera vez en 1961 en la publicación “A Burnout case” por Graham Greens (Turnes A, 2002). El psiquiatra americano Herbert Freudenberger en 1974, lo conceptualizó como “la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio como consecuencia del contacto diario en su trabajo” (Ortega C. 2004, Borda M. 2007).

Ha sido estudiado con gran interés por innumerables autores desde principio de la década de los ochenta. En 1986, las psicólogas sociales Maslach y Jackson definieron el síndrome de Burnout como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en su campo de formación” (Borda M, 2007; Japcy M. 2007). Una de las definiciones más aceptadas entre los investigadores del tema es la que aportan estas autoras, que lo precisaron como: “El cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. Este término se entiende como “una respuesta prolongada ante estresores, emotivos e interpersonales, crónicos en el trabajo, y es definido por las tres dimensiones de agotamiento, despersonalización e ineficacia” (Maslach E. 2001, Richardson V, 2006).

El SDP se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios (Ortega C, 2004), y se ha detectado principalmente en profesionales que mantienen una relación constante y directa con personas que tienen una situación de necesidad o dependencia (Shanafelt T, 2002). Ejemplo de ello son los médicos, enfermeras y profesores que se enfrentan a eventos de intensa carga emocional, confirmando lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), quien

define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados (Ferreira R, 2008).

El SB presenta varias secuelas negativas que repercuten en el desempeño, el compromiso organizacional, en conflictos en el trabajo, en el ambiente familiar, e incluso el riesgo de adquirir adicciones. El término anglosajón "*Burnout*" corresponde a estar quemado, desgastado, exhausto, y a haber perdido la ilusión por el trabajo. Se trata de un agotamiento por el excesivo esfuerzo físico y emocional que favorece la despersonalización o inestabilidad hacia el paciente, con conductas de indiferencia o rechazo y actitudes negativas hacia el trabajo y la propia persona. Este síndrome aparece en el personal que trabaja en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que les exige una repuesta emocional continua. El personal sanitario más vulnerable al estrés y al SB son los médicos en periodo de formación (Grau A, 2005; Pera M, 2002).

El médico residente vive durante un periodo variable de 3 a 5 años, según la especialidad elegida, en una situación de estrés constante, particularmente en los servicios de urgencias donde soporta una importante presión asistencial y responsabilidad, la cual en muchas ocasiones recae en los residentes de mayor grado (Atrance J. 1997; Dyrbye, L. 2002). Los servicios de urgencias pueden considerarse como verdaderos factores de riesgo en la aparición de síndrome de Burnout, pues son los lugares generadores de estrés por excelencia (alta presión asistencial, exigencias por parte de pacientes de atención inmediata, excesivas horas de trabajo, falta de descanso, falta de cooperación por parte de los enfermos y sus familiares, responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido, prisas y agobios continuos). Todos estos factores contribuyen a que la etapa de formación de los residentes sea especialmente un periodo de vulnerabilidad al estrés y al SB (Pera M. 2002; Atrance J. 1997).

El estrés es una fuerza que condiciona el umbral de tolerancia de la persona, niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés; toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente no sólo ante sus propias necesidades o expectativas, sino de igual forma a las exigencias del entorno (Arenas O, 2005). Sin embargo en nuestro país hay pocos estudios publicados que evalúen la presencia de SB en médicos residentes (Atrance J, 1997).

El modelo de ajuste entre individuo y ambiente laboral, formulado por Harrison en 1978, propone que lo que produce el estrés es un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para afrontarlas, es decir, por una falta de ajuste entre las habilidades y capacidades disponibles por las personas, las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar, también entre las necesidades de los individuos y los recursos del ambiente disponible para satisfacerlas ( Dyrbye L, 2002; Arenas O, 2006; Thomas NK, 2004). La falta de ajuste entre la persona y el entorno da origen a diversos tipos de respuestas en los sujetos: a nivel psicológico, puede suponer insatisfacción laboral, ansiedad, quejas e insomnio; a nivel fisiológico puede implicar presión sanguínea elevada o incremento del colesterol; a nivel del comportamiento puede implicar incrementos en la conducta vinculada con fumar, comer, ingerir bebidas alcohólicas, o mayor número de visitas al médico.

El síndrome de *Burnout* o SDP comparte en diversos ordenes, síntomas con la depresión y la ansiedad: (a) psicósomáticos (cefaleas, fatiga, insomnio, alteraciones menstruales, pérdida de peso); (b) conductuales (agresión, violencia, ausentismo, abuso de alcohol); (c) y emocionales (distanciamiento afectivo, tristeza, irritabilidad, impaciencia,

deseos de abandonar el trabajo, ironía, negación de emociones, evasión, etc.) (Rocha L, 2002; Oberlín J, 2007).

### ***Magnitud***

La prevalencia del SB varía ampliamente de un país a otro incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice; de allí que la prevalencia oscile entre 17.5 y 30% en diferentes regiones de España y se hallen cifras similares en Chile, donde se obtuvo una de 31% (Rocha L. 2002).

En la Universidad de Washington, un estudio realizado en residentes de medicina interna mostró una prevalencia del 76% de desgaste profesional, con una autopercepción de menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes, al compararlo con los residentes no afectados (53%), y se encontró que el componente de despersonalización era el más significativo (Samkoff J, 1991). Otro trabajo realizado en 3 instituciones Americanas observó que en 75% de los residentes de pediatría se encontraba el SB, de los cuales el 25% cumplía con los criterios de depresión (Turnes A. 2002). En Barcelona, un estudio en personal sanitario mostró que el 41.6% tenía un alto nivel de cansancio emocional, particularmente los médicos, el 23% con alto nivel de despersonalización, y un 27.9% tenía una baja realización personal, en especial los médicos. (Ortega C et al 2004). Otra investigación efectuada en otro hospital comarcal de Barcelona estimó una baja prevalencia del SB según cada dimensión: 13.9% para grado elevado de cansancio emocional, 11.1% para despersonalización y un 6.6% para la realización personal (Borda M et al 2007).

