



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO



DR. EDUARDO LICEAGA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"

DETERMINAR SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD
DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

TESIS DE POSTGRADO

que para obtener el título de

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA

P R E S E N T A

MARCOS FAVELA MENDOZA

TUTOR DE TESIS: DRA. ROSA ERENDIRA DURAN RUIZ

MEXICO DF., MARZO 2015.



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.

.....
DR. LUIS PAULINO ISLAS DOMINGUEZ
Médico Jefe de Servicio, Pediatría Médica
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO “DR EDUARDO LICEAGA” O.D.

.....
DRA MARIA TERESA CHAVARRIA JIMENEZ
Coordinadora de Enseñanza Médica
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” O.D.

.....
DRA ROSA ERENDIRA DURAN RUIZ
Médico Adscrito al Servicio de Neonatología.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR EDUARDO LICEAGA”

.....
DR MARCOS FAVELA MENDOZA
Autor de tesis
Residente de Pediatría Médica
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR EDUARDO LICEAGA”

AGRADECIMIENTOS.

Le agradezco a la vida por haberme ubicado con tanta exactitud en el espacio y tiempo coincidente con todos los seres maravillosos de los que me he rodeado, y que sin ellos nada esto hubiera sido igual.

Le doy las gracias a mi Madre Ivan Mendoza Ferreira por haberme apoyado en todo momento, por los valores que me ha inculcado y por darme la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, sobre todo infinitas gracias por ser el mejor ejemplo de vida a seguir.

A mis abuelos Marcelina Ferreira Manzanares y Bruno Justino Maximiliano Mendoza Peña por haber criado (en toda la extensión de la palabra) al niño y al hombre que escribe estas palabras, gracias por haberme cuidado toda mi vida, hasta el último de sus días.

A mis hermanos Roberto e Ivan por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar; por la precoz muestra de madurez de las que yo también he aprendido.

A mis tíos Victor Manuel, Alberto, Angel, Jorge, Ivan y Vidal por representar iconográficamente una figura paterna.

A Monica por estar a mi lado en los momentos más difíciles, por su cariño y comprensión, por su calidez y amor incondicional.

A mis amigos Rafael, Carlos Enrique, Juan, Alfredo, Jesus, Gerardo, Angelica, Gisele y Karla por su apoyo y por llenar mi vida de momentos inolvidablemente maravillosos.

A mi asesora de tesis, la Dra. Rosa Erendira Duran Ruiz, por su apoyo y dedicación en este proyecto. Por animarme siempre a dar el mejor esfuerzo.

DETERMINAR SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE
PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINA
1. RESUMEN	6
2. MARCO TEORICO	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. OBJETIVOS	25
6. MÉTODO Y MATERIALES	26
7. VARIABLES	29
8. DISEÑO DE ESTUDIO	30
9. IMPLICACIONES ÉTICAS	31
10.RESULTADOS	32
11.DISCUSION	64
12.CONCLUSIONES	67
13.TABLA DE ABREVIATURAS.....	68
14.BIBLIOGRAFÍA	69
15.ANEXO	71

RESUMEN.

El Síndrome de Burnout (SB) se define como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que afecta a las personas cuyo trabajo consiste en tratar o dar asistencia a otras personas. El constructo psicológico se configura de manera tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) e ineficiencia y reducida realización personal (IRP), el factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado. Sobrecarga laboral y presión del tiempo para realizarla son los factores comunes y consistentemente relacionados con la aparición del SB, particularmente con la aparición del agotamiento emocional. Para su diagnóstico se realiza el test llamado Maslach Burnout Inventory, es con diferencia el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y para el diagnóstico del SB. Algunas medidas han sido recomendadas para prevenir y disminuir la aparición del SB y que son directamente aplicables a las residencias, como organización laboral, y al residente como individuo por ejemplo: la reducción de horarios excesivos, los días libres de toda actividad médica hospitalaria, distribución equitativa de trabajo, crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo, estimular en los residentes la nutrición y el deporte.

Objetivo : determinar incidencia del burnout en médicos residentes de la Especialidad de Pediatría y Neonatología Hospital General de México Eduardo Liceaga.

Material y Métodos: esta investigación es un estudio descriptivo, transversal, observacional y longitudinal, para el cual se tomó en cuenta 48 residentes de ambos sexos pertenecientes al servicio de Pediatría (1er, 2do y 3er año) y Neonatología del hospital General de México Eduardo Liceaga (1er y 2do año), a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory siguiendo los estándares de aplicación y evaluación de estos. Se determinó el grado de Burnout de cada uno de los residentes y se determinó la incidencia del grupo en total, así como la relación con las variables ya establecidas en el estudio.

Resultados y Análisis.

En este estudio, encontramos que el 100% de los residentes cursó con algún grado de SB, se observó predominio del grado medio en los 5 grupos de residentes, particular atención merecen los individuos que fueron categorizados con un grado alto, siendo los R1P con 46.6% los más afectados, presentando altos niveles de agotamiento emocional, de ineficiencia y realización personal. Se encontró una relación directa del esquema de guardias con SB, ya que los residentes con guardias ABC presentaron hasta 28.7% más SB de grado alto que los residentes con guardias ABCD. Se encontró que el género

femenino presento SB alto hasta en 24 % más que el genero masculino, superándolo con altos grados de agotamiento emocional , ineficiencia y realización personal. Los hombres presentaron altos puntajes de DP. El promedio de edad de los residentes afectados por SB fue de 28.08 años, siendo los R1P los mas afectados con 27.4 años. Encontramos que los residentes solteros fueron los que presentaron menores casos de SB alto, seguido de los casados y siendo los mas afectados los residentes que viven en unión libre. Se observo que los residentes que tenian hijos presentaron grados mas bajos de SB. Con respecto a la nacionalidad, se observo que los residentes extranjeros , presentaron en su totalidad SB alto, situación similar en los residentes provenientes de otros estados del país los cuales presentaron niveles mas altos de SB , a diferencia de los originarios del Distrito Federal. los residentes con altos grados de SB eran los que vivían en el Distrito Federal presentando hasta 11.9% mas que los que habitaban en el Estado de México. Se observo que los que no pertenecian a ninguna religion presentaron 100% de SB de grado medio, superando a los católicos y cristianos . encontramos que el 61.5% de los residentes con SB de grado alto no aprobó el examen PUEM.

Conclusiones.

En base a la valoración de las diferentes dimensiones del SB , se encontró que nuestros residentes presentaron en su mayoría altos grados de AE y DP , siendo menos afectados en IRRP ; siendo los mas afectados los RIP y R2P. Es importante considerar la honestidad de las respuestas de los participantes , dado que puede dar sesgo. También es necesario dar seguimiento posterior a la aplicación de las propuestas de mejora y evaluar nuevamente con el MBI y comparar resultados.

Palabras Clave: síndrome de Burnout , medico residente, residencia medica, Maslach burnout Inventory. Agotamiento emocional, Despersonalizacion , insuficiencia y realizacion personal.

ABSTRAC.

The burnout syndrome is defined as an adjustment disorder or inappropriate response to chronic stress that affects people whose job is to treat or provide assistance to others. The psychological construct is configured three-dimensionally characterized by emotional exhaustion (AE), depersonalization (DP) and inefficiency and reduced personal accomplishment. the trigger is an excessive workload insufficient time to be realized. Overload and time pressure to perform it are the common factors and consistently related to the occurrence of burnout syndrome, particularly with the emergence of emotional exhaustion. For diagnosis, the thesis called Maslash Burnout Inventori is done, is by far the tool most widely used for psychometric evaluation and diagnosis of burnout. Some measures have been recommended to prevent and reduce the occurrence of burnout syndrome and are directly applicable to residences, as labor organization, and the resident as an individual eg reducing excessive working hours, days off you all hospital medical activity , equitable distribution of work, create a social environment outside working hours, encourage residents in nutrition and sport.

Objective: To determine incidence of burnout in medical residents in the specialty of Pediatrics and Neonatology General Hospital of Mexico Eduardo Liceaga.

Material and Methods: This research is a descriptive, cross-sectional and longitudinal study observaciona, for which take into account 48 residents of both sexes belonging to the service of Pediatrics (1st, 2nd and 3rd year) and Neonatal Hospital General of Mexico Eduardo Liceaga (1st and 2nd year), to which I applied them are Maslash Burnout Inventory questionnaire following the standards implementation and evaluation of these. The degree of Burnout of each resident was determined and advocacy group was determined in total, as well as the relationship with the variables already established in the study.

Results and Analysis

In this study, we found that 100% of the residents course with some degree of SB, the average degree predominance was observed in 5 groups of residents Particular attention should be individuals who were categorized with a high degree, being the R1P with 46.6 % most affected, experiencing high levels of emotional exhaustion, inefficiency and personal fulfillment. A direct relationship schema SB guards found, as residents with guards ABC showed up to 28.7% more high-grade SB residents guards ABCD. We found that female gender presented higher SB up to 24% more than the male gender, surpassing with high levels of

emotional exhaustion, inefficiency and personal fulfillment. Men had higher scores of DP. The average age of residents affected by SB was 28.08 years, being the most affected R1P with 27.4 years. We found that unmarried residents were those with minor cases of high SB, followed by married and being the most affected residents living in union. It was noted that residents who had children had lower degrees of SB. With regard to nationality, it was observed that foreign residents, presented in full high SB, similar situation in residents from other states which had higher levels of SB, unlike native of Mexico City. residents with high degrees of SB were living in the Distrito Federal presenting up to 11.9% more than the inhabitants of the Estado de Mexico. It was observed that those who do not belong to any religion had 100% of SB medium grade, beating the Catholics and Christians. found that 61.5% of residents with high-grade SB failed the test.

Conclusions.

Based on the assessment of the different dimensions of the SB, we found that our residents showed that most high degrees of AE (40.5%) and DP (60.3%), being less affected IRRP (30%); being the most affected RIP and R2P. Honesty is important to consider the responses of the participants, since it can give bias. You also need to follow up after the implementation of the proposals for improvement and reassess the MBI and compare results.

Keywords: Burnout syndrome, medical residents, medical residency, Maslach Burnout Invento

MARCO TEÓRICO.

Burnout es un término anglosajón cuya traducción más próxima es "estar quemado por el trabajo, desgastado y exhausto. Es un concepto que introdujo Freudenberg (1974) para describir el cansancio físico y emocional que afectaba a los voluntarios de una clínica de desintoxicación. (1,2)

El síndrome de burnout (SB) fue descrito por primera vez en la década de 1977 dentro del congreso de la Asociación Americana de Psicología (3), determinándose como la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral con repercusiones de índole individual y afectación de aspectos organizacionales y sociales.(4 y 3)

Christina Maslach, en 1981, lo definió como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que afecta a las personas cuyo trabajo consiste en tratar o dar asistencia a otras personas, (3) . El constructo psicológico se configura de manera tridimensional caracterizado por:

- agotamiento emocional (AE) ,
- despersonalización (DP)
- ineficiencia y reducida realización personal (IRR) (5 y 6)

El AE se considera como la manifestación primaria del síndrome y se caracteriza por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, constantemente aparece la queja por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se empieza a percibir a la persona permanentemente insatisfecha, quejosa e irritable. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos. (7).

La DP se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. (7) Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento, se considera que la despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. (4)

La IRR es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto-reclusión. Los demás comienzan a percibirlo/a como una especie de fanático depresivo y hostil (7), además implica en el trabajador sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión: incapacidad, baja autoestima e ineffectividad (6)

Desarrollo del síndrome de Burnout.

En general, se admite que el SB es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar o a la secuencia completa del proceso. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del SB, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio (4).

Gil-Monte y cols. Postulan que las cogniciones de los sujetos influyen percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. apoyan la tridimensionalidad del SB, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral (4).

Para describir el proceso del síndrome de burnout se han identificado cuatro fases . Es importante señalar que es posible intervenir a nivel de cada una de estas fases para revertir la situación e impedir el desarrollo del SB (7):

1. Entusiasmo: Exceso de entusiasmo y creencia de que el puesto de trabajo satisficiera todas las expectativas personales. Es fundamental establecer límites claros y realistas entre el trabajo y nuestra vida personal.
2. Estancamiento . Las expectativas personales no se cumplen y la persona no se siente recompensada ni valorada por su labor profesional, creciendo su desilusión y desaliento.
3. Frustración . Sentimientos negativos hacia el trabajo, que pasa a ser visto como un obstáculo para el logro de satisfacción y estatus personal. En esta fase pueden aparecer diferentes signos y síntomas característicos del síndrome de burnout .
4. Apatía . Mecanismo de defensa cuando la frustración se cronifica. El profesional sufre agotamiento físico y emocional y evita todo desafío o cambio, incluso trata de evitar a las personas que debe atender. Llegados a este punto, es primordial intervenir para evitar consecuencias drásticas (abandono del empleo, ansiedad, depresión, suicidio...)

FACTORES DE RIESGO.

El SB aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado,(9) ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, (10) y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el SB. (2).

En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al SB debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas (4 y19), por el contrario, argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

El perfil de la persona más vulnerable al SB está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. La vinculación con la sobrecarga emocional es evidente (12) Carmona Monge , agrega que son personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones personales, el sentimiento de indispensabilidad.(13). Otros investigadores del SB como Gil Monte (2002), encontraron que los factores asociados eran insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecida, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral. (14)

Enfocandonos a los profesionales de la medicina, se puede considerar que el SB se puede gestar desde la Facultad de medicina. La literatura hasta la fecha parece apoyar la idea de que hay una variedad de factores durante la escuela de medicina que contribuyen al agotamiento de los médicos, y que el SB es un fenómeno que se desarrolla de forma acumulativa durante un período de tiempo prolongado. (15 y 16) Tasas de SB en estudiantes de medicina van desde 28% a 45%. siendo los factores que contribuyen al agotamiento aspectos ambientales como el estrés durante la escuela de medicina, así como los rasgos de personalidad inherentes como la introversión y neuroticismo; habiendo una clara relación e impacto en el desempeño académico de los estudiantes , observándose calificaciones mas bajas en los que han sido mas afectados por el SB (15 y 17). el SB es un fenómeno que se puede presentar desde las escuelas de medicina, y puede desarrollar o continuar existiendo en los residentes y profesionales en ejercicio. Se han explorado las posibles razones de esta entidad en la residencia. Determinando un comun denominador en varios países en los cuales los residentes informan que las demandas de tiempo, falta de control sobre la gestión del tiempo, la planificación del trabajo, la organización del trabajo, situaciones de trabajo inherentemente difíciles, y las relaciones interpersonales son factores de estrés que pueden contribuir al agotamiento. (18).

Como ya se menciono anteriormente , existen varios factores que son inherentes y ambientales , que afectan de manera individual a medicos residentes con sindrome de burnout a diferencia de otras profesiones que padecen esta patologia.

El efecto del genero sobre el SB muestra resultados contradictorios. Pedro R. Gil-Monte refiere que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos. (8)

Algunos estudios demostraron que las mujeres residentes puntuaron significativamente más bajo que los residentes de sexo masculino en la subescala de DP, AE e IRR (1), otro estudio realizado en 122 profesionistas en 2 hospitales del Estado de Mexico, reporto una incidencia superior en el genero masculino que en el femenino (7). El SB se presenta más frecuentemente en gente joven (entre los 30 y 40 años o menores) probablemente debido a impericia laboral. (5) Woodside evaluo la asociación entre la edad y el desgaste, mostrando una correlación inversa entre las puntuaciones de DP y edad de los residentes. Austria-Corrales en su estudio realizado en el INER reporto que existía una tendencia a que los médicos residentes menores de 30 años tenían más probabilidades de presentar SB. Sin embargo, otros tres estudios no mostró correlación significativa entre la edad y el SB. (1)

El matrimonio y la crianza de los hijos se han relacionado con el aumento del AE . Martini S. Reporto que 65,2% de los residentes solteros y divorciados cumplía los criterios para SB en comparación con el 40,% de las personas casadas (19) . Alvarez-Hernandez reporto que la severidad y frecuencia del síndrome se ve atenuada por el hecho de vivir con una pareja, lo que es consistente con otros reportes encontrando en su población que los solteros presentaron el SB con mayor frecuencia. podría suponerse que en el genero masculino la responsabilidad de cuidar a los niños se sumaría al SB, la investigación ha demostrado que la paternidad puede actuar como un factor de protección contra el desgaste emocional . concluyendo que la Paternidad tiene un efecto humanizador en residentes, lo que posiblemente resulta menos desapego y depersonalización. Collier determino que tener niños durante la residencia resultó en tasas más bajas de depresión y el cinismo, así como un aumento de sentimientos humanistas. (20)

Hay pocos estudios que determinen si el lugar de origen , con respecto al lugar donde laboran tiene impacto en el desarrollo de SB, se cuenta con un estudio en el cual, curiosamente, los residentes de otras culturas que relizan sus estudios en en los Estados Unidos experimentaron significativamente menos sindrome de burnout, con puntuaciones significativamente más bajas en el AE y DP, en comparacion con los originarios del mismo pais (20). Veiga reporta en su estudio realizado en 773 trabajadores sanitarios (incluyendo medicos de base, medicos residentes , enfermeras, auxiliares en enfermeria, medicos internos) que la distancia y el tiempo realizado de sus hogares a lugar de trabajo puede ser un factor agregado para el desarrollo del SB (6)

El entorno desencadenante

El residente es un elemento joven que aún no han adquirido las destrezas necesarias para enfrentar los problemas de salud que en forma cotidiana se les presentan. Dependiendo del entorno en que se encuentren, pueden enfrentarse a estos problemas complejos con grados variables de responsabilidad y con una autonomía restringida a las distintas escalas de decisión. En este entorno, súbitamente se enfrentan a cargas laborales excesivas que con frecuencia van más allá de los límites personales de capacidad para superarlas y que exigen demasiada concentración y dedicación. (5)

Dos factores agregados que actúan como factores gatillo han sido ampliamente reconocidos: el estrés y la privación del sueño. (21)

El estrés se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, más allá de sus capacidades para enfrentarla; a la que se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia; incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y competitividad profesional. A este estado de estrés con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente privación del sueño por las horas de guardia a las que se ven frecuentemente sujetos. (22), siendo esto comprobado por Lopez-Morales el cual determinó en un estudio realizado en residentes adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, que el SB tenía más incidencia en aquellos que laboraban más de 80 horas por semana (21). Así también Fernández Martínez detectó niveles más altos de SB en residentes de 1er año que realizaban hasta 5 guardias por mes (18).

