

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO**  
"DR. ERNESTO RAMOS BOURS"

***PREVALENCIA DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL  
(SÍNDROME DE BURNOUT) EN MEDICOS DE BASE Y  
RESIDENTES DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE SONORA***

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ANESTESIOLOGO**

PRESENTA

**Dra. IXCHELT ARLETTE ALCÁNTARA SANTANA**

ASESOR DE TESIS

**Dr. SALVADOR TERÁN RIVERA**

Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología  
Hospital General del Estado de Sonora

HERMOSILLO, SONORA, FEBRERO 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO

---

**Dr. Cosme Rafael De la Ree Abril**

Director del Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”

---

**Dr. Joaquín Sánchez González**

Jefe de la División de Enseñanza, Investigación y Capacitación

---

**Dr. Víctor Manuel Bernal Dávila**

Jefe del Servicio de Anestesiología

---

**Dr. Hugo Molina Castillo**

Profesor Titular del Curso de Anestesiología

---

**Dr. Salvado Terán Rivera**

Asesor de Tesis y Adscrito del Servicio de Anestesiología

---

**Dra. Ixchelt Arlette Alcántara Santana**

Médico Residente de Anestesiología

*Queda prohibido llorar sin aprender,  
levantarte un día sin saber qué hacer,  
tener miedo a tus recuerdos...*

*Queda prohibido no sonreír a los problemas,  
no luchar por lo que quieras,  
abandonarlo todo por miedo,  
no convertir en realidad tus sueños...  
no demostrar tu amor,  
hacer que alguien pague tus deudas y el mal humor,  
dejar a tus amigos...*

*Queda prohibido no ser tú ante la gente,  
fingir ante las personas que no te importan,  
olvidar a toda la gente que te quiere,  
no hacer las cosas por ti mismo,  
no vivir cada día como si fuera un último suspiro.*

*Queda prohibido echar a alguien de menos sin  
alegrarte, olvidar sus ojos, su risa,  
todo porque sus caminos han dejado de abrazarse...*

*Queda prohibido no crear tu historia,  
no tener un momento para la gente que te necesita,  
no comprender que lo que la vida te da  
también te lo quita...*

*Queda prohibido no buscar la felicidad,  
no vivir tu vida con una actitud positiva,  
no pensar en que podemos ser mejores,  
no sentir que sin ti, este mundo no sería igual...*

*Pablo Neruda*

*A mis padres por el inmenso amor que me profesan y por haber inyectado todos estos años valor, perseverancia y libertad a mi vida.*

*A Max y Eduardo por no dejarme caer en los momentos de duda.*

*A Eli, Rocio y Leti por enseñarme que la familia nunca te abandona.*

*Dr. Moreno Ciraitare JL, por haberme iniciado en el arte de la Anestesiología, por el tiempo y conocimiento obsequiado.*

*Al Dr. Mayen MA, por la paciencia y conocimiento brindado.*

*A Nallely, Rene, Areli, Ruben y Peña por recordarme que la familia también esta donde se encuentran los buenos amigos.*

*A mis amigos, Isaac, Joel, Nan, América, Roy, Gabi, Anita, por continuar a mi lado durante estos años a pesar de la distancia. A Lalo por la compañía en tantas guardias.*

# INDICE

	Pagina
1. Introducción .....	4
2. Antecedentes .....	6
2.1. Síndrome de Desgaste profesional: Desarrollo y consecuencias .....	11
2.2. Estrés laboral .....	17
2.3. Factores de estrés en el Anestesiólogo .....	18
3. Planteamiento del problema .....	19
4. Objetivos .....	19
5. Hipótesis .....	20
6. Justificación .....	20
7. Material y métodos .....	21
8. Resultados y análisis .....	27
9. Conclusiones .....	41
10. Recomendaciones .....	43
11. Anexos .....	45
12. Bibliografía .....	47

## 1. INTRODUCCION

En la década de los años setenta, se introdujo en la literatura médica el término *Burnout* o “estar quemado”, anglicismo con el que se conoce el desgaste profesional. Este término describe una serie de signos y síntomas que manifiesta el sujeto como respuesta al estrés laboral crónico.<sup>1,2,3</sup>

Por lo tanto, el Síndrome de Burnout, es la respuesta física y emocional al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, además de ser un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo, que puede afectar la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y que finalmente repercutirá en la calidad de atención brindada por él.<sup>2,3,4</sup>

En la actualidad, la frecuencia del Síndrome de Burnout varía entre un 10 y 70% en la profesión médica, es preciso mencionar que no existe área médica libre de este síndrome<sup>5</sup>. En los últimos años, la prevalencia de este síndrome entre los Anestesiólogos varió del 28% al 44%<sup>1</sup>. Es por ello que en la actualidad se ha incrementado el interés por los riesgos que se asumen durante el ejercicio profesional de la Anestesiología.

El estrés que vivimos durante la práctica profesional se presenta en dos situaciones diferentes: Aquella en donde se prevé lo que puede suceder y

además, somos incapaces de evitarlo y por otro lado, las expectativas desmedidas e insatisfacción. Es así como la relación entre lo que esperamos y lo que obtenemos nos genera una enorme limitación y tensión. Es entonces cuando se habla de una progresiva deshumanización en la medicina<sup>5</sup>. Al hablar de estrés, se hace alusión a la respuesta adaptable no específica del organismo ante cualquier cambio, demanda, presión, desafío o amenaza. Cuando el estrés tiene su epicentro en el ambiente de trabajo hablamos de estrés laboral, es decir, aquellas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del trabajador<sup>1</sup>. En el caso de los médicos es una condición universal, que suele presentarse desde la facultad como estudiante, durante la residencia y finalmente en el ejercicio profesional.

El estrés laboral es un componente de la vida cotidiana resultado del esfuerzo que realizamos por mantener nuestro equilibrio para sobrevivir en un medio acelerado, hostil, imprevisible e injusto. El riesgo es inherente a toda actividad humana médica y no médica. Para el Anestesiólogo los **Riesgos Profesionales** son aquellos riesgos a los que está expuesto en el ejercicio de su especialidad en la práctica diaria, los mismos pueden dividirse en riesgos sobre la salud o no legales y los legales. En algunos casos puede derivar en graves consecuencias sobre su salud repercutiendo en el plano personal, familiar, laboral y social por lo cual es considerado dentro de los trabajadores de la salud como de “alto riesgo profesional”<sup>6</sup>.

Anestesiología es una de las profesiones en donde la ansiedad y el estrés se presentan con mayor intensidad. El riesgo que se corre cada vez que se anestesia

un paciente, sumado a un número importante de turnos laborales a la semana bien sea de día o de noche, sin el adecuado descanso que debe tener un profesional de la salud, pueden crear una situación de angustia y estrés que repercutirá en su desempeño profesional; sin hablar de la situación familiar, personal y económica que pueda tener el Anestesiólogo<sup>2</sup>.

Un preocupante porcentaje de médicos en general, padecen un excesivo sufrimiento profesional. Se hallan insatisfechos, desmotivados, desilusionados y frustrados. Las causas son numerosas y de índole diversa. Las primeras consecuencias observables son una progresiva erosión física, como cansancio acumulado, falta de recuperación de la energía corporal y alteraciones del sueño. Estas manifestaciones están directamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión del tiempo, es decir, con un alto grado de malestar crónico<sup>7</sup>.



## 2. ANTECEDENTES

Fué el médico y fisiólogo Vienés Hans Selye quien en el año de 1950 introdujo por primera vez el término de *estrés*, al publicar su investigación más famosa "*Estrés: Un estudio sobre la ansiedad*". Donde describe tres etapas del mismo: alarma, adaptación y agotamiento. En esta última se produce una pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad.<sup>2</sup> En 1974 el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberg, trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observó que los voluntarios que trabajaban en el centro, al año de sus labores sufrían una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, es decir, terminaban "desgastados".