En Guadalajara, México, una investigación realizada en médicos y enfermeras de atención primaria mostró una prevalencia media de 44.3% en los médicos y aumentaba a 47.7% en el personal con especialidad en alguna área (Richardson V et al 2006). En un reciente estudio en los Estados Unidos, el 50% de los intensivistas pediátricos se encontraban en riesgo de padecer SB (Fields A et al 1995). En tanto un estudio realizado en los intensivistas pediátricos en un hospital español encontró una incidencia del 30% (Bustanza A et al 2007). Otro estudio realizado en 130 residentes de diferentes sedes de la especialidad de urgencias en el 2002, encontró que el 60% presentaba datos de estrés, 33% algún grado de depresión y 48% algún nivel de ansiedad (Díaz W. 2004).

Los resultados de diversos estudios han mostrado que cuanto más se aproximan los residentes al final de su formación médica, más probabilidad tienen de presentar el SB; se encontró que el 45% de los residentes presentan el síndrome antes de graduarse. De hecho, esta información concluyó que el médico presenta el síndrome incluso antes de comenzar con actividad laboral. En un estudio realizado en EUA se concluyó que “la medicina no solo fatiga a los médicos; los estudiantes de medicina ya empiezan a experimentar algunos síntomas de los que se conoce como SB incluso antes de empezar su vida laboral” (Shanafelt T et al 2002). En Colombia se realizó un estudio en médicos internos y residentes en el 2002 y encontró una prevalencia del 85.3%; la distribución según categoría del síndrome indicó que el 76% de los médicos presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, el 60% despersonalización y el 50% alta realización personal, sin diferencia estadísticas entre internos, residentes clínicos y quirúrgicos (Shanafelt T et al 2002).

Las características asociadas al SB son distintas en los diferentes estudios; sin embargo, algunos investigadores, tomando en cuenta resultados de múltiples trabajos, (Bellini L, 2005) han planteado como perfil de riesgo: ser mujer, tener a su cargo más de 20 pacientes, trabajar más de 36 – 40 hrs por semana (Fernández M, 2007). El síndrome se presenta en diferentes grados con una escala de gravedad, en la cual una vez adquirida la gravedad mayor es difícil retornar a niveles inferiores a menos que se adquieran técnicas de afrontamiento adecuadas. Así, el SB puede ser: (a) Leve: se comienzan a presentar síntomas vagos e inespecíficos. El afectado se vuelve poco operativo; (b) Moderado: aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración, e importante tendencia a la automedicación; (c) Severo: se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente, el abuso de alcohol y fármacos; y (d) Extremo: caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas (Oberlín J, 2007; Shanafelt T, 2002).

### ***Manifestaciones del síndrome de “Burnout” en la práctica profesional.***

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes conductas:

1. Evitación del compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo del lenguaje técnico e intervenciones, innecesarias.

3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervencionistas, hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas, de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. Desmotivación: se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos (Catsicaris C et al 2007).

Maslach, en una investigación clásica realizada en San Francisco, California, sostuvo que la condición para desarrollar síndrome de Burnout estaba relacionada fundamentalmente con características de las organizaciones más que con características personales, e identificó seis factores:

1. Sobrecarga laboral: número de horas, falta de claridad en las horas de descanso laboral y ambientes inadecuados.
2. Falta de control sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad o faltantes.
3. Insuficiente reconocimiento de la labor; ambigüedad en el desempeño de roles.
4. Sensación de injusticia: por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
5. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo: ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales.

6. Conflicto de valores: personales y los de la organización (Catsicaris C, 2007; Maslach C 2002).

Por otro lado, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (Richardson V, 2006) se realizó un estudio donde se observó que un porcentaje muy alto de sus residentes padecían el SDP, encontrándose que los principales factores de estrés laboral fueron:

1. Factores físicos: jornadas largas de trabajo (>24 horas), tiempo inadecuado de descanso, falta de lugares de descanso, privación de sueño.
2. Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas, etc.).
3. Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc.
4. Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etc.

En dicho estudio se encontró un síndrome de desgaste profesional alto en 35% de los residentes (n =86), moderado en 16% y bajo en 49%, predominantemente entre residentes de segundo y primer año del sexo masculino. Por lo tanto ellos trataron de implementar un nuevo programa de residencias médicas aplicando las siguientes mejoras a las cuatro áreas predisponentes del síndrome de desgaste profesional:

1. Factores físicos:
  - Desaparecer castigos como las guardias nocturnas adicionales. No dormir no le sirve a nadie y el más afectado es el paciente. Hay que limitarse a ejercer medidas disciplinarias diurnas como actividades clínicas o académicas complementarias, que tengan un beneficio objetivo.

- En lo posible, implementar guardias A-B-C-D y asegurar descansos justos para todos.
  - Distribuir equitativamente el trabajo entre todos los residentes.
  - Promover su participación en actividades deportivas y culturales.
2. Factores ambientales:
- Propiciar ambientes de respeto, con reconocimientos por excelencia y trato digno, sin humillaciones. La disciplina no implica abuso de autoridad, y puede ejercerse en privado.
3. Factores organizacionales:
- Asegurar rotaciones que efectivamente les dejen enseñanza; asegurar que el comedor les ofrezca una dieta balanceada; apoyar con servicios de laboratorio y toma de muestras, camilleros y mensajeros eficientes, simplificar los formatos hospitalarios, otorgar becas para congresos, etc.
4. Factores personales:
- Tener un programa de tutores para ofrecerles comunicación abierta, constante y personalizada. Detección temprana de síntomas de alto riesgo, con referencia a atención psiquiátrica eficaz. Apoyo psicológico individual y grupal.

Se trabajó con un nuevo programa en el 2005 observando que la deserción disminuyó significativamente (a 3 residentes ó 10% del total). Ninguno de los casos se asoció a síndrome de desgaste, fueron causas económicas, familiares o vocacionales. En el 2006, no hubo deserciones del programa de pediatría, en el citado hospital después del cambio de programa (Richardson V. 2006)

Se realizó otro trabajo en Chile donde se incluyó a un total de 258 médicos y se observó que la patología se presentó hasta en el 83%, la frecuencia de casos sintomáticos aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal en aquellos con más de 60 horas.