La privación del sueño en medicina, en esta etapa formativa de los residentes, es una de las características inherentes a la medicina y probablemente sea más notable comparada con las diferentes profesiones, pues excede con mucho a lo autorizado para otros trabajadores tales como los de la aviación, el transporte y los trabajadores de la industria nuclear (21 y 22).

El efecto de la privación del sueño en el desempeño laboral y académico y en la seguridad de la atención médica, ha sido ampliamente estudiado y recientemente sujeto a regulaciones normativas, pues está demostrado que la privación crónica del sueño altera la concentración y capacidad de decisión pudiendo elevar la frecuencia de errores médicos con consecuencias fatales. Gildasio S. y Oliveira Jr realizaron un estudio en residentes de anestesiología de Estados Unidos, en el cual demostraron que los que presentaban niveles más altos de SB habían cometido más errores en la medicación de los pacientes así como una pobre atención a los mismos. (23).

La fatiga crónica entre los residentes con períodos de trabajo que van de las 80 a las 120 horas por semana es una práctica frecuente. Esta privación del sueño y sus consecuencias en la atención y capacidad de desarrollar destrezas, después de 24 horas de permanecer alerta, sin descanso, es equivalente a tener concentraciones de alcohol en sangre del 0.10%, lo que conduce a errores médicos y a alteraciones del estilo de vida en las relaciones sociales y familiares (5). Distintos estudios han demostrado que la privación del sueño hace que los residentes sean más proclives a cometer errores en

tareas repetitivas y rutinarias y en aquellas que requieren una atención sostenida. También se ha demostrado que la no libranza de las guardias aumenta el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.(18)

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia del SB en las instituciones de salud ha sido estudiada a nivel internacional en diferentes publicaciones. Fernández en 2007 evaluó a 58 médicos residentes que realizaron guardias en el Servicio de Urgencias en un hospital de España, donde identificó que el 93% de los médicos residentes presentaron SB, siendo los más afectados los residentes de 1er año, con altas puntuaciones de AE y DP, guardando una fuerte relación con la frecuencia de guardias que realizaban al mes (18); en Estados Unidos (EE.UU.) Shanafelt, en un estudio sobre médicos residentes de medicina interna, informó elevados índices de DP y AE y un 76% de los médicos residentes reunían criterios de SB. (25).

En una revisión de 51 estudios , realizados entre 1974 y 2009 reporto una incidencia en residentes oscila entre el 27 y 75% dependiendo de la especialidad (1), dentro de esta revisión Fahrenkop, describe el SB en 75 % específicamente en la especialidad de pediatría, con altos índices de agotamiento emocional y despersonalización. Martins AE. realizo un estudio en 74 residentes de Pediatría en un Hospital de Brasil, encontrando una incidencia de 66% . siendo los residentes más afectados los de 3er año, predominantemente en el sexo femenino, tomando en cuenta que el 84% de los residentes eran mujeres. (26)

La epidemiología de este padecimiento en México se ha reportado de manera aislada, López – Morales evaluó una muestra de 143 médicos residentes de un hospital de 3er nivel perteneciente al IMSS, de los cuales 72 tenían jornadas laborales prolongadas (> 80 horas por semana) mientras que 71 residentes tenían jornadas cortas con menos de 80 horas laborales por semana; sus resultados indicaron que un 63.8% de médicos residentes con jornadas laborales prolongadas presentaron SB (21). Fernando Austria. Realizo un estudio en el Instituto de Enfermedades Respiratorias en 2011 , en el cual detecto 36 % de 99 encuestados presentaban SB, correspondiendo a los residentes que laboraban más 80 horas. por semana. Encontramos en México pocos estudios dirigidos a la población pediátrica; G. Álvarez Hernández realizo un estudio sobre prevalencia de SB un Hospital pediátrico de Sonora, dirigido a residentes de pediatría de 1er , 2do y 3er año, Se encontró que 100% (n =58) de los residentes presentaron síndrome de Burnout, 27.5% en grado severo, 44.8% en moderado, y 27.5% en leve ; el grupo más afectado fue el de los residentes de 3° año de pediatría, con los mayores niveles de cansancio emocional y despersonalización (27).

Diversos reportes han mostrado que cuanto más se aproximan los residentes al final de su formación médica, se incrementa la probabilidad de presentar el síndrome. Una explicación a este hecho es que los residentes de último año en el pueden tener un efecto acumulado del estrés propio de sus actividades diarias , por las condiciones estructurales del escenario en donde se desempeñan y por la falta de una red de soporte social que mejore o alivie factores desencadenantes del síndrome (1).

Sintomatología del síndrome de burnout.

Con el objetivo de indicar los múltiples signos y síntomas que pueden aparecer en el desarrollo del SB, hemos diseñado la *Tabla 1* a partir del análisis de diferentes fuentes bibliográficas (1,13):

Tabla 1 principales signos y síntomas del Síndrome de Burnout.

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas	Signos
Sentirse contrariado	Nerviosismo	Falta de ganas de seguir trabajando	Conductuales	Hipertensión arterial (HTA)
Sentir que no valoran tu trabajo	Irritabilidad y mal humor	Apatía	Aislamiento	Taquicardia
Percibirse incapaz para realizar las tareas	Disgusto y enfado	Irresponsabilidad	No colaborar	Úlceras u otros trastornos gastrointestinales
Pensar que no puedes abarcarlo todo	Frustración	Escaquearse	Contestar mal	Cardiopatía isquémica
Pensar que trabajas mal	Agresividad	Pasar de todo	Enfrentamientos	Trastornos del sueño
Falta de control	Desencanto	Estar harto	Físicos	Desórdenes menstruales
Verlo todo negativamente	Aburrimiento	Intolerancia	Cansancio o fatiga crónicos	
Todo se hace una montaña	Agobio	Impaciencia	Dolores de cabeza	
Sensación de no mejorar	Tristeza y depresión	Quejarse por todo	Dolores musculares	
Inseguridad	Desgaste emocional	Evaluar negativamente a compañeros		
Pensar que el trabajo no vale la pena	Angustia	Romper con el entorno laboral		
Pérdida de la autoestima	Sentimientos de culpa	Ver al paciente como un enemigo		
		Frialdad hacia los pacientes		
		No aguantar a los pacientes		
		Indiferencia		

Los individuos que presentan grados altos de SB que presentan estas alteraciones las cuales repercuten en el desempeño laboral, en la atención brindada al paciente dentro de la misma institución; tienen más riesgo de presentar ausentismo, apatía hacia la organización, aislamiento, pobre calidad del trabajo, actitud cínica y fatiga emocional, aparición de situaciones depresivas que pueden llegar al aumento en el consumo del café, alcohol, barbitúricos, comidas, cigarrillo y que por último comprometen el ambiente familiar. Es común que el SB se encuentre presente en los profesionales de la salud, siendo más frecuentes en los médicos residentes los cuales laboran largas jornadas laborales, con sobrecarga de trabajo y muchas veces con falta de reconocimiento resultan ser factores que condicionan su incidencia. (7)

Diagnóstico.

Maslach y Jackson en 1981, elaboraron un instrumento para medirlo, el MBI (Maslach Burnout Inventory) que consiste en 22 enunciados que se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles. El MBI es, sin duda, el cuestionario más comúnmente usado y referido en la literatura académica sobre el tema (26) Este cuestionario usa un sistema de respuestas que gradúan la frecuencia con que el individuo experimenta los sentimientos descritos en cada enunciado,:

1. Nunca
2. Pocas veces al año o menos
3. Una vez al mes o menos
4. Pocas veces al mes
5. Una vez por semana
6. Varias veces a la semana
7. Diariamente

De acuerdo al cuestionario los enunciados han sido mezclados para explorar las 3 dimensiones descritas anteriormente: AE, DP, IRRP y la, de tal manera que se pueden medir y diferenciar tres subescalas que representan los tres factores o dimensiones del síndrome.

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse los resultados por separado.

Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, como se muestra en la siguiente tabla:

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

En caso de obtener un bajo AE, una baja DP y una alta RP en el trabajo no existe sb. En el resto de los casos hablaríamos de SB alto en el caso de obtener un alto AE, una alta DP y una baja RP (recordemos a menor puntuación, mayor afectación tiene el sujeto); y

moderado en el resto de los casos. Los individuos que presentan grados altos de SB y que presentan estas alteraciones que repercuten en el desempeño laboral y en la atención brindada al paciente y dentro de la misma institución; tienen más riesgo de presentar lo referido anteriormente con respecto a sintomatología, consumo de medicamentos estimulantes o que crean adicción, comprometiendo el núcleo familiar.

El cuestionario MBI es un instrumento sensible para detectar la ocurrencia del síndrome, aunque probablemente posea una especificidad limitada para identificar trabajadores en riesgo de fatiga profesional, debido básicamente a que no discrimina el peso relativo de cada ítem y su conjunto no permite evaluar diferencias en los componentes que examina; tampoco tiene puntos de corte clínicamente validados, por lo que no logra distinguir entre "SB debido a stress" e "incapacidad mental debida a SB". No obstante estas limitaciones, el MBI permite la detección oportuna del síndrome y posibilita que nuevos instrumentos de evaluación médica y psicológica corroboren o descarten su presencia(27).

Consecuencias en la atención médica y en la formación de médicos residentes.

La formación de especialistas de acuerdo los objetivos de Plan Único de Especialidades Médicas y a los estándares globales internacionales, (entre otros el ACGME de los Estados Unidos de Norteamérica) pretende: La formación por competencias en lo relativo a conocimientos materia de la especialidad; destrezas, habilidades específicas y adquisición de lo que se ha dado a llamar profesionalismo. El profesionalismo implica un conjunto de actitudes que van desde identificación con los valores institucionales, presencia física y aspecto, hasta valores éticos, habilidades de comunicación con pacientes y familiares, empatía y compasión por los pacientes y adherencia a los códigos éticos que rigen la medicina. (5)

El cumplimiento de estos objetivos se antoja difícil bajo ciertas condiciones de excesos de cargas laborales, que eventualmente alteran los estados de ánimo y pueden conducir a la aparición del síndrome señalado con el consecuente desarrollo del AE, DP y sensación de pérdida del desarrollo profesional y eventual ineficacia en la atención médica prestada y que pueden afectar, no solo su formación sino la calidad de la atención médica esperada (17). Un residente afectado con el SB tiene una mayor tendencia a cometer errores médicos con altos costos para la salud del paciente y que coadyuvan a agravar los síntomas de agotamiento emocional (20). Por ello, en los Estados Unidos de Norteamérica la Comisión de Acreditación de las Organizaciones de Salud en el 2001 (JCAHO) recomendó que, en los hospitales a ella asociados, se establezcan políticas encaminadas al bienestar de los médicos y residentes (28). En nuestro país el residente trabaja hasta 104 horas por semana, con 8 a 10 guardias al mes. Esta carga laboral es excesiva, si se considera que un mexicano promedio dedica 51 horas a la semana a su trabajo. No obstante que tal carga está normada para médicos en formación en los hospitales del país, ya que se establece en el Plan Único de Especialidades Médicas y en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, "Para la organización y funcionamiento de residencias médicas" (29), es conveniente que sea investigado su rol como un factor que potencialmente deteriora la capacidad de aprendizaje y asistencial de los médicos residentes (27).

El bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un impacto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional, los hace

ser más productivos lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica recibida (5).

A su vez, la satisfacción de los médicos con el bienestar social y organizacional mejora las condiciones de contratación de la institución y disminuye los costos salariales al aumentar la permanencia laboral y disminuir el recambio en la contratación por abandono o despidos (28).

Tratamiento

A pesar de que las condiciones de atención médica y aprendizaje en las distintas residencias médicas son casi siempre en un ambiente de estrés en condiciones laborales exhaustivas (con frecuencia superiores a las 80 horas de trabajo a la semana) y aceptando que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en los trabajadores de salud, un hecho innegable es que no todos los residentes lo presentan, y que bajo condiciones similares, la frecuencia de aparición de los síntomas relacionados al síndrome puede ser muy distinta entre grupos de residentes en distintas instituciones de salud.

El SB está, por necesidad, asociado al desempeño en el trabajo y afecta en forma distinta a los individuos bajo condiciones de estrés muy parecidas. Por lo tanto, las medidas preventivas o correctivas deben estar orientadas al ambiente laboral y al individuo en particular (28).

En general, al describir los entornos y factores desencadenantes que inician el agotamiento emocional, se observa que tienen algo en común: un exceso de carga de trabajo en donde el desempeño no es gratificante. Casi por oposición a estos entornos, se podría describir la antítesis del ambiente y del desarrollo del SB como un entorno en donde los trabajadores se encuentran comprometidos e identificados con el trabajo desempeñado, y de hecho, ante cargas laborales iguales y factores estresantes similares, estos ambientes propicios evitan que la presencia del síndrome sea mayor. Al estudiarse estos ambientes favorables para el trabajo se observan: cargas laborales equitativas, percepción por los trabajadores de capacidad de decisión y grados de autonomía, reconocimientos a la labor desempeñada, respaldo y reconocimiento del ambiente social, y percepción de los trabajadores de justicia y equidad en sus cargas laborales y remuneraciones. (5)

Sin duda, estos lineamientos favorables pueden, en cierta medida, ser aplicados a una residencia médica y transformar un ambiente agresivo, en un ambiente propicio y significativo para el aprendizaje y desempeño de un residente, reduciendo así la carga emocional negativa que pueda eventualmente experimentar durante el proceso formativo. Algunas medidas han sido recomendadas para prevenir y disminuir la aparición del SB y que son directamente aplicables a las residencias como organización laboral, y al residente como individuo (30):

En la organización del trabajo
en las residencias

En los residentes

- La reducción de horarios excesivos
 - Los días libres de toda actividad médica u hospitalaria
 - La distribución equitativa de cargas de atención médica
 - Permitir una autonomía controlada a las capacidades y destrezas del residente
 - Una supervisión adecuada durante el proceso formativo
 - Reducción de cargas administrativas innecesarias
- Crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo
 - Permitir tiempo con la familia y con los compromisos familiares. Propiciar el apoyo de esposas y compañeros sentimentales
 - Estimular en los residentes la nutrición y el deporte
 - Sesiones periódicas y específicamente dirigidas a ellos de cómo manejar el estrés

Los horarios excesivos

Existe una corriente universal a limitar las horas de trabajo al residente. El *Accreditation Council for Graduate Medical Education* de los Estados Unidos de Norteamérica, establece como criterio de acreditación para las residencias que el horario laboral de los residentes no debe exceder de las 80 horas semanales, promediando 4 semanas. De hecho, el violentar esta reglamentación pone en riesgo la acreditación de las residencias en ese país. En Europa, las restricciones horarias son aún más intensas (aprox. 60 horas a la semana) y comenzaron con la limitación del tiempo de trabajo en el año 2004, debiendo estar ajustadas a esos horarios a fines del año 2009. En Australia, el límite es de 56 horas a la semana (promediando 4 semanas). En nuestro país la norma oficial mexicana para la organización y funcionamiento de las residencias médicas no contempla de manera explícita un tiempo máximo de trabajo continuo hospitalario, aunque sí contiene lineamientos para el número y periodicidad de las guardias (29). La propuesta e implementación de controles más estrictos en los tiempos de trabajo de los residentes, ya sea por iniciativa de las instituciones de salud o educativas de los países en vías de desarrollo, está complicada por la naturaleza dual del residente como estudiante y como fuerza laboral del hospital, que aunada a la problemática de recursos humanos en las instituciones de salud de países con limitaciones económicas como el nuestro, promueve que los residentes tengan que realizar actividades de manera prolongada, a diferencia de otras actividades profesionales. Esta problemática constituye uno de los retos presentes y futuros a enfrentar para disminuir el SB en los residentes mexicanos.

Una doble razón existe en estas nuevas disposiciones a nivel internacional: el mejorar la seguridad de los pacientes al mejorar las condiciones de descanso de los residentes e internos; y disminuir la aparición del SB y las tendencias depresivas en ellos. Medidas de esta naturaleza afectan sin duda la economía de la salud al requerir más residentes y espaciar los horarios laborales en las guardias. Sin embargo, algunas medidas saludables pueden ser implementadas sin que repercutan en altos costos tales como: permitir que los residentes después de 24 horas de trabajo continuo se vayan a descansar, o la incorporación de un nuevo residente por cada 3 existentes y reestructurar así el trabajo de guardias a esquemas A, B, C, D, o redistribuir los horarios de vigilia y atención entre ellos (22).

Los días libres

Esta bien demostrado que un factor de burnout es el no tener al menos un día libre a la semana carente de compromisos hospitalarios o relacionado con actividades de estudio o trabajo de los residentes. El contar con un día libre a la semana de esparcimiento, permite un mejor desarrollo profesional y evita el desgaste emocional de los residentes (13).

La distribución equitativa de cargas de atención médica

A pesar de que esto se antoja necesario y razonable, no siempre sucede así, y no es raro que ante un comportamiento que se ha considerado como inadecuado, la sanción para el residente infractor sea una sobrecarga de trabajo o un mayor número de guardias a las previamente establecidas. Sanciones de esta naturaleza van en detrimento de la formación, de la calidad de atención, propician el SB y acentúan la ineficiencia en el trabajo y desarrollo profesional (5).

