

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

**NIVELES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES DIMENSIONES  
ENTRE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE DIFERENTES ESPECIALIDADES  
DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO Y SU RELACIÓN CON NIVELES DE  
ANSIEDAD.**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A:

DRA. MARÍA TERESA CANTORAL DÍAZ

Dr. Manuel Álvarez Navarro

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación

Hospital Español de México

Tutor Teórico:

Tutor Metodológico:

Dr. Carlos Serrano Gómez

Dra. Rosa Isela Mézquita Orozco



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.

## APENDICE

Introducción	página 3
Justificación	página 23
Planteamiento del problema	página 24
Hipótesis	página 24
Objetivos	página 25
Diseño del estudio	página 25
Sujetos de estudio	página 25
Variables del estudio	página 26
Instrumentos	página 27
Método	página 31
Análisis estadístico	página 32
Consideraciones éticas	página 32
Recursos	página 32
Resultados	página 33
Discusión	página 42
Conclusiones	página 45
Anexos	página 46
Bibliografía	página 47

## INTRODUCCIÓN

El burnout o síndrome de fatiga emocional es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger. Este autor observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Herbert Freudenberger describió a las personas que padecen burnout como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico (1, 9).

Más tarde, en 1977, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach y colaboradores, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios. Esta autora entiende que el burnout se configura como *"un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal"* (2)

Actualmente podemos definir al *burnout* como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo, en donde se ven obligados a

responder a altas demandas y presiones laborales sostenidas y que afectan negativamente el rendimiento y la calidad del servicio. (8)

La teoría establecida con respecto al síndrome de desgaste profesional, manifiesta que éste se puede considerar como un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas psicosociales del trabajo. (10)

Varios autores han intentado dar una explicación completa del síndrome a partir de la unión de los diversos factores que lo constituyen. Dentro de los modelos teóricos que más trascendencia han tenido se encuentran los siguientes:

#### **El modelo de Maslach y Jackson.**

Maslach y Jackson estudiaron la activación de la emoción, producto de las relaciones interpersonales y cómo las personas se adaptaban a ello. Para esto, realizaron entrevistas con profesionales que podían tener más probabilidad de sufrir esta activación, por lo que escogieron a personas dedicadas a trabajos de servicio y asistencia a personas con problemas.

Ellos encontraron que el estrés asociado a esta activación efectivamente podía tener efectos dañinos y muy debilitantes para los individuos y la organización para la cual se estaba trabajando (43).

## **El modelo de los procesos del burnout de Cherniss.**

Cherniss conceptualiza el burnout dentro de un marco de interacciones, según el cual las fuentes de estrés, que están en la base de la aparición del síndrome, se desarrollan en relación a la influencia del marco laboral, las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma. (9,11)

Según el modelo de Cherniss el marco laboral es uno de los agentes potenciales de estrés, en él se destacan diversos factores: orientación, carga en el trabajo, estimulación, ámbito de clientes y contactos mantenidos, autonomía en el trabajo, estilo de dirección y supervisión y existencia de aislamiento social. Así mismo, la persona cuenta con otros factores potenciadores o inhibidores del estrés como son la orientación profesional, el apoyo del que dispone y las demandas existentes fuera del trabajo. Todos estos aspectos pueden ocasionar fuentes de estrés que la persona vive como la presencia de dudas acerca de la competencia personal, problemas con los clientes, interferencias burocráticas, falta de estimulación y realización y falta de desarrollo académico personal. Como consecuencia, el individuo cambia de actitudes dándole lugar a diversas posibilidades de cambio: en las metas laborales, en la responsabilidad personal de los resultados, en el idealismo/realismo ante el trabajo, en la indiferencia emocional, en la mayor o menor alienación en el trabajo o en los auto-intereses. (9,11)

Lógicamente, según sean estos cambios, las fuentes de estrés decrecerán o se incrementarán dando lugar, en este último caso, a la posible aparición del

burnout. El modelo de Cherniss parte de que las estrategias de afrontamiento que ponga en marcha el individuo ante la fuente de estrés, serán determinantes en el proceso que sigue el burnout, el proceso que describe Cherniss no es unidireccional, sino representado por las interacciones continuas que la persona y el marco laboral mantienen a partir de los cambios de actitudes que presenta el individuo ante las fuentes de estrés. (9,11)

### **Marco conceptual de proposiciones del burnout de Cordes y Dougherty.**

Cordes y Dougherty (1993) plantean un marco conceptual que permite una comprensión amplia del síndrome dando lugar a un modelo teórico-explicativo del mismo. Según el marco teórico que plantean los autores, las demandas estresantes individuales (altas expectativas de realización, altas expectativas organizacionales, compromiso con el trabajo, interés central en la vida y edad) y organizacionales (sobrecarga de rol, conflicto de rol, la franqueza, frecuencia, duración e intensidad de las interacciones personales) pueden ocasionar agotamiento emocional en el sujeto que, como respuesta de afrontamiento al estrés provocado, desarrollaría despersonalización. En este momento están mediando factores que son parte de un sistema impersonal, controlador y determinante que se caracteriza por permitir escasa participación del individuo en la toma de decisiones. Como consecuencia de los altos niveles de despersonalización aparecerían una serie de causas, entre las que se encontrarían sobrecarga de rol, ambigüedad de rol, escasa utilización de las habilidades o retos en el trabajo, falta de realización y recompensas en el trabajo y la aparición de reducida realización personal. (12)

A lo largo del proceso, irían apareciendo consecuencias individuales y organizacionales de tipo conductual, físico, emocional, actitudinal e interpersonal. (12)

### **El modelo de las fases del burnout de Golembiewski y colaboradores.**

Golembiewski conceptualiza su modelo teórico a partir de la concepción que se obtiene del Maslach Burnout inventory (Maslach y Jackson, 1981). Entiende que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del síndrome es la despersonalización, seguida de la reducida realización personal y, por último, el agotamiento emocional. (13)

Estos autores dicotomizan las puntuaciones obtenidas en el MBI en altas (A) y bajas (B) con lo que se obtienen ocho posibles configuraciones de burnout, que denominan fases y que clasifican desde la I (bajas puntuaciones de burnout en todas las dimensiones) hasta la VIII (elevadas puntuaciones en todas sus dimensiones), siendo la aparición del síndrome progresiva desde la fase I hasta la VIII. (13)

