



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“SÍNDROME DE AGOTAMIENTO EN MÉDICOS RESIDENTES,  
ESTUDIO COMPARATIVO”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL  
**DR. CÉSAR ALEJANDRO ROSAS TÉLLEZ**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE  
ANESTESIOLOGÍA



ASESOR DE TESIS:  
DRA. CECILIA LÓPEZ MARISCAL

Nº de registro de protocolo: 168.2009

2010

---



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.

## **AGRADECIMIENTO**

### **A DIOS**

Por estar siempre conmigo en los momentos más difíciles

### **DEDICADO A:**

#### **MI HIJO**

Que siempre me da fuerza para seguir adelante

#### **MIS PADRES**

Por guiarme siempre por el camino del bien

#### **MIS HERMANOS**

Que creen en mí

#### **MIS MAESTROS**

Por compartir sus enseñanzas

Y a todos aquellos que han contribuido con un granito de arena para estar donde estoy

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
ORÍGENES DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	2
DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	2
MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	3
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	6
FASES DEL PROCESO DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	7
FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	7
CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	8
DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	9
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO	10
COMO MEDIRLO	10
MATERIALES Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	16
TABLAS	17
GRÁFICAS	23
BIBLIOGRAFÍA	33

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de agotamiento representa una consecuencia del estrés laboral crónico, que a la larga es coadyuvante en diversas patologías que pueden afectar el rendimiento del trabajador, y más en aquel que se encuentra en contacto directo con seres humanos, como los médicos residentes.

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, doble ciego que se llevará a cabo en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE en la ciudad de México, en los residentes que laboran en áreas de alto riesgo y en residentes que laboran en áreas de no alto riesgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiarán a 80 médicos residentes a quienes se les aplicará un cuestionario aleatorizado, previo consentimiento verbal, que consta de 22 ítems tipo escala Likert que de forma aplicada mide el desgaste profesional. Se complementa en 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se incluirá a todos los residentes que estén activos con edad comprendida entre los 20 y 40 años de edad, contesten el cuestionario en su totalidad y acepten verbalmente el consentimiento informado, además de haber laborado durante al menos 6 meses al momento de aplicarlo. Al término del registro, se separarán en dos grupos: grupo C = 40 (residentes en servicios de alto riesgo) y el Grupo N = 40 (residentes en servicios de no alto riesgo).

**ANÁLISIS:** El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows, se compararon ambos grupos para determinar las diferencias demográficas, así como la diferencia en las frecuencias de la presencia del síndrome de agotamiento en ambos grupos; las variables nominales se analizarán con una prueba de chi cuadrada para diferencias de proporciones, las variables ordinales se analizarán con una prueba de "U" de Mann-Whitney para diferencia de rangos, y las variables continuas se analizarán con una prueba de "t" de student para diferencia de medias, también se realizará la determinación de riesgo relativo a la presencia de síndrome de agotamiento.

**RESULTADOS:** No se encontró ningún síndrome de agotamiento en los médicos residentes que laboran en este hospital

**CONCLUSIONES:** Existe cansancio emocional en la mayoría de los médicos residentes y también hay motivación para la superación y realización personal.

Palabras claves: cansancio emocional, despersonalización, realización personal

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** The burnout syndrome is a result of chronic stress, which eventually is intervening in various pathologies that can affect the performance of the employee, and more on who is in direct contact with humans, as medical residents. This study was observational, prospective, transversal, comparative, double-blind to be held at the Hospital Regional "Lic Adolfo López Mateos" ISSSTE in Mexico City, the residents who work in high risk areas and residents who work in areas with no risk.

**MATERIAL AND METHODS:** Explore 80 resident physicians who were randomized to apply a questionnaire after verbal consent, which consists of 22 items Likert type scale that measures the applied form of burnout. It is supplemented by 10 to 15 minutes and measure the three aspects of the syndrome: emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment. Will include all residents who are active between the ages of 20 and 40 years old, answered the questionnaire in its entirety and accept verbal informed consent, in addition to having worked for at least 6 months at the time of application. After registration, they split into two groups: group C = 40 (resident services in high-risk) and Group N = 40 (non-resident services high risk).

**ANALYSIS:** Statistical analysis was performed with the SPSS program for Windows, both groups were compared to determine demographic differences, and the difference in the frequencies of the presence of burnout syndrome in both groups, the nominal variables were analyzed using a chi test square differences of proportions, ordinal variables were analyzed with a test of "U" Mann-Whitney for difference of ranks, and continuous variables were analyzed with a test t-student for mean difference, will also perform determining the relative risk of burnout síndrome.

**RESULTS:** Could not find a burnout syndrome in medical residents working in the hospital

**CONCLUSIONS:** There is emotional exhaustion in the majority of medical residents and there is also motivation for excellence and personal accomplishment.

Keywords: emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment

## INTRODUCCIÓN

El estrés en los profesionales de la salud origina alteraciones físicas, psicológicas y sociales.

Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos.

Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles: a) en el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional. b) En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de agotarse por el trabajo. c) Desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada.

Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. d) Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones ( la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio).



## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES

Fue utilizado por primera vez por Freudemberger (1974), un psiquiatra voluntario, Freudenger era empleado en la Clínica Libre de Nueva York para drogadictos, donde trabajan principalmente voluntarios jóvenes, idealistas y motivadores. Freudemberger observó que muchos de ellos experimentaron una gradual pérdida y agotamiento de energía, de motivación y de compromiso, que estaba acompañado por un conjunto amplio de síntomas mentales y físicos. Para etiquetar este estado particular de agotamiento, que comúnmente ocurría sobre un año después de empezar como voluntarios, comenzó a trabajar en ellos en la clínica. Freudemberger eligió una palabra que estaba siendo usada informalmente para referir a los efectos del abuso crónico de droga: burnout.<sup>2,3</sup>

### ORÍGENES DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

Fue Maslach (1976), quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos.

En la literatura especializada se puede encontrar el burnout con diferente terminología, como síndrome de estar quemado, desgaste profesional, y desgaste psíquico que son términos que viene a ser equivalentes; aunque deberíamos de diferenciarlos de otros conceptos que se pueden solapar con el de depresión, estrés o insatisfacción laboral.<sup>4</sup>

### DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

El síndrome de agotamiento por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.<sup>3</sup>

- McGrath<sup>5</sup> (1970), en una de las definiciones más clásicas del término: "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas).
- Herbert Freudemberger<sup>3</sup> (1974), describe el síndrome como "un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo".
- Cristina Maslach<sup>4</sup> (1976), la psicóloga social estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo.

- Chernis<sup>6</sup> (1980), fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.
- Maslach y Jackson<sup>7</sup> (1986), es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último, la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa.
- Pines y Aronson<sup>8</sup> (1988), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes." El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas. El agotamiento mental incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo de Burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma.

#### MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

La necesidad de explicar el síndrome de agotamiento por el trabajo y la utilidad de integrarlos en un marco teórico permiten explicar la etiología de manera satisfactoria. Estos modelos entienden el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico. Las teorías consideradas provienen principalmente de la psicología social (teoría socio cognitiva del yo) y de la psicología de las organizaciones (teorías sobre el estrés laboral).

##### Modelos elaborados desde la teoría socio cognitiva del yo.

Esta teoría está desarrollada básicamente por los trabajos de Bandura. Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeñan el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano. Las ideas de Bandura que recoge este modelo explicativo del síndrome de agotamiento son:

Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.

El grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, el grado de dificultad para lograrlo y ciertas relaciones emocionales que acompañen a la acción.<sup>9</sup>

### Modelo de competencia social de Harrison (1983)

Para Harrison<sup>10</sup> algunos factores principales son la competencia y la eficacia percibida. Según este modelo, en un principio la motivación va a predeterminar la eficacia del sujeto en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación mayor eficacia laboral. Si en el entorno hay factores de ayuda (facilitación de la actividad del sujeto) la efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social. En cambio si el sujeto se encuentra con dificultades para lograr sus propósitos laborales, la percepción de eficacia baja y afecta negativamente en la esperanza de conseguirlos. Si se mantiene esta situación en el tiempo se origina el síndrome de agotamiento por el trabajo, que por retroalimentación facilita el desarrollo de factores de barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación.

### Modelo de Chermis (1993)

Este modelo se basa en el modelo de Hall (1976) para explicar las relaciones entre desempeño de tareas, sentimientos subjetivos de éxitos o fracaso experimentado por el sujeto después del desempeño y las consecuencias que se derivan para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la implicación laboral. La satisfacción y motivación laboral aumentan cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito. Estos sentimientos llevan a que el sujeto se implique más en el trabajo, alcance objetivos más retadores y tenga mayor autoestima. Si el sujeto experimenta sentimientos de fracaso, se retira emocionalmente de la situación, aumenta el desinterés, desprecia el valor intrínseco de las recompensas y termina abandonando.

Según Chermis<sup>11</sup> es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de éxito personal y el síndrome de agotamiento. Para ello incorpora la noción de "auto eficacia percibida" de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan.

### Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Este modelo está basado en el modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1988) para explicar el estrés. Partiendo de este modelo circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: nivel de autoconciencia, discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza.

**NIVEL DE AUTOCONCIENCIA:** Esta variable se conceptualiza como la capacidad para autorregular los niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea. Los sujetos con alta autoconciencia tienen una tendencia a concentrarse en su experiencia de estrés percibiendo así mayores niveles de estrés que los de baja autoconciencia.

**DISCREPANCIAS PERCIBIDAS:** Esta variable puede intensificar el nivel de autoconciencia afectando negativamente a su estado anímico que redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Thompson y col. señalan que altos niveles de autoconciencia aumentan la desilusión, frustración o pérdida y que la predisposición de expectativas optimistas de éxito puede reforzar la confianza de los sujetos y así promover la persistencia para reducir la discrepancia.<sup>12</sup>

#### Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)

Para estos autores el estrés surge cuando los sujetos perciben que lo que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los sujetos generando inseguridad sobre sus habilidades. Señala la importancia de las relaciones con los demás y sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. La pérdida de recursos se considera más importante que las ganancias para la aparición del síndrome de agotamiento aunque la ganancia reduce la posibilidad de pérdida. Los autores señalan que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan desempeñar eficazmente el trabajo y cambiar las percepciones y cogniciones de los sujetos.<sup>13</sup>

#### Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Para estos autores el burnout tiene tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El estrés laboral está generado básicamente por una sobrecarga laboral y por pobreza de rol. En estos casos el sujeto siente una pérdida de autonomía y control teniendo una disminución de la autoimagen y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En la segunda fase del proceso se llevan a cabo las estrategias de afrontamiento que para los autores pasa por un distanciamiento profesional de la situación estresante. El distanciamiento puede tener un carácter constructivo (el profesional no se implica en el problema) o contra productivo (el distanciamiento conlleva indiferencia emocional). En el segundo caso se habla de síndrome de agotamiento porque se corresponde con actitudes de despersonalización.<sup>14</sup>

#### Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Estos autores consideran el burnout como un episodio particular dentro del estrés laboral que se da específicamente en profesionales de servicios humanos y que se produce cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces. En el modelo se incluyen variables como “sentirse gastado” (cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (amenaza, tensión y ansiedad). Para los autores estar emocionalmente agotado está relacionado con “sentirse gastado”. La despersonalización se ve como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal tienen que ver con la evaluación cognitiva del sujeto sobre su experiencia de estrés.<sup>15</sup>

#### Modelo de Winnubst (1993)

Para este autor el síndrome de agotamiento es un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental debido a la tensión emocional crónica derivada del estrés laboral que se da en todos los trabajadores. Este modelo se centra en las relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social. Los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes y a diferencias antecedentes del síndrome. La burocracia mecánica se caracteriza por la estandarización y formalización del trabajo y el síndrome de agotamiento se da por el agotamiento emocional diario debido a la rutina y falta de control. La burocracia profesionalizada se caracteriza por la estandarización de habilidades y baja formalización. En estos casos el síndrome de agotamiento se debe a la continua confrontación con los demás originando disfunciones en el rol y conflictos interpersonales. Winnubst elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.

Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.

Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.

Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de quemarse por el trabajo.<sup>16</sup>

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

A. Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes cefaleas, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, disfonía.

A continuación se presentan los síntomas más comunes, ordenados en una escala de 1 a 5 según su reiteración e intensidad.

- Disfonías y problemas de garganta
- Estrés
- Depresión
- Fatiga psíquica
- Dolores musculares
- Irritación ocular
- El insomnio
- Úlceras digestivas
- Cardiopatías e hipertensión
- Trastornos circulatorios
- Neurosis y psicosis
- Los miedos y las ideas irracionales
- Problemas de piel e intoxicaciones

B. Conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

C. Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.<sup>17</sup>

## FASES DEL PROCESO DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

Se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome.

### 1. Fase inicial, de entusiasmo

Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

### 2. Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, defintoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

### 3. Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

### 4. Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

### 5. Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.<sup>18</sup>

## FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

Suele producirse por una sobrecarga de trabajo duradera (de más de 6 meses de duración) en profesionales que, en muchas ocasiones, han puesto unas expectativas y una dedicación excesiva en su trabajo. Entonces, parece ser, que para "agotarse" en un trabajo es necesario haber estado altamente involucrado en él y que se produzca una diferencia importante entre las expectativas individuales y la realidad de la vida laboral

Como facilitadores del síndrome de agotamiento por el trabajo entendemos aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentara o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectaran al desarrollo del síndrome en una u otra dirección. Las variables facilitadoras que se consideran son:

#### VARIABLES DE CARÁCTER DEMOGRÁFICO:

Dentro de este grupo de variables se encuentran el sexo, la edad, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

Respecto a la variable sexo, no hay un trabajo definitivo que presente diferencias concluyentes entre ambos sexos a la hora de desarrollar el síndrome. Para la variable edad aunque los resultados tampoco son concluyentes, un alto porcentaje de estudios obtienen que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de agotarse por el trabajo. Por otro lado el hecho de que el sujeto tenga hijos o no, no parece afectar directamente en ninguna de las direcciones a la probabilidad de desarrollar en síndrome. Con respecto a las variables antigüedad en el trabajo y la antigüedad en la profesión los resultados obtenidos son equiparables a los logrados en la variable edad por idénticas razones, esto es madurez, estabilidad, experiencia; factores que inhiben el burnout.

#### VARIABLES DE PERSONALIDAD:

Existe un cierto grado de acuerdo entre los investigadores que estudian el síndrome de agotamiento por el trabajo al considerar que los profesionales más proclives a agotarse por el trabajo son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás. Por otro lado se han hallado personalidades o maneras de afrontar los acontecimientos que hacen más resistentes a unas personas que a otras frente al desarrollo del síndrome de agotamiento.<sup>19</sup>

#### CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas son consideradas mediadores en la relación estresor - salud, tanto en términos de enfermedad como salud mental, aspectos relacionados con la vulnerabilidad a los accidentes y el ausentismo laboral.