Permitir una autonomía controlada a las capacidades y llevar a cabo supervisión adecuada

Uno de los factores ya señalados como propiciatorios al desgaste emocional y a la despersonalización, es el llevar a cabo tareas para las cuales no se tiene la capacidad suficiente para efectuar correctamente. Lo anterior, genera angustia en quienes las realizan y sensaciones de culpa cuando existe alguna complicación. De igual manera, el no permitir la autonomía de decisión cuando existen esas capacidades, genera una frustración en las expectativas de desarrollo profesional y de reconocimiento social. La formación de los residentes y el proceso de adquisición de destrezas se llevan siempre a cabo entre estas dos aparentemente antagónicas posiciones, y sin duda, la respuesta a ello es una correcta y estrecha supervisión. Es el tutor quien ayuda a desarrollar gradualmente en el residente, el juicio clínico necesario para la adquisición de la autonomía y quien conoce el grado de desarrollo en competencias y destrezas de los residentes a su encargo (5).

La reducción de cargas administrativas innecesarias

Las instituciones de salud generan una gran cantidad de documentos a ser llenados en forma de memorándums, requerimientos, solicitudes, etc., que aparentemente son

necesarios para la correcta administración de la unidad hospitalaria, recayendo en los residentes la obligación de llenarlas correctamente propiciando una carga adicional de trabajo que perciben como innecesaria y frustrante en su desarrollo profesional.

Corresponde a los administradores de las unidades la evaluación periódica de estas necesidades administrativas, que con frecuencia, obedecen a prácticas inveteradas y en algunas ocasiones innecesarias. De tener que persistir alguna o todas ellas, es conveniente hacer entender a los residentes e internos de su importancia y realimentarse de ellos para su simplificación (22).

Crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo
La relación fuera de las horas de trabajo en ambientes sociales con los médicos adscritos y otros residentes, permite la socialización y alivia los factores estresantes. Los programas de tutoría personal donde a cada residente le es asignado un médico adscrito para la resolución de dudas y apoyo profesional y social, han demostrado tener un efecto positivo en el alivio de factores estresantes (5).

Propiciar el apoyo de esposas y compañeros.

Propiciar ambientes familiares y estimular en los residentes la nutrición y el deporte
El comprometer a la familia con lo que se espera del desarrollo profesional del residente, tiene una implicación directa en el bienestar social de ellos. Por el contrario, el desligar a la familia del ambiente laboral del residente, conlleva a la incomprensión de su actividad por parte de personas significativas para él o ella y genera un ambiente hostil en los componentes familiares. Se ha demostrado que los residentes (tanto mujeres como hombres) que tienen buenas relaciones familiares e hijos, tienen menores índices de depresión, de DP y exhiben mayores valores humanísticos que aquellos que permanecen solteros (31).

Sesiones de cómo manejar el estrés

Existen evidencias en la literatura sobre talleres de 4 horas de duración, encaminados a identificar factores estresantes en el trabajo cotidiano y cómo superarlos. De acuerdo a estos reportes, los residentes que se sujetaron a estos talleres mejoraron sus índices del MBI, particularmente en lo relacionado al agotamiento emocional (5). Sin embargo las diferentes variables tanto demográficas como personales influyen en la respuesta a estas alternativas, ya que contamos con estudios en los cuales este tipo de intervenciones no ha dado resultado (26). Veiga en su estudio sobre SB, en el cual busco determinantes situacionales y cognitivos, incluye a la religión como un modo de afrontamiento ante situaciones estresantes, sin embargo no reporta una repercusión directa en el tratamiento de SB.(6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se considera que cualquier persona en el ámbito laboral es propensa a presentar SB , sin embargo los profesionales dedicados a los cuidados asistenciales como los son médicos , enfermeras, trabajadores sociales etc, son más propensos a presentar dicho síndrome.

Dadas las características de las organizaciones en las que se desarrolla el Síndrome de Burnout, sus consecuencias pueden ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad .

Algunas consecuencias negativas a destacar son: la disminución de la satisfacción laboral, el absentismo elevado, el abandono de la sede hospitalaria , los conflictos interpersonales, los accidentes laborales, etc.

En base a la bibliografía consultada, se ha comprobado que el médico residente cuenta con varios factores de riesgo para desarrollar síndrome de burnout y tomando en cuenta que no se cuenta con un estudio previo que determine la incidencia de esta entidad en los residentes de esta unidad, surge la necesidad de resolver las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cual es la prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de pediatría y neonatología del hospital general de México?
2. - ¿ cuales son las características individuales el del residente con de síndrome de burnout?

JUSTIFICACION

El Hospital General de México Eduardo Liceaga , se considera un hospital escuela por excelencia, que cuenta con mas de 42 especialidades y subespecialidades . El objetivo de esta institucion es la formación por competencias en lo relativo a conocimientos materia de la especialidad; destrezas, habilidades específicas y adquisición de lo que se ha dado a llamar profesionalismo. El profesionalismo implica un conjunto de actitudes que van desde identificación con los valores institucionales, presencia física y aspecto, hasta valores éticos, habilidades de comunicación con pacientes y familiares, empatía y compasión por los pacientes y adherencia a los códigos éticos que rigen la medicina.

El cumplimiento de estos objetivos se antoja difícil bajo ciertas condiciones de excesos de cargas laborales, que eventualmente alteran los estados de ánimo y pueden conducir a la aparición del síndrome, el cual puede afectar, no solo su formación sino la calidad de la atención médica esperada . Un médico o residente afectado con el síndrome tiene una mayor tendencia a cometer errores médicos con altos costos para la salud del paciente y que coadyuvan a agravar los síntomas de agotamiento emocional.

El bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un impacto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional, los hace ser más productivos lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica recibida.

Por todo lo anterior se pretende determinar el síndrome de burnout en residentes pertenecientes al servicio de pediatría como paso previo a la prevención y/o intervención de las consecuencias del estrés laboral, ya que identificar los niveles de síndrome Burnout existentes en los distintos contextos laborales y organizaciones de la salud. Asimismo, el estudio de las variables asociadas a dicho síndrome nos permitirá adquirir una mayor comprensión del mismo y poder intervenir de manera más eficaz sobre ellas.

OBJETIVOS.

Objetivos generales.

- Determinar de síndrome de burnout en residentes de pediatría y neonatología del Hospital General de México.

Objetivos específicos.

- Determinar qué grado de burnout predomina en residentes de pediatría y neonatología del Hospital General de México.
- Determinar qué factores influyen en el desarrollo de síndrome de burnout en los residentes del Hospital General de México.
- Determinar de manera comparativa el síndrome de burnout en los residentes de pediatría y neonatología en base al grado académico

MATERIAL Y MÉTODOS

1. UNIVERSO DE TRABAJO.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta 48 residentes pertenecientes al servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital General de México Eduardo Liceaga; 42 corresponden a residentes de Pediatría, 15, 14, 13 , residentes de primero , segundo y tercer año respectivamente. 6 residentes de Neonatología ; 3 residentes de primer año y 3 residentes de 2do año.. Se aplico el cuestionario MBI para responder en un tiempo máximo de 15 minutos como lo marcan los estándares del mismo. Realizándose el día 8 de Enero del año 2014 en las aulas de enseñanza.

2. Area de trabajo

Aulas de enseñanza del servicio de Pediatría del Hospital General de Mexico

3. Tipo de estudio.

Estudio descriptivo , transversal , observacional y longitudinal

- Por el control de maniobra descrita l por el descriptivo investigador:
- Por la captación de la información: Longitudinal
- Por la medición del fenómeno en el tiempo: Prospectivo

4. Fecha de realización o periodo.

Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventori a los residentes pertenecientes al servicio de de neonatología y pediatría del Hospital General de México , realizándose el día 8 de enero del año 2014 para los residentes de pediatría y neonatología

Etapa/Calendario	Febrero 2013- Marzo 2013	Abril 2013- Mayo 2013	Juni 2013	Juli 2013	Agosto – Septiembre 2013	Octubre- Diciembre 2013	Enero 2014	Febrero 2014
Revisión Bibliográfica	+++							
Redacción de marco teórico		+++						
Diseño de trabajo			+++					
Aprobación				+++				
Captura de la información							+++	
Análisis						+++		
Conclusiones								+++

5. Presupuesto y financiamiento.

El financiamiento para la realización del proyecto corre a cargo del investigador, no contando con financiamiento externo.

6. Criterios de inclusión.

- Médicos Cirujanos, los cuales cursen residencia medica de Pediatría o neonatología en el Hospital General de México.
- Médicos residentes de las especialidades mencionadas anteriormente los cuales hayan laborado como minimo 6 meses en la unidad.

7. Criterios de exclusión.

- Médico residente el cual cuente con enfermedad psiquiátrica diagnosticada previa a su ingreso a la institución.
- Consentimiento informado no autorizado
- Médico residente el cual no conteste el cuestionario en base al instructivo.

8. Criterios de eliminación.

- Medico Residente que durante el periodo de evaluación haya cursado con baja de residencia medica

Variables

Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza
Médico residente	Profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes que ingrese a una unidad medica receptora de residentes para cumplir con una residencia. NOM090-SSA1-1994	
Maslash burnout inventori. (traducida al español .)	cuestionario consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo likert.	cuantitativa
Síndrome de burnout	Se define como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que afecta a las personas cuyo trabajo consiste en tratar o dar asistencia a otras personas.	cualitativo
genero	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales; según las funciones que realizan en los procesos de reproducción se dividen en hombres y mujeres.	cualitativa
edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el instante que se estima la existencia de una persona.	cuantitativa
nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.	Cualitativo.
Religion	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	cualitativa
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	cuantitativo
Examen PUEM	Examen departamental en base Plan Único de Especialidades Médicas de cada especialidad	cuantitativo

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se realizó el estudio con 48 residentes pertenecientes al servicio de pediatría y neonatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. (Anexo1).

Se utilizó una hoja de recolección de datos (anexo 2) la cual contenía la versión en español del cuestionario MBI (Anexo 3) consta de 22 ítems. Se entregó cuestionario y un lápiz punta media para su contestación, con tiempo para su realización entre 10 a 15 minutos. que se valoraron con una escala tipo likert. El sujeto valoró, mediante un rango de 6 adverbios que van de "nunca" a "diariamente", con qué frecuencia experimento cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 dimensiones que son denominadas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal en el trabajo (RP).

La puntuación en las escalas del MBI es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes de cada una de ellas. Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas máximas se especifican en el Anexo 4.

Se considero que los individuos con altas puntuaciones en sólo dos dimensiones (bajas en el caso de RP) de las tres que componen el MBI, fueron considerados como individuos que desarrollaron SB. En consecuencia, se tiende a concluir que los individuos con altas puntuaciones en CE y DP, según el criterio de percentiles, fueron los que desarrollaron el síndrome, con mayor o menor intensidad dependiendo de las puntuaciones que presentaron.

Se hizo un análisis de la prevalencia del síndrome de *burnout* considerando los percentiles propuestos por Maslach y Jackson. (Anexo 5)

Análisis datos:

Para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20 ; los resultados están expresados como frecuencias , porcentajes, media aritmética, desviación estandar, tablas de 2x2, para representar el síndrome de *burnout* en relación a las diferentes variables como son la edad , genero, estado civil , el lugar de residencia, religión, aprobación de examen PUEM, nacionalidad, esquema de guardias y jerarquía.

IMPLICACIONES ETICAS.

El riesgo para el sujeto de estudio de acuerdo al Art 17 de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el siguiente protocolo se cataloga sin riesgo para su desarrollo, cumpliendo con los códigos éticos presentes en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.

La investigación recibió la opinión favorable para su aprobación y realización del estudio por la Coordinación de Enseñanza y la Jefatura de Pediatría del Hospital General de México Dr "Eduardo Liceaga" en su momento.

RESULTADOS

Se cuenta con 49 residentes del servicio de Pediatría y Neonatología; con la distribución siguiente: 31.5% R1P (no.=15) , 29.1% R2P (no= 14), 27% R3P (no.=27), 6.2 % R1N (no=3) , 6.2 % R2N (no=3). (grafica y tabla 1) .

Con respecto al genero , 75% (no.=36) corresponde al genero femenino y 25% (no=12) al genero masculino. (Grafico y tabla 2).

La edad minima fue de 26 años y maxima de 32 años , la media aritmetica es de 28.08 años , con una desviacion estandar de DE= 1.513 años, con una Varianza de 2.29 años. (Grafica 3) . La media aritmetica de los R1P, R2P, R3P, R1N y R2N fue 27.4 , 27.6, 28.6, 29.3 y 30.6 años respectivamente.

Con respecto al estado civil : 79.1%(no.=38) son solteros, 14.5% (no=7)son casados y 6.25% (no.=3) viven en union libre (Grafica y Tabla 4). Solo 12.5% (no=6) de los residentes tienen hijos (Grafica y tabla 5) .

98% (no.=47) de los residentes de nacionalidad mexicana y 2% (no=1) Extranjera (Grafica y tabla 6).

53% (no.=25) son originarios del Distrito Federal, 12.7% (no.=6) del Estado de Guerrero. 6.3% (no.=3) del Estado de México, 6.3% (no.=3) del Estado de Oaxaca y finalmente 21.7% (no.=10) correspondieron a otros estados (Campeche, Yucatan , Veracruz , Puebla, Pachuca, Tlaxcala, Michoacan y Chihuahua). (Grafica y tabla 7).

87% (no.=42) habitan actualmente en el Distrito Federal , 13% (no.=6) en el Estado de México. (Grafica y Tabla 8)

Por religion 79.1% (no.=38) correspondian a católicos, cristianos 12.5% (no.=6) y 8.3% (no=4) ninguna. (Grafica y tabla 9)

60.4% (no.=29) de los residentes realizan guardias ABC, 39.5% (no.=19) realizan ABCD. (Grafica y Tabla 10)

52 % (no=25) de los residentes no aprobaron el examen PUEM, 48% (no= 23) lo aprobo. (Grafica y tabla 11)

Se observo que la totalidad de los participantes presento algún grado de SB. De ellos 69% (no=33) lo presentaron en grado medio 27% (no.=13) en grado alto y 4% (no.=2) en grado bajo. (Grafico y Tabla 12)

En la Tabla 13 podemos observar , la comparacion de las medias de Puntuacion del MBI.

Al examinar la presencia del SB de acuerdo al año de residencia , se pudo observar que en los R1P (n=15) , el grado alto y medio fue de 46.6% , siendo bajo en 6.8%, con una media en la escala de Maslash de 70.6. con una DE= 9.84 . En R2P el grado de SB fue alto en 28.5% y medio en un 71.5%, con una media en la escala de Maslash de 74.1 y una DE= 9.38. En R3P el grado de SB fue bajo en 7%, medio en 77% y alto en un 16%, con una media en la escala de Maslash de 72.6 y una DE=7.70. En R1N y R2N el grado de SB fue medio en 100% de los casos. Siendo una media en la escala de Maslash de 70.6 y una DE= de 8.73 para los R1N ; 70.3 y una DE= 19.73 para los R2N respectivamente. (Grafico 13)

De manera comparativa se pudo observar el grado de SB mas frecuente fue el medio en los 5 grupos , siendo los mas afectados los R1N y R2N ; el grupo mas afectado con SB de grado alto fue el de los R1P, seguido de los R2P y por ultimo los R3P , R1N y R2N. En la siguiente grafica se puede observar de manera comparativa el grado de SB en los 5 grupos. (Grafica 14).

Se observo que 31% (no=11) del genero femenino presento SB en un grado alto, en comparacion con el 17% (no.=2) del genero masculino, sin embargo para el grado medio predomino el genero masculino con un 83% (no=10) contra 64% (no=23) del genero femenino; siendo este ultimo el predominante para SB de grado bajo en 5% (no.=2), sin reporte en masculinos. Los componentes del SB afectaron de manera diferente a cada genero, encontrando que el femenino presenta altos niveles de AE (61%, no=22) y de IRRP (42% ,no.=15) con respecto al masculino el cual presento AE de 33% (no.=4) y de IRRP 42% (no.=5). Sin embargo el genero masculino supero al femenino en DP siendo de 66% (no.=8) vs. 42% (no.=17) del femenino (Graficas y tablas 15 A, B y C).

Las mujeres R1P y los hombres R2P fueron los mas afectadas por SB alto, ya que 50% (no.=6 y no= 1 respectivamente) del total lo presentaron. Siendo nula en R3 masculinos y en los residentes de neonatologia de ambos sexos.(Grafica 16 y Tabla 16) La distribucion del SB de grado medio tuvo una distribucion mas equitativa, afectando a los 5 grupos de residentes, siendo el 100 % (no.= 3)de masculinos R3P y R1N. Asi tambien se observo predominio en el genero masculino de RIP con 66% (no.=2) frente 42% (no.=5) en el genero femenino del mismo año. Unicamente en las mujeres R2P presentaron SB medio 75% (no.=9) frente 50 % (no.=1) de los hombres del mismo año.(Grafica 17 y tabla 16). La distribucion del SB de grado bajo se presento unicamente en las mujeres del grupo de la R1P y R3P en un porcentaje de 8.3%(no.=1) y 10% (no.=1) respectivamente. (Grafica 18 y tabla16).

Con respecto al estado civil se observó que los residentes en unión libre presentaron SB de grado alto en mayor proporción (66% , no.= 2), seguidos de los casados en 28% (no.=2), siendo los menos afectados los solteros en 23.6% (no=9). El SB de grado medio afectó principalmente a los solteros en 73.6% (no.=28), seguido de los casados en 57.1% (no= 4) y en menor proporción los residentes que viven en unión libre , siendo 33.3% (no=1). (Grafica 19 y Tabla 17)

Se observó que los residentes con hijos , estuvieron exentos de presentar Grado Alto de SB, siendo una prevalencia del 0% . , sin embargo presentaron 100% (no.=5) de SB de grado medio. Los residentes sin Hijos presentaron Grado alto en 30%(no=13), grado medio en 65% (no=28) y grado Bajo en 5% (no. =2) (Grafica 20 y Tabla 18).