## **V. OBJETIVOS**

### **A) General**

Determinar la prevalencia y categorizar el síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora, en el año 2008.

### **B) Específicos**

1. Determinar el grado de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que refieren los residentes
2. Clasificar el grado de Burnout de acuerdo al año de residencia médica
3. Identificar los factores sociodemográficos de los residentes médicos que presentan el síndrome de desgaste profesional (síndrome de Burnout).

### **III. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

Este estudio se realizó con el fin de estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora, que cursaban su residencia en el año 2008. Siendo un hospital de concentración que atiende población no derechohabiente de otras instituciones de salud y derechohabiente del Seguro Popular, con un promedio de 130,000 consultas al año y 140 pacientes hospitalizados por mes, puede considerarse un escenario propicio para que sus residentes desencadenen el síndrome.

Este estudio se propuso generar información basal acerca de la magnitud del problema al examinar el volumen de médicos desgastados profesionalmente, y así ser valorado por los directivos del hospital y por la división de enseñanza para encontrar medidas de apoyo para prevención del síndrome.

El proyecto permitió examinar de manera individual a los residentes, conocer el grado de Burnout que presentaban, y proponer medidas preventivas. Fue el primero en su tipo realizado en los residentes del Hospital Infantil. Eventualmente, los resultados de la investigación pueden contribuir en la elaboración de estrategias preventivas de factores asociados a la prevalencia del evento, así como servir de base a futuras investigaciones prospectivas en el tema, tanto en el propio HIES, como en otros hospitales con residentes médicos.



## ***VI. METODOS***

Se trata de un estudio exploratorio de tipo transversal, que se realizó en residentes del programa de pediatría médica y subespecialidades en pediatría (neonatología, oncología y cirugía) del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), adscritos a la unidad médica en el año 2008.

Todos los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética del HIES antes de su ejecución. Este estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido en el título segundo capítulo 1, artículo 17 fracción II de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, y pudo realizarse con los recursos humanos y materiales de la propia institución.

### ***a) Sujetos de estudio***

El estudio incluyó un total de 60 residentes, distribuidos de la siguiente manera: catorce de primer año, diecisiete de segundo, quince de tercero, siete de cirugía pediátrica, cuatro de Neonatología y tres de Oncología. Los sujetos de estudio participaron voluntariamente y todos los datos generados por su inclusión fueron manejados confidencialmente por la disertante y su asesor de tesis. Para ser incluidos, los médicos residentes debían cumplir con los siguientes criterios de:

- i) **Inclusión:** Ser residente del programa de pediatría médica o subespecialidad del HIES, contestar voluntariamente el cuestionario, y completar adecuadamente el mismo.
- ii) **Exclusión:** ser residente permanente de las especialidades de urgencias médicas, ortopedia y anestesiología, ya que ellos solo rotan por periodos muy cortos y no realizan guardias en nuestro Hospital.

iii) Eliminación: que los cuestionarios fueran respondidos en forma incompleta o deficientemente llenados

***b) Fuente de datos y procedimientos de recolección***

Los residentes fueron invitados a participar en un estudio de investigación pero no se les mencionaron específicamente las palabras burnout, desgaste profesional, o estrés. Cada médico llenó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory MBI” sin límite de tiempo para contestarlo (Anexo 3). Las dudas acerca del cuestionario fueron resueltas por personal que no conocía el plan de análisis del trabajo para que no influyera en sus respuestas. Se cuidó de no aplicar el cuestionario a los residentes que recién habían salido de guardia; a ellos se les aplicó al día siguiente. Todos los participantes llenaron y firmaron una carta de consentimiento informado (Anexo 1), donde se aseguraba la confidencialidad de los datos y que no tendría repercusión en su historial académico.

Para la descripción de los servicios de rotación, éstos se agruparon de la siguiente manera: en el grupo 1 los servicios que implican un contacto directo y de primera instancia con el paciente (urgencias, consulta de urgencias, cirugía pediátrica), en el grupo 2 los servicios de hospitalización con pacientes relativamente estables el grupo 3 estuvieron los servicios de hospitalización con mayor número de factores desencadenantes de estrés, (UCIN – UCIP, neonatología, servicio de atención neonatal inmediata (SANI).

Para estimar el porcentaje de carga laboral se consideró la cantidad total de horas de trabajo que deben ser cubiertas por un médico en un día de trabajo hospitalario y el porcentaje que de éstas cubre el médico residente (Ferrada, 2005).

Los datos fueron obtenidos de dos fuentes: la primera mediante un cuestionario de 10 preguntas abiertas (anexo 2), exploró aspectos sociodemográficos; mientras la segunda parte consistió en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22

preguntas con opciones de respuesta tipo Likert. El MBI es un instrumento diseñado y validado internacionalmente (Maslach C 1996) que evalúa los tres aspectos fundamentales del SDP: agotamiento emocional, despersonalización y ausencia de logros. El cuestionario puede consultarse en el anexo 3 y la definición operacional de las variables investigadas en el anexo 4.

El síndrome de Burnout fue examinado como una variable discreta y se categorizó en grados leve, moderado o severo, y no como una variable dicotómica (si/no). Altas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y ausencia de logros personales, fueron reflejas de un grado severo de *Burnout*. Un grado moderado, fue consecuencia de puntuaciones medias de las tres subescalas. Bajas puntuaciones en los de logros personales y bajas en cansancio emocional y despersonalización, son indicativas de un grado leve. (Ayuso M et al, 2008).

### **Escala de medición**

1. La subescala de cansancio o desgaste emocional (CE), está constituida por nueve ítems que permiten su clasificación en tres grados: alto para un puntaje igual o mayor a 27, moderado de 19 a 26 puntos, y bajo 18 puntos o menos, y valora la sensación de estar emocionalmente saturado o exhausto por el propio trabajo.
2. La subescala de despersonalización (DP), está integrada por cinco ítems, (alto grado con más de 9 puntos, moderado de 6 – 9 puntos y bajo, menor de 6), describe el grado en el cual la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal.
3. La subescala de logros personales o realización personal (RP), consta de ocho ítems (0 – 33 puntos alto grado, 34 a 39 puntos moderado y más de 40 puntos bajo), que valoran los sentimientos de logro y competencia en la realización del trabajo.