Si permanece en el tiempo, derivará en consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicósomáticas, y para la organización, en forma de deterioro de calidad asistencial o de servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono.

El síndrome de agotamiento por el trabajo se caracteriza también por actitudes negativas hacia los sujetos que constituyen el objeto de su trabajo y hacia el propio trabajo, uso de alcohol y otras drogas, motivación escasa o nula.

Se pueden establecer dos tipos de consecuencias:

Para el propio profesional: Estas se asocian más intensamente con los sentimientos de agotamiento emocional.

Para la organización: Vienen asociadas más intensamente a los componentes actitudinales del síndrome: baja realización personal en el trabajo y despersonalización y en menor medida a los sentimientos de agotamiento emocional.

Las consecuencias del síndrome de agotamiento pueden dividirse en físicas, emocionales, conductuales y sociales, además de pérdida de eficacia laboral y alteraciones de la vida familiar y social. Tiene duras consecuencias en la calidad de la vida laboral de las personas que ejercen trabajos de asistencia y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficios de su trabajo. Juega un rol muy importante en la insatisfacción laboral, ausentismo, rotación del personal y en general, en la eficacia de las instituciones.

Las consecuencias del estrés laboral se pueden dividir desde distintos enfoques, nosotros desarrollaremos principalmente tres aspectos. En el primero de ellos se reflejarán las consecuencias del estrés asociadas al síndrome de agotamiento por el trabajo que se derivan del propio individuo. En el segundo punto veremos las consecuencias que se derivan para la organización, y en un tercer punto se podrán ver las consecuencias en el contexto ambiental.<sup>20</sup>

## DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

Desde la aparición del concepto "Burnout", hace más de dos décadas, se han utilizado diversos métodos para diagnosticarlo. En primer lugar se estudió a través de la observación clínica, más tarde se pasó a las entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y auto evaluaciones con escalas de estimación. No obstante no han sido muy empleadas por los investigadores, a excepción de las escalas que se utilizan como criterio de medida para validar cuestionarios, de esta forma el cuestionario se convirtió en el método más eficaz para estimar este síndrome.

Hay cuestionarios que se han usado con poca frecuencia aunque tengan cierto rigor metodológico. Por ejemplo el "Teacher Burnout Scale" (TBS), elaborado por Seidman y Zager (1986/87) para estimar el síndrome de quemarse en maestros, analiza, en 21 ítems, satisfacción con la profesión, apoyo administrativo percibido, afrontamiento del estrés laboral y actitudes hacia los estudiantes. Farber (1984) desarrolló una escala de 65 ítems, el Teacher Attitude Scale (TAS), es el MBI más 40 ítems específicos para maestros, se evalúa igual que el MBI.

El cuestionario de burnout de Maslach y Jackson (1981) es el instrumento más utilizado en todo el mundo, su éxito puede deberse al trabajo de Perlman y Hartman (1983) en el que recopilaron más de 48 definiciones del síndrome ya que existía una gran confusión. El "Maslach Burnout Inventory" (MBI) se trata de un inventario administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. El instrumento fue desarrollado para valorar los tres aspectos fundamentales del síndrome:

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL:** Consta de 9 ítems y valora la vivencia de estar exhausto en el ámbito emocional por las demandas del trabajo. Las puntuaciones altas en esta subescala permiten diagnosticar el trastorno.

**DESPERSONALIZACIÓN:** Formada por 5 ítems, mide el grado en que puede reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. Puntuaciones altas en este apartado posibilitan identificar el trastorno.

**REALIZACIÓN PERSONAL:** Compuesta por 8 afirmaciones que evalúan los sentimientos de auto eficacia y de realización personal en el trabajo. Las puntuaciones bajas permiten diagnosticar trastorno.<sup>21</sup>

## PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

1) Llevar una vida sana, con una nutrición equilibrada, durmiendo un número de horas suficiente y haciendo ejercicio físico con regularidad. Hay que procurar no abusar del café, tabaco, alcohol y otros estimulantes.

2) Adoptar una actitud psicológica adecuada. Es importante conocerse a sí mismo y ser capaz de valorar hasta dónde se puede llegar, sin excederse y sin quedar por encima ni por debajo de las propias posibilidades.

3) Mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias, favoreciendo un ambiente de trabajo agradable, compartiendo emociones y sentimientos con los compañeros.

4) Dedicar una parte de la jornada al tiempo libre. No es tan importante disponer de mucho tiempo libre cuanto que el que se tiene (por poco que sea) lo disfruten.<sup>22</sup>

## COMO MEDIRLO

Por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el más utilizado, adaptado por Seisdedos (1997) y consta de 22 ítems Tipo Escala Likert que de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 33. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Para diagnosticar al profesional con síndrome de agotamiento, deberá tener un valor alto en el componente de Cansancio Emocional (CE) y Despersonalización (DP), mientras que un valor bajo en Realización Personal (RP). Los profesionales por encima del percentil 75 se clasificarán en la categoría "alto", entre el percentil 75 y 25 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 25 en la categoría "bajo"

## Escala de MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala

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

## Aspecto Evaluado

## Respuesta

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

Suma las respuestas dadas a los ítem que se señalan:

Aspecto Evaluado	Respuestas a sumar	Valor total
Cansancio Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	
Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Veamos más detalladamente los resultados de cada subescala:

- 1. Subescala de agotamiento emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
- 2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
- 3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Se consideran que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33, para cansancio emocional y realización personal, y para despersonalización es de 20.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. <sup>23</sup>

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, doble ciego que se llevará a cabo en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE en la ciudad de México, en los residentes que laboran en áreas de alto riesgo y en residentes que laboran en áreas de no alto riesgo.

Previa aceptación del Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos; estudiaremos a 80 médicos residentes a quienes se les aplicara un cuestionario aleatorizado.

Se les solicitará su consentimiento verbal para evaluar el cuestionario de Maslach que consta de 22 ítems tipo escala Likert que de forma aplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal, que se adjunta al anexo.

Se incluirá a todos los residentes que estén activos con edad comprendida entre los 20 y 40 años de edad, contesten el cuestionario en su totalidad y acepten verbalmente el consentimiento informado, además de haber laborado durante al menos 6 meses al momento de aplicarlo.

Se eliminarán a aquellos residentes que decidan no completar el cuestionario y que hallan tenido incapacidad dentro de los seis meses antes de la aplicación, sin embargo, se explorarán los motivos de la eliminación y se especificarán dentro de los resultados.

Al término del registro, se separarán en dos grupos: grupo C = 40 (residentes en servicios de alto riesgo) anestesia, urgencias, neurocirugía, medicina crítica adultos, medicina crítica pediatría y el Grupo N = 40 (residentes en servicios de no alto riesgo) dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, patología y medicina familiar.

Al terminar el registro de los datos, se procederá a comparar ambos grupos, para determinar las diferencias demográficas entre ambos, así como la diferencia en las frecuencias de la presencia del síndrome de agotamiento en ambos grupos; las variables nominales se analizarán con una prueba de chi cuadrada para diferencias de proporciones, las variables ordinales se analizarán con una prueba de "U" de Mann-Whitney para diferencia de rangos, y las variables continuas se analizarán con una prueba de "t" de student para diferencia de medias, también se realizará la determinación de riesgo relativo a la presencia de síndrome de agotamiento.