En la década de los ochenta, la psicóloga Cristina Maslach en la Universidad de Berkley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el "Síndrome de Burnout". Continuó analizando las respuestas emocionales de los profesionales asistenciales, y en conjunto con los psicólogos Susan E. Jackson de la Universidad de Nueva York, EUA y Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, en 1986 desarrollaron un instrumento para diagnosticarlo, denominándolo:

**Cuestionario de Maslach.** Así mismo plantearon que el Burnout se caracteriza por tres dimensiones determinadas: a) agotamiento emocional (referido a sensaciones de esfuerzo físico y emocional exagerados), b) despersonalización (incremento de comportamientos y actitudes negativas como inestabilidad, cinismo, e incluso agresividad hacia los demás) y c) realización personal (valoración negativa de la labor que se realiza).<sup>2,3,8,9</sup> El **Cuestionario de Maslach o Maslach Burnout Inventory (MBI)**, fue traducido al castellano por José Carlos Mingote Adán, de la Universidad Complutense de Madrid, España. Se trata de un cuestionario, auto administrado, constituido por 22 ítems o preguntas en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del Síndrome de Burnout.<sup>2,3,8,10</sup>

La Organización Internacional del Trabajo (OTI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1984, determinaron que los factores psicosociales relacionados con el trabajo, contribuyen a una serie de daños para la salud. Así mismo resaltaron la relación que hay entre el síndrome no especificado de carácter psicológico, de comportamiento o somático y las condiciones de trabajo estresantes. De igual modo, planteó que el trabajo integra factores psicosociales positivos propicios para la conservación y mejoramiento de la salud del trabajador.<sup>6</sup>

En 1975, se crea la Comisión Permanente de Riesgos Profesionales en la C. L. A. S. A. (Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología), donde se analizó la literatura científica de la época estableciendo así, la clasificación de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo, la cual se ha ido actualizando a los tiempos y realidades del siglo XXI<sup>2</sup>. Estos riesgos fueron agrupados en relación a agentes o situaciones causales a las que está expuesto en su ejercicio profesional el Anestesiólogo. El síndrome de Burnout se engloba en el rubro de “*Riesgos vinculados a la naturaleza del trabajo anestesiológico*”.<sup>6</sup>

Hidalgo y Díaz, en un estudio multicéntrico aplicado a 156 médicos generales y especialistas del Hospital de Ávila, Barcelona (1994), reportaron mayor incidencia de síndrome de Burnout que el resto del personal del hospital.<sup>11</sup> Guntpalli, en 1996 en un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas intensivistas en EUA, informó que el 40% de los sujetos del estudio presentaban Burnout, con decremento emocional, atribuible a los factores organizacionales, administrativos y conflictos interpersonales como desencadenantes.<sup>12</sup> García en el 2000, documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en el Hospital La Fé, en Valencia, España, el 7.1% presentó agotamiento emocional, 17.8% despersonalización y 23.2% pérdida del logro profesional.<sup>13</sup> Campbell y cols. (2001) identificaron en un grupo de 582 médicos cirujanos, que el 32% presentaban alto grado de cansancio emocional, 13% alto grado de despersonalización y 4% bajo grado de pérdida del logro profesional.<sup>14</sup> Estudios como el de Goetzel y cols. (2004) aseguran que en EUA los costos del ausentismo

laboral debido al estrés en el trabajo pueden llegar a representar hasta el 60% de todos los costos de las enfermedades.<sup>7,8</sup> En un estudio aplicado a 89 Anestesiólogos en el Hospital General No. 31 en Mexicali, B.C. México (2005), reveló una prevalencia del 44% del síndrome de Burnout, así mismo reportan que la variable, sobrecarga de trabajo es el factor de riesgo que más afecta a la población médica.<sup>2</sup>

En el año 2000 en *The World Health Report* emitido por la Organización Mundial de la Salud, se calificó al síndrome de Burnout como un riesgo laboral, con lo cual adquirió trascendencia por el impacto que representa en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones, lo que motivó una serie de estudios encaminados a la búsqueda de dicho síndrome en los diversos grupos de médicos, entre ellos los Anestesiólogos. Son pocos los informes que hay sobre dicho síndrome en este grupo de médicos, a pesar del alto grado de estrés que presentan.<sup>2</sup>

El perfil epidemiológico clásico muestra que la probabilidad más alta de desarrollar este síndrome, por género, las mujeres, con 7 a 10 años de ejercicio profesional, entre 35 y 55 años, solteras, con trabajo de tiempo completo y con responsabilidades importantes, sin embargo en Anestesiólogos se observa un perfil diferente, donde ha predominado en hombres con una antigüedad laboral de 14 años promedio, casados y con hijos, donde la sobrecarga laboral fue la variable

con mayor incidencia.<sup>1,3</sup> El Burnout es el resultado de la combinación de estresores originados en el entorno social, laboral y en el propio sujeto, en donde variables de carácter demográfico (sexo, edad, estado civil, número de hijos, etc.), el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos modernos, disfunciones en el desempeño del rol, ambiente laboral, contenido del puesto y características de personalidad, así como el apoyo social, entre otros, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores de éste síndrome (Gil-Monte, 1997)<sup>4</sup>, además de la participación de ciertos factores psicosociales negativos, es decir, los percibidos crónicamente en el ambiente laboral como son, ambiente físico de trabajo, desempeño del puesto, relaciones interpersonales, desarrollo de la carrera profesional, realización personal, rotación de turnos, sobrecarga laboral y otros mas (Gil-Monte y Peiró, 1997; 2001), en la medida en que estos facilitadores se encuentran presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral.<sup>1,4,15</sup> Aunque las tasas de desgaste profesional varían en función de los contextos organizacionales y poblaciones específicas, la mayoría de los reportes indican tasas altas de prevalencia en la población médica.<sup>1,2,4,9,15,</sup>

## **2.1. Síndrome de Desgaste Profesional: Desarrollo y consecuencias**

La perspectiva biopsicosocial de la salud ha supuesto, en los últimos años, una mayor apreciación de la relevancia del estrés laboral. El campo del estrés laboral se ha ampliado, concretamente en el caso de los profesionales de la salud su presencia se ha hecho más patente e insistente. Vinculados al ámbito laboral

sanitario y a los estresores laborales, se han señalado tres grupos principales de transformaciones socio-laborales como relevantes para la salud médica:<sup>16,17</sup> a) Mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en un aumento de la carga emocional y mental; b) Mayores exigencias económicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios y c) Un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos laborales, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa, remuneración económica no acorde con la situación actual, cambios de profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con enfermedad. Como consecuencia conjunta se ha producido un aumento en la tasa del Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout en la profesión médica.<sup>9,16,17</sup>

Si bien la definición del Síndrome de Burnout no es tan sencilla ni unánime, como tampoco lo es la determinación de su nacimiento, ya que los aspectos que evalúa y que son tomados en cuenta para su aparición son diversos, o bien porque a lo largo de su historia se han equiparado con otros conceptos que lo vuelven impreciso. En sus inicios esta definición se limitó al grupo de profesionistas asistenciales. Actualmente y entendido como un síndrome por la multiplicidad de causas, el Burnout se desarrolla en contextos laborales que por sus características generan agotamiento y se manifiesta de forma más evidente en el aspecto físico, aunque sus síntomas también se expresen de manera emocional y cognitiva. Progresa con diferente intensidad, en dimensiones de despersonalización,

agotamiento emocional y realización personal reducida, conduciendo a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo. La sintomatología y sus consecuencias no sólo resultan en manifestaciones físicas y psicológicas, sino que atraen dificultades interpersonales que interfieren con las situaciones profesionales y familiares, con la seguridad de los pacientes y con el declive de las instituciones prestadoras de servicios de salud.<sup>7,8</sup>

Los síntomas físicos más recurrentes son: cefalea, fatiga, dolores musculares, molestias gastrointestinales, alteraciones en el peso, problemas de sueño, hipertensión arterial, sensación de ahogo, impotencia y alteraciones menstruales, entre otros. Las manifestaciones emocionales y psicológicas más frecuentes con sentimientos de culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, melancolía, depresión, cinismo, aburrimiento, pérdida de idealismo, incompetencia y autovaloración negativa. Así mismo se ha mencionado deterioro de las interacciones personales con comportamientos agresivos, actitud defensiva y abuso de sustancias, entre muchos otros. Los síntomas organizacionales y laborales que se describen son violación de las normas de la organización, retrasos, descansos prolongados, excesivo ausentismo, comunicación deficiente, disminución en el rendimiento, falta de compromiso laboral, pobre atención y concentración.<sup>7,8</sup>

Aunque desde el origen del concepto de Burnout se ha considerado la conceptualización establecida por Maslach (1982) y se han venido desarrollando y validando numerosos instrumentos para intentar medir este síndrome, la literatura ha reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome del Burnout, lo que dificultó en cierta medida la delimitación de los síntomas que lo conforman en sus principios, quedando la “sensación” que cuanto problema psicofisiológico y conductual que se manifestara en los ambientes laborales tenían relación con el Burnout (Gil-Monte, 2005). A pesar de todo ello, continúa vigente el modelo conceptual de Maslach, en el cual aparece como un proceso que surge como consecuencia de la existencia de estresores laborales, que inician como la aparición de sentimientos de agotamiento emocional, lo que da lugar a despersonalización en el trabajo y como consecuencia de ello, aparecen sentimientos de baja competencia personal.<sup>9,15,18</sup>

- a) Cansancio Emocional (CE): Mide la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo. Este se define como la ausencia de energía y destrucción de los recursos emocionales con la experiencia de que no queda nada que brindar u ofrecer originando ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes desconfiadas.
- b) Despersonalización (DP): Falta de sensibilidad hacia el resto de los individuos. Consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado.