Para estos autores, se consideraría burnout leve los individuos que puntuaran en las fases I, II ó III, burnout medio los que puntuaran en las fases IV ó V, mientras que estaríamos ante burnout elevado cuando los individuos puntuaran en las fases VI, VII u VIII. (14)



Por otro lado, varios autores han demostrado variables predictivas del burnout, dentro de las cuales se encuentran: las variables interpersonales, las variables organizacionales y las variables ambientales. (15)

Dentro de las variables personales se encuentran:

- a) *Control externo*. Diversos autores encuentran correlaciones inversamente significativas entre el control de la situación que se cree tener y la aparición del síndrome.
- b) *Indefensión aprendida*. Ensiedel y Tully (1981) plantean el paradigma de la indefensión aprendida para explicar el burnout; dicho paradigma estaría relacionado, entre otras cosas, con el nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo.(24)
- c) *Interés social*. Ansbacher (1956) definía esta característica como el interés activo en fomentar el bienestar humano. Según Smith, Watstein y Wuehler (1986) conforme decrece el interés social en la persona aumenta la probabilidad de padecer burnout.
- d) *Personalidad resistente*. Este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y desafío). Las personas con esta personalidad se comprometen en sus propias tareas y están convencidos de que son capaces de actuar y obtener resultados en sus trabajos, (25, 29)

- e) *Edad*. La edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. Gould (1985) plantea que cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de burnout hallaremos. (23)
- f) *Género*: El género femenino, sería el grupo más vulnerable dentro de los profesionales de la salud, por razones como la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. (23)
- g) *Demandas emocionales*: Garden (1989) las plantea como antecedente objetivo del burnout. A mayores demandas mayor probabilidad de padecer el síndrome. Normalmente estas exigencias estarían asociadas con peticiones laborales excesivas, sin embargo no siempre ocurre así. Aquí el aspecto fundamental es el hecho de percibir el individuo que se le hacen dichas demandas emocionales que él considera abrumadoras. En un estudio se observó la exigencia relacionada con falta de técnicas de autocontrol emocional, meditación o manejo del estrés en general. (26)
- h) *Estrategias de afrontamiento inadecuadas*. Las estrategias de afrontamiento a las situaciones de estrés no son acertadas y ocasionan que se incremente el riesgo de padecer burnout. (27)
- i) *Autoeficacia*. La autoeficacia es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere

"comprobar" la valía personal del individuo. Según Leiter (1992) si existe crisis de autoeficacia mayor probabilidad habrá de sufrir burnout.

- j) *Patrón de personalidad tipo A*. Este patrón caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad. El patrón de comportamiento de este tipo de personalidad resulta en un estrés negativo que tiene consecuencias emocionales importantes. (27, 29)
- k) *Autoconcepto*. Planteado como el concepto personal general que la persona tiene de sí mismo; aquí incluiríamos el concepto que el individuo tendría acerca de su actuación. Si el autoconcepto es pobre es probable que la persona sea más vulnerable a desarrollar burnout.
- l) *Expectativas personales*. Se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital. Según Cordes y Dougherty (1993), conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer burnout. (24)

Las variables predictivas de burnout del contexto organizacional son las siguientes:

- a) *Negativa dinámica del trabajo*. Las interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar predisponen al burnout. (22)

- b) *Inadecuación profesional.* Ayuso y López (1993) indican como una de las posibles causas del burnout está no adaptarse al perfil profesional y personal del individuo o al perfil del puesto de trabajo que desempeña. (27)
- c) *Exigencias del trabajo.* Referidas a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables.(22)
- d) *Realización en el trabajo.* Conforme la realización en el trabajo es menor, Garden (1987) plantea la existencia de mayor grado de burnout. En este contexto, la realización en el trabajo se entiende como realización real que es valorada mediante métodos objetivos y percepción de la realización que entra dentro de la subjetividad del trabajador. (27)
- e) *Interacción trabajador-cliente.* Ursprung (1986); Burke y Richardsen (1991) señalan que en tanto que dicha interacción da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, aparece como una variable predictora del burnout. (27)
- f) *Conflicto y ambigüedad de rol.* La ambigüedad de rol tiene más relación con la falta de control de ese rol que el trabajador desempeña y con la necesidad de conocer mejor cuáles son sus funciones en el puesto de trabajo. El conflicto de rol está relacionado con el conflicto existente entre lo que el trabajador espera del desempeño de su puesto de trabajo y lo que los otros (compañeros y supervisores) esperan que desempeñe. Lógicamente, a mayor ambigüedad y/o conflicto de rol mayor probabilidad de aparecer burnout. (22)

- g) *Participación en la toma de decisiones.* Esta participación condiciona aspectos tales como seguridad personal, responsabilidad, realización personal, ya que permite al individuo tomar decisiones que van a tener una repercusión en el trabajo. Burke y Greenglass (1994) plantean que, a menor posibilidad de tomar decisiones, mayor probabilidad de padecer burnout. (27)
- h) *Recompensas.* La falta de recompensas (tanto las económicas como las sociales, consecuentes a un trabajo bien realizado, o a una trayectoria profesional relevante) predicen la aparición del burnout.(22)
- i) *Apoyo organizacional.* Entendido como apoyo recibido en la dinámica propia del trabajo por parte de los supervisores y/o compañeros. A menor apoyo mayor predicción de burnout (25)
- j) *Expectativas en el trabajo.* Tienen que ver con el hecho de que se cumplan en el trabajo aquellas metas que la persona se forjó hacia él, que exista el éxito constatable que el individuo persigue. Conforme disminuye la probabilidad de que se cumplan las expectativas, mayor es la opción de que aparezca el síndrome. (27)
- k) *Relaciones con los compañeros.* Dichas relaciones son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en cuanto al clima laboral resultante. Sandoval (1993) plantea que cuanto más aversivo es este clima, más probabilidad hay de que aparezca burnout. (28)
- l) *Rigidez organizacional.* Esta rigidez se da en aquellas organizaciones excesivamente normativas en las que prácticamente todo está previamente definido y las posibilidades de improvisar o de tomar

decisiones están muy restringidas. En este tipo de organizaciones es más frecuente el burnout. (28)

m) *Estresores económicos*. Según Wade, Cooley y Savicki (1986) cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al burnout. (27, 25)

n) *Satisfacción laboral*. La satisfacción laboral está provocada por los diversos componentes del trabajo que influyen en el individuo que lo desempeña. Cuando esta satisfacción no se encuentra en el trabajo aparece el síndrome.(27)

o) *Adicción al trabajo*. El término se ha aplicado a aquellos individuos que presentan absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. Nagy y Davis (1985) describieron a estas personas como más propensas a padecer burnout.