En base a la nacionalidad , los residentes extranjeros presentaron 100% (no.=1) grado alto de SB, siendo más heterogénea la distribución de los grados de SB en los mexicanos. SB grado alto de 25.5% (no:12) , medio de 70.2% (no.=33) y bajo en un 4.3% (no=2) (Grafico 21 y Tabla 19)

Se observó que la relación del lugar de origen con el SB era muy similar con respecto al grado medio y bajo, habiendo una diferencia considerable en los residentes originarios del Distrito Federal en el grado alto , ya que presentaron una prevalencia mucho menor (16%) con respecto a los residentes originarios de otros estados.(33.4%) (Grafico 22 y tabla 20).

Se observó que los médicos con lugar de residencia en el Distrito Federal presentaron SB de grado alto , hasta en un 11.9% más con respecto a los que residen en el Estado de México; sin embargo estos últimos tienen predominio de SB medio en 16.6% sobre los residentes del DF. El SB bajo solo se presentó en residentes del DF en 4.7%. (Grafica 23 y tabla 21).

En base a la religión profesada se observó que los residentes Cristianos presentaron la prevalencia más alta de SB de grado alto, superando por 4.4% a los residentes católicos. Los residentes que no profesaban alguna religión presentaron 100% (no. = 4) de SB medio., seguido por los Cristianos (66.6% ,no= 4) y los católicos (65.7%, no.=25), solo el 5.3% de los residentes católicos presentó SB bajo, siendo nulo en los otros dos grados.(Grafica 24 y Tabla 22).

Se encontró que los residentes que realizaron guardias ABC presentaron SB alto 27.6% más que los que realizaban guardias ABCD (38.4 vs 10.8%). El SB de grado medio predominó en los residentes de guardias ABCD a diferencia de los que realizaron ABC (84.2% vs 58.6%). La presencia de SB bajo en ambos grupos fue muy similar con una diferencia mínima de 2% (ABCD 5% y ABC 3%) (Grafica 25 y tabla 23).

Encontramos que la proporción más grande de residentes que no aprobó el PUEM padecía SB de grado medio en 64%, seguido de los de grado alto con 25% y finalmente 4%, de los de SB de grado bajo; sin embargo del total de los residentes con SB alto (no=13) no aprobaron el examen PUEM 61.5% (no.=8), de los residentes con SB medio 48.4% (no.=16) y de los que presentaron SB Bajo 50% (no.= 1). De 47% de los residentes que aprobó el examen PUEM , 77.3% presentó SB de grado medio, 21.7% presentó grado alto y 4.3% presentó SB de Grado Bajo. De igual forma del total de residentes que presentaron SB alto , 38.5% aprobaron el Exámen , de los que presentaron grado medio ,51.6% y de los que presentaron grado bajo 50% (Grafica 26 y tabla 24).

Al examinar las diferentes dimensiones del SB se observó que el desgaste emocional alto fue más frecuente en los R1P en 66.6%, seguido de los R2P en 57.1% y R3P en 53.8%. En cuanto a la despersonalización, los residentes del servicio de neonatología fueron los que presentaron niveles más altos en 75%, seguidos de los R3P con 61.5%, R2P con 50% y R1 con 40%. Finalmente , por lo que concierne a la realización personal, los R1N presentaron 75% de nivel bajo , a diferencia de los niveles más altos , presentados por los R1P e 60%, seguido de los 38.5% de los R3P 38.5% y 35.7% por parte de los R2P. (Tabla 25).

Grafico 1 Distribucion de Residentes por Grado y Especialidad.

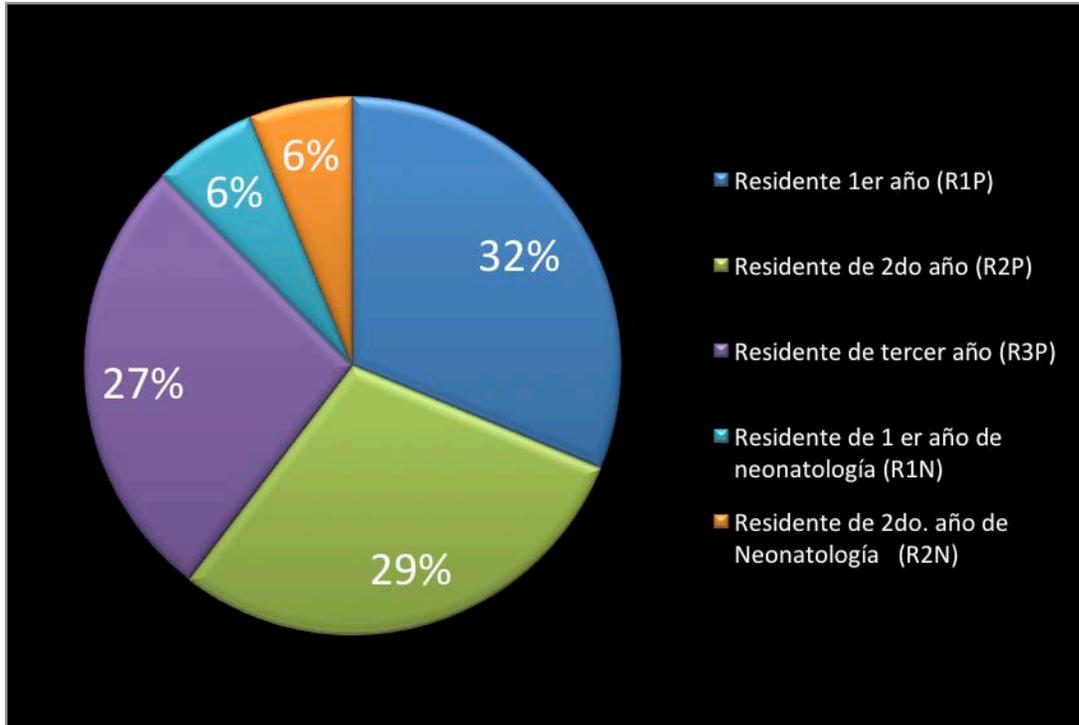


tabla 1 Distribucion de Residentes por Grado y Especialidad.

Pediatría. Grado.	No. de residentes	%
Residente 1er año (R1P)	15	31.5 %
Residente de 2do año (R2P)	14	29.1 %
Residente de tercer año (R3P)	13	27.0 %
Residente de 1er año de neonatología (R1N)	3	6.2 %
Residente de 2do. año de Neonatología (R2N)	3	6.2 %

TOTAL	48	100%
-------	----	------

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013.

Grafico 2 Distribucion de Genero .

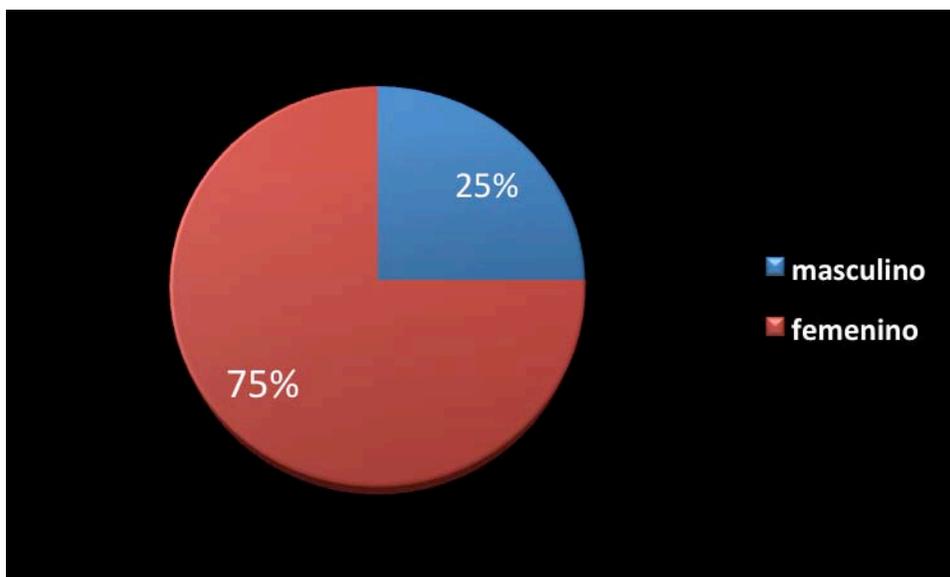
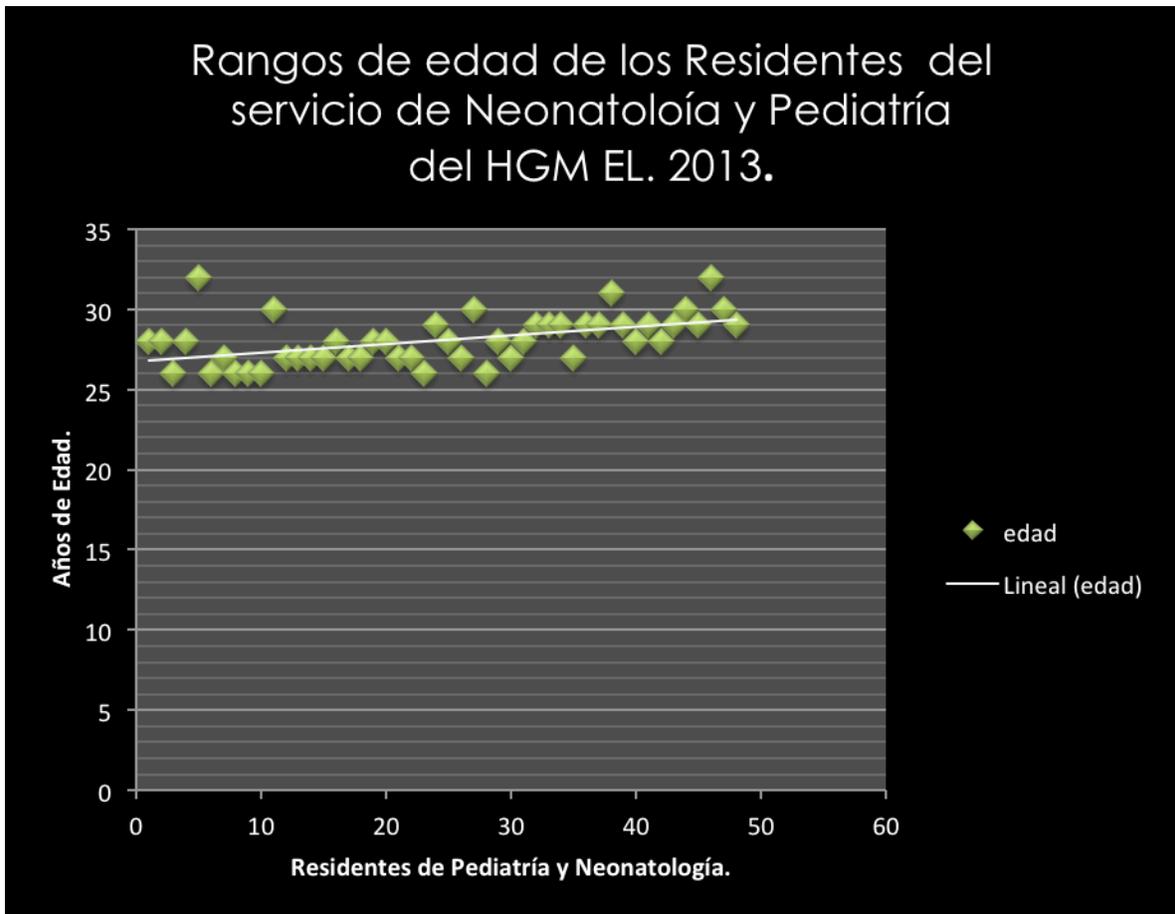


Tabla 2 Distribucion de Genero .

genero	masculino	femenino	total
no	36	12	48
%	25%	75%	100%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 3. Grafico de rangos de Edad.



Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica. 4 Distribución de Estado Civil en Residentes.

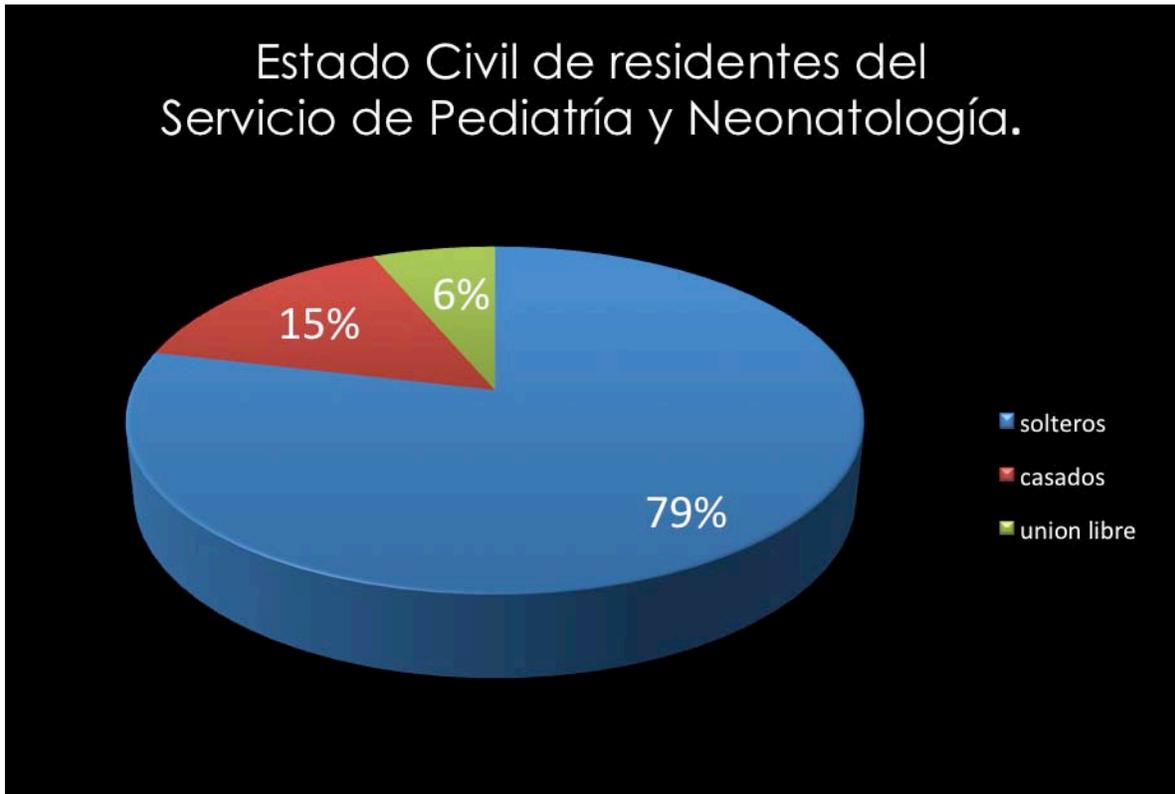


Tabla 4

Estado Civil		
solteros	casados	union libre
38/79.10%	3/15.00%	7/6.40%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 5

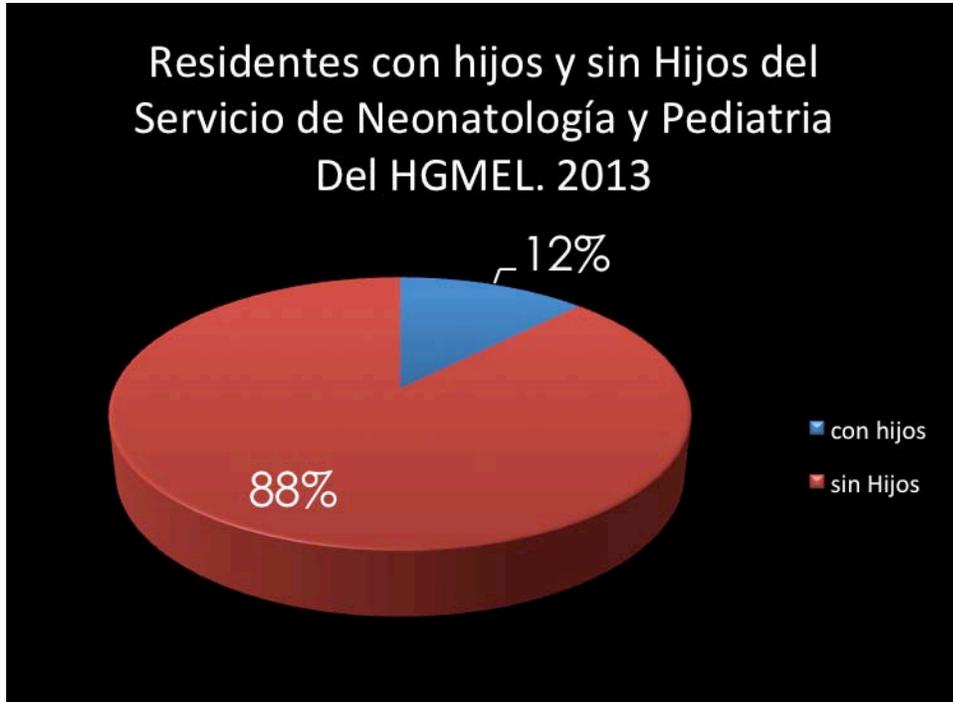


TABLA 5

RESIDENTES	
con hijos	6
sin Hijos	42

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 6

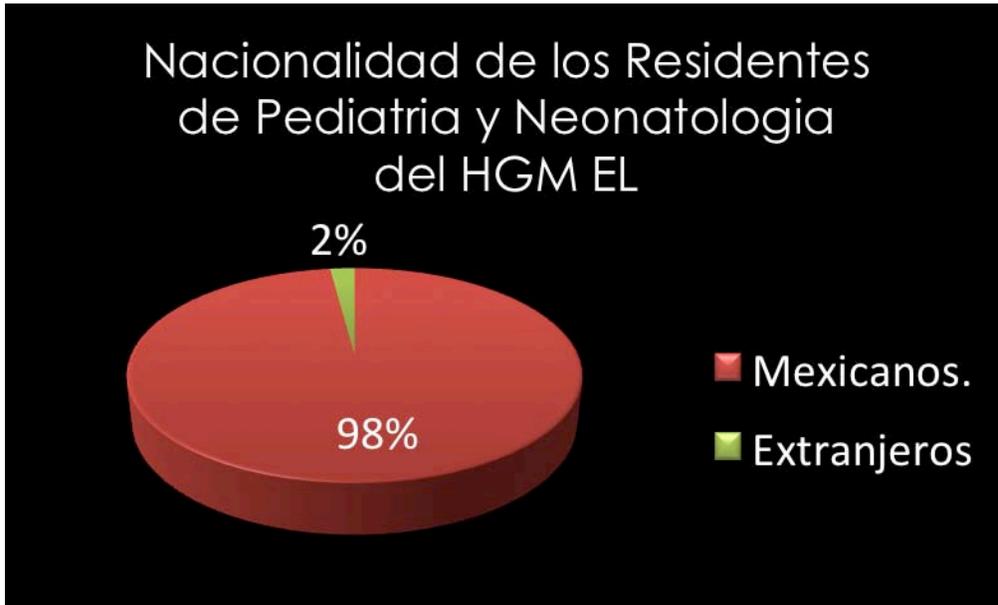


tabla 6

nacionalidad	
Mexicanos.	47 / 98%
Extranjeros	1 / 2%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 7