### **c) *Plan de análisis***

Las respuestas obtenidas fueron capturadas electrónicamente en una base de datos para la que se usó el software Excel ® que incluyó las variables sociodemográficas así como las de la escala de Maslach.

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para las variables sociodemográficas y la distribución de los datos. Se empleó un análisis estadístico no paramétrico con la prueba de Kruskal-Wallis para la evaluar las diferencias entre los grupos de residentes. Tales diferencias se consideraron estadísticamente significativas con valores de  $p < 0.05$ .

## **VII. RESULTADOS**

Las características sociodemográficas de los sujetos del estudio se despliegan en la tabla 1, en ella se puede observar que la media de edad fue de 28.7 años. No hubo diferencias en la distribución por sexo. La mayoría de ellos (68.9%) eran solteros y 39.7% estaba laborando en servicios clínicos del grupo 3<sup>1</sup>. El número promedio de horas trabajadas a la semana por los residentes fue de 102, con un rango que osciló entre 85 y 107.

---

<sup>1</sup> El grupo 3 incluyó a los servicios de Neonatología, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y el Servicio de Atención Neonatal Inmediata

**Tabla 1. Distribución proporcional de características sociodemográficas de médicos residentes. HIES, 2008**

Variable	n = 58	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	29	50.0
Femenino	29	50.0
<b>Estado civil</b>		
Casado	15	25.8
Soltero	40	68.9
Unión libre	3	5.1
<b>Grado de residencia</b>		
1er grado	14	24.1
2do grado	17	29.3
3er grado	13	22.4
Especialidades pediátricas	14	24.1
<b>Servicio de rotación <sup>1/</sup></b>		
Grupo 1	14	24.1
Grupo 2	21	36.2
Grupo 3	23	39.7
<b>Servicio de guardias <sup>1/</sup></b>		
Grupo 1	23	39.7
Grupo 2	24	41.3
Grupo 3	11	18.9
	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Edad</b>	28.7	1.5
<b>Horas de trabajo</b>	104	12.3
<b>Guardias</b>	10	1.44

1/ **Grupo 1:** Urgencias, Consulta de Urgencias, Cirugía Pediátrica **Grupo 2:** Medicina Interna, Oncología, Infectología, **Grupo 3:** UCIP (Unidad de cuidados intensivos Pediátricos), Neonatología, SANI (Servicio de Atención Neonatal Inmediata).

Por otra lado, se observó que la totalidad de sujetos estudiados presentó en algún grado, el síndrome de Burnout; la mayor prevalencia (44.8%) del evento correspondió al grado moderado; los individuos con SB severo y leve tuvieron la misma prevalencia (27.5%). Se observó que la mediana de los scores del test de Maslach fue significativamente diferente para los grados del síndrome ( $\chi^2=15.2$ ,  $p < .005$ ). [Tabla 2]

**Tabla 2. Distribución de los resultados de Escala de Maslach en residentes, de acuerdo a la categoría de Burnout. Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2008**

<b>Categoría de Burnout</b>	<b>n = 58</b>	<b>Mediana</b>	<b>Valor de p*</b>
Severo	16	76.8	< 0.005
Moderado	26	73.2	
Leve	16	54.7	

\* Diferencia de medianas, basada en una prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

Por otra parte, cuando se revisó la distribución de la prevalencia del SB de acuerdo a los grupos de rotación clínica, se observó que los residentes incluidos en el grupo 3 (n=23) tuvieron la mayor prevalencia (39.7%), en tanto que en los del grupo 2 (n=21) fue de 36.2 % y en los del grupo 1 (n = 14) fue de 24.1 %. No obstante lo anterior, el SB en grado severo fue más prevalente (17.2%) en los residentes del grupo 3, seguidos por los del grupo 2 (6.8%) y finalmente los del 1 (3.4%). La mediana del score de Maslach fue significativamente diferente entre los tres grupos de residentes ( $\chi^2 = 12.1$ ,  $p < .0025$ ).

Al examinar la distribución del síndrome de acuerdo al año de residencia en que se encontraban los médicos, se pudo observar que en los de primer año el SB fue severo en 28.5% de ellos, en los de segundo fue de 21.4%, en los de tercero fue de 53.8% y en los de especialidades fue de 14.2% ( $p < .005$ ). En cuanto al grado moderado, los residentes de especialidades fueron los de mayor prevalencia (57.1%), y finalmente en el grado leve, fueron los residentes de segundo año quienes tuvieron la prevalencia más elevada (47%). Se apreciaron diferencias significativas en la mediana del score del test de Maslach entre los distintos grupos de residentes. Los detalles se despliegan en la tabla 3

**Tabla 3. Puntuaciones de la escala de Maslach para evaluar síndrome de fatiga profesional, de acuerdo al grado de residencia médica. HIES, 2008**

Variable	Escala global de Maslach			Diferencia de medianas 1/	
	Mediana	DS	Rango	$\chi^2$	Valor de p <sup>B/</sup>
Residentes 1° año	70	20.1	43-98	15.2	<.005
Residentes 2° año	64	17.6	43-100		
Residentes 3° año	83	19.0	47-117		
Residentes de EM	66	18.8	30-93		

B/ Basada en una prueba no paramétrica de Kruskal Wallis

Al examinar los componentes del síndrome, se observó que el cansancio emocional severo fue más prevalente (78.5 %) entre los residentes de primer año, aunque dos tercios de los médicos de tercer año y de especialidades médicas también estuvieron en esta categoría. Por lo que respecta al componente de despersonalización, éste fue severo en 69.2% de los residentes de tercer año, la más alta, mientras que sólo en 21.4% de los de especialidades. Finalmente, por lo que concierne a baja realización personal, la prevalencia más elevada (76.9%) correspondió a los médicos de tercer año. [Tabla 4] Las diferencias entre los grupos de residentes en el score alcanzado con el test de Maslach para cada uno de los citados componentes, fueron estadísticamente significativas, tal como se observa en la tabla 5.