p) *Desafío en el trabajo*. Se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores, dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. Según Sarros (1989) a más desafío más burnout, en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal. (27)

q) *Autonomía en el trabajo*. La autonomía en el trabajo es la libertad de acción, dentro de unas normas establecidas por la organización, de que dispone el individuo para desarrollar adecuadamente su trabajo. Lee y Ashforth (1993) señalan que a menor autonomía más burnout, especialmente la dimensión de agotamiento emocional. (27)

Se ha demostrado que existen variables ambientales que influyen también en el desarrollo de síndrome de burnout, dentro de los más destacados se encuentran:

- a) *Apoyo social*. Este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparan. A menor apoyo social más posibilidades de padecer el síndrome. (24)
- b) *Relaciones interpersonales*. Son las relaciones mantenidas con familiares y amigos. Conforme aparecen ambientes más aversivos aumenta la frecuencia de padecer burnout (Friesen y Sarros, 1987). Sarros (1988), indica que es especialmente en la dimensión de despersonalización donde más se aprecia esta variable.(24)
- c) *Actitudes de familiares y amigos*. Está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero, en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona. Ante actitudes más aversivas más burnout.
- d) *Satisfacción vital*. Esta variable describe la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. Según Lee y Ashforth (1993) a menor satisfacción vital más burnout, en concreto mayor nivel de agotamiento emocional. (37)
- e) *Exigencias vitales*. Golembiewski y Munzenrider (1988), señalan que las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en

los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades, etc.) pueden derivar en burnout.

- f) *Problemas familiares*. El hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir burnout según Leiter (1992). (23)
- g) *Recursos de afrontamiento familiares*. Leiter (1990) plantea que cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento. Estos recursos de afrontamiento son independientes de los que puede poseer el individuo en su contexto laboral. (37)
- h) *Cultura*. Pines y Guendelman (1995) mantienen que el burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que ésta marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir. (37)

### **Consecuencias del Burnout.**

Las repercusiones del burnout sobre la salud de los individuos, se pueden agrupar en cuatro grupos:



1. Manifestaciones psicosomáticas: Incluyen fatiga crónica, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares y dolores musculares.(22)
2. Manifestaciones conductuales: Dentro de éstas se incluyen el ausentismo laboral, conductas relacionadas con el pobre control de impulsos, conductas suicidas, abuso de medicamentos, problemas matrimoniales y familiares.
3. Manifestaciones emocionales: Comprenden el aislamiento, distanciamiento emocional, irritabilidad, impaciencia, conductas defensivas, desconfianza, ansiedad, disminución en la capacidad para concentrarse, entre otras. (22)
4. Manifestaciones defensivas: Dificultad para expresar sentimientos, supresión inconsciente de información, desplazamiento de sentimientos, intelectualización.

Dentro de las repercusiones laborales se encuentran, la insatisfacción y el deterioro del ambiente laboral, las relaciones interprofesionales se vuelven escasas y hostiles, las órdenes se cumplen con dificultad, se toman decisiones precipitadas, se desarrolla una reducida capacidad para llevar a cabo el trabajo, el absentismo se vuelve la respuesta al agobio laboral; se considera la consecuencia más grave al abandono de la profesión. (22)

Además se pueden desarrollar consecuencias ambientales, dentro de las cuales, se encuentran actitudes negativas hacia familia y amistades, disminución de la calidad de vida personal, que se refleja en una disminución de su bienestar personal y social.

### **El Burnout en el Médico Residente.**

El médico residente, es un profesionalista de la salud, que realiza su formación en una especialidad médica. El trabajo realizado por el médico residente ocasiona un estrés constante, relacionado con la responsabilidad y la demanda de tiempo que le confiere el trabajo asistencial. Por esta razón la etapa de formación de especialidad médica, es un periodo de vulnerabilidad al estrés y al síndrome de *burnout*.

En el sector de salud, una encuesta internacional reporta que aproximadamente del 25% al 60% del personal de salud presentan síntomas de burnout. En EUA, la alta prevalencia del síndrome de burnout se ha relacionado con un descenso en el porcentaje de graduados que ingresa a licenciaturas relacionadas con la salud. El burnout en los últimos 20 años, ha sido relacionado con menor calidad de vida en el médico, estimando un costo de hasta \$250,000 dólares por cada médico que abandona la práctica. (17, 18)

Los médicos de Noruega reportan presentar síntomas de burnout a pesar de periodos disminuidos de trabajo con relación a nuestro país. Este hecho ha

sido relacionado en los hombres a mayor estrés por poca satisfacción de autorrealización y en las mujeres por cuestiones familiares y sociales. (19)

Múltiples estudios muestran que las alteraciones psíquicas están presentes desde los años universitarios del estudiante de medicina y que estas alteraciones progresan en severidad a través del periodo de formación. Se ha encontrado que los síntomas depresivos, la ansiedad, el deterioro funcional y la disminución de empatía hacia compañeros, familia y pacientes se encuentra presente en 25-40% de los médicos internos de pregrado y hasta en el 75% de los médicos residentes. (18,19)

Shanafelt y col., en un estudio transversal de 115 residentes de medicina interna de la Universidad de Seattle, Washington, EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional y un 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout*. (35)

Martín y col., concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout* (rango: medicina familiar 27% y ginecología 75%) y se asoció al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban. (36)

En México sólo se han presentado pocos estudios relacionados con burnout en médicos, médicos en programas de residencia y médicos internos de pregrado.