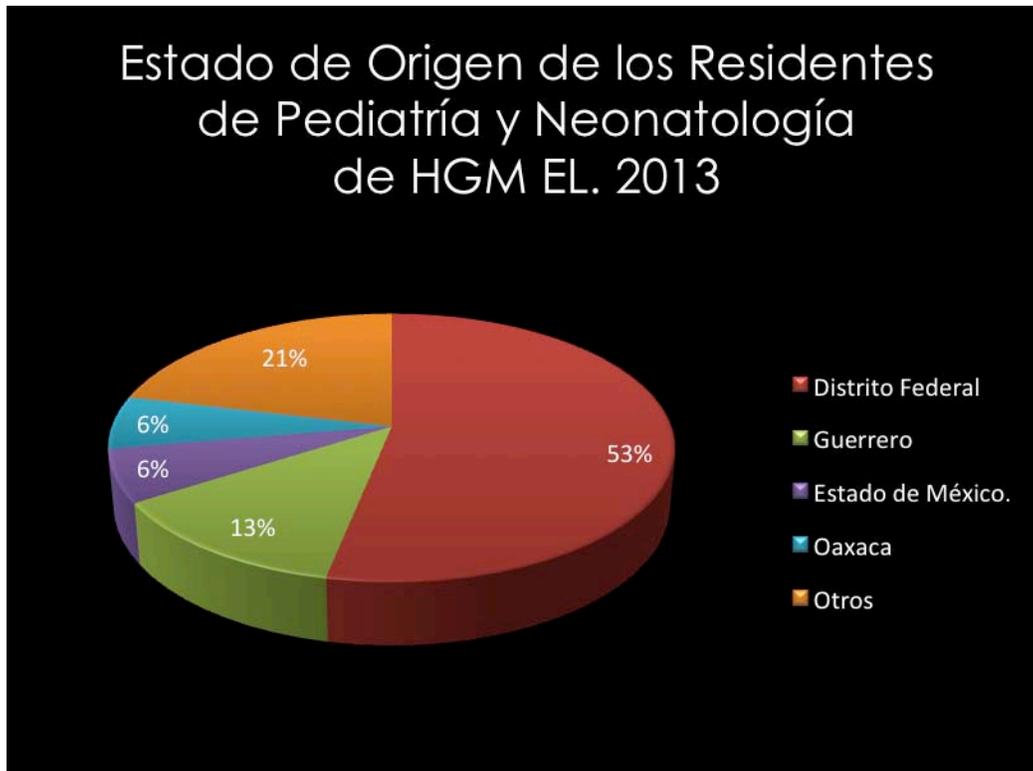


Tabla 7

Estado de Origen	
Distrito Federal	25/53%
Guerrero	6 / 21%
Estado de México.	3 / 6%
Oaxaca	3 / 6%
Otros *	10 / 6%

Otros: Chiapas, Campeche ,Yucatan, Veracruz , Puebla , Pachuca, Tlaxcala, Michoacan y Chihuahua.

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 8

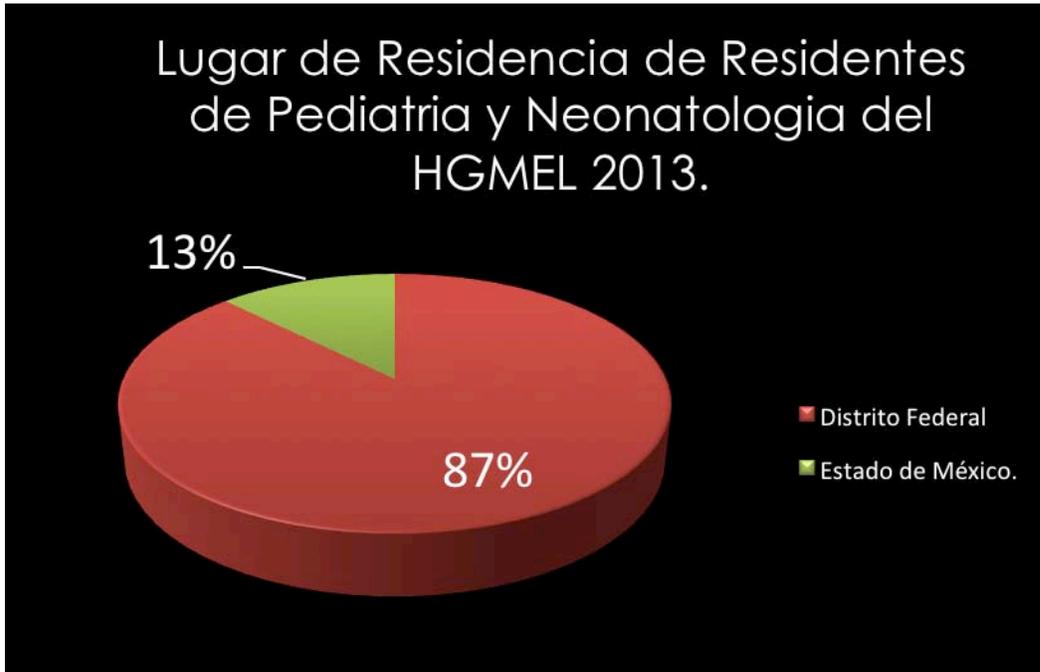


tabla 8

Lugar de residencia	
Distrito Federal	42/87%
Estado de México.	6/13%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 9

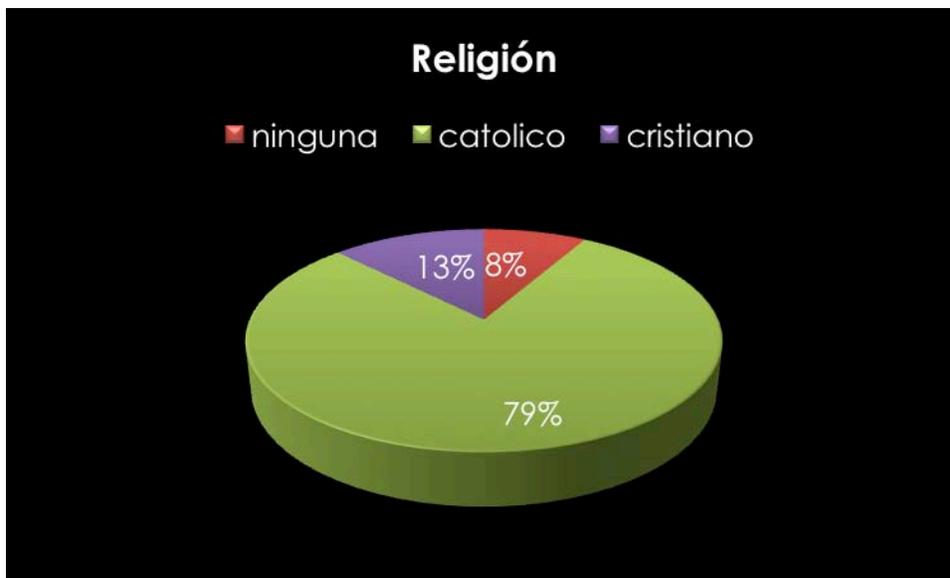


Tabla 9

Religion	
Ninguna	4/ 8%
Católica	38/79%
Cristiana	6 /13%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 10

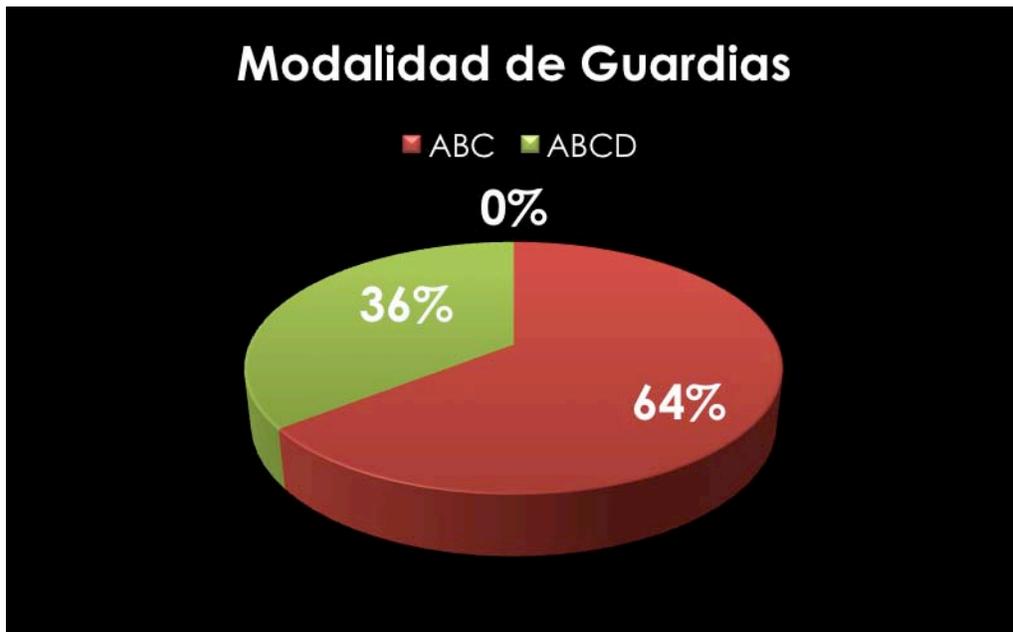


tabla 10

modalidad de Guardias	
	no/%
ABC	29 / 64%
ABCD	16 / 36%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 11

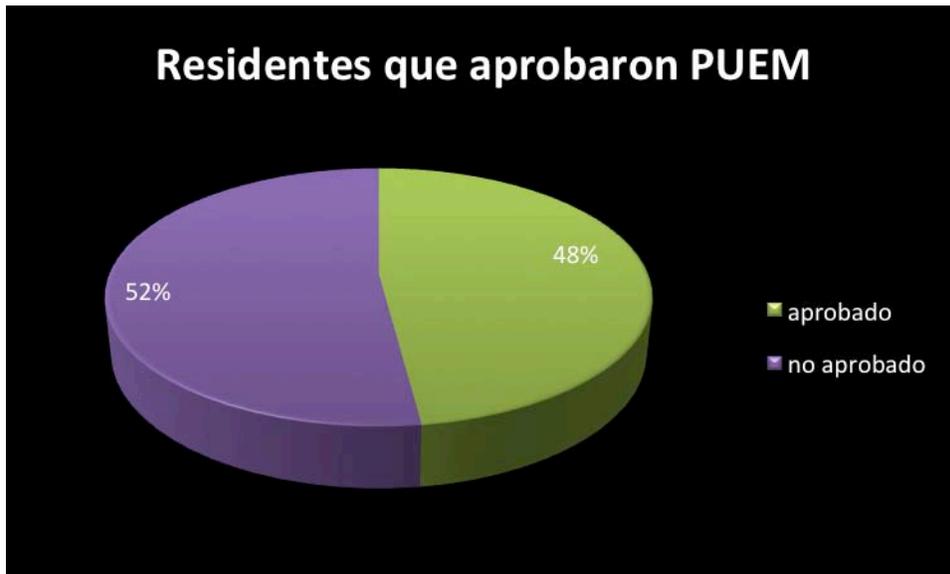


Tabla 11

PUEM	
	no/%
aprobado	23/48%
no aprobado	25/52%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 12

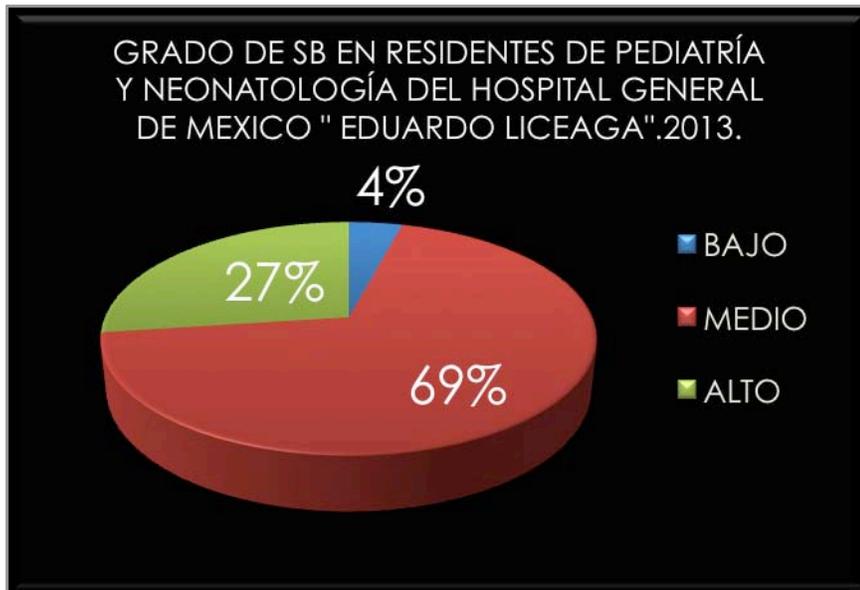


Tabla 12

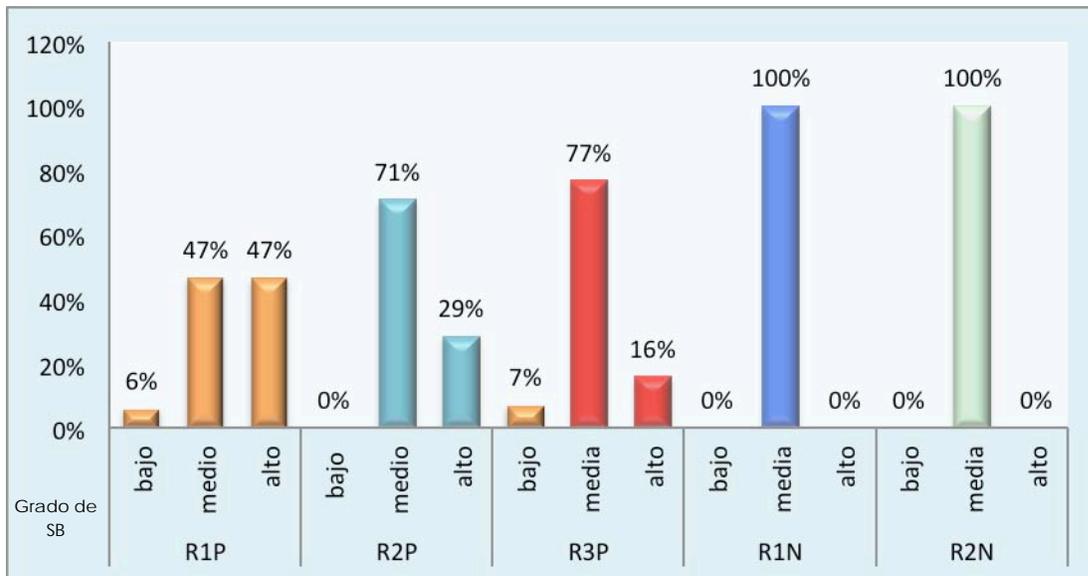
Grado de Bornout	Casos (n=48)	%
ALTO	13	27
MEDIO	33	69%
BAJO	2	4%

Tabla 13 . Distribución de los resultados de escala de Maslach en residentes de acuerdo a la categoría de Burnout. Hospital General de México "Eduardo Liceaga ". 2013.

Grado de Burnout	Casos (n=48)	Mediana del Score
ALTO	13	74.15
MEDIO	33	72.09
BAJO	2	56.05

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

GRAFICA 13. GRADO DE SINDROME DE BORNOUT EN RESIDENTES DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "EDUARDO LICEAGA". 2013



Tablas 13

	R1P			R2P			R3P			R1N			R2N		
	bajo	medio	alto	bajo	medio	alto	bajo	media	alto	bajo	media	alto	bajo	media	alto
%	6%	47%	47%	0%	71%	29%	7%	83%	10%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
no=	1	7	7	0	10	4	1	10	2	0	3	0	0	3	0

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

GRAFICO 14. Distribución de los resultados de escala de Maslach en residentes de acuerdo a la categoría de Burnout en Residentes de Pediatría y Neonatología del Hospital General de México "Eduardo Liceaga".