**Tabla 4. Distribución proporcional de los componentes del Síndrome de Burnout, según el grado de residencia médica. HIES 2008.**

Escala	Grados	Frecuencias relativas			
		R1 (n=14) <sup>1</sup>	R2 (n=17) <sup>1</sup>	R3 (n=13) <sup>1</sup>	REP (n=14) <sup>1</sup>
Cansancio emocional	Severo	78.5	58.8	69.2	64.2
	Moderado	14.2	35.2	21.4	28.5
	Leve	7.2	5.8	7.6	7.1
Despersonalización	Severo	64.2	29.4	69.2	21.4
	Moderado	21.4	47	15.3	28.5
	Leve	14.2	23.5	15.3	50
Realización personal	Severo	0	0	0	0
	Moderado	35.7	35.2	23	28.5
	Leve	64.2	58.8	76.9	71.4

<sup>1</sup>/R1: Residente de primer año. R2: Residente de segundo año. R3: Residente de tercer año. REP: residente de especialidades pediátricas.

**Tabla 5. Puntuaciones de la escala de Maslach para evaluar síndrome de fatiga profesional, de acuerdo al grado de residencia médica. HIES 2008**

Variable	Residente de 1° año (n = 14)			Residente de 2° año (n = 17)			Residente de 3° año (n = 13)			Residente de subespecialidad (n = 14)			Diferencia de medianas <sup>1/</sup>	
	Mediana	DS	Rango	Mediana	DS	Rango	Mediana	DS	Rango	Mediana	DS	Rango	$\chi^2$ <sup>A/</sup>	Valor p <sup>B/</sup>
CE	38	10.3	16 - 48	25	9.5	14 - 47	35	11.2	19 - 54	32	10.8	6 - 43	10.3	0.025
DP	11	5.5	0 - 19	7	6.0	0 - 21	17	5.9	4 - 22	6	6.0	0 - 20	18.8	<.005
RP	27	7.3	14 - 39	29	4.3	21 - 38	31	6.7	22 - 40	31	7	17 - 36	7.97	<.05

<sup>1/</sup>CE: Cansancio emocional. DP: despersonalización. RP: Realización personal

<sup>1/</sup> Basada en una prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

## VIII. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio, el primero en su tipo dentro del Hospital Infantil del Estado de Sonora, sugieren que el síndrome de Burnout es un serio problema de salud entre la población de residentes médicos de la División de Pediatría. Aún cuando su prevalencia varía ampliamente de un país a otro, de un hospital a otro y de una especialidad a otra, el hecho de que la totalidad de la población examinada haya mostrado algún grado de afectación sugiere que la escala de Maslach es altamente sensible, aunque probablemente con especificidad limitada, para identificar trabajadores en riesgo de fatiga profesional. (Schaufeli WB et al 2001b)

Es posible que tal situación se deba a que la escala no tiene puntos de corte clínicamente validados, y no logra distinguir entre “síndrome de Burnout debido a stress” e “incapacidad mental debida a Burnout”, dos categorías clínicas que diferencian los patrones clínicos y psicológicos de los trabajadores afectados por el síndrome (Schaufeli WB et al 2001b). Además, no se evaluó el efecto de variables productoras de estrés laboral, por ejemplo, el rol de conflictos laborales, la ambigüedad de funciones y la sobrecarga de trabajo, sobre las tres dimensiones evaluadas por el SB (Peiró JM et al 2001). No obstante que este estudio no pretendió examinar tal asociación, los hallazgos sugieren la conveniencia de realizar futuras investigaciones en tal sentido, especialmente porque hipotetizamos que la sobrecarga laboral puede desempeñar un rol crucial en el desarrollo del síndrome en la población médica becaria de hospitales pediátricos públicos.

Por otro lado, particular atención merecen los individuos categorizados con un grado severo de Burnout, de los cuales la mayor prevalencia se encontró en los residentes

de tercer año de pediatría. Diversos estudios han mostrado que cuanto más se aproximan los residentes al final de su formación médica más probabilidad tienen de presentar el SB (Shanefelt T 2001), lo que también fue observado en este estudio. Esto puede ser explicado porque los residentes de último año en el HIES porque existe un efecto acumulado del estrés propio de sus actividades diarias, por el contacto permanente con necesidades humanas, por las condiciones estructurales del escenario en donde se desempeñan y por la falta de una red de soporte social que mejore o alivie factores desencadenantes del síndrome (Peiró JM et al 2001, Schaufeli WB et al 2001a).

Por lo que respecta a las dimensiones que examina el Maslach, llama la atención que los residentes de primer año presentaban un mayor predominio de cansancio emocional, mientras que los de segundo de año tuvieron una baja realización personal y los residentes de tercero presentaron mayor grado de despersonalización. La capacidad del test de Maslach para examinar tales dimensiones, nos permite corroborar que el SB no es un proceso estático, sino dinámico, que varía en su presentación debido probablemente a su relación con el tipo de funciones desempeñadas, las emociones laborales y los factores de estrés a que los médicos estén expuestos en cada año de su residencia (Zapf D et al 2001). La identificación de la dimensión afectada puede contribuir positivamente en la implementación de medidas preventivas. Otra observación importante dentro de las escalas de valoración es que el rango de realización personal se encontró alto, lo que nos indica que pese a tener cansancio emocional, el residente de la institución tiene una elevada autoestima.

En cuanto a la prevalencia del SB en los diferentes servicios de rotación se debe destacar el hecho de que ésta fue mayor, en aquellos médicos residentes que se encuentran

sujetos a mayor estrés en las unidades de cuidados intensivos. Este hallazgo supone una alerta para el HIES y plantea la conveniencia de implementar estrategias que contrarresten las posibles fuentes de estrés crónico que genera el agotamiento.