- c) Realización Personal (RP): Refleja los sentimientos de satisfacción, competitividad y éxito en las actividades laborales. Este rubro representa el impedimento de cubrir las expectativas esperadas para la profesión, lo cual otorga al profesionista una sensación incrementada de incompetencia y baja autoestima.

En este modelo, el cansancio emocional se percibe como una tensión, y la despersonalización como una forma de enfrentarlo, tendiendo a desarrollar actitudes poco empáticas hacia los otros, que con frecuencia traen consigo el surgimiento de sentimientos asociados con la falta de competencia en el trabajo.<sup>9,15</sup>

Como ya se ha mencionado anteriormente, el síndrome de desgaste profesional, es resultado de la interacción de factores personales, profesionales y específicos de organización hospitalaria. Barquín refiere que dentro del funcionamiento y la administración de un hospital, este debe ofrecer eficiencia y oportunidad en la prestación del servicio médico, con un equipo humano capaz y organizado, contando con los medios físicos convenientes para una calidad adecuada en el servicio y con ello, lograr disminuir la carga de trabajo y un mejor ambiente laboral. Cuando estos factores se pierden y se generan vicios organizacionales se presenta la inestabilidad entre el prestador del servicio y la mística institucional, generando así estrés.<sup>5,9,16</sup>

Se han descrito factores sociodemográficas asociados al síndrome de desgaste profesional, tales como: <sup>5,2,3,5,9,16,17</sup>

- Edad: algunos reportes indican que existe un período de sensibilización durante los primeros años de la profesión debido a la vulnerabilidad por la transición entre las expectativas idealistas y la práctica cotidiana, aprendiendo en éste tiempo que tanto las recompensas personales, como las profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.
- Sexo: se ha reportado que el género femenino es más vulnerable, probablemente debido al doble rol que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar.
- Estado civil: aunque se ha asociado más el síndrome a aquellos que no cuentan con pareja estable, no existe un acuerdo unánime; en los solteros (a) se ha reportado mayor prevalencia de cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable.
- Hijos: en éste orden, la existencia o no de hijos genera cierta resistencia al síndrome, debido a la tendencia a actitudes maduras y búsqueda de estabilidad y apoyo familiar.
- Horario laboral: no existe unanimidad sobre este criterio, ya que algunos autores lo consideran importante como factor estresante, sobre todo cuando se trabajan largas jornadas sin el descanso necesario.

- Antigüedad profesional: tampoco existe acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestado en dos periodos correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.
- Sobre carga laboral: producirá disminución en la calidad de las prestaciones ofrecidas, tanto cualitativas como cuantitativas.
- Sistematización del arte médico: es decir, la burocratización excesiva, sin apoyo específico del personal auxiliar necesario.

La excesiva presión asistencial no permite la existencia de espacios informales de contacto (comienzos de jornada, desayuno, final de jornada) entre los componentes del equipo, que fomenten “una buena atmósfera de grupo”. Impidiendo así la generación de un objetivo común, sino múltiples objetivos, con frecuencia enfrentados lo que provoca discusiones estériles y muy desgastantes, fomentando la competitividad insana, en lugar de la colaboración para conseguir un objetivo común.

## **2.2. Estrés Laboral**

El estrés fue definido como la respuesta adaptable no específica del organismo a cualquier cambio, presión, desafío o amenaza.<sup>1,9,18</sup> Cuando este se origina en el ámbito de trabajo hablamos de estrés laboral. Este se define como las nocivas

reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o expectativas del trabajador. Si esto se torna excesivo superando la tolerancia del organismo, se generan una serie de situaciones sobre la salud, repercusiones en la seguridad del paciente, en la vida familiar y social del trabajador.<sup>1,9</sup>

Se estima que la prevalencia de estrés laboral en la población médica es del 28%, en los Anestesiólogos es más elevado, siendo del orden del 50% a nivel europeo y del 59 al 96% a nivel latinoamericano.<sup>1,6</sup> El estrés laboral se ha visto relacionado a numerosos aspectos de la compleja vida del Anestesiólogo, como son falta de control de su tiempo (83%), interferencia con la vida familiar (75%), aspectos medico legales (66%), problemas de comunicación (63%), problemas clínicos (61%), contacto con pacientes graves (28%), decisiones de emergencia (23%), contacto con la muerte (13%), problemas de organización laboral (42%), y responsabilidades administrativas (41%). En el caso de residentes de anestesia, la tendencia se inclina a enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte, dificultad para balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes.<sup>1,19</sup>

### **2.3. Factores de estrés en el Anestesiólogo**

El Dr. Gustavo Calabrese, coordinador de la Comisión de Riesgos Profesionales de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A), en la Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales

del Anestesiólogo (2003), clasifica los diferentes factores que pueden influir en la generación del estrés en estos profesionistas:<sup>6</sup>

1. Factores personales: vinculados a desajustes en las expectativas altruistas, profesionales y sociales del anestesiólogo, sumado a ello una personalidad que desarrolla un rol protagónico en su ámbito de trabajo, con una valoración sobrecalificada de la personalidad, sintiéndose “dioses blancos” resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante.
2. Factores profesionales: a) por un lado el perfil del tipo de trabajo, caracterizado por alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, manejo de pacientes críticos, manejo de pacientes complejos, decisiones de emergencia, enfrentamiento con la muerte, es entonces cuando se transforman las emociones naturales en estresantes; b) modalidad laboral, generador de estrés actualmente, ya que el anestesiólogo está inmerso en una cultura laboral de “alta presión” con presiones de alta productividad, competitividad, criterios de calidad y de seguridad, horarios laborales inapropiados, con exceso de horas de trabajo, tanto diurnas como nocturnas e inadecuado descanso; y c) Demandas civiles y penales que se presenta cada vez con mayor frecuencia.
3. Factores institucionales: estos se vinculan a una estructura jerárquica rígida, inadecuada relación con los jefes de servicios, comunicación difícil

con autoridades y mandos medios en la organización donde es común la inseguridad laboral y la falta de políticas favorables a la vida de familia del trabajador.

4. Factores ambientales: infraestructura laboral inadecuada, protecciones inadecuadas y hábitat laboral intenso, donde se desarrolla en general un ambiente intenso, rutinario, competitivo, hostil por momentos donde predominan las inadecuadas relaciones interpersonales entre el equipo de trabajo, en el cual se percibe como un fracaso estar cansado como ideología laboral.

Cuando estos factores se acumulan y superan la tolerancia del organismo surge el estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en los planos personal, familiar y laboral, desencadenando en última instancia, el síndrome de desgaste profesional.<sup>6,9</sup>

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos adscritos y residentes del servicio de anestesiología del Hospital General del Estado?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. GENERAL**

- a) Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en la población de médicos residentes y adscritos del servicio de anestesiología del Hospital General del Estado “Dr. Eduardo Ramos Bours”.

### **4.2. ESPECÍFICOS**

- b) Describir los probables factores de riesgo existentes para el desarrollo de Síndrome de Burnout en Médicos anestesiólogos.
- c) Determinar e identificar la correlación entre los factores de riesgo relacionados al desarrollo de Síndrome de desgaste laboral.
- d) Analizar algunos de los riesgos profesionales para la salud del anestesiólogo de mayor preocupación e impacto en la actualidad.
- e) Buscar opciones o medidas preventivas para disminuir la aparición de factores de riesgo en la población de médicos anestesiólogos.