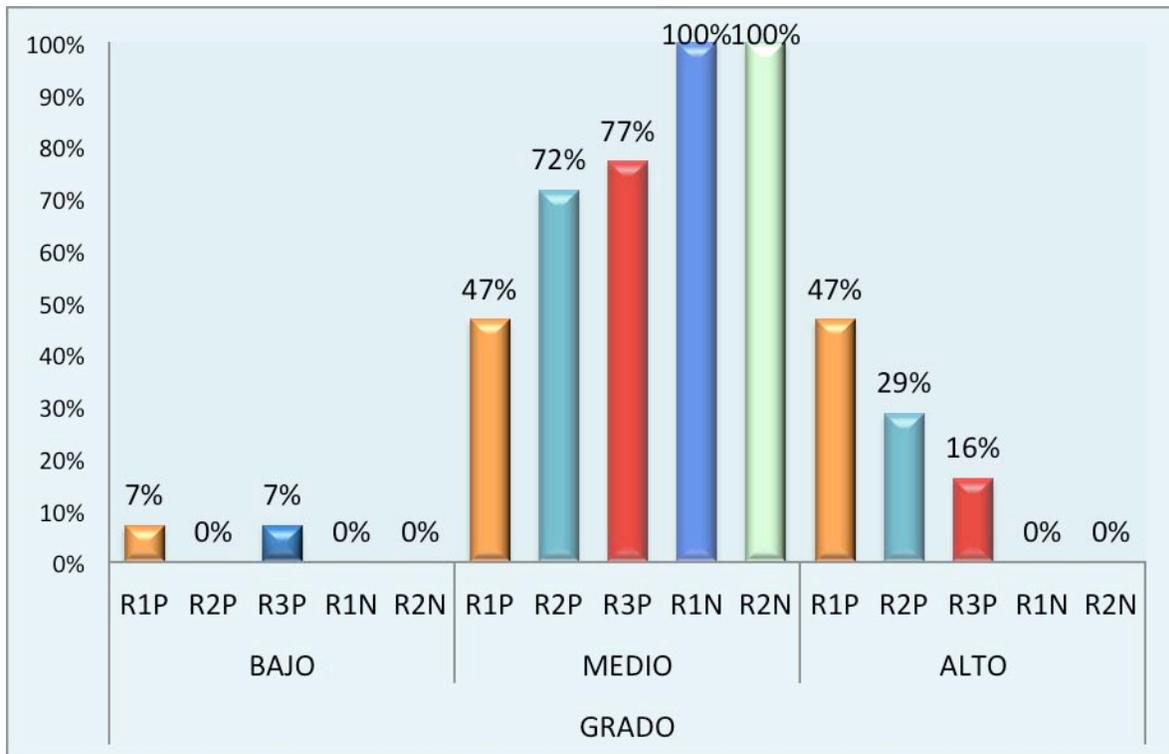


tabla 14

GRADO														
BAJO					MEDIO					ALTO				
R1P	R2P	R3P	R1N	R2N	R1P	R2P	R3P	R1N	R2N	R1P	R2P	R3P	R1N	R2N
7%	0%	7%	0%	0%	47%	72%	77%	100%	100%	47%	29%	16%	0%	0%

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 15 A. Comparacion SB por Genero en residentes de pediatria y neonatologia en HGMEI.

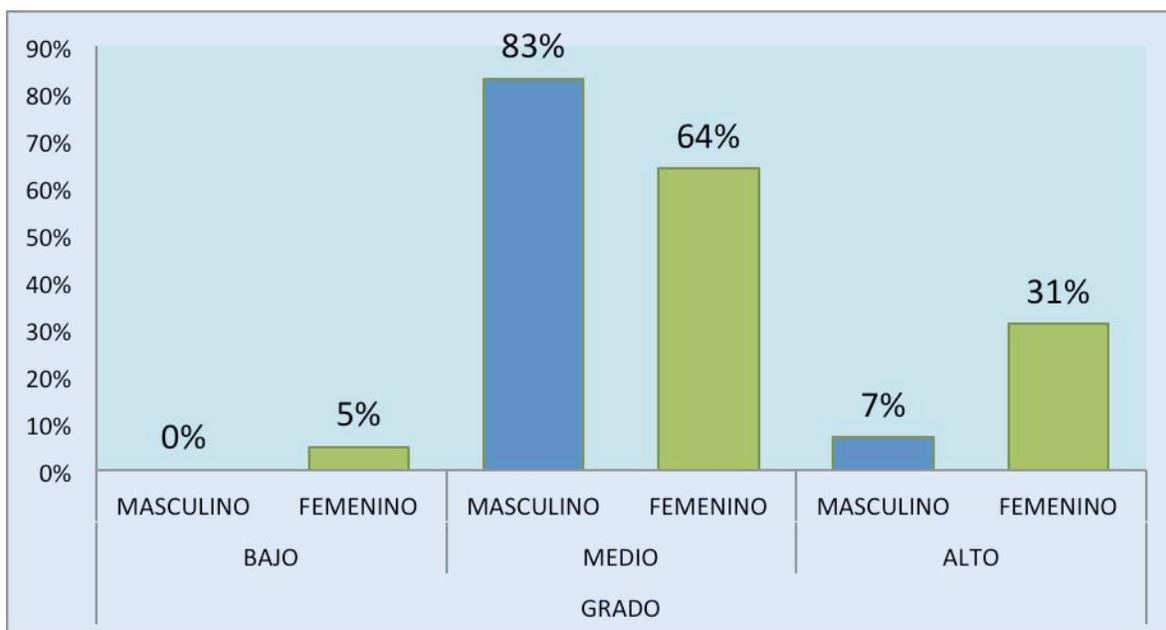
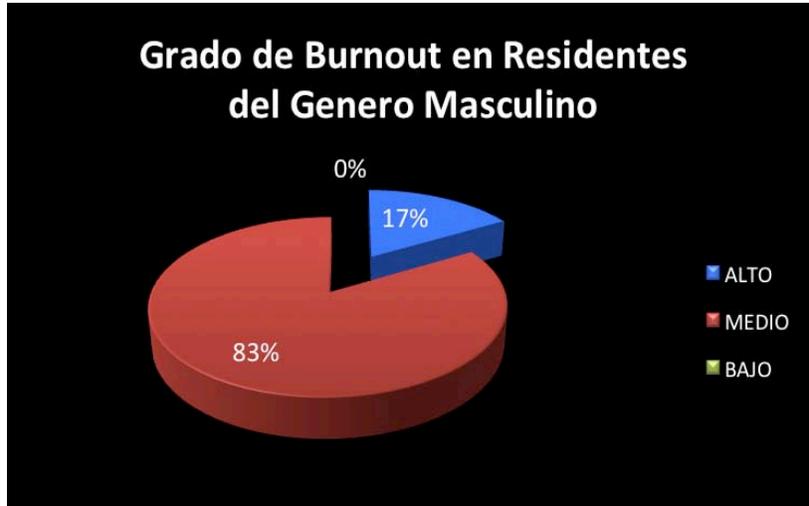


Tabla 15 A

	GRADO					
	BAJO		MEDIO		ALTO	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
%	0%	5%	83%	64%	7%	31%
no=	0	2	10	23	2	11

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 15 B



Grafica 15 C

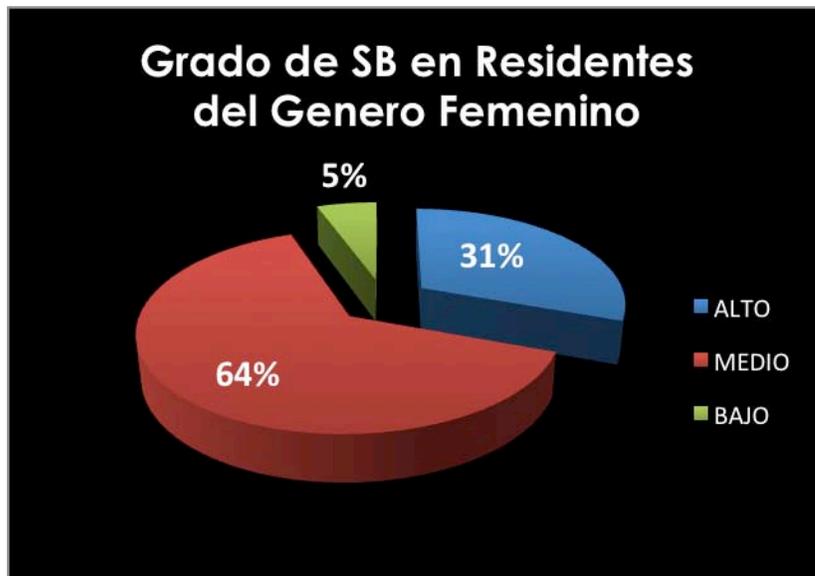


Tabla 15 B

Hombres			Mujeres		
GRADO		%	GRADO		%
ALTO	2	18.	ALTO	11	31
MEDIO	10	82	MEDIO	23	64
BAJO	0	0	BAJO	2	5

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 15 C. Tabla comparativa de los componentes del SB entre Genero Femenino y masculino.

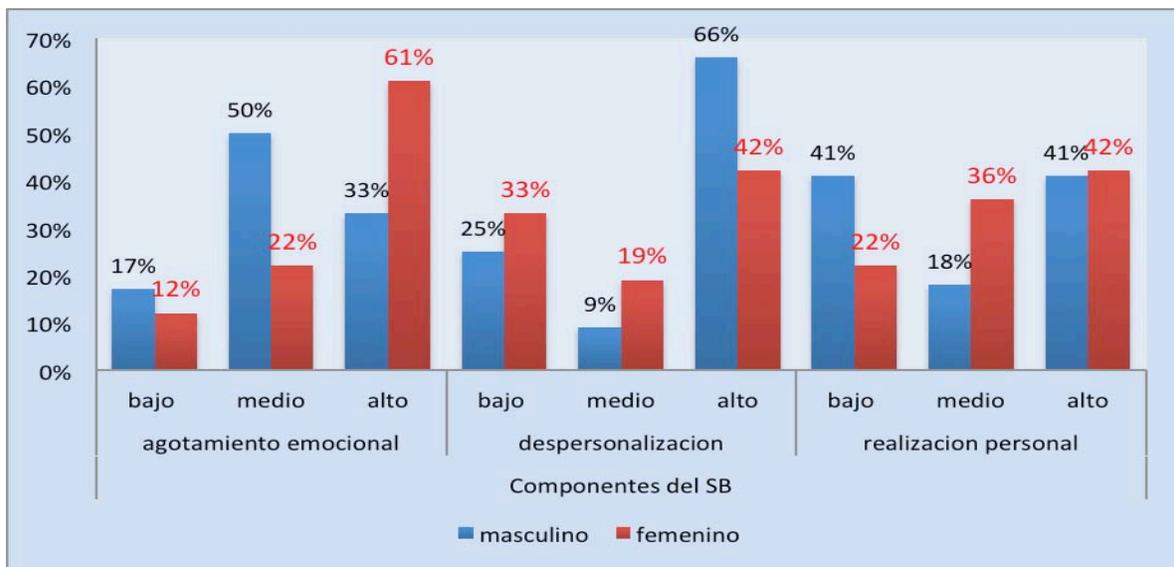
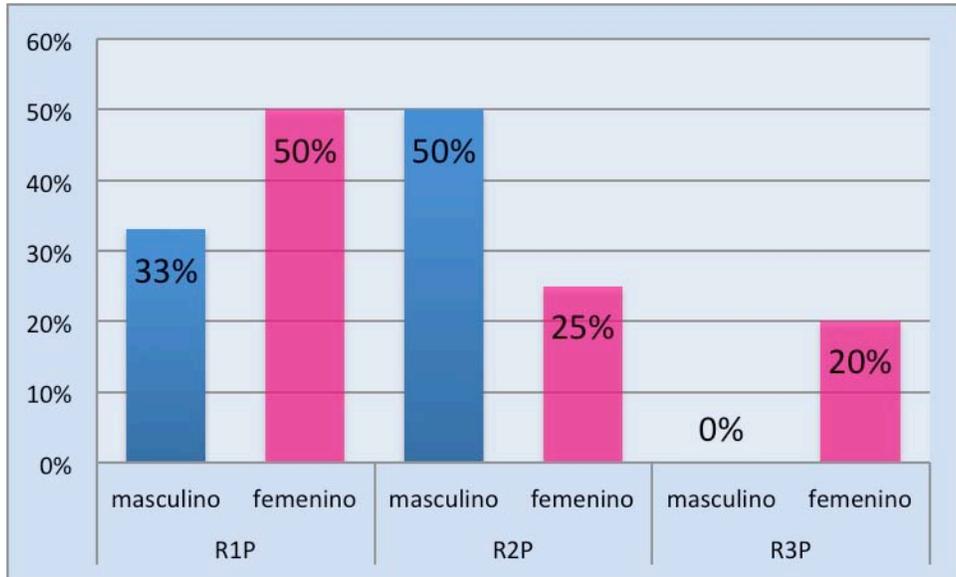


Tabla 15C. Tabla comparativa de los componentes del SB entre Genero Femenino y masculino

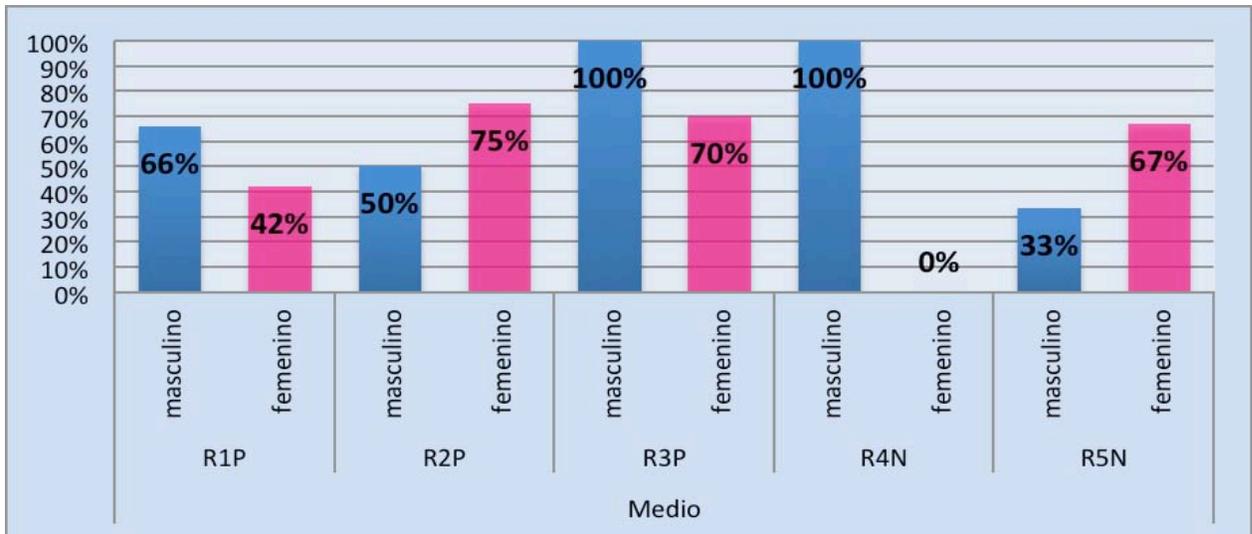
Componentes del SB			
Genero	Agotamiento Emocional		
	bajo %/no.	medio %/no.	alto%/no
masculino	17%/2	50%/6	33%/4
femenino	12% / 4	33%/12	50%/22
Despersonalizacion			
Genero	Despersonalizacion		
	bajo %/no.	medio %/no.	alto%/no
masculino	25%/3	9%/1	66%/8
femenino	33%/12	19%/7	48%/17
Realizacion Personal			
Genero	Realizacion Personal		
	bajo %/no.	medio %/no.	alto%/no
masculino	41%/5	17%/2	41%/5
femenino	22%/8	36%/13	42%/15

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 16 . SB Alto por genero y jerarquia.



Grafica 17. SB medio por genero y jerarquia



Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 18. SB bajo por genero y jerarquia.

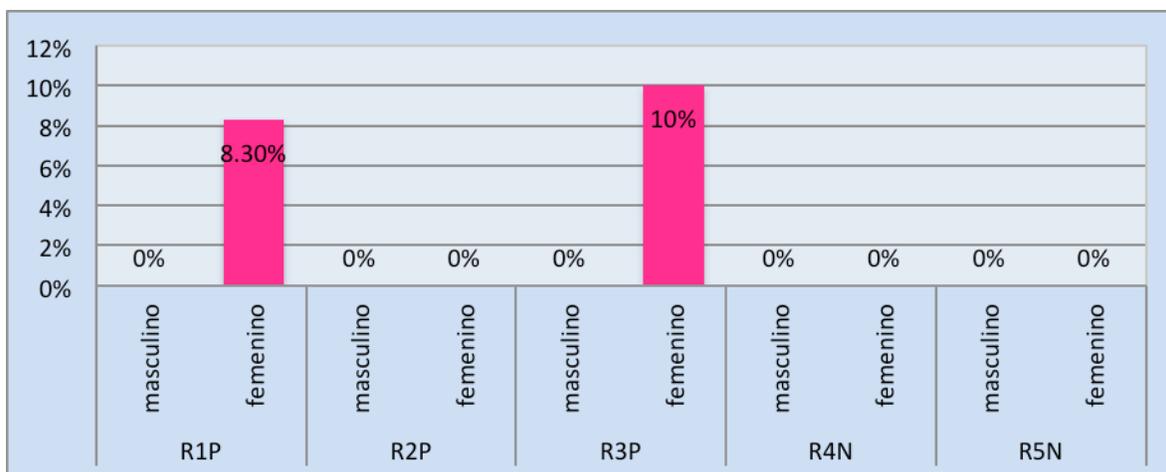


TABLA 16. Tabla comparativa del grado de SB en los Residentes de Pediatría y neonatología del HGMEI 2013.