Es importante la identificación y la atención ante los primeros síntomas de burnout. La institución sanitaria presenta una cultura organizacional resistente al cambio y la innovación y excesivamente burocratizada. Esto hace que se mantengan en el tiempo actitudes y conductas favorecedoras del síndrome de burnout (20), afección al paciente por errores médicos y consecuencias monetarias.

En médicos residentes mexicanos, se ha relacionado la presencia de burnout con reportes de menor calidad de vida, insatisfacción de los pacientes, aumento de los errores médicos y disminución de la capacidad de expresar empatía hacia los pacientes. Estos hechos afectan primordialmente el desempeño laboral y la relación médico-paciente. (17, 18, 21)

Durante su estancia en la institución de salud, para el médico residente en periodo de aprendizaje es de gran importancia desarrollar pericia o aptitud en los procedimientos técnicos. En México, los médicos residentes deben laborar ocho horas diarias más guardias. Las jornadas extenuantes provocan privación de sueño, que deteriora el rendimiento laboral, provocan trastornos del carácter e incrementan las probabilidades de error. Los problemas fisiológicos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas son trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión y síndrome de desgaste profesional o burnout. (44)

En los últimos 10 años, en Estados Unidos y Canadá se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo con las que se acumulen 100 a 120 horas

semanales, aún frecuentes para los residentes de ambos países. En México, la *Ley Federal del Trabajo* en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño. (44)

Médicos residentes que padecen síndrome de desgaste profesional reconocen que su labor asistencial está muy por debajo de los estándares de atención en comparación con la brindada por sus compañeros que no padecen dicho síndrome.

En un estudio realizado en 314 trabajadores de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, intendencia, administrativos, odontólogos, químicos y psicólogos) se demostró que la mayoría de estos profesionistas tenían un nivel de burnout moderado (45)

Como consecuencias directas personales se relaciona el síndrome de burnout con aumento del consumo de sustancias de abuso, accidentes automovilísticos, problemas de salud relacionados a estrés, problemas maritales y familiares. (17).

Entre los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo están:  
(27)

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
  
- El contacto continuo con enfermos exige una vinculación afectiva para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
  
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
  
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
  
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
  
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
  
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
  
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario.
  
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

\_ La “cultura médica” se caracteriza por una tendencia al perfeccionismo, alta necesidad de control y eficacia y altas expectativas de éxito. Estas expectativas son reforzadas socialmente y la presión sobre el médico aumenta.

Las variables personales consideradas en los estudios sobre *burnout* son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Estudios previos han demostrado una prevalencia ligeramente mayor en mujeres, lo que en ocasiones ha sido asociado con estudios de doble jornada en mujeres, en donde se toma en cuenta el trabajo con tareas domésticas y el trabajo en una institución de salud. Se ha documentado, que los médicos entre 35 y 54 años de edad, son los que tienen mayor riesgo para desarrollar este síndrome. Es más frecuente en médicos solteros o con parejas emocionales poco estables. (30-33)

Tras definir el síndrome y profundizar en el estudio de las variables predictoras del mismo, es necesario conocer las consecuencias que para el individuo y para su contexto vital y laboral, supone su padecimiento.

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; que se pueden dividir en tres grupos:

– Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas): Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios. (24, 34)

– Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales): Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo. (24, 34)

– Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales): Ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización. (24,34)

## JUSTIFICACION

El síndrome de burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la salud sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto costo, tanto social como económico.



Existen pocos estudios que analizan la relación de burnout con la calidad del sueño en profesionales de la salud. Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia y su relación con alteraciones afectivas para poder elaborar planes de prevención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia del síndrome de burnout ha sido relacionada con síntomas depresivos, ansiedad y deterioro funcional hasta en el 75% de los médicos residentes. La mayoría de los estudios realizados no comparan las características de este síndrome entre residentes de diferentes especialidades médicas. No existen estudios que midan los niveles de burnout y su relación con ansiedad en los médicos residentes del Hospital Español de la Ciudad de México.

¿Existen diferencias en los niveles de burnout y ansiedad entre los residentes de diferentes especialidades del Hospital Español de México?

## HIPÓTESIS

- Los residentes de especialidades médicas y de psiquiatría tendrán mayores niveles de burnout comparados con los residentes de otras especialidades, asociado al nivel de involucramiento emocional con el paciente.

- Los residentes de primer año de las diferentes especialidades médicas tendrán mayores niveles de burnout y de ansiedad.

## OBJETIVOS

- Evaluar si existen diferencias en los niveles de burnout entre los médicos residentes de diferentes especialidades del Hospital Español de la Ciudad de México.
- Evaluar la relación que existe entre presencia de Burnout y síntomas de ansiedad en los médicos residentes del Hospital Español de la Ciudad de México.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico y comparativo.

## SUJETOS DE ESTUDIO

### ➤ Criterios de Inclusión:

Médicos residentes de cualquier especialidad del Hospital Español de la Ciudad de México, que se encontraran realizando rotaciones internas en el hospital, que se encontraran realizando guardias y que aceptaran completar voluntariamente los instrumentos.

➤ Criterios de Exclusión:

Se excluyeron del estudio a los médicos residentes del Hospital Español de la Ciudad de México, que durante el periodo del estudio estuvieran dados de baja, incapacitados, de vacaciones, realizando rotaciones externas, realizando el servicio social o que no realizaran guardias.

El estudio se realizó entre el 1 de diciembre de 2010 al 28 de febrero de 2011.

#### VARIABLES DEL ESTUDIO

- Género: Masculino/Femenino variable nominal o de atributo. La categoría que lo conforma no tiene orden o rango.
- Estado civil: Soltero/Casado. Variable nominal o de atributo.
- Presencia de hijos: nominal (Sí/No)
- Edad: variable de intervalo, la relación en las categorías (o valores es constante) y se pueden hacer operaciones aritméticas con ellas. Son de intervalo ya que no existe un “cero” absoluto.
- Especialidad: variable tipo categórica, clasificada en las diferentes especialidades médicas del Hospital Español de la Ciudad de México: Anestesiología, Cirugía, Terapia Intensiva, Cardiología, Medicina Interna, Gastroenterología, Ginecología, Pediatría, Otorrinolaringología, Ortopedia, Radiología y Psiquiatría.
- Tiempo de estancia en la residencia o grado de formación académica: Variable ordinal que se clasificó en años de residencia cursados.

- Niveles burnout: variable de razón. Se obtiene mediante el cuestionario aplicado. Se detecta la severidad del burnout en los casos presentes.
- Niveles de ansiedad: Variable de razón. Se obtiene mediante el cuestionario aplicado. Se detecta la severidad de ansiedad en los casos presentes.

## INSTRUMENTOS

– Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986).

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. Esta escala fue validada en 1991 en español, por Moreno y cols, utilizando una muestra de 235 sujetos.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo burnout:

- a) Agotamiento Emocional (9 ítems), lo constituyen los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Guarda proporción directa con la intensidad del burnout.
- b) Despersonalización (5 ítems), lo constituyen los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Es directamente proporcional a la intensidad del burnout.

- c) Realización Personal (8 ítems): La conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional a la intensidad del burnout.

De cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de burnout.

- Se clasifica una puntuación como baja si se obtiene una subescala de agotamiento emocional de  $\leq 18$ , despersonalización de  $\leq 5$ , y realización personal de  $\geq 40$ .
- Se clasifica como puntuación media si se obtiene una puntuación de la subescala de agotamiento emocional de 19-26, en la subescala de despersonalización una puntuación de 6-9 y en la subescala de realización personal una puntuación de 34-39 puntos.
- Se clasifica como una puntuación alta si se obtienen  $\geq 27$  puntos en la subescala de agotamiento emocional,  $\geq 10$  puntos en la subescala de despersonalización y  $\leq 33$  puntos en la escala de realización personal.

Es necesario señalar que las subescalas del inventario se califican por separado y que no se combinan, ni se obtiene una puntuación total del inventario de burnout.

Por lo que se refiere a la fiabilidad del MBI, Maslach y Jackson (1981) citan los siguientes índices a: 0.87 para la escala Agotamiento Emocional, 0.76 para la

de Reducida Realización Personal y 0.73 para la de Despersonalización. Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) hallan unos índices de 0.90 para la de Agotamiento Emocional, 0.71 para Reducida Realización Personal y 0.79 para Despersonalización. Por lo que se refiere a la consistencia interna para todos los ítems, en 1981 encuentra un índice de 0.76, pasando a 0.80 en la versión de 1986. Maslach y Jackson (1984) encuentran que la estructura factorial del MBI es satisfactoria, destacando que la escala más consistente es la que evalúa agotamiento emocional.

- *Inventario de ansiedad de Beck.*

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL). Este inventario fue validado en la población mexicana en el 2001, sugiriendo consistencia interna y validez del constructo divergente y convergente adecuadas. (48)

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue

muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general.

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad, se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8). Somoza y cols han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Los puntos de corte que se utilizan son 0-21 ansiedad baja, 22-35 ansiedad moderada, > 36 ansiedad severa.

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Validez: Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación ( $r$ ) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81.

## MÉTODO

Se aplicaron los cuestionarios de MBI y de ansiedad de Beck, a los médicos residentes del Hospital Español de la Ciudad de México.

Para cumplir con lo que marca la norma de investigación en México se tenían que reunir una serie de condiciones:

- Confidencialidad: El cuestionario fue contestado de forma anónima. Debido a la naturaleza sensible de las cuestiones planteadas, es importante que el sujeto entrevistado se sienta cómodo.
- Privacidad: Debido a que las respuestas pueden ser influidas si el sujeto habla con otras personas sobre el cuestionario.
- Evitar la sensibilización al burnout: Para evitar el riesgo de las creencias o expectativas del sujeto, es conveniente por ejemplo que los sujetos no sepan que están contestando un cuestionario relacionado con el estrés ocupacional, siendo presentado en su lugar como un cuestionario sobre actitudes sobre el trabajo.



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables discretas se describieron utilizando número y porcentaje y las continuas utilizando la media y la desviación estándar. Para el análisis de correlación se utilizó la R de Pearson. Para el análisis comparativo entre especialidades se utilizó un Análisis de Varianza unidireccional, con corrección *pos hoc* de Bonferroni. El nivel de alfa se fijó en 0.05.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a que no se incluye ninguna maniobra terapéutica o intervención sobre los sujetos estudiados, el estudio es considerado sin riesgo de acuerdo a la norma de investigación de México.

## RECURSOS

### 1. Recursos Humanos:

Se cuenta con el apoyo del Jefe del Servicio de Psiquiatría, un médico residente de Psiquiatría y tutor teórico y metodológico para asesoría del proyecto.

### 2. Recursos Físicos:

Una computadora, una impresora, inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Burnout de Maslach.

### 3. Recursos Financieros:

- Copias del Inventario de Ansiedad de Beck.
- Copias del Inventario de Burnout de Maslach.
- El costo total del estudio, será absorbido por el investigador principal (hojas, fotocopias, impresiones).

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 85 residentes, de los cuales 45 (53%) pertenecían al género femenino). La edad promedio fue de 27.7 años  $\pm$  2.0, con un rango de 24 a 36 años. Eran solteros 72 (85%) y 7 (8%) tenían hijos. Con respecto a la pregunta relacionada con la satisfacción con la remuneración económica 81 (95%) dijo no estarlo y 4 (5%) dijeron estar satisfechos. En la respuesta a si consideraban que la comunicación con sus compañeros de trabajo y autoridades era adecuada 59 (69%) consideraron que era adecuada y 26 (31%) la consideraban inadecuada.

En cuanto a las variables relacionadas con el trabajo, los médicos residentes reportaron un promedio de 10.0  $\pm$  1.2 guardias por mes y 91.5  $\pm$  24.7 horas de trabajo a la semana.

Asimismo reportaron un promedio de 14.4  $\pm$  8.3 pacientes valorados al día.

Originalmente se incluyeron residentes de 11 especialidades: Cirugía general, medicina interna, ortopedia, otorrinolaringología, anestesiología, cardiología, gastroenterología, terapia intensiva, ginecología, pediatría y psiquiatría. Debido a que el número de sujetos en algunas de ellas era muy bajo, se decidió reagruparlas en las especialidades troncales, de la siguiente manera:

1. Quirúrgicas: Cirugía general, Ortopedia, Otorrinolaringología y Anestesiología.
2. Médicas: Gastroenterología, Cardiología, Terapia intensiva y Medicina Interna.
3. Psiquiatría.
4. Ginecología.
5. Pediatría.

En la tabla número 1 se presentan los grupos de especialidades y sus características demográficas.

**Tabla 1. Características sociodemográficas.**

<b>Especialidades</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Edad promedio</b>	<b>Género</b>	<b>Hijos</b>
<b>Quirúrgicas</b>	Solteros 97% Casados 3%	27.6 años	Femenino 40% Masculino 60%	No 83% Si 17%
<b>Médicas</b>	Solteros 69% Casados 31%	27.84 años	Femenino 35% Masculino 65%	No 98% Si 2%
<b>Psiquiatría</b>	Solteros 80% Casados 20%	28 años	Femenino 80% Masculino 20%	No 90% Si 10%
<b>Ginecología</b>	Solteros 90% Casados 10%	27.5 años	Femenino 36% Masculino 64%	No 90% Si 10%
<b>Pediatría</b>	Solteros 100% Casados 0%	27.5 años	Femenino 70% Masculino 30%	No 100% Si 0%

En la tabla 2 se encuentran la frecuencia de médicos residentes en las especialidades reagrupadas.

**Tabla 2. Grupos de especialidades reagrupadas.**

Especialidades Reagrupadas	Número de residentes	Porcentaje
Quirúrgicas	30	35
Médicas	26	31
Psiquiatría	10	11
Ginecología	11	13
Pediatría	8	9
Total	85	100

En la tabla número 3 se muestran los índices de correlación entre la ansiedad y las tres dimensiones de la Escala de Burnout de Maslach. En esta tabla destaca la relación entre la edad y los niveles de ansiedad, así como la relación estadísticamente significativa entre los niveles altos de agotamiento emocional y la dimensión de despersonalización del inventario de burnout de Maslach así como incremento en los niveles de ansiedad documentados por medio del inventario de Ansiedad de Beck.

Existe una correlación estadísticamente significativa entre la dimensión de realización personal con niveles de despersonalización en los médicos residentes de diferentes especialidades del Hospital Español de la Ciudad de México.

**Tabla 3. Coeficientes de Correlación entre el Inventario de Beck y las dimensiones de la Escala de Burnout de Maslach.**

		Edad	Agotamiento Emocional	Realización personal	Despersonalización	BAI
<b>Edad</b>	Coeficiente de Correlación de Pearson	1	-.006	-.246*	.047	-.229*
	Significancia		.954	.023	.669	.035
	n	85	85	85	85	85
<b>Agotamiento Emocional</b>	Coeficiente de Correlación de Pearson		1	-.161	.318**	.578**
	Significancia			.141	.003	.000
	n		85	85	85	85
<b>Realización personal</b>	Coeficiente de Correlación de Pearson			1	-.363**	-.259*
	Significancia				.001	.017
	n			85	85	85
<b>Despersonalización</b>	Coeficiente de Correlación de Pearson				1	.077
	Significancia					.481
	n				85	85
<b>BAITOT</b>	Coeficiente de Correlación de Pearson					1
	Significancia					
	n					85

\*. Significancia 0.05.

\*\* . Significancia 0.01

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck

Los estadísticos comparativos de las dimensiones del Burnout se muestran en la tabla número 4, en la cual se demuestra que los residentes de pediatría del

Hospital Español de la Ciudad de México tienen menores niveles de agotamiento emocional comparados con residentes de otras especialidades. Se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en médicos residentes de especialidades médicas, psiquiatría y ginecología.

Se encontró también que los residentes de pediatría tenían bajos niveles de despersonalización, mientras los residentes de especialidades quirúrgicas, ginecología y psiquiatría tenían niveles intermedios de despersonalización y los residentes de medicina interna presentaban niveles altos de despersonalización.

Para el agotamiento emocional, la  $f$  fue de 5.9 con 4 grados de libertad (GL) y una significancia menor a 0.001. Para la realización personal la  $f$  fue de 1.9 con 4 GL con una significancia de 0.11. Finalmente para la despersonalización la  $f$  fue de 4.01 con 4 GL y una significancia de 0.05.

**Tabla 4. Comparación entre las dimensiones de la escala de Burnout de Maslach.**

		N	Media	Desviación estándar
<b>Agotamiento Emocional</b>	Quirúrgicas	30	21.33	10.367
	Médicas	26	28.35	10.511
	Psiquiatría	10	28.30	9.310
	Ginecología	11	34.64	7.801
	Pediatría	8	15.50	12.884
	Total	85	25.47	11.421
<b>Realización personal</b>	Quirúrgicas	30	36.70	7.135
	Médicas	26	35.58	5.155
	Psiquiatría	10	37.90	3.725
	Ginecología	11	38.36	3.854
	Pediatría	8	41.50	3.423
	Total	85	37.16	5.711
<b>Despersonalización</b>	Quirúrgicas	30	6.97	4.545
	Médicas	26	10.62	6.217
	Psiquiatría	10	8.60	5.147
	Ginecología	11	7.18	5.636
	Pediatría	8	2.75	3.284
	Total	85	7.91	5.603

En la tabla número 5 se muestran las comparaciones múltiples post hoc de Bonferroni.



**Tabla 5. Análisis Post Hoc con Pureba de Bonferroni.**

Variable Dependiente	(I) esprec	Especialidad	Diferencia Media	Error Estándar	Significancia
<b>Agotamiento Emocional</b>	Bonferroni	Quirúrgicas	-7.013	2.750	.127
		Médicas	-6.967	3.748	.667
		Ginecología	-13.303	3.618	.004
		Pediatría	5.833	4.084	1.000
	Médicas	Quirúrgicas	7.013	2.750	.127
		Psiquiatría	.046	3.820	1.000
		Ginecología	-6.290	3.692	.923
		Pediatría	12.846	4.150	.027
	Psiquiatría	Quirúrgicas	6.967	3.748	.667
		Médicas	-.046	3.820	1.000
		Ginecología	-6.336	4.485	1.000
		Pediatría	12.800	4.869	.103
	Ginecología	Quirúrgicas	13.303	3.618	.004
		Médicas	6.290	3.692	.923
		Psiquiatría	6.336	4.485	1.000
		Pediatría	19.136	4.770	.001
Pediatría	Quirúrgicas	-5.833	4.084	1.000	
	Médicas	-12.846	4.150	.027	
	Psiquiatría	-12.800	4.869	.103	
	Ginecología	-19.136	4.770	.001	

En la tabla número 6 se describen los niveles de ansiedad contra las especialidades comparadas.

Los residentes de pediatría del Hospital Español de la Ciudad de México presentaron menores niveles de ansiedad que el resto de los residentes documentados mediante el cuestionario de Ansiedad de Beck.

**Tabla 6. Niveles del Inventario de Ansiedad de Beck entre especialidades.**

Especialidad	N	Media	Desviación Estándar
Quirúrgicas	30	12.2333	9.31696
Médicas	26	12.5385	8.47222
Psiquiatría	10	10.8000	5.32917
Ginecología	11	13.0909	9.40696
Pediatría	8	8.3750	5.73056
Total	85	11.9059	8.32613

El ANOVA para el total del Inventario de Ansiedad de Beck arrojó un valor de F 0.49 con 4 GL y una significancia de 0.73 , esto implica que no hubo diferencias entre los niveles de ansiedad entre especialidades.

En la comparación en el año de residencia, no se encontraron diferencias significativas entre ninguna de las diferencias del Maslach entre los residentes de cada año, sin embargo, en los niveles de ansiedad sí hubo diferencias significativas en el ANOVA con una F de 5.6 con 3 GL y una significancia de 0.01, en donde los residentes de primer año tuvieron un promedio de  $17.9 \pm 11.3$  (n=21), los de segundo año tuvieron una media de  $10.2 \pm 6.9$  (n=25), los

de tercer año tuvieron un promedio de  $9.9 \pm 5.7$  (n=23) y finalmente los de cuarto año arrojaron un promedio de  $9.5 \pm 4.9$  (n=16).

En todas las comparaciones múltiples del 1 año de residencia contra el segundo, tercer y cuarto año de residencia la prueba de Bonferroni fue estadísticamente significativa. No hubo diferencias significativas al comparar el segundo contra el tercer y cuarto año.

## DISCUSIÓN

El síndrome de burnout es una entidad nosológica de amplio espectro, con una gradación de síntomas, que van de los más leves a los más severos y discapacitantes. La primera fase de este síndrome se caracteriza por sentimientos de insatisfacciones relacionados con la disparidad entre expectativas personales profesionales y la realidad laboral. Esto contribuye a la aparición de sentimientos de desmotivación persistente y subsecuente aparición del burnout como entidad psicopatológica. (37)

Se encontró una correlación significativa entre agotamiento emocional e incremento en los niveles de ansiedad en los residentes de dicha institución. Del mismo modo se encontró que en esta población existe una correlación significativa entre la baja realización personal y el incremento en los niveles de despersonalización y ansiedad con los que el médico residente lleva a cabo su trabajo.

Dentro de los resultados de esta muestra, podemos observar que el grupo de residentes con un menor agotamiento emocional fue el grupo de pediatría, mientras que los que presentaban un agotamiento emocional intermedio eran los residentes de las especialidades quirúrgicas y un agotamiento emocional alto en las especialidades médicas, psiquiatría y ginecología. Estos resultados son consistentes con la literatura excepto que en otros estudios se ha demostrado que el personal asistencial pediátrico tiene niveles altos de cansancio emocional, sin embargo esto podría ser explicado por los distintos grados de demanda asistencial de cada especialidad médica en diferentes hospitales. (47)

Para el ítem de realización personal, en la comparación entre grupos de especialidades, se corroboró que los residentes de especialidades médicas, quirúrgicas, psiquiatría y ginecología tenían niveles de realización personal intermedia. Los residentes de la especialidad de pediatría tuvieron niveles de realización personal baja.

Para el ítem de despersonalización se encontró que el grupo de residentes en especialidades médicas obtuvo mayores niveles, mientras que el grupo de residentes en pediatría obtuvo los menores niveles.

En cuanto a la ansiedad, se obtuvieron como resultado en todas las especialidades niveles de ansiedad media bajos, sin embargo, al analizar las

comparaciones múltiples, el primer año de residencia contra el segundo, tercer y cuarto años, se observó que los residentes de primer año tienen mayores niveles de ansiedad que el resto de los residentes. Este resultado podría ser fácilmente explicado debido a que a menor grado académico, existe menor experiencia y madurez para afrontar las diferentes presiones laborales. (23)

Con estos resultados podemos concluir también, que el síndrome de burnout está presente en médicos residentes mexicanos que trabajan en una institución privada, con niveles similares de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal que aquellos que trabajan en instituciones públicas (46).

El burnout es un síndrome complejo, prevenible y que repercute directamente sobre la salud del médico y la calidad de atención brindada al paciente. Desde que se comenzó a investigar el burnout se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito.

Se podrían plantear cuatro objetivos con respecto a la intervención del síndrome de burnout:

- Reducir o eliminar las demandas laborales,
- Cambiar las metas, preferencias y expectativas personales,

- Incrementar los recursos de la persona ante las demandas y
- Proveer estrategias acordes a las características del burnout.

## CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que existen diferencias en las dimensiones de burnout medidas mediante el Inventario de Maslach en residentes de diferentes especialidades médicas del Hospital Español de México. Se encontró que los residentes de pediatría son los que menor agotamiento emocional y despersonalización reportan en comparación con el resto de los residentes. Por otro lado, se encontró que los residentes de primer año de la especialidad médica tienen mayores niveles de ansiedad en comparación con los residentes de otros grados académicos, corroborando la hipótesis de este estudio.

En este estudio, el tamaño de la muestra y la comparabilidad de los grupos estudiados en sus características sociolaborales permiten describir las características del síndrome de desgaste profesional en el médico residente de diferentes especialidades del Hospital Español de México.

Será útil en análisis posteriores incluir en el estudio a médicos residentes de diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, con el fin de comparar los niveles del síndrome de burnout y su correlación con trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

## ANEXOS

Tabla 1.	Características sociodemográficas	página 35
Tabla 2.	Grupos de especialidades reagrupadas.	página 36
Tabla 3.	Coeficientes de Correlación entre el Inventario de Beck y las dimensiones de la Escala de Burnout de Maslach	página 37
Tabla 4.	Comparación entre las dimensiones de la escala de Burnout de Maslach.	página 39
Tabla 5.	Análisis Post Hoc con Pureba de Bonferroni	página 40
Tabla 6.	Niveles del Inventario de Ansiedad de Beck entre especialidades.	página 41

## BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166.
2. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22.
3. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York: Human Services Press; 1980.
4. Pines A, Aronson E, Kafry D. P Burnout: From tedium to personal growth. New York: Free Press; 1981.
5. Turnes, Antonio. El burnout o síndrome de desgaste profesional entre los médicos uruguayos, pp149
6. Sarros, J.C. (1988a). Administrator burnout: Findings and future directions. *The Journal of Educational Administration*, 26(2), 184-196.
7. Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Diaz de Santos; 1999. p. 43.
8. Cherniss, C. (1990). Natural recovery from burnout: Results of 10-year follow-up study. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 13, 132-154.
9. Noelia V., María Thomae y cols. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los Trabajadores de la Salud. *Revista de Posgrado de La Vía Cátedra de Medicina*. N 153. Buenos Aires, Enero 2006, p. 18.



10. Gomez S, Marcos, Bondalije, Teodoro. Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales: Prevención y tratamiento. Documento impreso. Barcelona 2005, p1
11. Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13(1), 1-11.
12. Cordes, C.L. y Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
13. Golembiewski, R.T. (1989). Burnout as a problem at work: Mapping its degree, duration, and consequences. *Journal of Managerial Issues*, 1(1), 86-97.
14. Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical
15. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19: 463-470.
16. Moreno B, Garrosa E, Benevides-Pereira AM, Gálvez M. Estudios transculturales del burnout: los estudios transculturales Brasil-España. *Rev Colombiana Psicol*. 2003; 12: 9-18.
17. Michael S. Krasner, MD, Ronald M. Epstein, MD, Howard Beckman, MD, Anthony L. Suchman, MD, MA, Benjamin Chapman, PhD, Christopher J. Mooney, MA, Timothy E. Quill, MD Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians *JAMA*, September 23/30, 2009—Vol 302, No. 12
18. Tait D. Shanafelt, MD; Katharine A. Bradley, MD, MPH; Joyce E. Wipf, MD; and Anthony L. Back, MD Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program, *Ann Intern Med*. 2002;136:358-367.

19. Karin E Isaksson R. MD, Tore Gude, Reidar Tyssen, Olaf G Aasland  
Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ*  
2008;337:a2004
20. Alfredo Moreno-Egea, Isabel Latorre-Reviriego, Joana de Miquel, Alvaro  
Campillo-Soto, Juan Sáez y José Luis Aguayo Sociedad y cirugía. Burnout y  
cirujanos *Cir Esp.* 2008;83(3):118-24
21. Jesus Montero-Marin and Javier Garcia-Campayo A new and broader  
definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire  
(BCSQ-36)" *BMC Public Health* 2010, 10:302
22. Balseiro, Lasty. El Síndrome de Burnout Como factor de riesgo laboral en el  
personal de enfermería. México, febrero 2010, pp 38-40
23. Ríos Moises, Síndrome de Burnout, 2006, p 15
24. Bosqued, Marisa. Quemados, El Síndrome de Burnout, qué es y cómo  
superarlo. Barcelona, 2008.
25. Wilson W.P. Burnout and other stress syndromes. *South Med J* 1986.79-1 1:  
1327- 1330.
26. M.A. Caballero Martín et al.–Prevalencia y factores asociados al burnout en  
un área de salud. *Atención Primaria.* Vol. 27. Núm. 5. 31 de marzo 2001, pp  
313-317
27. Lopez Ríos, Francisca, Ortega Ruiz, Cristina. El burnout o síndrome de  
estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas  
*International journal of clinical and health psychology*, ISSN 1697-2600, Vol. 4,  
Nº. 1, 2004 , págs. 137-160

28. Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 5, 313-317.
29. Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 7, 459-466.
30. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health , job satisfaction and job stress among general practioners. B M J 1.989; 289:366-370.
31. Bowman MA, Allen DI. Stress and Women Physician. New York: Springer: 1985.
32. Mc Craine EW, Lambert V.A. Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987; 33(6):374-37X.
33. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles* 1985; 12 (7-8): 837-85 1.
34. *Catsicaris, Cristina, Eyman Alfredo. Et al.* La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(3):236-240.
35. Shanafelt TK, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burn-out and selfreported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136:358-367.
36. Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al. Burnout comparasion among residents in different medical specialities. *Acad Psychiatry* 2004 Fall; 28(3):240-2.

37. Cáceres Bermejo, Gloria. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Militar. Trabajo de tesis. Madrid, 2006
38. Garden, A.M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
39. Hiscott, R.D. y Connop, P.J. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.
40. Ross, E. (1993). Preventing burnout among social workers employed in the fields of AIDS/HIV. *Social Work in Health Care*, 18(2), 91-108.
41. Ursprung, A.W. (1986). Burnout in the human services: A review of the literature. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 29(3), 190-199.
42. Meyer, Elizabeth, Pietromica Yanina, et al. Clínica Médica y Psiquiatría en diálogo: experiencia con un grupo operativo (BALINT). Argentina.
43. Maslach, C. Leiter, P. Schaufeli. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, vol 52, pp 397-422
44. López-Morales, González-Velázquez, et al. *Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas* Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 233-242
45. Hernández- Vargas, Dickinson. Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental, Octubre de 2006
46. Aguilar R. Síndrome de Burnout y su relación con la adaptabilidad y cohesión en la familia, en trabajadores de salud del primer nivel. [Tesis de Especialidad en medicina Familiar]. Facultad de Medicina; UNAM/ISSSTE, México; 2002.

47. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martínón F, Martínón JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62(3): 248-251.

48. Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.