En cuanto al estado civil los resultados coinciden con la literatura que menciona que el ser casado proporciona un factor de protección (García G et al 2001; Richardson V et al 2006; Robles V et al. 1995). En nuestra población se encontró que los solteros presentaron el SB con mayor frecuencia, aunque este hallazgo no fue significativo. Esto pudiera ser parcialmente explicado porque la mayoría de los sujetos de estudio provienen de diferentes estados y pocos cuentan con familia en la ciudad, lo que limita sus redes de soporte social y la posibilidad de contar con factores protectores para el síndrome (Leiter MP et al 2001). Como mencionan algunos estudios, el apoyo de la familia es indispensable para sobrellevar el estrés crónico que desencadena el SB (Molina A et al. 2003; Richardson V. et al 2006).

Adicionalmente, se sabe que una persona que trabaja más de 40 horas a la semana tiene mayor riesgo de presentar Burnout (Fernández M et al. 2007). En este estudio, se pudo observar que los residentes trabajan en promedio 104 horas a la semana, con aproximadamente 10 guardias al mes. Esta carga laboral es excesiva, si se considera que un Mexicano promedio dedica 51 horas a la semana a su trabajo (INEGI, 2002). No obstante que tal carga está normada para médicos en formación en los hospitales del país, ya que se establece de acuerdo al Plan Único de Especialidades Médicas, (Pintos AB 2003) y a la NORMA Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, es conveniente que se discuta su pertinencia no solo como un factor que disminuya la capacidad de aprendizaje de los médicos becarios, sino su capacidad asistencial. Es muy probable que el exceso de labores constituya un factor de riesgo para

presentar el SB en médicos residentes. Aunado a esto, se debe considerar que el médico que tiene a su cargo más de 15 pacientes por guardia sufre de estrés, cansancio y un alto riesgo de despersonalización (Sarnokoff J. et al 1991; Fernandez M. et al. 2007). En el presente estudio se pudo observar que en promedio cada médico residente tuvo a su cargo 20 pacientes por guardia, un número más elevado que lo reportado en otros estudios (Borda P 2006). Esto podría explicar el hecho de que los sujetos del estudio tuvieron una mayor prevalencia de desgaste profesional, lo que también puede incrementar el riesgo de que presente despersonalización (Zapf D. et al, 2001).

Algunas limitaciones técnicas del presente estudio deben considerarse cuidadosamente al hacer las interpretaciones de los hallazgos. En primer lugar, el diseño transversal que se empleó no permite determinar una relación de causalidad, ni tampoco se midieron factores confusores como la estructura hospitalaria, los conflictos familiares (Burke R. & Greenglass ER 2001) y el hecho de haber recibido vacaciones (Westman M. & Etzion. D 2001), todos ellos han mostrado un efecto sobre la presencia del síndrome. Para superar tal limitación, se requieren estudios prospectivos en los que se relacionen tipos de personalidad, eventos hospitalarios adversos, desempeño académico, supervisión de médicos adscritos, efectos del síndrome sobre familiares y compañeros, entre otras variables.

Otra de las limitantes que podría tener esta investigación corresponde a un potencial sesgo de información por el grado de honestidad en las respuestas de los residentes encuestados, pues está previsto que con los instrumentos utilizados pueda presentarse esta posibilidad, sobre todo considerando que el estudio fue llevado a cabo por personal de la

institución. Es conveniente que los cuestionarios sean aplicados por personal ajeno a la institución.

## ***IX. CONCLUSIONES***

El síndrome de desgaste profesional o Burnout, constituye un importante problema de salud entre los residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora, ya que la totalidad de ellos presentó algún grado de afectación. De los componentes evaluados, el más afectado fue el de cansancio emocional, siendo el grupo de tercer año el más perjudicado. La realización personal en general se encuentra en un nivel alto y es inversamente proporcional al cansancio emocional. Cabe destacar que los que presentan mayor grado de despersonalización son los residentes de tercer año, probablemente como consecuencia de un mecanismo compensatorio del estrés crónico al que están sometidos (Zapf D. et al, 2001).

Los resultados obtenidos sugieren la conveniencia de diseñar medidas para la prevención del síndrome en el HIES. Algunas de esas pueden incluir el fomento al desarrollo individual, crear redes de soporte intrahospitalarias para las relaciones interpersonales entre los residentes, así como con los médicos adscritos y directivos, y establecer un programa de estimulación a favor del bienestar del residente, de la calidad de atención brindada a la población infantil y de la institución. (Maslach C. 2001)

El síndrome de Burnout no solo impacta negativamente al desempeño de la profesión médica. Se extiende al resto de actividades cotidianas del médico y sus familiares y seres queridos. Es conveniente reflexionar, planear, escoger y reclamar una vida plena, que permita al médico en formación sortear las cada vez más competidas demandas en la vida profesional y personal. Parafraseando a Goethe, quien dijo que “pensar es fácil, actuar es lo difícil”, este estudio demuestra que existen motivos suficientes para actuar oportunamente mediante estrategias inteligentes que sean benéficas para el desarrollo

profesional de los médicos residentes. Parece necesario comenzar actividades para combatir y prevenir el burnout en los residentes del HIES, lo que podría contribuir positivamente para proteger su salud, eficientar su productividad y mejorar su creatividad, compromiso y alegría de vivir. Se puede hacer, ya hemos visto que se ha hecho.

**“Tenemos la obligación moral de cuidar a quienes nos cuidan”**

## ***X. RECOMENDACIONES***

### **A. Metodológicas**

1. Incrementar el tamaño de la muestra a toda la población médica de la institución, y poder involucrar a otras instituciones de salud. Esto aumentaría no solo el poder estadístico de los hallazgos, sino la validez externa del estudio, lo que contribuiría positivamente para generalizar los resultados en la población médica.
2. Investigar con mayor precisión las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome y examinar la potencial asociación con factores confusores y otros mediadores de efecto (p.e. estrés, conflictos familiares, ambiente laboral). En este sentido es importante que se amplíe el cuestionario sociodemográfico.

### **B. De investigación**

1. Es conveniente que se lleven a cabo futuras investigaciones acerca del síndrome de Burnout, pues es una problemática que no ha sido suficientemente explorada en la población médica de Sonora.
2. Se deben realizar estudios prospectivos que permitan observar el seguimiento de los residentes durante su formación, ésto es altamente recomendable para una institución de enseñanza como el HIES, en la que la mayor carga asistencial recae en los residentes y en la que se busca que ellos egresen con una excelencia académica.

### **C. De políticas de salud**

1. En vista que el síndrome de Burnout es en verdad complejo, frecuentemente subestimado y parcialmente desconocido, es conveniente involucrar activamente a todo el personal de salud y a las autoridades, para diseñar e implementar un programa que ayude a contrarrestar el síndrome y no evolucione hacia un grado severo.
2. Es conveniente que el hospital cuente con suficiente personal administrativo y de mensajería para disminuir la carga laboral de los residentes, particularmente en tareas específicas como manejo y envío de muestras, solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, entre otras, lo que les permitiría enfocarse al trabajo médico para brindar una atención de mejor calidad.
3. Dadas las características del hospital y los factores asociados al SB, es posible esperar que en años venideros una prevalencia relativamente constante de Burnout severo entre residentes. Por ello, es conveniente que se lleven a cabo medidas específicas para prevenir o reducir su presencia. Corresponde a la División de

Enseñanza buscar los apoyos psicológicos, administrativos y académicos necesarios para su manejo.

4. La escala de Maslach es útil para detectar Burnout, por lo que es recomendable que se utilice en forma rutinaria en todos los médicos becarios. Un buen seguimiento incluiría exámenes periódicos al ingreso a la residencia y cada año, al menos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Arenas O. (2006) *Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel*. Rev. Cirujano general 28 (2):123 – 133.
- Atrance F, Navarro L, Borda R, Pérez G. (1997) *Epidemiological aspects of the Burnout syndrome in health workers*. Rev. Esp. Salud Pública. 71 (3): 293- 303.
- Avila S C, Diaz W, García B. (2002) *Prevalencia de estrés manifestado como ansiedad y depresión entre los residentes en urgencias médico quirúrgicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México* Rev. Med. IMSS 11,(4): 8 – 23.
- Bellini L, Shea J. (2005) *Mood change and empathy decline persist during 3 years of Internal Medicine training*. Acad Med. 6 (80) :164 – 176.
- Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR. (200) *Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias*. An Med Interna 52:418 – 422
- Borda M. (2007). *Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*. Rev. Uni. Barranquilla (Col.). 23(1): 43 – 51.
- Bustanza A, Lopez-Herce J, Cariillo A. (2007) *Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles*. Anales Españoles de pediatría. 52 ( 5): 234 – 247.
- Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. (2007). *La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica*. Arch Argent Pediatr. 105, (3): 236-240.
- Cebria J, Segura J, Corbella S. (2001). *Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia*. Aten Primaria. 27:459 – 68.
- Chavarría I. R. (2004) *Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico-quirúrgicas*. Rev Med IMSS. 42:371 – 78.
- Diaz W I. (2004). *Prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de urgencias médicas del HGR 25 y Hospital General La Raza. México* Rev. Med. IMSS. 7,(3):34 – 38.
- Dyrbye, L, Shanafelt, T. (2002) *Estudiantes de medicina y médicos quemados*. IntraMed. 8: 23 - 28.
- Fernández M, Martínez C. (2007) *Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio*. Emergencias.19:116-121.
- Ferreira R. (2008) *Burnout en residents y error médico*. BMJ. 7(2):12 – 28.
- Frields. A, Cuerton T (1995). *Physician burnout in pediatric critical care medicina*. Crit Care Med 23:1425 – 1429.
- García G, Dickinson ME. (2001) *Frecuencia del síndrome de burnout en personal de primer y segundo nivel de atención*. Tesis Universidad Autónoma Nacional de México. 8 (2):12- 18.

- Grau A, Martín E. (2005) *Desgaste profesional en el personal sanitario y ambientales*. Gaceta sanitaria. 19 (6):28 - 40.
- Guevara C, Henao D, Herrera J. (2004) *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes*. Rev Col. Méd. 35:173-78.
- Japcy M, Larios C. (2007) *Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo"*. Acta Colombiana de psicología. 10, 2):117 – 125.
- Leiter MP, Frizzell C, Harvie P & Churchill L. (2001). *Abusive interactions and burnout: examining occupation, gender, and the mediating role of community*. Psychol Health 16: 547-563
- Mamani A. (2007) *Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia*. Rev Per Obst Enf, 3(1):32 – 42.
- Martínez L P, Medina M.ME, Rivera E. (2005) *Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes*. Rev Fac Med UNAM. 48:191–197.
- Maslach C, Leiter M. (1997) *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass. 7(4):33 – 45.
- Maslach C.Jackson SE. (1996) *The Maslach burn-out Inventory. Manual research Edition. University of California*. Palo Alto. Consulting Psychologist Press. 34:3-17.
- McManus, Keeling A, Paice E. (2004) *Stress, burnout and doctors attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates*. BMC Medicine. 6,(2):23 – 24.
- Molina A, García M, Alonso M.(2003) *Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid*. Aten primaria. 31(9):564 – 74.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-090-ssa1-1994, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
- Oberlín J.(2007) *Síndrome de Burnout en profesionales médicos*. Rev. Méd. Rosario.73:12 – 20.
- Oblitas G. (2005) *Ansiedad y estrés*. Psicom Editores. Cali Colombia. 1 – 75.
- Ordenes D. (2004) *Prevalencia de burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río*. Rev Chil pediatr. 75(5):449 – 454.
- Ortega C, López F. (2004) *El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Int J Clin Health Psicol. 4(1): 137 – 160.
- Ortega R. (2005) *Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Int J Clin Helth Psychol. 4(1):18-21.
- Pera M, Serra P. (2002) *Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un Hospital comarcal*. Gaceta Sanitaria. Barcelona. 6(10):76 - 82.

- Peiró JM, González-Romá V, Tordera N & Mañas MA. (2001). *Does role stress predict Burnout over time among health care professionals?* Psychol Health 16: 511-525
- Pintos AB. (2003). *Plan Unico de Especialidades Médicas Pediatría*. Fac Med. UNAM.
- Richardson V, Lopez C (2006) *Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?* Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.2006. 63(3):155-157.
- Robles VM. (1995) *Identificación de factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional en maestros de universidades mexicanas*. Tesis Universidad Iberoamericana, 1: 1-20.
- Rocha L. (2002) *Síndrome de Burn-Out. ¿El médico de urgencias incansable?* Rev Mex Med Urg. 1(3):48-56.
- Samkoff J, Jacques CH. (1991) *A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on resident's performance*. Acad Med. 66(4):687-693.
- Schaufeli WB & Greenglass ER. (2001a). *Introduction to special issue on burnout and health*. Psychol Health 16: 501-510
- Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C & Kladler A. (2001b). *On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout measure*. Psychol Health 16: 565-582
- Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. (2002) *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. Ann Intern Med. 136 (2):358 – 367.
- Thomas NK, Quintana H. (2004) *Resident burnout*. JAMA. 2(5):280- 292.
- Turnes A. (2002) *La salud mental, el médico y los profesionales de la salud*. El Diario Médico, Salud Hoy.2(6):37 – 41.
- Tyssen R, Vaghun P.(2002) *Mental health problems among young doctors*. Harvard Rev Psychiatry. 10(2):154- 165.
- Westman M & Etzion D. (2001). *The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism*. Psychol Health 16: 595-606.
- Zapf D, Seifert C, Schmutte B, Mertini H & Holz M. (2001). *Emotion work and job stressors and their effects on burnout*. Psychol Health 16: 527-545

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
HOSPITAL INFANTIL DE SONORA  
“Luisa María Godoy Olvera”

Fecha \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en participar en la encuesta cuyo propósito es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios de Salud su trabajo y a las personas a quienes dan servicio, así como aceptar el compromiso de responder con la mayor veracidad.

Se me ha informado que en el estudio se mantendrá en todo momento la confidencialidad de la información que proporcione con respecto a mi privacidad, así como el anonimato.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ANEXO 2.**  
**CUESTIONARIO**

Edad \_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Año de especialidad que estás cursando\_\_\_\_\_

Servicio en rotación \_\_\_\_\_

Servicio en guardias\_\_\_\_\_

Número de pacientes a cargo en día ordinario \_\_\_\_\_

Número de pacientes a cargo en día de guardia\_\_\_\_\_

Cuántas horas en promedio trabajas por semana (sin contar guardias) \_\_\_\_\_

Cuántas guardias realizas al mes\_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### ESCALA MASLACH

**INSTRUCCIONES:**

A continuación encontrará algunas afirmaciones, lea atentamente cada frase, por favor indique que tan bien describen la manera en que usted se siente con respecto a su actividad laboral. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

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

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	0	1	2	3	4	5	6
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado.	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

## Anexo 4

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CONCEPTO	MEDICION	VARIABLE ANALITICA	FUENTE DE DATOS
<b>Edad</b> Tiempo de existencia desde el nacimiento	Variable cuantitativa continua	<b>Edad del residente</b> Valores 23 - 33	Cuestionario de captura de datos
<b>Sexo</b> Genero Humano	Variable cualitativa nominal	<b>Sexo del residentes</b> a) Masculino = 1 b) Femenino = 2	Cuestionario de captura de datos
<b>Estado civil</b> es la situación de las <a href="#">personas físicas</a> determinada por sus relaciones de <a href="#">familia</a> , provenientes del <a href="#">matrimonio</a> o del <a href="#">parentesco</a> , que establece ciertos <a href="#">derechos</a> y <a href="#">deberes</a>	Cualitativa nominal	a) Soltero = 1 b) Casado = 2 c) Union libre = 3	Cuestionario de captura de datos
<b>Servicio rotación</b> Lugar en donde el residente se encuentra asignado para su trabajo asistencial y acaddecimo. Turno matutino	Variable cualitativa ordinal. Se clasificara en 3 grupos.	<b>Servicio de rotación</b>  <b>Grupo 1</b> - Consulta de urgencias - Urgencias - Cirugia pediátrica  <b>Grupo 2</b> - UCIP - Neonatología - SANI  <b>Grupo 3</b> - Infectología - Medicina Interna - Oncología - Rotación de campo	Cuestionario de captura de datos
<b>Servicio de guardias</b> Lugar en donde el residente se encuentra asignado para su trabajo asistencial y acaddecimo. Turno vespertino - Nocturno	Cualitativa nominal	<b>Servicios guardias</b>  <b>Grupo 1</b> - Consulta de urgencias - Urgencias - Cirugia pediátrica  <b>Grupo 2</b> - UCIP - Neonatología - SANI  <b>Grupo 3</b> - Infectología - Medicina Interna - Oncología - Rotación de campo	Cuestionario de captura de datos
<b>Guardias:</b> servicio que se presta fuera del horario normal para los demás profesionales.	Cuantitativa nominal	<b>Numero</b> 10 - 12	Cuestionario de captura de datos

<b>Horas de trabajo:</b> Número total de horas trabajada por los residentes por semana	Cuantitativa nominal	<b>Rango</b> 85 – 107	Cuestionario de captura de datos
--	----------------------	--------------------------	----------------------------------

CONCEPTO	MEDICION	VARIABLE ANALITICA	FUENTE DE DATOS
<b>Cansancio emocional</b> (cansancio físico y/o psicológico) que es el sentimiento de que nada se pudo ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales	Cuantitativa nominal. Se clasifica en 3 grados	Rango. (9 items) (1,2,3,6,8,14,16,20) Grado Alto Igual o > 27 puntos Moderado de 19 – 26 puntos Bajo 18 o menos puntos	Cuestionario de captura de datos
<b>Despersonalización</b> Supone el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y distantes hacia los destinatarios (pacientes o familiares).	Cuantitativa nominal. Se clasifica en 3 grados	Rango. (5 items) ( 5, 10, 11,15,22) Grado. Alto > 9 puntos Moderado 6 – 9 puntos Bajo < 6 puntos	Cuestionario de captura de datos
<b>Realización personal</b> La percepción de inexistencia de posibilidades de promoción personal	Cuantitativa Nominal. Se clasifica en grados.	Rango. (8 items)  Grado.  Alto. 0 – 33 puntos  Moderado. 34 – 39 puntos  Bajo > 40 putos	Cuestionario de captura de datos