## **5. HIPÓTESIS**

Los residentes del servicio de anestesiología son más vulnerables a desarrollar el Síndrome de Burnout que los médicos de base, debido a su inexperiencia en el aspecto laboral y de realización personal.

Los médicos de base al aumentar sus años de experiencia tienden a disminuir sus niveles de estrés y por lo tanto no llegan a desarrollar el Síndrome de Burnout.

## **6. JUSTIFICACIÓN**

El Síndrome de Burnout, actualmente se encuentra presente en diversos centros de trabajo, siendo el área de salud una de las más afectadas, por ello la necesidad e importancia en conocerlo, difundir información, cuantificarlo y tomar en cuenta las repercusiones en la población medica de alto riesgo.

La anestesiología es considerada una profesión de alto riesgo, de ahí la importancia en la evaluación de quienes la practican o se encuentran en proceso de formación de dicha especialidad, ya que de no ser evaluados correctamente puede empobrecer el crecimiento personal y laboral de los individuos y por ende a la sociedad que brindan los servicios. La presencia de estrés en la práctica médica

puede condicionar un ambiente laboral de tensión, que finalmente repercutirá en la calidad del trabajo y salud del Anestesiólogo de no corregir los causantes de ello.

Con el presente trabajo, se pretendió describir los factores de riesgo que suelen asociarse al síndrome, así como identificar y cuantificar la prevalencia del Síndrome de desgaste laboral o Síndrome de Burnout en Médicos residentes y adscritos del servicio de anestesiología del Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”.

## **7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Para el presente estudio se empleo un diseño de tipo observacional, descriptivo y transversal. Esto con la finalidad de conocer de forma directa la percepción de los médicos de base y residentes la posible presencia del Síndrome de Burnout en el área de Anestesiología.

El Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”, cuenta con el departamento de Anestesiología, el cual se integra por 20 residentes; siete cursando el tercer año de la especialidad, diez en el segundo año y tres en primer año, así como 14 adscritos, divididos en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.

El universo de estudio en un inicio se planeo para el total de médicos residentes y médicos de base del servicio de Anestesiología del Hospital General del Estado.

### **7.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Se aplicaron test a todos los médicos de base y residentes del servicio de anestesiología.
- b) Se incluyeron todo los cuestionarios contestados en su totalidad.

## **7.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- a) Todos los médicos de base y residentes no pertenecientes a la especialidad de Anestesiología.
- b) Los médicos de base y residentes del servicio de anestesiología que se encontraban en periodo vacacional o en rotación de campo, al momento de la aplicación de cuestionarios.

## **7.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- a) Médicos de base y residentes que se negaron a contestar los cuestionarios aplicados.
- b) Aquellos cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad.
- c) Todos aquellos cuestionarios que fueron entregados fuera del tiempo para su recopilación.

## **7.4. GRUPOS DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo integrada por los catorce médicos de base y veinte residentes de los diferentes años de la especialidad de Anestesiología del Hospital General de Sonora.

El grupo A, compuesto por los médicos de base, y grupo B, por residentes de los diferentes años.

## 8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Para la recolección de información e identificación de los factores de riesgo relacionados a la prevalencia de Síndrome de Burnout se utilizó como herramienta de trabajo dos cuestionarios: Primero; Test de Maslach o Maslach Burnout Inventory (MBI) y segundo; Identificación de factores de riesgo.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es el instrumento utilizado para medir el Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Laboral. Fue creado por Maslach y Jackson en 1981, el cual fue adaptado al castellano por Ferando y Pérez en 1996. Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del “Burnout”. Está integrado por 22 reactivos (ítems) o preguntas en forma de enunciados acerca de los sentimientos y actitudes hacia el trabajo y a las personas a las que se atiende. En él se pueden diferenciar tres subescalas, que miden, a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome.

- a. Cansancio Emocional (CE): Los nueve ítems o reactivos que la conforman son 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, a mayor puntuación mayor es el nivel de “Burnout” experimentado por el sujeto.

- b. Despersonalización (DP): Compuesta de cinco ítems o preguntas 5, 10, 11, 15 y 22. De igual forma, su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del burnout.
- c. Realización Personal (RP): Integrada por ocho ítems, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. A diferencia de los dos componentes previos, en esta última dimensión, la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout, es decir, a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado está el sujeto.

La forma más actualizada del MBI y la más utilizada emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada pregunta. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles que oscilan de 0 a 6:

**Tabla I. Sistema de puntuación para MBI**

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

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

La relación entre la puntuación y el grado de Burnout es dimensional, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos que definen un nivel de Burnout experimentado como:

**Tabla II. Relación entre puntuación y grado de burnout**

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio Emocional	$\leq 18$	19 – 26	$\geq 27$
Despersonalización	$\leq 5$	6 – 9	$\geq 10$
Realización Personal	$\geq 40$	34 – 39	$\leq 33$

El segundo instrumento utilizado consistió en un cuestionario de variables sociodemográficas para recabar la información de los factores de riesgo. Dicho cuestionario estuvo integrado por preguntas que identificaron factores de riesgo como son, edad, sexo, estado civil, tiempo laborando, horas laboradas, entre otras. A la población en estudio se les confirmó la confidencialidad, ya que los mismos fueron recabados en forma anónima. Se utilizó una escala visual análoga de 1 a 10 para valorar la satisfacción profesional e interacción organizacional o profesional.

Previa aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Ética del Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”. Se aplicaron los cuestionarios de forma individual a los médicos residentes durante la sesión bibliográfica de Anestesiología de los días lunes en el mes de Julio de 2009. El resto de los encuestados fue de acuerdo a la disposición de los médicos de base y dentro de la institución durante el mes de Julio de 2009.

Las puntuaciones de los MBI se calificaron en base a la norma americana y adaptación catalana, determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones. La recopilación de datos fue en el programa Excel, donde se realizaron tablas y graficas correspondientes. El análisis estadístico de los datos fue de dos tipos: uno descriptivo y otro inferencial, sobre la asociación del Síndrome de Burnout con las variables sociodemográficas.



## 9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

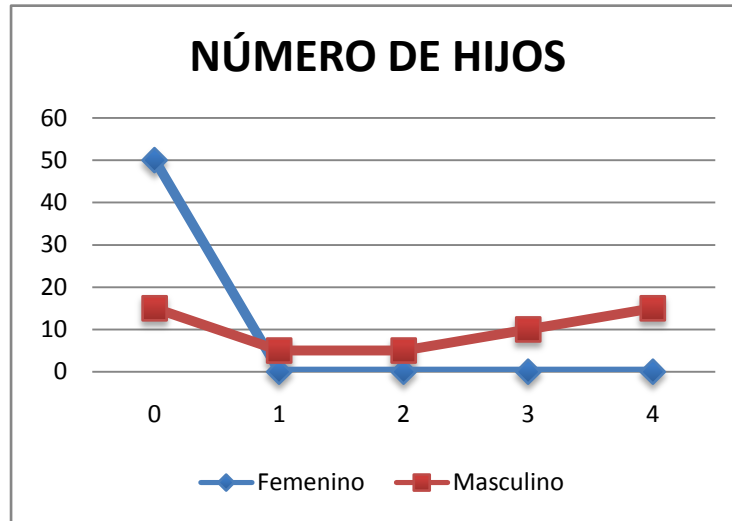
De los 34 anestesiólogos y residentes que integran la plantilla del departamento de anestesiología, solo 21 contestaron, lo que supone un porcentaje de respuesta del (61.8%). La distribución quedo como sigue: 14 residentes (66.7%) y 7 médicos de base (33.3%). Se elimino un cuestionario que no se contesto por completo. Se excluyo a seis residentes por encontrarse rotando fuera del hospital y a 7 médicos de base por periodo vacacional. Quedando la muestra total de 20 médicos. De acuerdo al género, diez son mujeres (50%) y 10 hombres (50%). La edad media fue de 37.6 años. La distribución por edades se muestra en la tabla III. La presencia de enfermedades crónico degenerativas represento el (10%), siendo solo las de índole cardiovascular las presentadas.