El tamaño de la muestra se calculará con la fórmula para diferencia de proporciones, para una hipótesis de una cola, un valor de alfa de 0.20, y un valor de beta de 0.40, dependiendo de los resultados del estudio del grupo piloto.

## RESULTADOS

Se estudiarón 80 médicos residentes.

La distribución demográfica fue como sigue: para el grupo C fuerón 40 pacientes de los cuales 27 masculinos y 13 femeninos, para el grupo N fueron 13 masculinos y 27 femeninos, la edad promedio fue de 29 para el grupo C y 28 años para el grupo N, los años de residencia para el grupo C fueron de 3 años y para el grupo N fueron de 2 años, la antigüedad para el grupo C fue de 2 años y para el grupo N de 1 año, por último el número de hijos fue similar para ambos grupos. (Tabla 1).

Con respecto al cansancio emocional entre ambos grupos vemos que la diferencia estadística es significativa (Tabla 2).

Con respecto a la despersonalización entre ambos grupos no hubo diferencias estadística significativa (Tabla 3).

Con respecto a la realización personal entre ambos grupos no hubo diferencias (Tabla 4).

Para el cansancio emocional que se presentó en el grupo C hubo diferencia estadística significativa (Tabla 5).

Para la despersonalización que se presentó en el grupo C hubo diferencia estadística significativa (Tabla 6).

Para la realización personal que se presento en el grupo C hubo diferencia estadística significativa (Tabla 7).

Para el cansancio emocional que se presentó en el grupo N hubo diferencia estadística significativa (Tabla 8).

Para la despersonalización que se presentó en el grupo N hubo diferencia estadística significativa (Tabla 9).

Para la realización personal que se presento en el grupo N hubo diferencia estadísticamente significativa (Tabla 10).

El cansancio emocional que se presentó en este hospital es del 77.5% en el grupo de alto riesgo y del 5% en el grupo de bajo riesgo o sea el 82.5% en general, además en el grupo n, el de bajo riesgo lo constituyen mas mujeres 67% contra 33% que es masculino; asi mismo se deduce que el sexo femenino esta más en servicios de bajo riesgo; analizamos que el cansancio emocional está en relación con el trabajo físico, esto tiene importancia ya que si seguimos así se puede llegar a presentar el síndrome de agotamiento por lo que es necesario tomar medidas preventivas como quizás ajustar la jornada de trabajo, recibir terapia psicológica de tipo emocional, tener áreas recreativas en el hospital

En la despersonalización tuvimos 1 caso de los 80 medicos residentes estudiados o sea el 1.25% en general, fue en el grupo de alto riesgo; es importante tener atención en este caso ya que las preguntas evaluadas se refieren a la atención médica y comunicación médico paciente.

En la realización personal hubo 4 médicos residentes sin alcanzar esa realización 2 en el grupo de alto riesgo y 2 en el grupo de bajo riesgo o sea el 5%; esto está en base a la calidad de atención que se le pueda ofrecer al paciente.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar si en médicos residentes que laboran en áreas de alto riesgo se presentaba con mayor frecuencia el síndrome de agotamiento que en residentes que laboran en áreas de no alto riesgo siempre y cuando existiera en este hospital.

Es raro que en el hospital no exista ningún caso de síndrome de agotamiento, ya que investigadores como la Dra. Carolina Aranda Beltrán<sup>22</sup> reporta prevalencias en médicos mexicanos que van desde 35% al 43%.

En lo que respecta a las variables demográficas que tiene una relación directa con el síndrome de agotamiento no establecieron diferencias

Quizas donde exista el síndrome de agotamiento es en médicos de base y no en médicos residentes como lo afirman Mingote y Pérez quienes aseguran que hay mucha relación con las variables sociodemográficas.

## CONCLUSIONES

Existe cansancio emocional en la mayoría de los médicos residentes pero también hay motivación para la superación y realización personal motivo por el cual no se asocia el síndrome de agotamiento.

Realizar las medidas preventivas para que no halla síndrome de agotamiento en nuestro hospital.

## TABLAS

**TABLA 1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN CADA GRUPO \* = p < 0.05**

	GRUPO C	GRUPO N	VALOR DE p
FEMENINO (n=40)	33%	67%	*<0.05
MASCULINO (n=40)	67%	33%	*<0.05
AÑOS DE RESIDENCIA	3.6 ± 1.1	2.9±0.7	>0.05
ANTIGÜEDAD (AÑOS)	2.6±1.1	1.8±0.7	>0.05
EDAD (AÑOS)	29.7±2.3	28±1.1	>0.05
NUMERO DE HIJOS	0.5±1.5	0.1±0.3	>0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F. 2009

**TABLA2.DIFERENCIA DE CANSANCIO EMOCIONAL ENTRE LOS GRUPOS C Y N \* $\leq$  0.05**

CANSANCIO EMOCIONAL	GRUPO C	GRUPO N	VALOR DE p
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	3.2 $\pm$ 1.7	3.1 $\pm$ 1.1	>0.05
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	3.8 $\pm$ 1.5	3.4 $\pm$ 1.1	*<0.05
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	3.6 $\pm$ 1.7	3.2 $\pm$ 1.3	>0.05
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	2.6 $\pm$ 1.5	1.9 $\pm$ 1.2	*<0.05
Me siento "quemado" por mi trabajo	2.4 $\pm$ 1.6	1.7 $\pm$ 1.0	*<0.05
Me siento frustrado en mi trabajo	1.4 $\pm$ 1.3	0.8 $\pm$ 0.9	*<0.05
Creo que estoy trabajando demasiado	3.7 $\pm$ 1.9	3.5 $\pm$ 1.0	>0.05
Trabajar directamente con personas me produce estrés	2.4 $\pm$ 1.5	2.0 $\pm$ 1.1	>0.05
Me siento acabado	1.9 $\pm$ 1.4	1.1 $\pm$ 1.2	*<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F. 2009

**TABLA 3. DIFERENCIA DE DESPERSONALIZACIÓN ENTRE LOS GRUPOS C Y N  $*=p<0.05$**

DESPERSONALIZACION	GRUPO C	GRUPO N	VALOR DE p
Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0.9±1.4	0.6±1.2	>0.05
Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1.7±2.0	1.1±1.5	>0.05
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	2.05±1.9	0.9±1.1	*<0.05
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	0.5±1.1	0.4±1.4	>0.05
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	1.3±1.4	1.3±1.0	>0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F. 2009

**TABLA4. DIFERENCIA DE REALIZACIÓN PERSONAL ENTRE LOS GRUPOS CYN\*=p<0.05**

<b>REALIZACION PERSONAL</b>	<b>GRUPO C</b>	<b>GRUPO N</b>	<b>VALORESS DE p</b>
Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	5.0±1.3	5.5±0.8	<0.05
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	5.4±0.9	5.6±1.0	>0.05
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	5.4±1.2	5.6±0.8	>0.05
Me siento muy activo	5.3±0.8	5.6±0.6	>0.05
. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	5.2±1.3	5.5±1.0	>0.05
. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	5.8±0.4	5.8±0.5	>0.5
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	5.9±0.9	5.7±1.1	>0.05
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	4.8±1.3	5.3±0.9	<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F. 2009

**TABLA 5. NÚMERO DE RESIDENTES CON CANSANCIO EMOCIONAL EN EL GRUPO C \*=p<0.05**

	GRUPO C	GRUPO C	VALORES DE p
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
	31	9	< 0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F. 2009