Alto									
R1P		R2P		R3P		R4N		R5N	
masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino
33% / 1	50% / 6	50% / 1	25% / 3	0% / 0	20% / 2	0% / 0	0% / 0	0% / 0	0% / 0
Medio									
R1P		R2P		R3P		R4N		R5N	
masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino
66% / 2	42% / 5	50% / 1	75% / 9	100% / 3	70% / 7	100% / 3	0% / 0	33.3% / 1	67% / 2
Bajo									
R1P		R2P		R3P		R4N		R5N	
masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino	masculino	femenino
0% / 0	8.3% / 0	0% / 0	0% / 0	0% / 0	10% / 0	0% / 0	0% / 0	0% / 0	0% / 0

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 19. Relacion del Estado Civil con el Grado de SB.

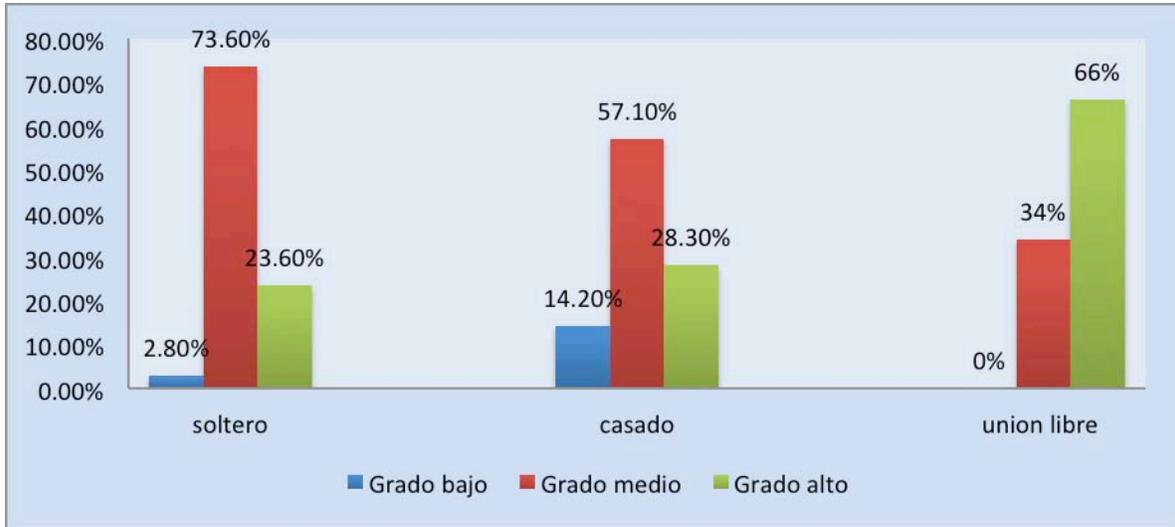


tabla 17 Relacion de estado civil con grado de SB

	GRADO					
	Bajo		medio		Alto	
	%	No.	%	No.	%	No.
soltero	2.80%	1	73.60%	28	23.60%	9
casado	14.20%	1	57.10%	4	28.30%	2
union libre	0%	0	34%	1	66%	2

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 20. Grado de SB en RP y RN con Hijos y sin Hijos.

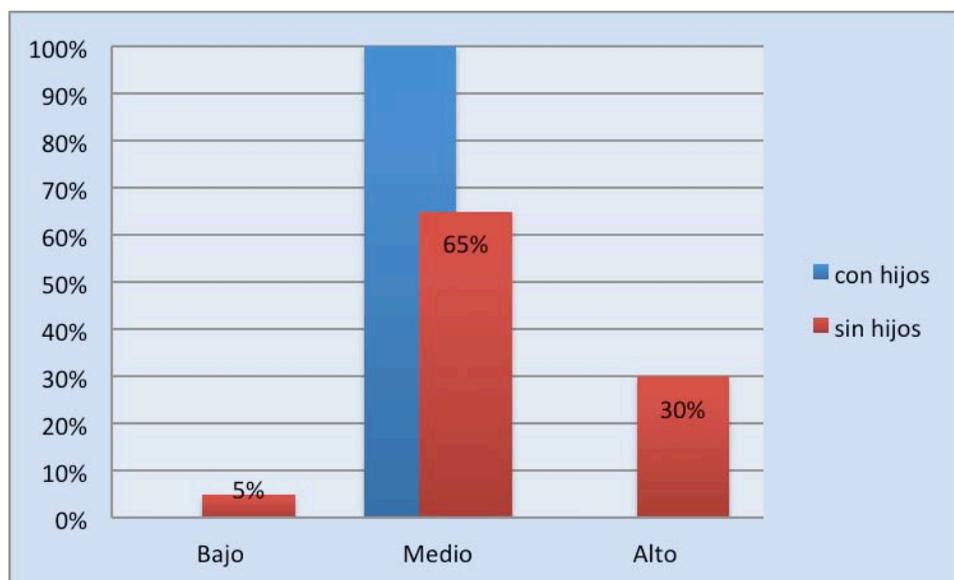


Tabla. 18 Grado de SB en RP y RN con Hijos y sin Hijos

	Bajo		Medio		Alto	
	%	no	%	no	%	no
con hijos	0%	0	100%	5	0%	0
sin hijos	5%	2	65%	28	30%	13

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 21. SB en residentes con nacionalidad Mexicana y extranjera.

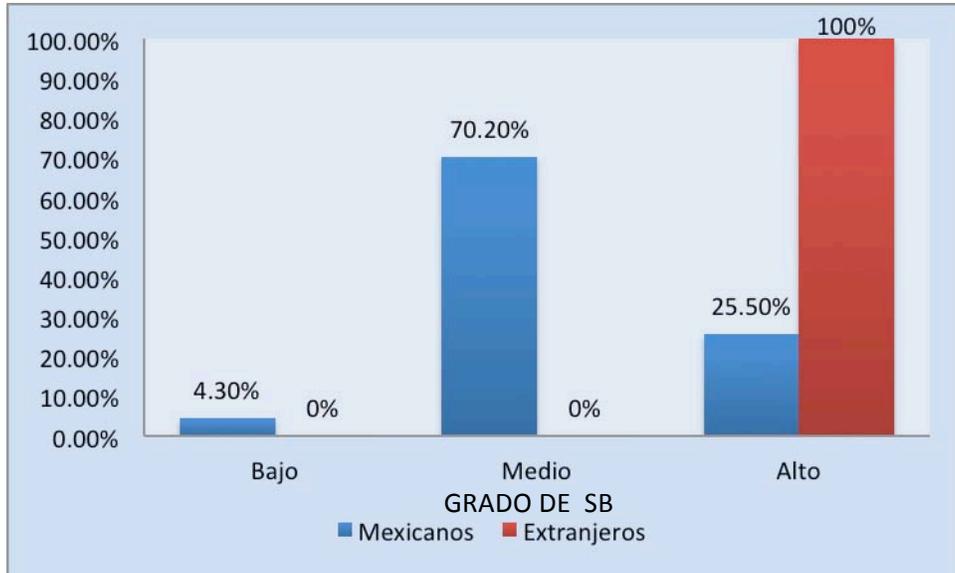


TABLA 19 Grado de SB en base a la Nacionalidad del residente,

SINDROME DE BURNOUT						
Grado	Bajo		Medio.		Alto	
	%	no.	%	no.	%	no.
Mexicanos	4.30%	2	70.20%	33	25.50%	12
Extranjeros	0%	0	0%	0	100%	1

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 22. Relacion del lugar de origen con el SB de los residentes Pediatria y neonatologia.

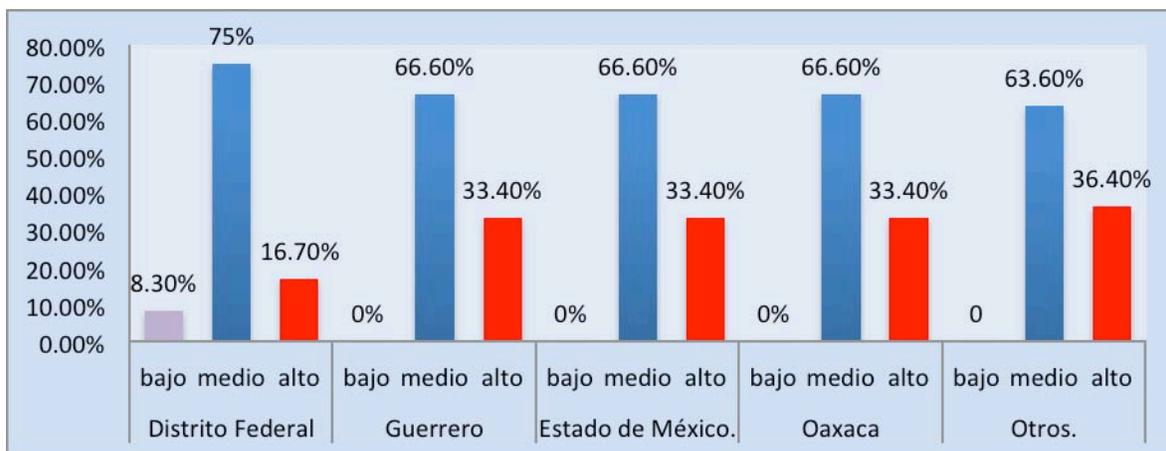


Tabla 20. Relacion del lugar de origen con el SB de los residentes Pediatria y neonatologia.

GRADO	Distrito Federal			Guerrero			Estado de México.			Oaxaca			Otros.		
	bajo	medio	alto	bajo	medio	alto	bajo	medio	alto	bajo	medio	alto	bajo	medio	alto
%	8.3%	75%	16.7%	0%	66.6%	33.4%	0%	66.6%	33.4%	0%	66.6%	33.4%	0%	63.60%	36.4%
no.=	2	18	4	0	5	1	0	2	1	0	2	1	0	7	4

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 23. Relación del SB con el Lugar de Residencia.

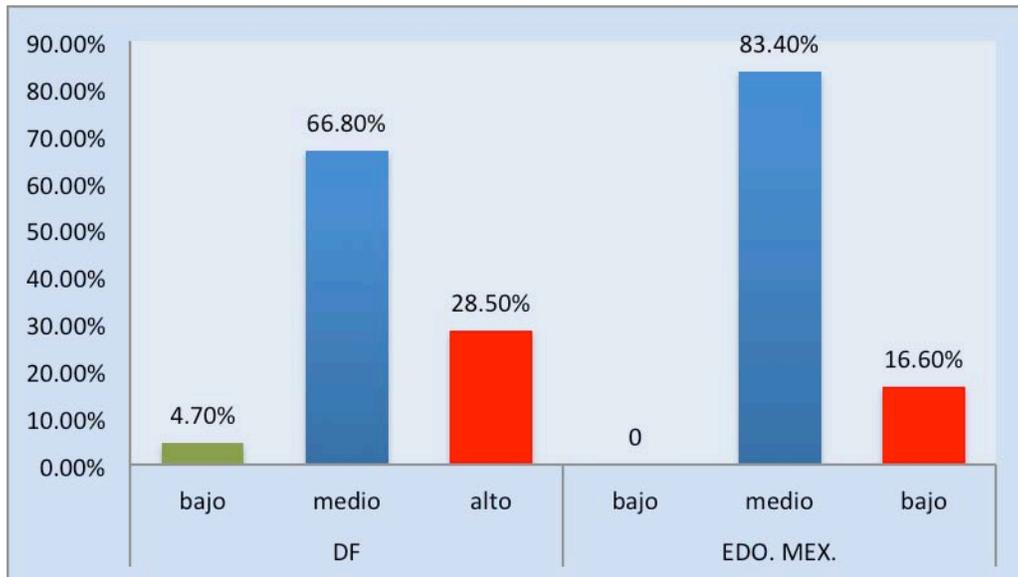


Tabla. 21 Relación del SB con lugar de residencia.

DISTRITO FEDERAL						ESTADO DE MÉXICO					
GRADO						GRADO					
bajo		medio		alto		bajo		medio		alto	
%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.
4.70%	2	66.20%	28	28.50%	12	0%	0	83.40%	5	16.60%	1

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafica 24. Relación del SB con la religión profesada.

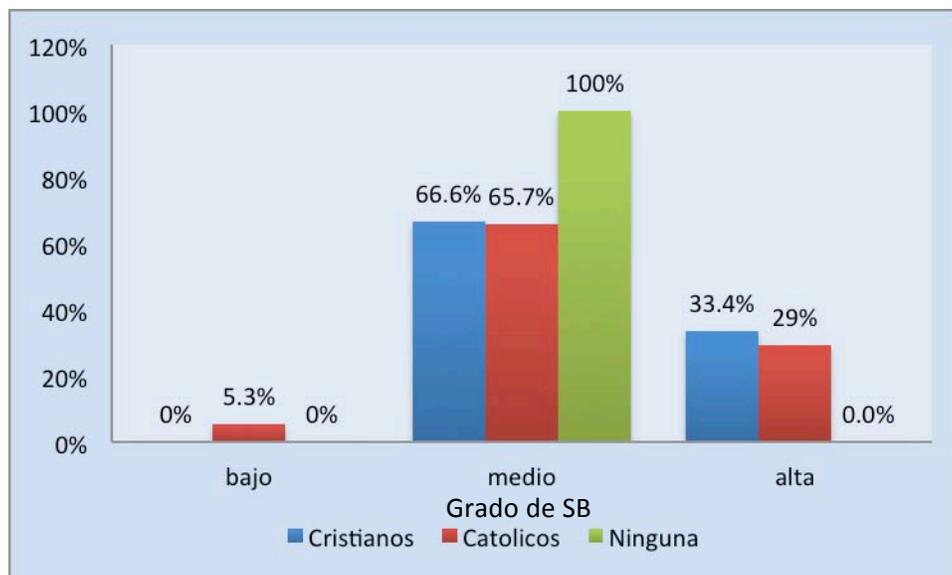


Tabla 22. Relación del SB con la religión profesada.

	GRADO					
	Bajo		Medio		Alto	
	%	no.	%	no.	%	no.
Cristianos	0%	0	66.6%	4	33.4%	2
Catolicos	5.3%	2	65.7%	25	29%	11
Ninguna	0%	0	100%	4	0.0%	0

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 25. Relacion del Grado de SB con esquema de guardias ABC y ABCD



Tabla 23 . Relación del Grado de SB con esquema de guardias ABC y ABCD

	GRADO					
	Bajo		Medio		Alto	
	%	no.=	%	no.=	%	no.=
abc	3,4%	1	58.6%	17	38%	11
abcd	5%	1	84.2%	16	10.8%	2

Fuente: Hoja de Recoleccion de Datos.2013

Grafico 26. Relación del grado de SB y Aprobación del Examen PUEM

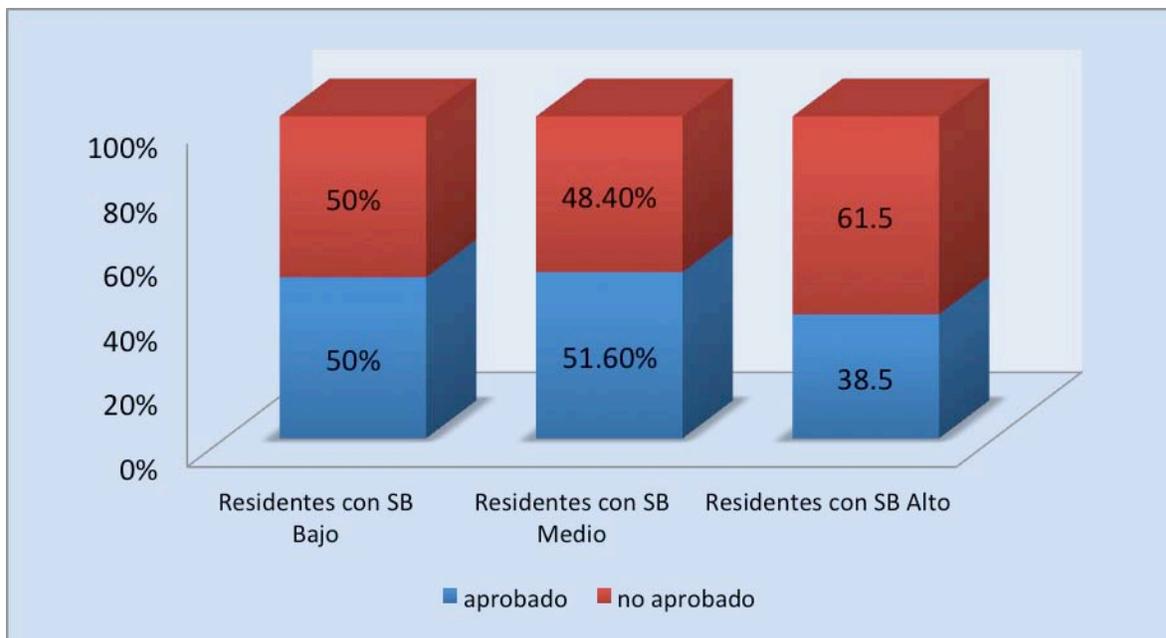


Tabla 24. Relación del grado de SB y Aprobación del Examen PUEM

	Residentes con SB bajo		Residentes con SB medio		Residentes con SB alto	
	%	no	%	no	%	no
aprobado	50%	1	51.6	17	38.4	5
no aprobado	50%	1	48.4	16	61.5	8
total	100%	2	100	33	100%	13

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.2013

TABLA 25. Distribución proporcional de las dimensiones del síndrome de Burnout según el grado de residencia médica. Hospital General de México Eduardo Liceaga , 2013

Componente	Grado de Afectación	Frecuencia Relativa (%)					PROMEDIO
		R1P	R2P	R3P	R1N	R2N	
Agotamiento Emocional.							
	Alto	66.6	57.1	53.8	0.0	25.0	40.5%
	Medio	26.6	28.5	30.7	75.0	0.0	32.2%
	Bajo	6.8	14.4	15.5	25.0	75.0	27.3%
Despersonalización .							
	Alto	40.0	50.0	61.5	75.0	75.0	60.3%
	Medio	20.0	21.5	7.7	25.0	0.0	14.8%
	Bajo	40.0	28.5	30.8	0.0	25.0	24.9%
Ineficiencia y Realización Personal .							
	Alto	60.0	35.7	38.5	25.0	0.0	31.8%
	Medio	20.0	35.7	38.5	0.0	75.0	33.8%
	Bajo	20.0	28.6	23.0	75.0	25.0	34.3%

Fuente: Hoja de Recolección de Datos.2013

DISCUSIÓN.