**Tabla III. Distribución por edades**

Distribución por edades (años)	Porcentaje (%)
21 a 30	60
31 a 40	10
41 a 50	0
>50	30

La distribución por estado civil arrojo los siguientes datos, soltero (65%) y casados (35%). El número de hijos se distribuyo de la siguiente forma: ningún hijo (65%), cuatro hijos (15%), tres hijos (10%), dos hijos (5%) y un hijo (5%).

**Grafico I. Distribución comparativa de # de hijos**



En el rubro de la antigüedad en el puesto actual se obtuvo una media de 9.01 años, y una media de 11.4 años para el rubro de años ejerciendo la especialidad. La distribución de los valores se aprecia en la tabla IV.

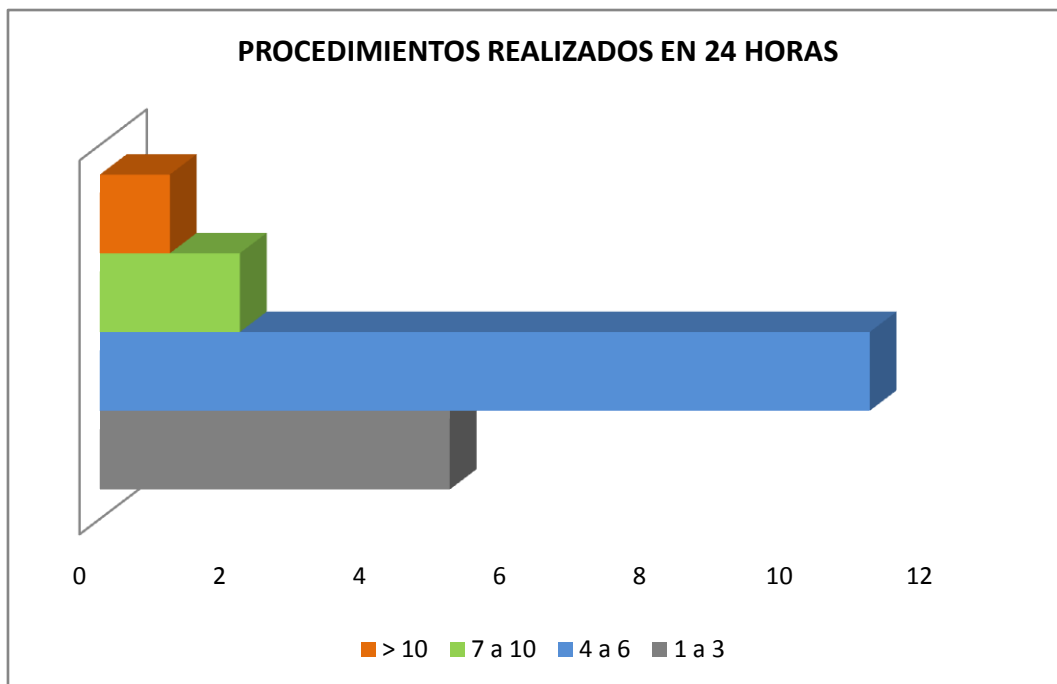
**Tabla IV. Distribución por antigüedad**

Años	En puesto actual	Ejerciendo especialidad
<b>0 a 5</b>	70%	65%
<b>6 a 10</b>	0%	5%
<b>11 a 20</b>	10%	0%
<b>&gt;21</b>	20%	25%

En relación a la institución donde desempeñan la mayor parte de las horas laborales se distribuyó de la siguiente forma: del total de la muestra el (70%) exclusivo de SSA, IMSS (10%) e ISSSTE (15%). Turno laboral, el total de la muestra labora en el turno matutino, el turno vespertino represento el segundo

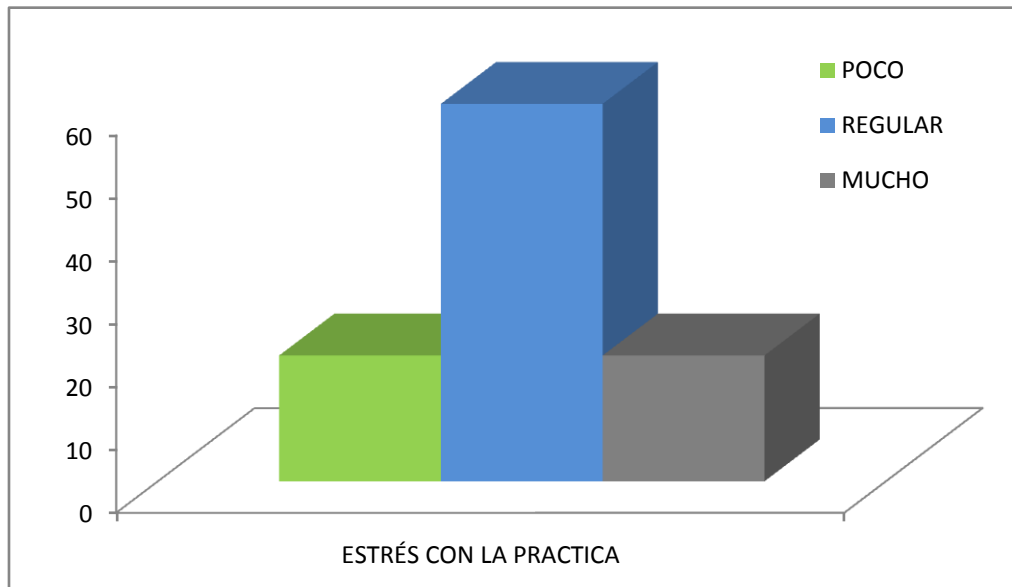
turno laboral para el (25%) de la muestra y el (65%) labora hasta tres turnos en 24hrs dos a tres veces por semana. El (35%) de los encuestados realiza práctica médica privada y el (65%) solo en el área institucional. De acuerdo al número de procedimientos realizados en 24 horas, se reporta un total de 108 con una media de 5.4 procedimientos en 24hrs. El total de horas laboradas por semana fue de 1496 con una media de 74.8hrs por semana.

**Grafico II. Procedimientos realizados en 24 horas**



El (40%) de los encuestados ha considerado dejar de ejercer la especialidad en 16.1 años como media. El (45%) considera seguir ejerciendo la anestesiología al jubilarse, mientras que el (55%) no lo considera. El grado de estrés generado por la práctica anestesiológica en los encuestados en orden decreciente fue: regular (60%), poco (20%) y mucho (20%).

**Grafico III. Nivel de estrés generado en la práctica profesional**



El (60%) de los encuestados coinciden en que las normas institucionales limitan su toma de decisiones en relación a su trabajo, el resto (40%) no lo siente así. Sobre la pérdida de control durante los procedimientos anestésicos, se empleó una escala de 1 a 10 (donde 0 = control total y 10 = pérdida total del control), en base a las encuestas la calificación fue de 3.7, es decir se mantiene un adecuado control durante el acto anestésico.

Solo el (15%) de los médicos encuestados refiere que la institución le reconoce con estímulos su desempeño laboral, el (85%) no recibe estímulos por su desempeño laboral. La calificación a estos estímulos fue de 1 a 10 (donde 1 = ningún estímulo y 10 = buen estímulo), con una calificación de 2.6, es decir, existe muy poco reconocimiento institucional. La apreciación del ambiente laboral fue en orden decreciente de (70%) regular, (25%) bueno y (5%) malo, tal como se muestra en la tabla V.

**Tabla V. Apreciación del ambiente laboral**

<b>Ambiente laboral</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bueno</b>	25%
<b>Regular</b>	70%
<b>Malo</b>	5%
<b>Muy malo</b>	0%

En lo referente al sentir del trato por las autoridades institucionales se aprecia una equidad entre el sentir de justicia (50%) e injusticia (50%). Los datos obtenidos revelan que el (55%) se ha visto obligado a aceptar procedimientos en contra de su opinión personal y el (45%) no lo aprecia así. En cuanto a la relación entre las políticas institucionales y la toma de decisiones se encuentra que: (65%) son regularmente congruentes, (15%) discrepantes, (10%) congruentes y (10%) muy discrepantes (tabla VI).

**Tabla VI. Distribución de la relación entre las decisiones tomadas y las políticas institucionales**

<b>Relación/ decisiones y políticas institucionales</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Congruentes</b>	10%
<b>Regularmente congruentes</b>	65%
<b>Discrepantes</b>	15%
<b>Muy discrepantes</b>	10%

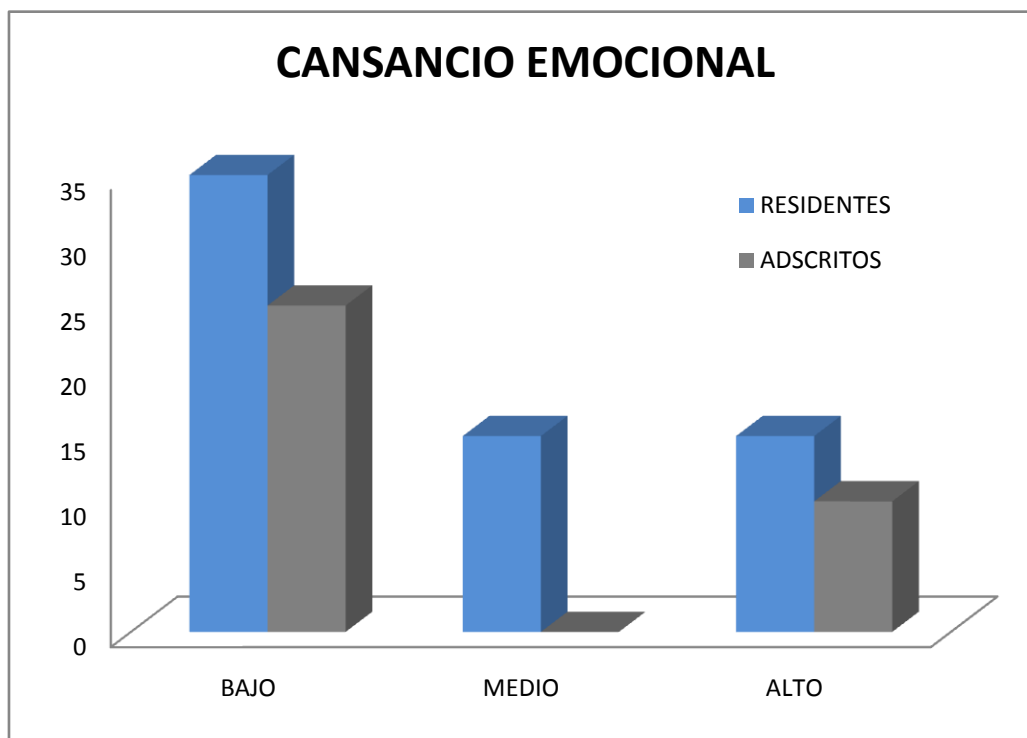
La calificación otorgada a los directivos con escala de 1 a 10 (donde 1 = muy injusto y 10 = justo) recibió una calificación de 5.65, es decir, la relación que existe entre los directivos y los médicos anestesiólogos es regular. Los médicos sienten que pueden perder el control en las siguientes situaciones: Falta de apoyo del equipo (50%), Falta de material (30%) y exceso de trabajo (20%).

Los datos obtenidos en los cuestionarios de Maslach arrojaron los siguientes resultados: los reactivos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 valoran cansancio emocional (CE) el (60%) presento un bajo, medio (15%) y alto (25%). La distribución por grupo se observa en la tabla VII.

**Tabla VII. Cansancio Emocional en médicos residentes y de base en anestesiología**

<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>	<b>RESIDENTES</b>	<b>ADSCRITOS</b>
<b>BAJO</b>	7 (35%)	5 (25%)
<b>MEDIO</b>	3 (15%)	0
<b>ALTO</b>	3 (15%)	2 (10%)

**Grafica IV. Comparación del cansancio emocional por grupo.**



De acuerdo con la clasificación de Maslach, el cansancio emocional presentado en la muestra de estudio fue de un (60%) para el nivel bajo, se observa una diferencia entre los dos grupos del 5%. El nivel medio reporto un (15%), exclusivo del grupo de residentes. Los niveles altos de cansancio emocional lo presenta el (25%), del cual el (15%) corresponde a residentes.

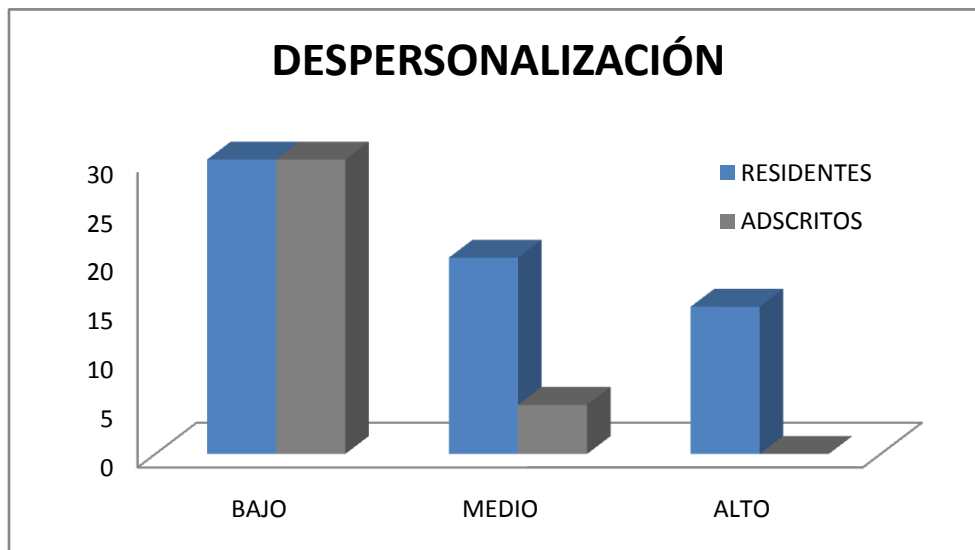
La despersonalización (DP) fue valorada con las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22: nivel bajo (60%), medio (25%) y alto (15%). La distribución por grupo se analiza en la tabla VIII y grafico VI.

**Tabla VIII. Despersonalización por grupo.**

DESPERSONALIZACIÓN	RESIDENTES	ADSCRITOS
BAJO	6 (30%)	6 (30%)
MEDIO	4 (20%)	1 (5%)
ALTO	3 (15%)	0

En este rubro, observamos que hay una equidad entre ambos grupos en cuanto a los niveles de baja despersonalización, ya que esta represento un (30%) para cada grupo. Le sigue el nivel medio de despersonalización con un (20%) en los residentes y solo un (5%) en los médicos de base, y finalmente los niveles altos de despersonalización solo lo presentaron el grupo de residentes con (15%), esto nos indica que el grupo de residentes está más propenso a desarrollar mayor grado de despersonalización en relación con los médicos de base.

**Grafico VI. Despersonalización entre residentes y adscritos**





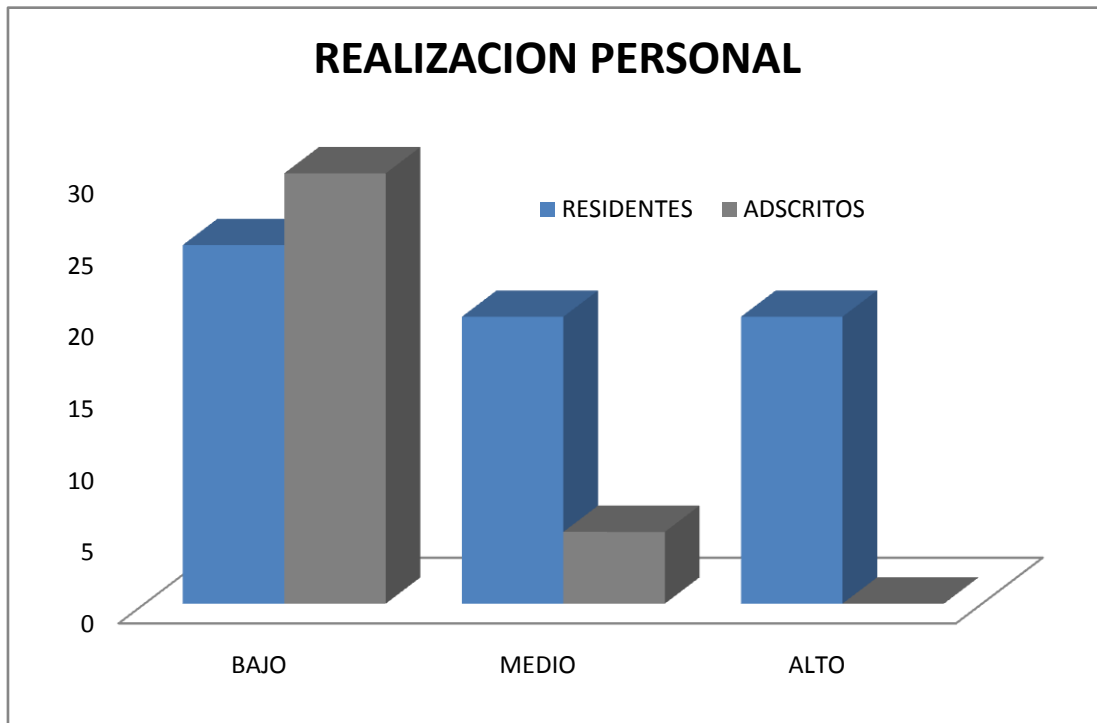
Finalmente los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 valoraron realización personal, arrojando los siguientes resultados: nivel bajo (55%), medio (25%) y alto (20%). La distribución por grupo se observa en la tabla IX.

**Tabla IX. Realización personal entre anesthesiólogos**

<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>	<b>RESIDENTES</b>	<b>ADSCRITOS</b>
<b>BAJO</b>	5 (25%)	6 (30%)
<b>MEDIO</b>	4 (20%)	1 (5%)
<b>ALTO</b>	4 (20%)	0

Recordemos que en este rubro la calificación es invertida, es decir, entre menor puntaje se obtenga en el IMB menor grado de realización personal se tiene, esto en según Maslach correspondería a un nivel alto. Los grupos de estudio mostraron un alto grado de realización personal, es decir, el mayor porcentaje estuvo representado por el nivel bajo (55%), de esto el (30%) corresponde a médicos de base. En un nivel medio de realización personal se encuentra el (20%), representado en la mayoría por residentes (20%), y finalmente, solo el grupo de residentes presento niveles altos de baja realización personal (20%) (Grafico VII).

**Grafico VII. Comparación de niveles de realización personal por grupo**



Al obtener la media de cada subescala, no se encuentran alteraciones significativas, ya que se encuentran en un nivel medio y bajo, como se aprecia en la tabla X.

**Tabla X. Valores medios distribuidos por subescalas**

MASLACH BURNOUT INVENTORY	VALOR MEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CANSANCIO EMOCIONAL	18.65	10.11
DESPERSONALIZACION	4.6	4.26
REALIZACION PERSONAL	39.4	7.79

En cuanto a la valoración del síndrome de Burnout por subgrupo, encontramos una prevalencia del (40%) en el cansancio emocional, (40%) despersonalización y (45%) en falta de realización personal (tabla XI, XII y grafico VIII).

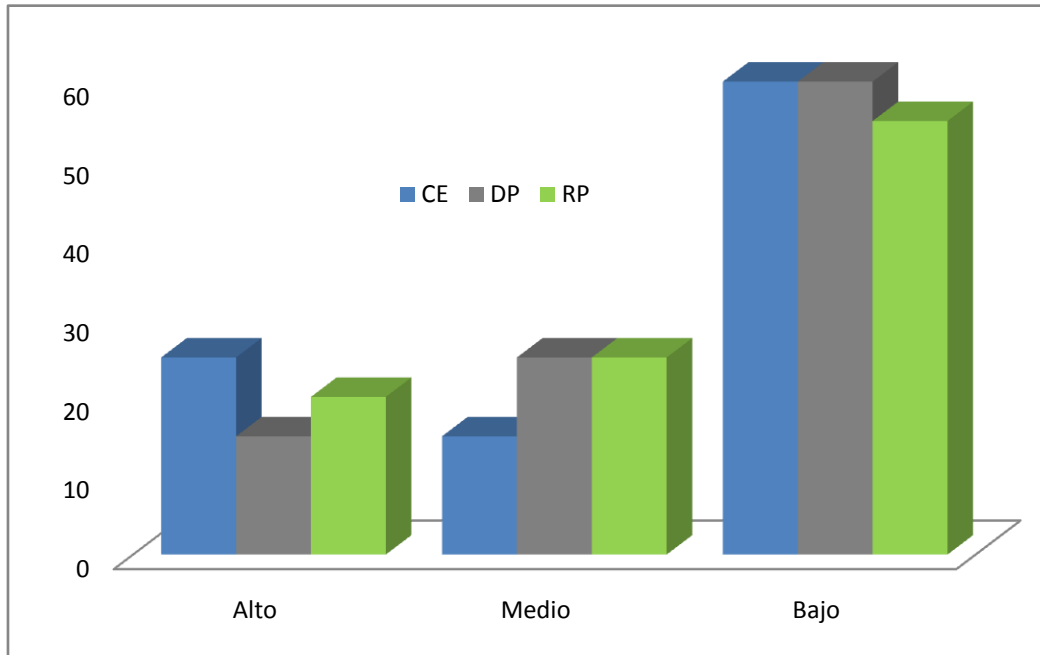
**Tabla XI. Puntuación según subclasificación integrantes del síndrome**

Nivel	Cansancio emocional	Despersonalización	Falta de realización personal
ALTO	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)
MEDIO	3 (15%)	5 (25%)	5 (25%)
BAJO	12 (60%)	12 (60%)	11 (55%)

**Tabla XII. Comparación de puntuación del MBI entre residentes y adscritos**

MASLACH BURNOUT INVENTORY	RESIDENTES		MÉDICOS DE BASE	
	MEDIA	DESVIACION ESTÁNDAR	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CANSANCIO EMOCIONAL	19.76	7.94	16.57	13.78
DESPERSONALIZACIÓN	6.15	4.35	1.71	13.75
REALIZACIÓN PERSONAL	36	7.42	45.71	3.25

**Grafico VIII. Comparación entre los subgrupos del síndrome**



Al hacer un análisis del número de variables alteradas, se encontró lo siguiente: el (55%) no presentó alteraciones en alguna de las tres variables, es decir, CM, DP y RP con niveles bajos. (30%) tiene una variable alterada, aquellos con dos variables alteradas representan el (15%), la distribución se observa en la tabla XIII.

**Tabla XIII. Variables alteradas**

No. Variables alteradas	Residentes	Adscritos	Total	%
<b>Ninguna</b>	6	5	11	55
<b>1</b>	4	2	6	30
<b>2</b>	3	0	3	15
<b>3</b>	0	0	0	0

El mayor porcentaje de variables alteradas lo ocupó el grupo de residentes, presentando 1 o 2 variables alteradas (35%), no así el grupo de médicos adscritos, ya que el (25%) no presenta alteraciones en alguna de las variables. En la tabla XIV comparamos las variables que presentan niveles altos según la clasificación de Maslach.

**Tabla XIV. Variables alteradas en médicos residentes y de base**

Variables alteradas	Residentes	Adscritos	%
Cansancio emocional	3	2	15%
Despersonalización	3	0	15%
Realización personal	4	0	20%

Tal como se observa en la tabla XIV, el grupo de residentes presenta niveles más altos de baja realización personal (20%), seguido de cansancio emocional (15%) y despersonalización (15%). Solo tres médicos presentaron dos variables alteradas, dos de ellos con niveles altos de cansancio emocional y despersonalización, el tercero con niveles altos de despersonalización y baja realización personal, factores compatibles con burnout.

**Tabla XV. Análisis comparativo entre la edad y las dimensiones de la escala de Maslach**

Dimensiones	Edad	N. Sujetos	Media	Desviación estándar
Cansancio Emocional	<37 años	13	19.8	7.94
	>37 años	7	16.6	13.75
Despersonalización	<37 años	13	6.2	4.35
	>37 años	7	1.7	2.13
Realización Personal	<37 años	13	36	7.42
	>37 años	7	45.7	3.25

**Tabla XVI. Comparación de los resultados del MBI en relación al género.**

Dimensiones	Género	%	Media	Desviación estándar
Cansancio Emocional	Femenino	50	17.2	7.08
	Masculino	50	20.1	12.67
Despersonalización	Femenino	50	5.9	4.40
	Masculino	50	3.3	3.88
Realización Personal	Femenino	50	35.5	8.28
	Masculino	50	43.3	5.07

**Tabla XVII. Comparación entre el puntaje obtenido en MBI y años ejerciendo la especialidad.**

Dimensiones	Años ejerciendo	Sujetos	Media	Desviación estándar
Cansancio Emocional	<10 años	14	19.4	7.79
	>10 años	6	17	15.01
Despersonalización	<10 años	14	5.7	4.49
	>10 años	6	2	2.19
Realización Personal	<10 años	14	36.8	7.71
	>10 años	6	45.5	3.50

**Tabla XVIII. Comparación del número de procedimientos y horas trabajadas por grupo.**

	# Proced		Desviación	Horas		Desviación
	24hrs	Media	Estándar	Lab/sem	Media	estándar
Residentes	89	6.8	3.02	1215	93.5	21.85
Adscritos	19	2.7	1.49	280	40	23.63

## 10. CONCLUSIONES

Una vez concluido el análisis de los datos obtenidos a través del MBI y cuestionario de datos generales, se encontró que la prevalencia del Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional en los médicos residentes y adscritos del servicio de Anestesiología del Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours” fue del 15% ( $p= 0.15$ ), encontrándose en el grupo de residentes los niveles más altos de desgaste profesional, ya que fue este grupo el que presentó mayor número de variables alteradas o quemadas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Al asociar las variables alteradas con los factores demográficos (edad, estado civil, años laborando, turnos laborados, número de hijos, horas laboradas, etc.) se encontró incremento en las variables que integran el síndrome, confirmando así que los factores demográficos influyen en cierta medida en el proceso de aparición del desgaste profesional.

Al asociar las variables del Síndrome de Burnout con la edad, se encontró que el grupo menor de 37 años presenta valores medios más altos en comparación con los mayores de 37 años de edad. En este mismo caso se encuentra el rubro de años ejerciendo la profesión; los que presentan menos de 10 años ejerciendo revelan más variables “quemadas”, es decir, al asociarlo con la edad y los años laborando, corroboramos lo que en otros estudios se ha reportado; durante los primeros años de práctica profesional se es más susceptible de desarrollar este síndrome, esto debido a un periodo de transición entre la inexperiencia y el



manejo del estrés, las expectativas idealistas y desmedidas que suelen tenerse sobre la misma profesión y la calidad de vida esperada.

De igual forma, al asociar las variables que componen al síndrome de Burnout con el género, se encontraron puntuaciones mayores en las mujeres, tanto para el cansancio emocional como para la baja realización personal, corroborando lo reportado por otros autores. Aunque es importante señalar que aún no existe uniformidad en esta asociación, ya que en otras investigaciones se han reportado mayores índices de Burnout en hombres. Así mismo es importante recalcar que la mayor parte de variables quemadas del género femenino fueron del grupo de residentes, siendo estas más numerosas que los médicos de base, lo que nos confirma una vez más que los años de práctica profesional si son determinantes para desarrollar este síndrome.

Un hecho que se observó común en el grupo de residentes fue una mayor prevalencia de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, como resultado de su mayor permanencia en la institución e interacción con personal del hospital y pacientes.

Estamos convencidos de la prevalencia importante de los signos que conforman el Síndrome de Burnout dentro de la especialidad de Anestesiología, sin embargo el número de la muestra no incluyó el total de los individuos que conforman servicio de anestesiología del HGE. Así mismo hay que señalar que la influencia de la crisis económica global, la exigencia legal en materia de prestación de servicios, los factores inherentes a la variable organizacional, representan factores de riesgo

que en conjunto sensibilizan al médico. Es importante mencionar que la principal dificultad para el estudio del impacto actual del Síndrome de Desgaste Profesional se debe a la resistencia del médico para admitir problemas y aceptar el título de paciente. Estas situaciones nos invitan a proseguir con estudios adecuándolos a la época y lugar donde se desarrolla el fenómeno. La prevalencia mayor en residentes que en médicos adscritos podría estar explicada por los años de experiencia ya que sus expectativas se encuentran acordes a su realidad.

## **11. RECOMENDACIONES**

El Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout es considerado una “enfermedad profesional”, por lo que se genera una responsabilidad compartida, por tanto la prevención se debe realizar desde una perspectiva que integre<sup>1</sup>:

- Nivel personal: proceso personal de adaptación a las expectativas cotidianas, no negar la situación, evitar el aislamiento, disminuir la intensidad de vida, buscar equilibrio entre familia, amigos, descanso y trabajo. De ser necesario buscar asesoramiento psicológico.
- Nivel del equipo de trabajo: mejorar las relaciones interpersonales, tratar de buscar un ambiente de trabajo más humanizado y equilibrado, menos competitivo y solidario.

- Nivel de Organización Institución: definir el papel y responsabilidad del anesthesiologo, mejorar comunicaciones, proveer oportunidades para la interacción social entre los integrantes del equipo, mejora en las medidas de protección en los quirófanos, distribución uniforme del volumen de trabajo acorde con las habilidades y recursos de los anesthesiologos, por mencionar las principales.

# ANEXO A

## CUESTIONARIO DE MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_ No. de hijos: \_\_\_\_\_  
 Adscrito: \_\_\_\_\_ Residente: \_\_\_\_\_ Antigüedad en su puesto: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que sienta las situaciones que se presentan en los siguientes enunciados

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

	0	1	2	3	4	5	6
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir trabajar.							
Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.							
Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
Me siento "agotado" por mi trabajo.							
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.							
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
Me siento muy activo.							
Me siento frustrado en mi trabajo.							
Creo que estoy trabajando demasiado.							
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							
Trabajar directamente con personas me causa estrés.							
Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades.							
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.							

# ANEXO B

## CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gustavo C. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2006; 34: 233-240.
2. Palmer Y, Gómez VA, Cabrera PC, Vélez R. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos Anestesiólogos. *Salud Mental* 2005; 28 (1): 82-90.
3. Fernández TB, Roldán PLM, Guerra VA, Roldán RT, Gutiérrez GA. *Rev. Esp. Anestsiol. Reanim.* 2006; 53: 359-362.
4. Aranda C, Pando M, Velázquez BI. Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de posgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 2003; 30 (4): 193-199.
5. Baptista GHA. Cuando el exceso de trabajo agota. *Revista Médica Sur* 2006; 13 (2): 75-77.
6. Calabrese G. Guía de Prevención y protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de la C. L. A. S. A. *XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún, 2001.*
7. Grau A. Suñer R. García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19 (6): 463-470.
8. Paredes GOL. Sanabria FPA. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Rev. Med Fac Med Col* 2008; 16 (1): 25-33.
9. Garduño JMA. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de Anestesiología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2008; 31 (S1): S259-S262.

10. Gil-Monte RP. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México* 2002; 44 (1): 33-40.
11. Hidalgo RI, Díaz GR. El Síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. *Rev Clin Esp* 1994; 194 (9): 670-676.
12. Guntupalli K, Fromm JR. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996; 22: 625-630.
13. García B. Renovell F. Síndrome de Agotamiento Profesional en los médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 17 (3): 118-122.
14. Campbell A. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130 (4): 696-705.
15. López EC. Síndrome de Burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2004; 27 (S1): S131-S133.
16. Abdelmalak B. Stress in American Anesthesiology Residencies. *ASA Newsletter*. [www.asahq.org/Newsletters/1999/1299/resident1299.HTML](http://www.asahq.org/Newsletters/1999/1299/resident1299.HTML).
17. Mingote AJC, Moreno J. desgaste Profesional y la salud de los Profesionales Médicos. *Medicina Clínica* 2004; 123 (7): 265-270.
18. Fernandez LJA, Siegrist J. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. *Atención Primaria* 2003; 31: 1-10
19. Torras JAM, Bernard MM, Pedregosa MJ. Importancia de la detección de síndrome de Burnout en la asistencia primaria. *C. Med Psicosom* 2001-2002; 60 (61): 23-25.
20. Weber A, Jackel R. Burnout síndrome: a disease of modern societies?. *Occup. Med.* 2000; 50: 512-517.
21. Marie C, Poncet P. Burnout Syndrome in critical Care Nursing Staff. *American journals of Respiratory and Critical Care Medicine* 2007; 175.
22. Maslach C, Kackson S. Maslach Burnout Inventory: Evaluating Stress. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London 1997.