**TABLA 6. NÚMERO DE RESIDENTES CON DESPERSONALIZACIÓN EN EL GRUPO C \*=p<0.05**

	GRUPO C	GRUPO C	VALORES DE p
<b>DESPERSONALIZACION</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
	1	39	<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F. 2009

**TABLA 7. NÚMERO DE RESIDENTES CON REALIZACIÓN PERSONAL EN EL GRUPO C \*=p<0.05**

	GRUPO C	GRUPO C	VALORES DE p
<b>REALIZACION PERSONAL</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
	38	2	<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

**TABLA 8. NÚMERO DE RESIDENTES CON CANSANCIO EMOCIONAL EN EL GRUPO N \*=p<0.05**

	GRUPO N	GRUPO N	VALORES DE p
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
	2	38	<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

**TABLA 9. NÚMERO DE RESIDENTES CON DESPERSONALIZACIÓN EN EL GRUPO N \*=p<0.05**

	GRUPO N	GRUPO N	VALORES DE p
<b>DESPERSONALIZACION</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
	0	40	<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

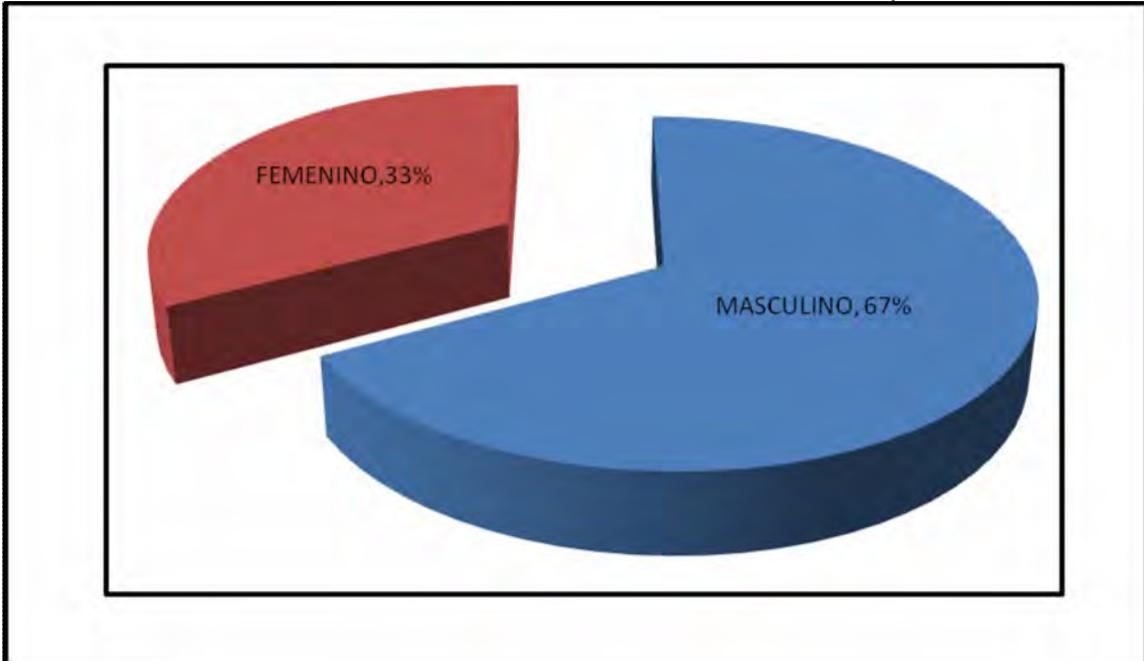
**TABLA 10. NÚMERO DE RESIDENTES CON REALIZACIÓN PERSONAL EN EL GRUPO N \*=p<0.05**

	GRUPO N	GRUPO N	VALORES DE p
<b>REALIZACION PERSONAL</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
	38	2	<0.05

FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

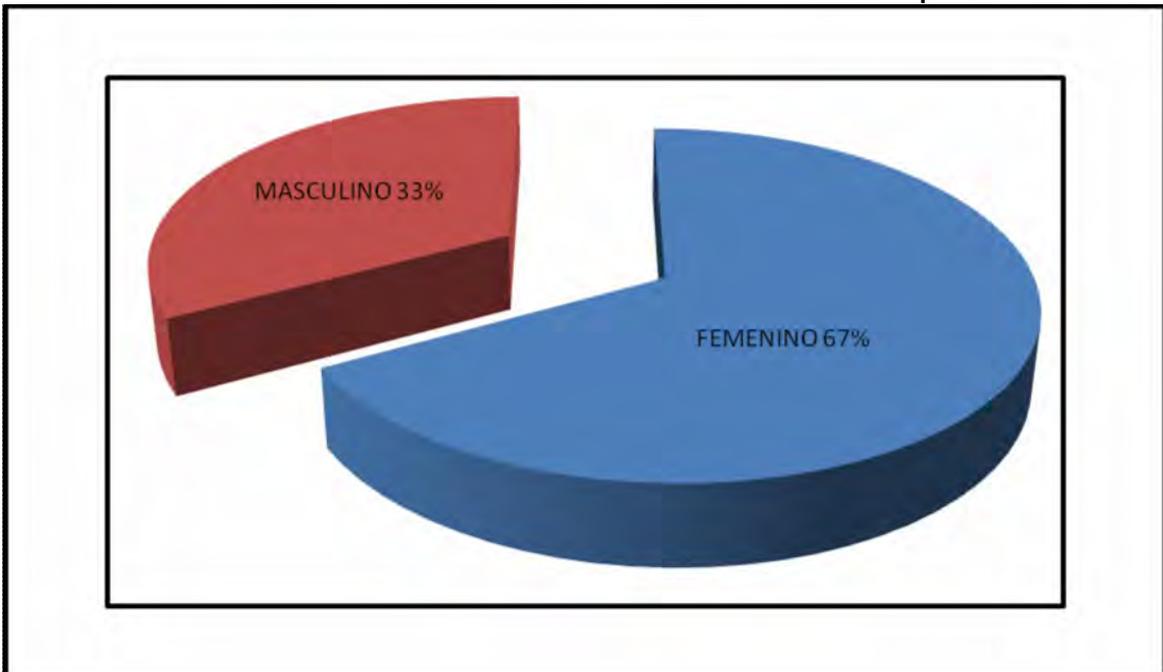
## GRÁFICAS

GRÁFICA 1.- DIFERENCIA DE SEXO ENTRE EL GRUPO C.\*  $p < 0.05$



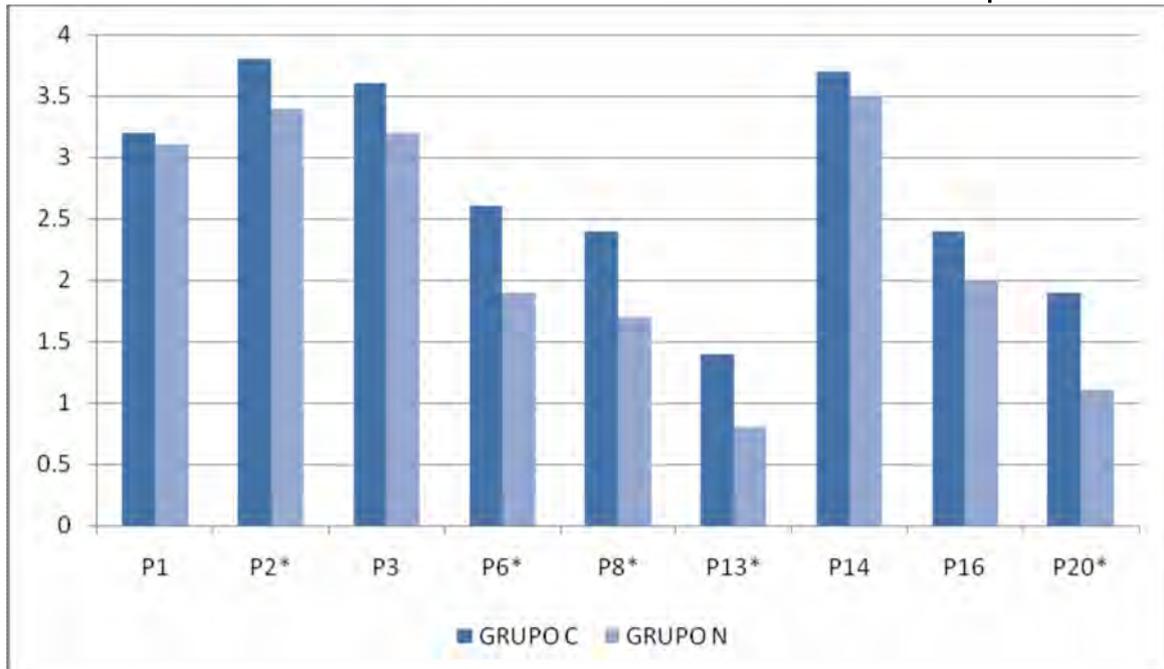
FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

GRÁFICA 2. – DIFERENCIA DE SEXO ENTRE EL GRUPO N.\*  $p < 0.05$



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

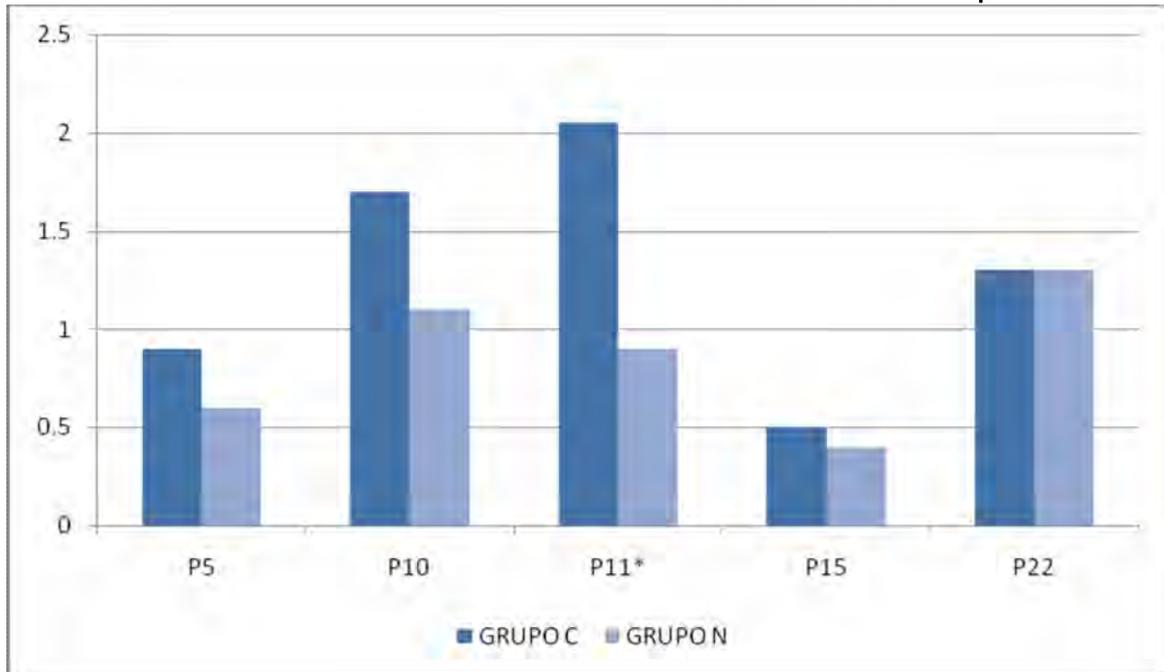
**GRÁFICA 3.- CANSANCIO EMOCIONAL ENTRE AMBOS GRUPOS C Y N. \* p = < 0.05**



**FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.**

- P1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- P2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
- P3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
- P6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
- P8. Me siento "quemado" por mi trabajo
- P13. Me siento frustrado en mi trabajo
- P14. Creo que estoy trabajando demasiado
- P16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
- P20. Me siento acabado

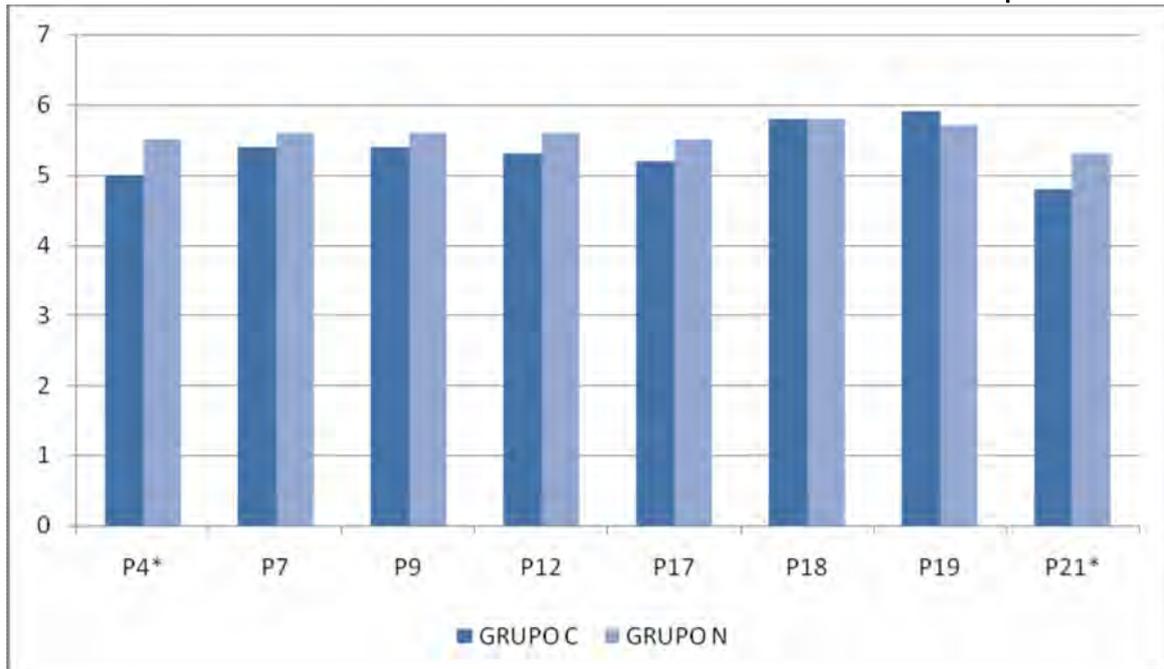
**GRÁFICA 4.- DESPERSONALIZACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS C Y N.\* p = <0.05**



**FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.**

- P5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
- P10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
- P11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
- P15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
- P22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas

**GRÁFICA 5.- REALIZACIÓN PERSONAL ENTRE AMBOS GRUPOS C Y N. \* p <0.05**



**FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.**

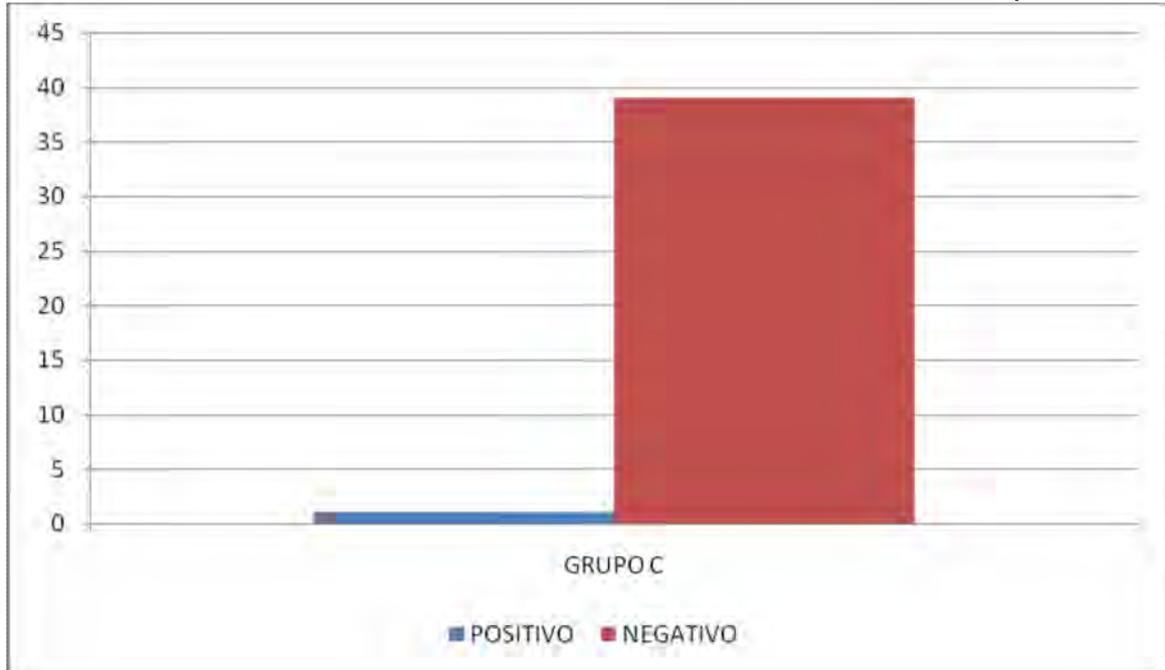
- P4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes
- P7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes
- P9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
- P12. Me siento muy activo
- P17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes
- P18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes
- P19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea
- P21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

GRÁFICA 6.- DIFERENCIA DE CANSANCIO EMOCIONAL ENTRE EL GRUPO C.\*  $p = < 0.05$



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

GRÁFICA 7.- DIFERENCIA DE DESPERSONALIZACION ENTRE EL GRUPO C.\*  $p = < 0.05$



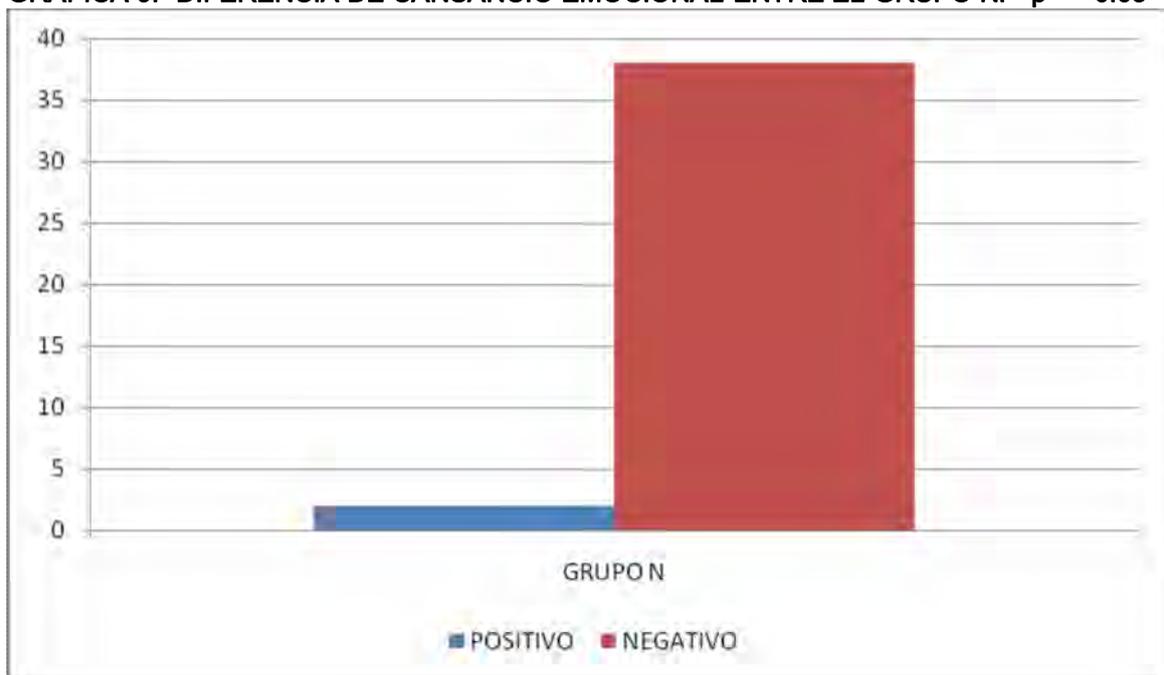
FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

GRÁFICA 8 .- DIFERENCIA DE REALIZACIÓN PERSONAL ENTRE EL GRUPO C.\*p = <0.05



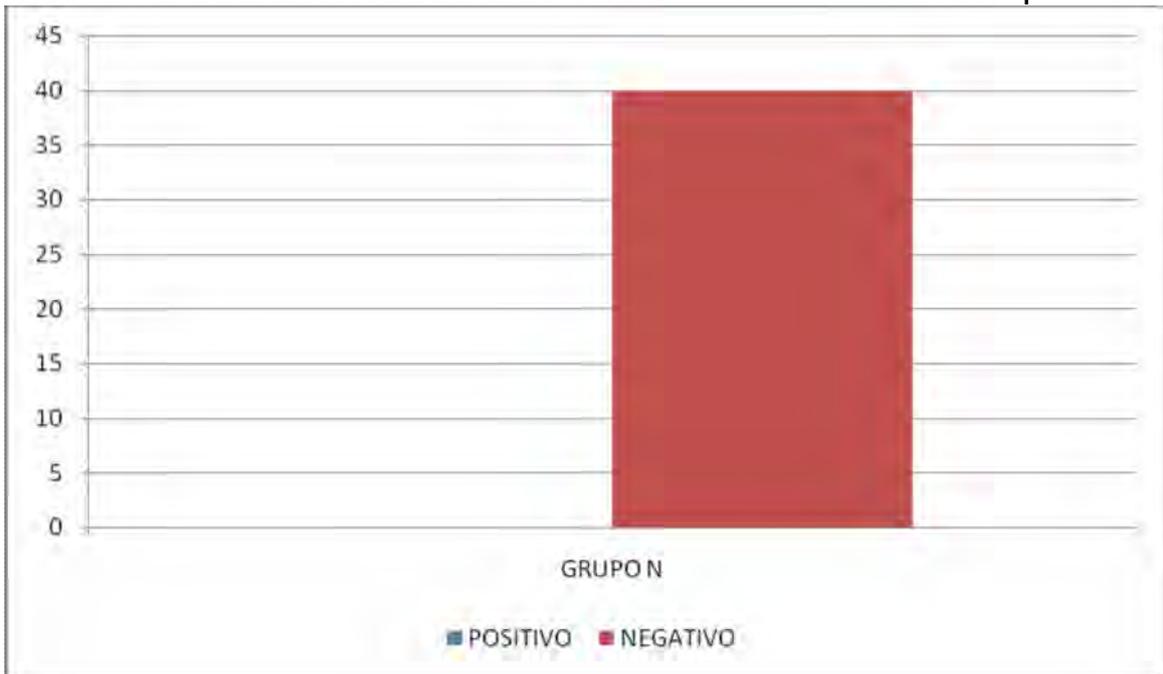
FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

GRÁFICA 9.- DIFERENCIA DE CANSANCIO EMOCIONAL ENTRE EL GRUPO N. \* p = <0.05



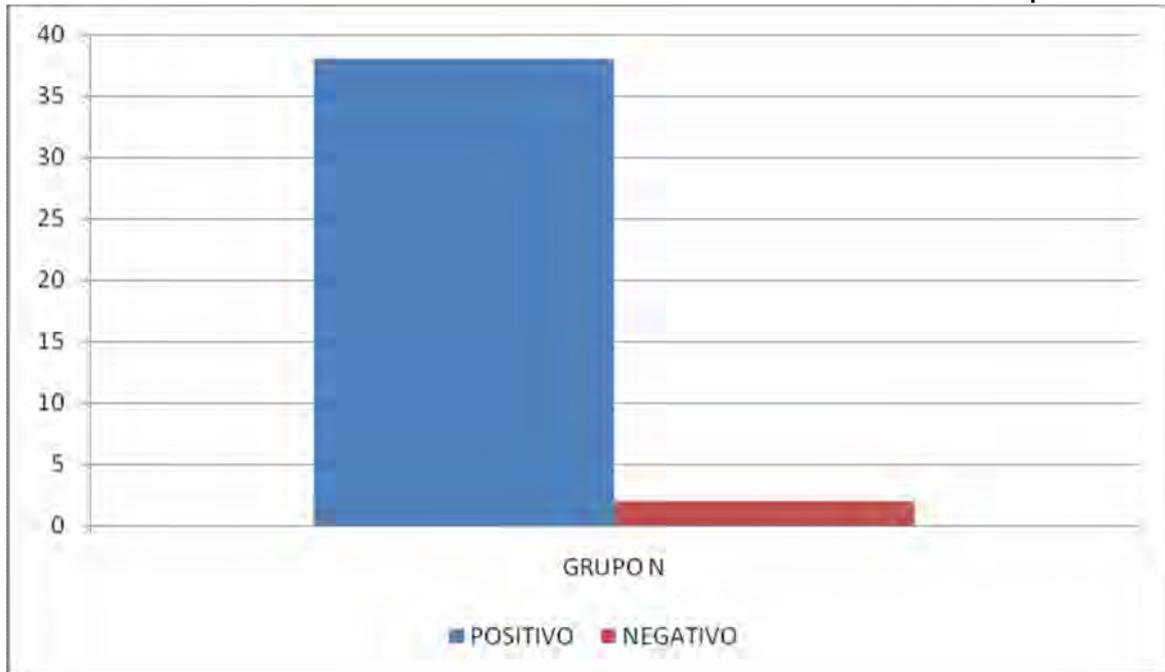
FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

GRÁFICA 10.- DIFERENCIA DE DESPERSONALIZACIÓN ENTRE EL GRUPO N.\*  $p = <0.05$



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

GRÁFICA 11.- DIFERENCIA DE REALIZACION PERSONAL ENTRE EL GRUPO N.\*p = <0.05



FUENTE: HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE, D.F.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MASLACH C, WILMAR B, SCHAUFELI, Y MICHAEL P. Psychology Annual Review of Psychology. 2002; 53: 279-307.
2. FREUDENBERGER, H. J. Burnout. Contemporary issues, trends, and concerns. En B.A. Farber (Ed) Stress and burnout. Nueva York: Pergamon Press 1983
3. FREUDENBERGER,, H. J. The professional in the free clinic, new problems, new views, new goals. En D. J. Bental y J. L. Schwartz (Eds). The free clinic: A community approach to health care and drug abuse. Beloit, WI. Stash Press. 1974
4. MASLASH, C. Y JACKSON S.E. Burnout in organizational setting. Applied Social Psychology 1976;133-154
5. MCGRATH. Stress factors and community college deans: the stresses of their role identified. 2003
6. CHERNISS, C. Natural recovery from burnout. Journal of Health and Human Resources Administration, 1980;13: 132 – 154
7. MASLACH, C Y JACKSON, S. E. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. (Versión española en TEA Ediciones).1986
8. PINES, A., & ARONSON, E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press. 1988
9. GIL MONTE, P. y PEIRO, J. “ Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, Anales de Psicología, 1999;15: 261-268
10. HARRISON, W. D. A social competence model of burnout. En B. A. Farber, Stress and burnout in the human services professions 1985; 20: 29-39
11. CHERNISS, C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research 1993; 135-149. London: Taylor & Francis.
12. THOMPSON, M. S., PAGE, S. L., COOPER, C. L. A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. Stress Medicine, 1993;9: 221-235.
13. HOBFOLL, S. E. Y FREEDY, J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research . 1993,115-129. London: Taylor & Francis.
14. GOLEMBIEWSKI, R. T., MUNZENRIDER, R., AND CARTER, D.: Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. Journal of Applied Behavioral Science, 1983;19:4, 461-481.
15. COX, T., KUK, G., AND LEITER, M. : Burnout, health, work stress, and organisational healthiness. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, and T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research 1993; 177-193. UK.: Taylor & Francis.
16. WINNUBST, J. A. Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research 1993;151-162. London: Taylor & Francis.
17. Frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en profesionales médicos Evelyn Noelia Sosa Oberlin\* Ex-pasante de Capital Health, Tallahassee, Florida, Estados Unidos de América REV. MÉD. ROSARIO, 2007;73:12-20
18. SCHAUFELI, W.; JANSSEN, P. Y HOUKES, I. “ Work Related and Individual Determinants of the Three Burnout Dimensions”, Work and Stress, 1999; 13: 174 – 86
19. GIL-MONTE PR, PEIRÓ J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. Psicol Trab Organiz , 2000;2:135-49

20. MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., LEITER, M.P. "Job burnout", Annual Review of Psychology, 2001; 52:397-422.
21. GIL-MONTE PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000;16(2):101-2.
22. Anales de la Facultad de Medicina An. Fac. med. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México Carolina Aranda-Beltrán<sup>1</sup>, Manuel Pando-Moreno<sup>1</sup>, Teresa Torres-López<sup>1</sup>, José Salazar-Estrada<sup>1</sup>, Sergio Franco-Chávez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Investigadores y Docentes del Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara. México. 2005;66:3
23. MASLACH, C., Y JAKSON, S. E. Maslach Burnout Inventory – General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Eds). The Maslach Burnout Inventory – Test Manual (2ra. Ed) Palo Alto, CA. 1986