El presente estudio permitió determinar la presencia de síndrome de Burnout en médicos residentes de distinto grado de formación profesional de las áreas de Pediatría y Neonatología del Hospital General de México "Eduardo Liceaga". Los hallazgos iniciales sugieren que el síndrome es altamente prevalente entre la población estudiada y puede constituir un problema de salud individual y colectiva, que amerita atención por los responsables de la formación profesional de los médicos.

En este estudio, se observó que el 100% de los residentes cursó con algún grado de SB, similar a lo reportado por Álvarez Hernández (100%)(27) y superando a A. Al-Youbi (82%)(10), Fahrenkop 75% (1), E. Martins (66%)(26). Se observó predominio el grado medio en los 5 grupos de residentes, similar a lo reportado por Álvarez Hernández y A. Al-Youbi con 44.8 y 37% respectivamente, aunque consideramos que el grado de SB tiene una prevalencia mucho más variable, ya que depende de características individuales de cada grupo estudiado. Particular atención merecen los individuos que fueron categorizados con un grado alto, siendo los R1P con 46.6% los más afectados, presentando altos niveles de agotamiento emocional, de ineficiencia y realización personal. Esto contrasta con lo reportado por Martins AE. y Álvarez Hernández los cuales encontraron una alta prevalencia en los residentes de 3er año de pediatría, justificando este último autor que cuanto más se aproximan los residentes al final de su formación médica, se incrementa la probabilidad de presentar el síndrome; esto debido a un efecto acumulado del estrés propio de sus actividades diarias (por ejemplo por el contacto permanente con necesidades humanas), por las condiciones estructurales del escenario en donde se desempeñan y por la falta de una red de soporte social que mejore o alivie factores desencadenantes del SB (22). Por lo contrario, Fernández Martínez reporta niveles altos de SB en residentes de primer año asociándolo al número de guardias realizadas al mes (en promedio 5); en nuestro estudio, se encontró que todos los R1P realizaban un esquema de guardias ABC, promediando aproximadamente 10 guardias por mes, siendo una de las principales diferencias con los R3P, R1N y R2N, que contaban con guardias ABCD y los cuales no realizan más de 8 guardias por mes. En nuestro estudio encontramos una relación directa del esquema de guardias con SB, ya que los residentes con guardias ABC presentaron hasta 28.7% más SB de grado alto que los residentes con guardias ABCD. El hecho de realizar guardias más frecuentemente, con la consecuente privación del sueño y el desarrollo de fatiga crónica altera la concentración y capacidad de decisión pudiendo elevar la frecuencia de errores médicos con consecuencias fatales (23) e inclusive aumentar el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.(18) Consideramos que tal resultado refleja una sobrecarga de trabajo con escaso tiempo para el descanso, lo que aboga sobre la necesidad de implantar espacios para las guardias para así disminuir el estrés crónico al que están sometidos los residentes tras largas jornadas laborales, y disminuir los riesgos que supone continuar trabajando tras la realización de una guardia.

Ya que en nuestro estudio todos los residentes presentaron algún grado de SB, consideramos indispensable determinar si el género como variable demográfica tuvo impacto en el desarrollo del síndrome. Encontramos en nuestro estudio que el género femenino presentó SB alto hasta en 24% más que el género masculino, superándolo con altos grados de agotamiento emocional, ineficiencia y realización personal; lo cual contrasta con lo reportado por Waguih-William (1) y García CR (7) los cuales reportaron que el SB predominaba en el género masculino, con altos puntajes de en AE, DP e IRP. En nuestro estudio los hombres presentaron altos puntajes de DP, similar a lo encontrado por Pedro R. Gil-Monte en su estudio de la influencia de Género en SB; reportó que a pesar de haber predominio del SB en mujeres, los hombres presentaron altos puntajes de DP (8). Con respecto a la edad, la media aritmética de los residentes afectados por SB fue de 28.08

años, siendo los más afectados por SB alto los R1P, con el promedio de edad menor de los 5 grupos de residentes (27.4 años); coincidiendo con varios estudios (5,24,18) en los cuales confirmaron un mayor riesgo de padecer SB cuando se tiene menos de 30 años. En nuestro estudio encontramos que el estado civil de los residentes tenía un patrón muy diferente a los reportados por otros investigadores; los residentes solteros fueron los que presentaron menores casos de SB alto, seguido de los casados y siendo los más afectados los residentes que viven en unión libre; esto contrasta con lo reportado con Martinis(19) y Alvarez –Hernandez (27) los cuales reportaron una mayores grados del SB en solteros. Este último aseverando que el hecho de vivir en pareja atenúa el grado y la frecuencia de SB; por otra parte encontramos en nuestro estudio que los residentes que tenían hijos presentaron grados más bajos de SB, similar a lo reportado por Martínez-Pérez (4) y Colier (20) los cuales consideran que la crianza de hijos es un factor protector contra el SB, con un efecto humanizador en los residentes. Con respecto a la nacionalidad, encontramos que los residentes extranjeros, presentaron en su totalidad SB alto, esto contrasta con lo reportado por Shanafield (20) el cual reporta que los residentes extranjeros presentan menores puntuaciones en de SB con respecto a los nacionales; sin embargo encontramos una situación muy similar en los residentes provenientes de otros estados del país los cuales presentaron niveles más altos de SB, a diferencia de los originarios del Distrito Federal, siendo hallazgos muy similares los reportados por A. Hernández (27). Únicamente contamos con el estudio de Austria-Corrales (24) el cual llegó a determinar en sus resultados, que existe una tendencia a que los médicos residentes del interior de la República presenten más casos del SB que los del DF. Consideramos que el común denominador de los residentes extranjeros y los provenientes de otros estados de la República Mexicana, es que pocos cuentan con su familia, lo que limita sus redes de soporte social y la posibilidad de contar con factores protectores para el desarrollo del síndrome. Como mencionan algunos estudios, el apoyo de la familia es indispensable para sobrellevar el SB de Burnout(30). Con respecto al lugar de residencia, nuestra bibliografía habla de factores asociados, como la distancia y el tiempo transcurrido del hogar al lugar de trabajo como influencia para el desarrollo de SB (6), sin embargo son variables que no tomamos en cuenta en nuestro estudio; sería ideal determinar en estudios posteriores si la distancia, el medio de transporte, el horario de entrada y otros factores influyen en el desarrollo de SB. En nuestro estudio los residentes con altos grados de SB eran los que vivían en el Distrito Federal presentando hasta 11.9% más que los que habitaban en el Estado de México. Con respecto a la religión de los residentes, buscamos determinar si esta fungió como un factor que disminuyera la prevalencia del SB, considerando a la misma como un recurso de afrontamiento ante la presencia de estrés continuo (6) como al que están sometidos los residentes, encontramos que los que no pertenecían a ninguna religión presentaron 100% de SB de grado medio, superando a los católicos y cristianos por 34.3 y 33.4% respectivamente, sin embargo estos últimos representaron la totalidad de residentes que cursaron con SB alto, sin presencia del mismo en los residentes sin religión. En la búsqueda bibliográfica que realizamos no encontramos estudios en los cuales se considerara esta variable, por lo que no hay forma de hacer comparativa con otros autores; a pesar de esto observamos en nuestra población que la religión no es el único factor contribuyente para el desarrollo de SB. En nuestro estudio, se integró en nuestra encuesta la pregunta directa sobre la aprobación del Examen PUEM, el cual se realiza anualmente en todas las Sedes avaladas por la UNAM, a finales del ciclo escolar. Se observó que del 100% de los residentes con SB de grado alto, 61.5% no aprobó dicho examen. De los residentes que aprobaron el examen, se observó que la mayor proporción correspondía a los que habían presentado SB de grado bajo, esto coincide con lo reporta Macías y Firth (15 y17) en sus estudios sobre SB estudiantil en los cuales refieren el impacto negativo sobre el desempeño académico que padecen el individuo con SB. En nuestra búsqueda bibliográfica no encontramos estudios que valoraran el desempeño académico de los residentes con SB, tomando en cuenta que los autores nombrados anteriormente no dimensionan el nicho en que se desenvuelve el médico residente, el cual es muy

diferente al del estudiante de medicina. En base a la valoración de las diferentes dimensiones del SB , encontramos que nuestros residentes presentaron en su mayoría altos grados de AE (40.5%) y DP (60.3%) , siendo menos afectados en IRRP (30%) ; siendo los mas afectados los RIP y R2P. Esto coincide con lo reportado por Álvarez Hg(27) , reportando altos niveles de AE y DP en los residentes de 1er año., sin embargo , llama la atención que en nuestro estudio , encontramos que los residentes con niveles mas altos de DP , fueron los de mayor jerarquía (R1N y R2N) coincidiendo con Prieto Miranda, el cual también reporto altos niveles de despersonalización en residentes de pediatría, en comparación con otras especialidades (32), el cual lo relaciono a que los residentes de esta especialidad presentaban grandes expectativas laborales y académicas y a que los residentes tenían que lidiar con el dolor y la muerte de niños; todo esto asociado de manera particular a las cargas laborales y horarios extremos reportados en su hospital.

CONCLUSIÓN.

El síndrome de Burnout constituye un problema de salud entre los residentes de Pediatría y Neonatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ya que la totalidad de ellos presentó algún grado del síndrome. De los componentes evaluados, el alto desgaste emocional y la despersonalización fueron los más frecuentes. Cabe destacar que los que tuvieron mayor grado de despersonalización fueron los residentes del 4to y 5to año (R1N y R2N), probablemente como consecuencia de un mecanismo compensatorio del estrés crónico. El impacto de las variables sociodemográficas que se establecieron en el estudio, nos abren un amplio panorama de los orígenes multifactoriales de esta patología y de cierta forma como poder influir de manera temprana para modificar el curso del síndrome. Sabemos de antemano que la integración de nuestros sistemas de salud es insuficiente para proveer los servicios que requiere nuestra población, lo que origina en nuestros médicos residentes una sobrecarga de trabajo y exposición a horarios extenuantes. Ya que las actividades de los residentes son esencialmente asistenciales, es necesaria una estructura cuidadosamente diseñada que fomente la organización, la distribución efectiva de los tiempos de atención, la formación continua y la motivación constante ya que creemos que la carencia de éstos, aunado con las crecientes exigencias de calidad en el servicio, propician un ambiente psicosocial capaz de potenciar un sentimiento de insatisfacción laboral el cual se generaliza en diferentes esferas de la vida personal del residente, como es su familia y sus relaciones interpersonales. Consideramos que una de las principales estrategias básicas para prevenir potencialmente el SB consiste en la reducción de horas laborales por semana; se recomienda un límite de 80 horas por semana en promedio durante un periodo de cuatro semanas para asegurar la flexibilidad suficiente para lograr los objetivos de un entrenamiento de calidad. Específicamente, cuando sea necesario trabajar por más de 16 horas continuas, se requerirá incluir cinco horas de sueño ininterrumpido entre las 22 h y las 8 h para aliviar la fatiga y la privación del sueño (12). Por otra parte incluir el fomento al desarrollo individual, crear redes de soporte intrahospitalarias para fortalecer las relaciones interpersonales entre los residentes, así como con los médicos adscritos y directivos, y establecer un programa de estímulos a favor del bienestar del residente, que contribuya e incremente la calidad de atención brindada a la población infantil. Una buena alternativa para disminuir la sintomatología depresiva, estrés y la presencia del SB o desgaste profesional es la implementación de sesiones grupales para los médicos residentes, bajo el modelo de los grupos Balint. Su objetivo es el análisis de los aspectos inconscientes que el profesional pone en juego en el desarrollo de sus actividades profesionales (3), también deberán incluirse actividades recreativas, tanto culturales como deportivas, con una mayor periodicidad, e incluso implementar sesiones o programas de música instrumental en sus sitios de trabajo, ya que según varios autores, se han visto resultados positivos en la reducción de la sintomatología relacionada con el SB. Un programa de actividades recreativas complementario a su educación médica incrementará la calidad de vida de los médicos residentes y, por consiguiente, mejorará la calidad de atención a los enfermos. Somos conscientes que algunas limitaciones técnicas del presente estudio deben considerarse cuidadosamente al hacer las interpretaciones de los hallazgos. En primer lugar, no se examinó el papel de factores confusores como la estructura hospitalaria, los conflictos familiares, y el efecto del espaciamiento y duración de los periodos vacacionales, la duración de traslado del hogar al hospital, el medio de transporte, desempeño académico, la solvencia económica, análisis psicométrico de la personalidad del residente; factores que han mostrado estar asociados con el SB. El sesgo potencial de este estudio corresponde a la recolección de información por el grado de honestidad en las respuestas de los residentes encuestados. Se propone dar seguimiento en los residentes participantes al hacer cambio de grado académico así como aplicación de las medidas de mejora, con nueva evaluación con el MBI y así determinar si se observan cambios en relación a este estudio.

Tabla de Abreviaturas.

SB	SINDROME DE BURNOUT
DP	DESPERSONALIZACION
AE	AGOTAMIENTO EMOCIONAL
IRP	INSUFICIENCIA Y REALIZACION PERSONAL
MBI	MASLASH BURNOUT INVENTORY
R1P	RESIDENTE DE 1ER AÑO DE PEDIATRIA
R2P	RESIDENTE DE 2DO AÑO DE PEDIATRIA
R3P	RESIDENTE DE 3ER AÑO DE PEDIATRIA
R1N	RESIDENTE DE 1ER AÑO DE NEONATOLOGIA
R2N	RESIDENTE DE 2DO AÑO DE NEONATOLOGIA
HGM EL	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO EDUARDO LICEAGA
IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DF	DISTRITO FEDERAL
EDO DE MEX.	ESTADO DE MÉXICO

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.. Vivat Academia.. 2010 septiembre ;(112).
2. Eloísa Guerrero Barona JCRJ. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL "BURNOUT". Medigraphic. 2005 Julio .
3. Velásquez-Pérez L. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. México, D.F.: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Departamento de Epidemiología; Director de Enseñanza;Unidad de Cognición y Conducta; 2013.
4. Mendiola DEGWD RÁCDMS. El Síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. .
5. Veiga DR. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes situacionales y cognitivos. Trabajo de fin de maestría. Coruña: Universidad de coruña ; 2012.
6. García CR. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. Fundamentos en Humanidades. 2009; 19(1).
7. Ticas AR. ESTUDIO DE SÍNDROME DE "BURNOUT", DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas. 2012 Enero-Junio; 9(1).
8. Landrigan CP. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in. The New England Journal of Medicine. 2004 Diciembre; 351.
9. Jan RAAYaMM. Burnout Syndrome in Pediatric Practice. Oman Medical Journal. 2013 Abril; 28(4).
10. Sepulveda AC. Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006 Febrero ; 44(5).
11. Montero-Marín J. Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. BMC Public Health. 2012.
12. Cull WL. Pediatric Residency Duty Hours Before and After Limitations. PEDIATRICS. 2006 Diciembre; 118.
13. Msaouel P. Research Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? Msaouel et al. Human Resources for Health. 2010.
14. LN D. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. Acad Med. 2006; 81.

15. Zoccolillo M MGWR. Depression among medical students. .
16. J. F. Levels and sources of stress in medical students. BMJ. 1986 292.
17. Waguih William IsHak MF. Burnout During Residency Training: A literature Review. Journal of Graduate Medical Education. 2009 Diciembre .
18. Gil-Montel PR. Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Revista Interamericana de Psicología. 2006; 40(2).
19. Gil-Monte PR. INFLUENCIA DEL GÉNERO SOBRE EL PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA. Valencia: Facultad de psicología, Universidad de Valencia, Departamento de Psicobiología y Psicología Social,; 2002.
20. TD S. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002; 136.
21. Cubillo ACM. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. Atención Primaria. 2012; 44(9).
22. Monte G. Como evaluar el Síndrome de quemarse en el trabajo. Practica de Riesgo. 2007 Enero .

ANEXOS

Anexo 1

DETERMINAR SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente, sin embargo si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda la libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Yo _____ he sido informado (a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita, he sido informado (a) de la forma de como se realizara el estudio y de como se tomaran las mediciones. Estoy enterado (a) también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica , sin que esto represente un costo, o recibir alguna represalia de parte del equipo del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga.

Firma: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Hoja de recolección de datos.

genero: _____ Edad:- _____ Nacionalidad: _____

Estado civil: _____ No. De hijos. _____ Año en curso
: _____ Religión: _____

Residencia previa: _____ Años: _____ Otros estudios: _____

Residencia Actual: _____

Esquema de Guardias: ABC _____ ABCD _____

aprobo el puen del año en curso? Si o no

Instrucciones:

Responde el cuestionario en base a la siguiente graduación del **0**= nunca, **1**= pocas veces al año o menos, **2**= una vez al mes o menos, **3**= pocas veces al mes, **4**= una vez por semana, **5**= varias veces a la semana **6**= diariamente.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar	
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes	
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	

8	Me siento “quemado” por mi trabajo	
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11		
12	Me siento muy activo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Ceo que estoy trabajando demasiado	
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20	Me siento acabado	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	

Anexo 3

MASLASH BURNOUT INVENTORY.

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

Este cuestionario usa un sistema de respuestas que gradúan la frecuencia con que el individuo experimenta los sentimientos descritos en cada enunciado, en una escala de Likert de 7 valores:

1. Nunca
2. Pocas veces al año o menos
3. Una vez al mes o menos
4. Pocas veces al mes
5. Una vez por semana
6. Varias veces a la semana
7. Diariamente

Anexo 4

Escala de Puntuación del Maslach Burnout Inventory.

Escala	Elementos	Puntuación máxima
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	30
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Anexo 5

Percentiles Propuestos por Maslach y Jackson

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos