



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

**FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado**

**FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

P R E S E N T A:

DRA. ANAHI MARLENE MARTÍNEZ GONZÁLEZ

ASESOR:

DRA. GUADALUPE BUCIO VALDOVINOS

DR. ISRAEL DAVID CAMPOS GONZÁLEZ

MORELIA, MICHOACÁN JUNIO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL
GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"**

Autorización Tesis

Dr. Raúl Leal Cantú
Director del Hospital General "Dr Miguel Silva"

Dr. Carlos Arturo Arean Martínez
Jefe de Enseñanza e investigación del Hospital General "Dr Miguel Silva"

Dra. Claudia Ramos Olmos
Jefa del Servicio de Anestesiología del Hospital General "Dr Miguel Silva"

Dr. Santiago Corona Verduzco
Profesor titular del curso de especialidad en Anestesiología del Hospital General "Dr Miguel Silva"

Dr. Israel David Campos González
Asesor Metodológico
Médico adscrito del servicio de Nefrología del
Hospital General "Dr Miguel Silva"

Dra. Guadalupe Bucio Valdovinos
Asesor Clínico de tesis
Médico Adscrito del servicio de Anestesiología
del Hospital General "Dr Miguel Silva"

**FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL
GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"**

Dra Anahi Marlene Martínez González
Sustentante

DEDICATORIA

**A TODA MI FAMILIA EN ESPECIAL A MI ESPOSO Y MIS PADRES GRACIAS
POR SER EL MOTOR QUE ME LLEVO AL FINAL DEL CAMINO LOS AMO.**

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Agradecimientos

Mi esposo Alfonso gracias por todo tu amor, cariño y comprensión, por motivarme en todo momento para seguir adelante, por preocuparte por mi por ser mi principal piedra para nunca derrumbarme y siempre seguir adelante.

A mis padres Pepe y Ana quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mi el ejemplo de esfuerzo y valentía.

A mi hija por ser mi principal motor de vida y a toda mi familia por siempre estar junto a mi cumpliendo mis sueños y mis metas

A mis profesores titulares quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

En especial quisiera agradecer a la Dra Guadalupe Bucio que siempre estuvo a mi lado, apoyándome y dándome los mejores consejos, gracias por ser un ejemplo para mí en todos los aspectos tanto personales como profesionales.

DRA. ANAHI MARLENE MARTINEZ GONZALEZ

**FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL
GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”**

CONTENIDO

1. Cuerpo del resumen	6
2. Marco teórico	7-13
3. Justificación.....	14-15
4. Objetivo general	16
4.1 Objetivo específico	
4.2 Hipótesis metodológica	
5. Material y Métodos.....	17-18
6. Consideraciones Éticas	19-20
6.1 Declaración de Helsinki	
7. Resultados.....	21-30
8. Discusión.....	31-34
9. Conclusiones.....	35
10. Bibliografía.....	36-37

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

Resumen

El Síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos. La prevalencia mundial oscila en un 76% en médicos residentes; en México es de 44%. En Anestesiología se presentaron situaciones de fármaco dependencia y fallecimientos de ex residentes aún que no están definidos a ciencia cierta si existe relación con el Síndrome de Burnout, por lo que nació de aquí la inquietud de investigar la frecuencia de este síndrome en nuestro hospital. **Objetivo:** se analizó frecuencia del Síndrome de Burnout en residentes de Anestesiología comparado con otros servicios del Hospital General "Dr. Miguel Silva". **Material y Métodos:** fue un estudio analítico, prospectivo y transversal, comparativa no experimental, se evaluó por cuotas a médicos residentes de todos los servicios del Hospital General "Miguel Silva" de manera anónima con el cuestionario Maslach modificado por el investigador. Los criterios de inclusión fueron los médicos residentes quienes quisieron participar en el estudio. Los criterios de eliminación fueron los médicos residentes que no contestaron el cuestionario de manera completa y los que habiendo decidido participar, decidieron finalmente retirarse del estudio. **Resultados:** se incluyeron un total de 38 encuestas, se encontraron una frecuencia del 21.1% con Síndrome de Burnout. De los cuales correspondió a medicina interna (37.5%) y anestesiología 25% con un riesgo individual del 7.9 y 5.3 respectivamente. **Conclusión:** la frecuencia global de Síndrome de Burnout entre residentes fue menor a la comparada con la reportada en otros centros hospitalarios a nivel mundial.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

Marco teórico

El Síndrome de Burnout fue definido como un trastorno crónico adaptativo que se relaciona con el mal afrontamiento de los requerimientos psicológicos que requiere el trabajo, alternando la calidad de vida de la persona que la padece y produciendo un efecto perjudicial para las personas que reciben la atención de estos ⁽¹⁾.

Se estima globalmente que entre el 10-12% de los médicos en ejercicio profesional pueden presentar a lo largo de su vida uno o varios episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas; un porcentaje de estos síntomas probablemente pueden estar asociados al estrés laboral y específicamente al síndrome de Burnout ⁽¹⁾.

La biología definió al estrés como algo que condiciona la homeóstasis fisiológica o psicológica de un organismo ⁽¹⁾. Las consecuencias fisiológicas del estrés fueron mostradas empíricamente por Hans Seley en 1936 el cual describió un Síndrome producido por agentes nocivos. Seley describió 3 etapas del estrés: alarma o reacción, adaptación y agotamiento o descompensación. Esta última etapa se vio acompañada de síntomas principalmente de ansiedad. En 1974 el psiquiatra Herbert J. Freudenberger quien trabajó en una clínica de toxicómanos observó que las personas que trabajaban después de un año, sufrían pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, presentando síntomas de depresión y ansiedad, así como desmotivación en el trabajo y mala actitud con los pacientes; describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en relación con los pacientes e incluso le daban trato distante. Con esto, se explicó el término Burnout como: fallar, desgastarse o sentirse exhausto por las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos ⁽¹⁾.

Los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a una tarea en la que se ven implícitas varias circunstancias como son las variables personales, dentro de las cuales se ve implicado: el sexo, la edad, estado civil, antigüedad laboral, características de la

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

personalidad, psicopatológicas y estrategias de afrontamiento. En cuanto a las variables organizacionales fueron: ambiente laboral, el grado de autonomía, el trabajo que se realizó, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad⁽²⁾.

En áreas hospitalarias se vio que hay mayor desgaste laboral, familiar y personal desencadenando un mayor estrés; el elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en personas que se expusieron a alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, teniendo una repercusión negativa en la vida familiar y laboral⁽³⁾.

En los 80's, Cristina Maslach de la universidad de Berkeley en California retomó el término de Freunderberg y del psicólogo P. Leiter para el Síndrome de Burnout y formuló el cuestionario “Maslach”, convirtiéndose en un método de valoración^(1,3).

Maslach, Schaufeli y Letiter mencionaron 5 conceptos:

Primero.- predominan síntomas como la fatiga emocional, conductual y depresiva.

Segundo.- presenta síntomas conductuales y mentales.

Tercero.- solo aparece en el contexto del trabajo.

Cuarto.- se presentó en personas que sufrieron antes problemas psicológicos.

Quinto.- hubo deficiencia en el desempeño del trabajo con conductas negativas⁽³⁾.

Posteriormente Maslach y Jackson desarrollaron un cuestionario de medida con el cual se clasificaron 3 afectaciones principales: agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal⁽⁴⁾. El agotamiento emocional se caracterizó por la pérdida progresiva de la energía, desgaste y cansancio. La despersonalización se caracterizó por un desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes y frías hacia otras personas especialmente a las personas del propio trabajo, acompañado de un aumento en la irritabilidad y pérdida de la motivación laboral; en la falta de realización profesional donde se encontraron respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo con manifestaciones pseudo depresivas, moral baja y un descenso en la productividad laboral es lo que llevo a una escasa o nula realización personal⁽⁴⁾.

A nivel mundial se encontró entre 12-50% en general 43 y 45% en médicos generales y de 22-60% en especialistas^(4,19). Existieron ciertos grupos, como el de médicos residentes,

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

entre quienes la prevalencia iba de 47 a 76%^(4,18). La prevalencia en México fue de 44% (5). En un estudio realizado en Durango se encontró la frecuencia en las diferentes especialidades; Anestesiología 13.7 %, Cirugía 13.7 %, Ginecología 19.8 %, Medicina Interna 7.7 % (76% en universidad Washington), Medicina Familiar 4.3 %, Ortopedia 9.4 %, Patología 7.7 %, Radiología 6.0 %, Pediatría 10.3 % y 6.8 % en Urgencias^(6, 17). En cuanto a médicos especialistas se encontró con mayor índice: Anestesiología, Nefrología, Geriátrica, Psiquiatría, Cirugía Plástica, Endocrinología y Ortopedia⁽⁷⁾.

La prevalencia en Anestesiología varía del 28 al 44%. La epidemiología nos indicó que hay más alta probabilidad de desarrollar este síndrome mujeres con 7-10 años de ejercicio profesional entre los 40 a 55 años, solteras, con trabajo de tiempo completo y con responsabilidades. El perfil de los anestesiólogos fue diferente ya que predominó la antigüedad laboral mayor a 14 años, casados, con hijos donde la sobrecarga laboral fue la mayor variable. La etiología surgió de las exigencias de la profesión médica con las recompensas que son recibidas ⁽⁸⁾.

En su patogénesis se encontró que el síndrome aparecía cuando hay un desequilibrio entre las demandas de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral ⁽⁹⁾.

El desarrollo secuencial del síndrome de agotamiento emocional inició con la fase de aparición del conflicto en la que se presentan ataques suaves e insidiosos, síntomas que aparecieron con intensidad variable y desaparecían al día siguiente; la fase de instauración del síndrome en el que se aumentan las conductas violentas o agresivas (en esta fase hay negación ya que se relaciona con fracaso profesional y personal); la fase de intervención de la superioridad o el grupo en el cual posterior a un tiempo, los responsables se daban cuenta de que existía un problema e intervenían; y por último, la fase de marginación o exclusión de la vida laboral en la que ya fue irreversible entre el 5-10%. En esta etapa el profesional implicado requirió de tratamiento psicopatológico y la víctima tiende al abandono de la vida laboral⁽⁹⁾.

El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino pudiendo provocar otras enfermedades físicas: deterioro psico-emocional, trastornos de conducta y alteraciones intelectuales. En Latinoamérica la mayor incidencia fue a nivel digestivo y cardiovascular, destacándose la gastritis con un 45%, úlcera gastroduodenal 11%,

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

hipertensión arterial 23%, arritmias el 13%, infarto agudo al miocardio 3%. La incidencia de angustia 43%, depresión 31% ansiedad es el 19%. La depresión en anesthesiólogos y residentes en Latinoamérica resultó ser mayor a la población en general llegando a ser hasta un 40%. La incidencia de alcoholismo fue 44%, consumo de psico-fármacos del 16% y fármaco dependencia del 1.7%. En cuanto a los trastornos intelectuales se encontró dificultad en la concentración, disminución del estado de alerta, trabajo de menor calidad ⁽⁹⁾. Hutter demostró que la disminución de horas de trabajo semanales disminuía el cansancio emocional y se llegó a la conclusión de que la reducción del trabajo laboral mejora el grado de Burnout ^(6,7).

Margison identificó que la tasa de suicidio en médicos fueron tres veces más altas que en el resto de la población, esa tasa es más elevada en psiquiatras y anesthesiólogos cuya característica principal fue la sensación de aislamiento del resto de los profesionales médicos. Schwenhammer publicó sobre el suicidio médico en el cual encontró que el 40% se presentó en hombres y un 60% en mujeres en personas de la misma edad y sexo de la población en general. Esta diferencia estaba relacionada con el acoso sexual de las mujeres en el trabajo y la insatisfacción personal de poder acceder a puestos de trabajo más altos ⁽⁹⁾.

Los anesthesiólogos fueron un grupo heterogéneo que convivían durante periodos prolongados en ambientes cerrados y restringidos sometidos a situaciones de tensión psíquica y física alejados del ritmo circadiano normal ⁽⁹⁾.

La falta del sueño contribuye a un error humano repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. El funcionamiento cognitivo disminuía el 25% cuando faltaba una noche de sueño, disminuía un 40% cuando faltan 2 noches de sueño. En relación al anesthesiólogo se pudo asociar a mayor probabilidad de punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia peridural en el trabajo nocturno. Entre los accidentes laborales se encontraron la exposición a sangre contaminada, dificultad para la interpretación de electrocardiograma, cálculos matemáticos, hablar con fluidez, memoria a corto plazo; se registraba disminución en la vigilancia del paciente, disminución en la velocidad y calidad a la intubación orotraqueal, aumenta la incidencia en accidentes automovilísticos luego de la jornada laboral ⁽⁹⁾.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Hablando sobre la fármaco dependencia la incidencia en residentes fue el 33.7% de los cuales médicos fueron residentes de Anestesiología tendiendo 7.4 más veces incidencia en residentes de otras especialidades. En una encuesta de la ASA (American Association of Anesthesia) mostró un abuso del 34.5% al fentanilo. En un estudio retrospectivo de 1958-1988 en Wisconsin en 260 anestesiólogos reportaron: 91.6% el consumo de bebidas alcohólicas, 34.4% uso de fentanilo, 30.8% marihuana, 9.4% el uso de cocaína. Las características del anestesiólogo adicto fueron: menos de 35 años el 50%, varones 67-88%, raza blanca 75-96%, adicción a opiáceos 76-90%, 35-50% el uso de polidrogas, 33% tenía familia con antecedentes de adicciones⁽¹⁰⁾ .

Las prologadas jornadas de trabajo se vincularon con que existe un desequilibrio en las horas trabajadas y las de descanso, en estudios mostraron cambios importantes en anestesiólogos de acuerdo a las horas trabajadas. Actualmente se registraron horarios laborales de más de 58 hrs semanales que dictaban las regulaciones de la comunidad europea en el campo médico y las 48 horas semanales establecidas en el 2009, así como las 80hrs establecidas en E.U.A . En Latinoamérica no existía regulación de horas laboradas por anestesiólogos o residentes, estando en proceso la regulación del código de horas de trabajo por la CLASA. De acuerdo con las horas laborales y de descanso se clasificó 3 grupos en bajo, significativo y alto riesgo profesional ⁽¹⁰⁾ .

1. Riesgo bajo: si se trabajaba menos de 50hrs semanales, 10 Hrs consecutivas trabajadas al día, no trabajaban en turnos nocturnos, ni extensión del turno de la noche y disponían de 10hrs de descanso entre turnos de trabajo, 2 días libres de trabajo por semana.
2. Riesgo significativo: cuando se trabajaba entre 50-70hrs por semana. 14hrs consecutivas al día, 1o 2 turnos nocturnos por semana, se tenía extensión al turno de la noche, menos de 10hrs de descanso entre periodos de trabajo, 1 día libre de trabajo a la semana.
3. Riesgo alto: cuando se trabajaba 70hrs o más a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, trabajo y turnos nocturnos por semana, tiene extensión nocturna por turno y no tenían día libre.

La Asociación Médica Australiana refirió que los médicos que trabajaban más de 70 Hrs a la semana tiene mayor riesgo para la salud y por lo tanto mayor probabilidad de accidentes, injurias y enfermedades ⁽¹⁰⁾ .

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

En México, los médicos residentes debían laborar 8hrs diarias, más guardias que iban desde las 16hrs hasta las 8hrs del día siguiente, dos o tres días a la semana, el número de guardias a la semana eran variables dependiendo de cada hospital sede, en ocasiones el tiempo fue más prolongado que el recomendado ⁽¹¹⁾. Los médicos residentes estaban especialmente expuestos a este síndrome por las horas de trabajo laboradas y la personalidad que desarrollaban durante su etapa de entrenamiento.

En Estados Unidos y Canadá se realizó un estudio donde se monitorizaban con Holter la frecuencia cardíaca durante las guardias, se demostró que hay una absoluta dominancia del sistema nervioso que regula las funciones vitales fundamentales, en gran parte independientes de la conciencia y relativamente autónomas en relación con el estrés ocasionado por el incremento de la actividad física, los análisis en sangre y orina mostraron que el 58% de los residentes mostraron deshidratación. Un estudio en laboratorio mostró la presencia de trastornos del sueño y evidenció que, después de una guardia los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son similares o incluso superiores a los pacientes con narcolepsia y apnea del sueño y que padecen privación crónica del sueño ⁽¹¹⁾.

En la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados con la OMS, se encontraron catalogados los factores que influyen en el estado de salud y su contacto con los servicios de salud se catalogó como una enfermedad al Síndrome de Burnout ⁽¹²⁾. La mayoría de los estudios sobre el estrés y el agotamiento entre los médicos, son principalmente cuestionarios o encuestas como herramientas de evaluación proporcionando en ocasiones algunas medidas cognitivas evaluando subjetivamente el estrés ⁽¹³⁾.

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory incluyeron tres aspectos específicos: Agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Consistió de 22 reactivos distribuyéndose en tres sub escalas denominadas: Agotamiento emocional, despersonalización (compuesta de cinco reactivos a través de los cuales se valoraba una actitud fría e impersonal hacia las personas que se atendían) y Realización Personal (incluían ocho reactivos que describían como sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo) ⁽¹⁴⁾.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

La prevención exitosa de este síndrome fue que los supervisores entendieron que los síntomas psicológicos del agotamiento se desarrollaban en respuesta a factores estresantes interpersonales crónicos en el ambiente de aprendizaje. Específicamente, reconocieron y abordaron las causas contribuyentes aceptadas para proteger la salud emocional y física de los residentes y la seguridad de aquellos a quienes les importa, es sumamente importante que los docentes hayan reconocido los primeros signos de agotamiento ⁽¹⁵⁾.

Justificación

La prevalencia del Síndrome de Burnout fue variable dependiendo del tipo de trabajo que se realizaba, se estima que un 12-50% de trabajadores de la salud lo presentaban. A nivel mundial encontramos entre 43 y 45% en médicos generales y de 22-60% en especialistas⁽⁴⁾. Existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%. La prevalencia en México es de 44% ⁽⁵⁾. En un estudio realizado en Durango se encontró la frecuencia en las diferentes especialidades; Anestesiología 13.7 %, Cirugía 13.7 %, Ginecología 19.8 %, Medicina Interna 7.7 %, Medicina Familiar 4.3 %, Ortopedia 9.4 %, Patología 7.7 %, Radiología 6.0 %, Pediatría 10.3 % y 6.8 % en Urgencias⁽⁶⁾. En cuanto a médicos especialistas las especialidades con mayor índice de Burnout fueron Anestesiología, Nefrología, Geriátrica, Psiquiatría, Cirugía Plástica, Endocrinología y Ortopedia⁽⁷⁾. Los anestesiólogos son un grupo heterogéneo que convive durante periodos prolongados en ambientes cerrados y restringidos sometidos a situaciones de tensión psíquica y física alejados del ritmo circadiano normal ⁽⁹⁾. En este estudio nos enfocamos al área de Anestesiología, la cual constituía una de las áreas donde la ansiedad y el estrés se presentaba con mayor frecuencia. No se conoce a ciencia cierta la prevalencia de este síndrome, ya que la información que se encontraba disponible está fragmentada, sin un estudio epidemiológico que nos permita conocer el porcentaje de profesionales en Anestesiología de nuestra población. Existen registros de al menos un 25 % de la población de residentes de Anestesiología lo presentaban y más de un cuarto de éstos, lo presentaban de manera grave, superior a otras especialidades; ya que como bien se sabe hubo casos en nuestro hospital de fármaco dependencia incluso de suicidio pero sin registro epidemiológico como Síndrome de Burnout, existiendo reportes de manera

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

global de hasta tres veces más alta las tasas de suicidio⁽⁹⁾. En los residentes se presentaba este síndrome ya que al ingresar a la carrera están dispuestos a ser "agotados" para estar finalmente satisfechos con sus carreras; sin embargo este desgaste no permitió a los futuros anestesiólogos el adecuado desarrollo en la práctica profesional, razón por la cual es más frecuente que se desarrolle en ellos este síndrome, creen que deben parecer infalibles a sus pacientes y tienen el estigma de solicitar ayuda⁽⁸⁾.

Independientemente de la definición de este síndrome, lo cierto es que el Burnout es una realidad que llega a quemar o agotar totalmente al profesional de la salud que lo presenta⁽⁸⁾. Los anestesiólogos nos encontramos expuestos al estrés crónico y sostenido y cansancio en la práctica diaria, nos enfrentamos a diversas circunstancias laborales: exposición al sufrimiento y muerte del paciente, dolor por la pérdida de un ser querido, contacto continuo con enfermos y la frustración de no poder curar, objetivo para el cual hemos sido entrenados, gran número de enfermos al que se deben atender, horarios de trabajo irregular, conflicto y ambigüedad del rol y falla de cohesión en el equipo de trabajo; ya que al trabajar comprometidos con los pacientes y bajo presiones de la institución se considera un grupo de alto riesgo que junto con el área de psiquiatría para presentar este síndrome, sin tomar en cuenta la situación familiar y personal que puedan tener, los anestesiólogos presentaron una situación de angustia y estrés perjudicando su desempeño laboral⁽⁹⁾. El impacto de estrés laboral sobre la salud produce desgaste paulatino pudiendo provocar otras enfermedades físicas y psicológicas: a nivel digestivo y cardiovascular (gastritis, úlcera gastroduodenal, hipertensión, arritmias e infarto agudo al miocardio); así como deterioro psico-emocional, trastornos de conducta y alteraciones intelectuales, depresión, angustia, ansiedad ya que estas son mayores a las presentadas en la población en general, alcoholismo y fármaco dependencia.

De manera que no se requirió financiamiento externo para realizar este estudio, fue factible su realización y reproducción. De acuerdo a su clasificación ética se considero con riesgo mínimo ya que solo fue una entrevista mínima.

El hecho de detectar este problema permitió poder canalizar al servicio pertinente a los Médicos residentes para que se dé mejor calidad en la atención del servicio hacia los pacientes del Hospital General " Miguel Silva".

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

Objetivo General

Se analizó la frecuencia del Síndrome de Burnout en residentes del Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Objetivos Específicos

Se exploraron las características y factores de riesgo en residentes del Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Se comparó la frecuencia de Sx Burnout y la frecuencia de sus 3 esferas (Agotamiento emocional, Despersonalización y reducida realización personal) entre los diferentes servicios en nuestro hospital de acuerdo al cuestionario Maslach.

Se relacionó la fármaco dependencia y otras comorbilidades del Síndrome de Burnout en nuestra población.

Hipótesis Metodológica

Los residentes de Anestesiología presentaron más frecuencia del Síndrome Burnout en comparación con otras áreas médicas del Hospital General " Dr. Miguel Silva".

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Material y métodos

Se realizó un estudio analítico, prospectivo, transversal, comparativo no experimental aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital General “Dr. Miguel Silva”. Se realizó la encuesta de Maslach modificado por el investigador a todos los Médicos residentes de especialidad y subespecialidad que se encontraron dentro del Hospital General Miguel Silva entre los meses de Julio-Agosto del 2018, la información que se recolectó se vació en una base de datos electrónica en formato de hoja Excel. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20.3 y el programa R para análisis estadístico. Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables, para las variables cuantitativas continuas, promedio y desviación estándar, y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el contraste de grupo se utilizó t- student para muestras independientes, para las variables continuas. La asociación con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrada. Las cifras estadísticamente significativas fueron las que se asociaron a un valor $p < 0.05$.

Entre las especialidades y subespecialidades se tomó en cuenta Anestesiología, Cirugía general, Ginecología y obstetricia, Traumatología, Radiología, Nefrología y Anatomía patológica. Del total de las encuestas se tomó al azar el 40% de cada una de las especialidades, dando una muestra total 38 encuestas. A demás del cuestionarios Maslach se realizaron preguntas socio demográficas como sexo, edad (con 3 rangos de edades 25-29, 30-34, más 34 años), estado civil (soltero, casado, unión libre), año de residencia en curso (R1,R2,R3,R4,R5,R6,R7), horas laborables por semana entre las cuales los rangos fueron (40, 50, 60, 70, 80, 90 más de 90), guardias por semana (0,1,2,3,4), horas de sueño por semana (10, 20, 30, 40, 50), horas de estancia en quirófano/ consulta (0,10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, más 70), drogas (marihuana, cocaína, cristal, otras), tabaquismo (si, no), alcoholismo (si, no), farmacodependencia (si, no). Se les cuestionó sobre los problemas físicos que presentaron durante la residencia entre los que se interrogaron fueron gastritis, ulcera duodenal, arritmias, infarto, hipertensión arterial y otros), problemas psicoemocionales presentados (ansiedad, angustia y depresión, se les interrogó si existe disminución de la atención y del estado de alerta y como se manifestó (accidentes físicos, accidentes de trabajo, accidentes automovilísticos, errores médicos), dentro de los problemas familiares se valoró divorcio, separación, discusiones constantes; se les

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

pregunto a los Médicos residentes si la falta de recursos institucionales era un factor de estrés (Si, No).

Dentro de la escala de Maslach se 22 reactivos que se distribuyen en tres subescalas denominadas: Agotamiento emocional, despersonalización y Realización Personal. Cada una de estas subescalas se puntúa en una escala de frecuencia de 7 puntos, que van desde 0 (nunca) a 6 (todos los días). Para la subescala de Cansancio Emocional se realizaron 9 preguntas, para despersonalización 6 preguntas y para Realización personal 8 preguntas. Dependiendo de la suma de cada una de las subescalas se considero positivo cansancio emocional con 18 a 54, despersonalización de 5 a 19, realización personal 33 a 46 (tabla 1).

Tabla1. Subescalas Maslach

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0-18*	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	0-33	34-39	40-56

*Puntos

Se considero positivo el Síndrome de Burnout con valores altos de las dos primeras subescalas y bajos de la segunda. Dentro de los **criterios se inclusión** fueron a todos los médicos residentes de todos los grados que se encontraban en el Hospital General Dr Miguel Silva; los **criterios de exclusión** médicos residentes quienes no quisieron participar en el estudio y los médicos residentes que se encontraban fuera de la institución en el momento del estudio. Los **criterios de eliminación** fueron los médicos residentes que no llenaron de forma completa la encuesta.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Consideraciones éticas

Estudio de investigación: nivel de riesgo: riesgo mínimo

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983. Se ajustó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizó hasta que fue aprobado por el comité local de investigación.

El estudio correspondió a la categoría I de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título segundo, capítulo I, artículo 17. Además de acuerdo con los principios adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia en junio de 1964, y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia, en octubre de 1983, por la 41ª Asamblea Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, en la 48ª Asamblea en Sudáfrica en 1996; y en la última 59ª Asamblea general de la Asociación Médica Mundial en Seúl, en octubre de 2008.

Reglamento de la Ley General de Salud:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, Debió prevalecer, el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse bajo las siguientes bases:

1. Se ajustó a principios científicos y éticos que la justifiquen.
2. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
3. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
4. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
5. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señale.
6. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

7. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y de bioseguridad en su caso.

8. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaría.

Declaración de Helsinki:

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado), incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Resultados:

Se incluyeron un total de 38 médicos residentes. Los datos sociodemográficos como la edad, sexo y estado civil están incluidos en la tabla 1. El 76.3% fue constituido por residentes con edad entre 25 a 29 años. En cuanto al sexo, el 63.2% fueron masculinos. El estado civil fue constituido de la siguiente manera: el 65.8% fueron residentes solteros, el 23.7% casados y el 10.5% se encontraban en unión libre (tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

DATOS GENERALES		n=38
		F (%)
Edad		
• 25-29		29 (76.3)
• 30-34		9 (23.7)
Sexo		
• Femenino		14(36.8)
• Masculino		24(63.2)
Edo. Civil		
• Soltero		25 (65.8)
• Casado		9(23.7)
• Unión libre		4 (10.5)

n= tamaño de la muestra. F= frecuencia. %= porcentaje. Edad en años.

De acuerdo a la categorización por especialidades y subespecialidades encontramos que de acuerdo a su área: el 21.1%(8/38) fueron residentes de anestesiología, el 18.4% (7/38) de Cirugía General, 15.8%(6/38) Ginecología, 10.5%(4/38) traumatología, 10.5% (4/38) Radiología, 13.2% (5/38) Medicina Interna, 5.3% (2/38) Nefrología y el 5.3%(2/38) Anatomía Patológica (tabla 2).

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

La distribución de los residentes de acuerdo al año de residencia encontramos que el residente de primer año (R1) correspondió a 14 residentes (36.8%), el de segundo año (R2) a 12 (31.6%), el residente de tercer año (R3) fueron 8 (21.1%) y el residente de cuarto año (R4) fue de 4 (10.5%) (tabla 2).

Tabla 2. Especialidades y subespecialidades de los residentes médicos y nivel académico.

ÁREA DE TRABAJO	POR n=38
ESPECIALIDAD/SUBESPECIALIDAD	F(%)
Especialidad	
Anestesiología	8 (21.2)
Cirugía	7(18.4)
Ginecología y obstetricia	6 (15.8)
Traumatología y Obstetricia	4(10.5)
Radiología	4(10.5)
Medicina Interna	5(13.2)
Patología	2(5.3)
Subespecialidad	
Nefrología	2 (5.3)
Grado	
R1	14(36.8)
R2	12(31.6)
R3	8(21.1)
R4	4(10.5)

n=tamaño de la muestra, F=frecuencia, %=porcentaje

El síndrome de Burnout se presentó con una frecuencia del 21.1% (8/38) en comparación con el 78.9% y un valor p=0.0003 (tabla 3). De los 8 en total, fueron 4 residentes (50%)

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

solteros y 4 residentes casados o en unión libre; presentándose en esta misma proporción para el género (tabla 4).

Tabla 3. Frecuencia del Síndrome de Burnout.

SÍNDROME DE BURNOUT	n= 38 F (%)	p-valor
Residentes con el Síndrome	8 (21.1)	0.0003
Residentes sin el Síndrome	30 (78.9)	

n:numero de muestra F=frecuencia % porcentaje

Tabla 4. Factores de riesgo y frecuencia del síndrome de Burnout

FACTOR DE RIESGO	TOTAL n= 38 F (%)	PRESENCIA SÍNDROME BURNOUT n= 38 F (%)		p-valor
		Si	No	
Estado civil				
• Soltero	25 (65.8)	4 (50)	21 (70)	0.407
• Casado/unión libre	13 (34.2)	4 (50)	9 (30)	
Sexo				
• Masculino	24 (63.2)	4 (50)	20 (66.7)	0.433
• Femenino	14 (36.8)	4 (50)	10 (33.3)	
Año de residencia:				
• Primer año	14 (36.8)	4 (50)	10 (33.3)	0.082
• Segundo año	12 (31.6)	4 (50)	8 (26.7)	
• Tercer año	8 (21.1)	0 (0)	8 (26.7)	
• Cuarto año	4 (10.5)	0 (0)	4 (13.3)	

n=número de muestra F=frecuencia %= porcentaje

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

De acuerdo a la especialidad, el Síndrome se presentó en 3/8 residente de medicina interna (37.5%), 2 residentes de anestesiología (25%), para cirugía, traumatología y radiología 1 residentes (12.5%) y ninguno para el resto de las especialidades (tabla 5).

Tabla 5. Presencia de Síndrome de Burnout por especialidad y su riesgo individual.

Especialidad	Total n=38	F (%)	Síndrome de Burnout		Valor-p	Riesgo individual (%)
			no	Si		
Anestesiología	8 (21.1)		6 (75)	2 (25)	0.547	5.3
Otras especialidades:	30 (78.9)		24 (80)	6 (20)		15.8
• Cirugía	7 (18.4)		6 (20)	1 (12.5)	1.00	2.6
• Ginecología	6 (15.8)		6 (20)	0 (0)	0.309	0
• Traumatología	4 (10.5)		3 (10)	1 (12.5)	1.00	2.6
• Radiología	4 (10.5)		3 (10)	1 (12.5)	1.00	2.6
• Medicina	5 (13.2)		2 (6.7)	3 (37.5)	0.053*	7.9
• medicina interna	2 (5.3)		2 (6.7)	0 (0)	1.00	0
• Nefrología	2 (5.3)		2 (6.7)	0 (0)	1.00	0
• Patología						

n=número de muestra F=frecuencia %=porcentaje

De acuerdo al año de residencia que se encontraban cursando, 14 residentes (36.8%) fueron constituidos por: el residente de primer año y 12 (31.6%) por segundo año; de los 8 residentes que presentaron el Síndrome, éstos fueron distribuidos equitativamente en estos dos subgrupos; no así, en los demás grados(p=0.082) (tabla 4).

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

De los factores asociados al Síndrome de Burnout, tenemos que, la falta de recursos materiales les generaba estrés laboral a 35 de los residentes en un 92.1%, de los cuales en los 8 residentes en quienes estuvo presente el Síndrome sufrieron éste estrés por falta de los mismo (tabla 6).

Las horas laborales semanales como factor de estrés, fue más frecuente hasta 30 horas de trabajo en un 50%, y de esta proporción, se hizo presente el Síndrome 5/8 (62.5%) y el resto correspondió a los que trabajaban más de 70 horas 3/8 (37.5%) (tabla 6).

De las guardias como factor de riesgo, el 65.8% 25 residentes realizaban 3 al a semana y de éstos, 5/8 con síndrome de Burnout (62.5%); el 23.7%, que correspondieron a 9 residentes, que se encontraron realizando 2 guardias por semana, de los cuales 3/8 (37.5%) con Síndrome de Burnout (tabla 6).

En cuanto a las horas a la semana que dormían los residentes para su descanso, 13 residentes (34.2%) durmieron un promedio de 20 horas intermitentes por semana, de los cuales el 50% (4 residentes de los 8) padecieron el síndrome. 14 residentes (36.8%) durmieron un promedio de 30 horas intermitentes y de los cuales, 2/8 padecieron el síndrome (25%), el resto durmieron 10 horas intermitentes o 40 horas de manera intermitente (tabla 6).

Finalmente, las horas de estancia en los quirófanos como factor de riesgo para el Síndrome de Burnout, los que permanecieron más de 70 horas fueron los de frecuencia más elevada en una proporción del 31.6% (12 residentes), siendo de estos 3/8 (37.5%) los que presentaron el Síndrome (tabla 6).

Tabla 6. Factores laborales asociados al Síndrome de Burnout.

FACTOR DE RIESGO	TOTAL n= 38 F (%)	PRESENCIA DE SÍNDROME BURNOUT		p-valor
		Si	no	
Falta de recursos materiales como factor				

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

desencadenante de estrés	3 (7.9)	0 (0)	3 (10)	1.00
• No	35 (92.1)	8 (100)	27 (90)	
• Si				
Horas laborales				
• 0-30 horas	19 (50)	5 (62.5)	14 (46.7)	0.815
• 40-70 horas	7 (18.4)	0 (0)	7 (23.3)	
• Más de 70 horas	12 (31.6)	3 (37.5)	9 (30)	
Guardias por semana				
• Ninguna	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	0.934
• 1 guardia	2 (5.3)	0 (0)	2 (6.7)	
• 2 guardias	9 (23.7)	3 (37.5)	6 (20)	
• 3 guardias	25 (65.8)	5 (62.5)	20 (66.7)	
• 4 guardias	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	
Horas de sueño				
• 10	2 (5.3)	1 (12.5)	1 (3.3)	
• 20	13 (34.2)	4 (50)	9 (30)	0.123
• 30	14 (36.8)	2 (25)	12 (40)	
• 40	6 (15.8)	1 (12.5)	5 (16.7)	
• 50	3 (7.9)	0 (0)	3 (10)	
Estancia en quirófano/consulta				
• Ninguna	7 (18.4)	2 (25)	5 (16.7)	0.492
• 10 horas	5 (13.2)	2 (25)	3 (10)	
• 30 horas	7 (18.4)	1 (12.5)	6 (20)	
• 40 horas	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	
• 50 horas	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	
• 60 horas	2 (5.3)	0 (0)	2 (6.7)	
• 70 horas	3 (7.9)	0 (0)	3 (10)	

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

• Más de 70	12 (31.6)	3 (37.5)	9 (30)
-------------	-----------	----------	--------

n=número de muestra F=frecuencia %=porcentaje

Las adicciones observadas asociadas al Síndrome, fueron: drogas de recreación como marihuana en 1 de los 8 residentes con Síndrome de Burnout y otro tipo de drogas no especificadas en los que no presentaron el Síndrome. El 37.5% de los residentes con Síndrome de Burnout fumaron e ingirieron bebidas alcohólicas (tabla 7).

Tabla 7. Adicciones asociadas al Síndrome de Burnout

Factor de riesgo	Total n= 38 F (%)	Presencia de Síndrome de Burnout		p-valor
		si	no	
Uso de drogas de recreación				
• No	36(94.7)	7(87.5)	29(96.7)	0.975
• Marihuana	1 (2.6)	1(12.5)	0 (0)	
• Otras	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	
Tabaquismo				
• No	28 (73.7)	5 (62.5)	23 (76.7)	0.411
• Si	10 (26.3)	3 (37.5)	7 (23.3)	
Alcoholismo				
• No	27(71.1)	5(62.5)	22(73.3)	0.667
• Si	11(28.9)	3(37.5)	8 (26.7)	
Farmacodependencia				
• No	35(92.1)	7(87.5)	28(93.3)	0.519

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

• Si	3 (7.9)	1(12.5)	2 (6.7)
------	---------	---------	---------

n=número de muestra F=frecuencia %= porcentaje

Dentro de los factores físicos asociados al Síndrome de Burnout, la gastritis fue la de más alta incidencia en un 62.5% en comparación con los que no presentaron Síndrome de Burnout y que no presentaron ningún problema físico en un 43.3% (tabla 8).

El los residentes con el Síndrome de Burnout, encontramos que el 50% presentaron problemas psicoemocionales como ansiedad-angustia y depresión en comparación con los que no lo presentaron con una significancia estadísticamente significativa (tabla 8).

Encontramos también significancia estadística con una $p= 0.007$ en los problemas familiares, ya que el 75% de los que presentaron Síndrome de Burnout tuvieron discusiones contantes, sin embargo 3 de los 8 se divorciaron o separaron de los que no presentaron el síndrome (tabla 8).

Tabla 8. Factores físicos, psicoemocionales, personales y familiares asociados al Síndrome de Burnout.

Factores	Total n= 38 F(%)	Síndrome de Burnout		p-valor
		Si	No	
Problemas físicos				
• Ninguno	14 (36.8)	1 (12.5)	13 (43.3)	
• Gastritis	16 (42.1)	5 (62.5)	11 (36.7)	0.232
• Ulcera*	3 (7.9)	0 (0)	3 (10)	
• Gastritis y ulcera*	1 (2.6)	1 (12.5)	2 (6.7)	
• Gastritis y otros	1 (2.6)	1 (12.5)	0 (0)	
• Otros	3 (7.9)	0 (0)	1 (3.3)	
Psicoemocionales				
• Ninguno	13 (34.2)	1 (12.5)	12 (40)	0.006

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

• Ansiedad y/o angustia	18 (47.4)	3 (37.5)	15 (50)	
• Depresión	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	
• Ambos	6 (15.8)	4 (50)	2 (6.7)	
Disminución en atención y alerta				
• Ninguno	18 (47.4)	2 (25)	16 (53.3)	
• Accidente físico	7 (18.4)	2 (25)	5 (16.7)	
• Accidente de trabajo	3 (7.9)	0 (0)	3 (10)	0.153
• Accidente automovilístico	3 (7.9)	1 (12.5)	2 (6.7)	
• Errores médicos	1 (2.6)	0 (0)	1 (3.3)	
• Accidente de	1 (2.6)	1 (12.5)	0 (0)	
• trabajo/errores médicos	1 (2.6)	1 (12.5)	0 (0)	
• Accidente físico/errores	2 (5.3)	1 (12.5)	1 (3.3)	
• médicos				
• Accidente físico/de	2 (5.3)	0 (0)	2 (6.7)	
• trabajo/errores médicos				
Problemas personales/familiares				
• Ninguno	23 (60.5)	2 (25)	21 (70)	0.007
• Divorcio/separación	3 (7.9)	0 (0)	3 (10)	
• Discusiones constantes	12 (31.6)	6 (75)	6 (20)	

n=número de muestra F=frecuencia %= porcentaje *ulcera gastroduodenal

En las escalas de clasificación para el Síndrome de Burnout: el cansancio emocional fue equitativo (tabla 9). Del 50% que si presentaron cansancio emocional, 8 pacientes fueron diagnosticados con Síndrome de Burnout ($p=0.002$). Del 57.9% de los que presentaron puntajes de despersonalización, 8 residentes fueron clasificados con Síndrome de Burnout ($p= 0.012$); y el 92.1% que no presentaron realización personal encontramos 8 que si presentaron Síndrome de Burnout ($p=1.00$) (tabla 9).

Tabla 9. Escalas para clasificación del síndrome de Burnout

n=38 F(%)	Síndrome de Burnout		P-Valor
	Si	No	

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Cansancio Emocional				
• Si	19(50)	8	11	0.002
• No	19(50)	0	19	
Realización personal				
• Si	3(7.9)	0	3	1.00
• No	35(92.1)	8	27	
Despersonalización				
• Si	22(57.9)	8	14	0.012
• No	16 (42.1)	0	16	

n=número de muestra F=frecuencia %=porcentaje

Al momento de la clasificación de las tres esferas como factor para presencia de Síndrome de Burnout, se clasificaron en alto, medio, bajo, podemos observar que, el cansancio emocional fue alto en un 87.5% ($p=0.017$); medio en un 12.5%, los que presentaron puntajes bajos en la escala de realización personal correspondió al 87.5% ($p=0.002$) comparado con los puntajes de medio que correspondió al 12.5% y alto para 0%. Finalmente los niveles altos de despersonalización, correspondió al 75% ($p=0.058$) los puntajes medio con un 25% comparado con un 46.7% que no presentaron el Síndrome en comparación con los que si lo presentaron respectivamente (tabla 10)

Tabla 10. Síndrome de Burnout en sus tres esferas.

Síndrome De Burnout			
	Si	No	Valor-p
Cansancio emocional			
• Bajo	0(0)	14 (46.7)	0.005
• Medio	1 (12.5)	6 (20)	
• Alto	7 (87.5)	10 (33.3)	
Realización personal			

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

• Bajo	7 (87.5)	4 (13.3)	0.0002
• Medio	1 (12.5)	13 (43.3)	
• Alto	0(0)	13 (43.3)	
Despersonalización			
• Bajo	0 (0)	12 (40)	0.058
• Medio	2 (25)	4 (13.3)	
• Alto	6 (75)	14 (46.7)	

n=número de frecuencia F=frecuencia %=porcentaje

Discusión :

En la clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados con la OMS, encontramos catalogados los factores que influyen en el estado de salud y cataloga al Síndrome de Burnout como una enfermedad ⁽¹²⁾.

Nuestro estudio mostró una frecuencia del 21.1%, resultados que coinciden con los reportados a nivel global, los cuales van hasta un 10-12% en los médicos en ejercicio profesional que pueden presentar dicho Síndrome a lo largo de su vida⁽¹⁾. A nivel mundial esta frecuencia va de un 12-50% en general, siendo en los médicos residentes de hasta un 47-76%^(4,18). En el estudio que se realizó en la universidad de Carabobo reporto la frecuencia en México este Síndrome se encontraba en un 4.2% en comparación con América Latina y España ⁽⁴⁾ a un que en el estudio de Méndez-Cerezo menciona que la prevalencia en México es del 44%⁽⁵⁾.

Independientemente de si presentaban Síndrome de Burnout o no; resulto el cansancio emocional positivo en el 50% de los residentes en general, la realización personal se encontró que los que presentaban esta esfera fueron el 7.9% y los que no lo presentaron fue el 92.1%, en cuanto a la despersonalización encontramos que el 57.9% lo presentaron en comparación con el 42.1% que no lo presentaron. Nuestros resultados salen con mayor índice de frecuencia de las esferas en comparación con lo que los resultados que presentaron en el estudio de Ríos Puertas y Athié García en donde el agotamiento

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

emocional se presentaba en 49.2%, despersonalización en el 32.5% y baja realización personal en un 53.6% ⁽¹¹⁾

Encontramos que el Síndrome de Burnout en nuestra población de residentes por especialidad la mayor prevalencia fue Medicina Interna con un 37.5%, Anestesiología 25% y de menor frecuencia Cirugía, Traumatología y Radiología con un 12.5%. Estos valores salen discordes con los resultados en el estudio que se realizó en Durango en donde ellos encontraron mayor prevalencia en Ginecología con un 19.8%, Anestesiología 13.7%, Medicina Interna con un 7.7% y los de menor frecuencia Medicina Familiar con un 4.5% aun que esta especialidad no se encontró en nuestro hospital ⁽⁷¹¹⁾.

En las escalas de clasificación para el Síndrome de Burnout: el cansancio emocional fue equitativo (tabla 9). Del 50% que si presentaron cansancio emocional, 8 pacientes fueron diagnosticados con Síndrome de Burnout ($p=0.002$). Del 57.9% de los que presentaron puntajes de despersonalización, 8 residentes fueron clasificados con Síndrome de Burnout ($p= 0.012$); y el 92.1% que no presentaron realización personal encontramos 8 si tenían Síndrome de Burnout ($p=1.00$) (tabla 9).

Al momento de la clasificación de las tres esferas como factor para presencia de Síndrome de Burnout, se clasificaron en alto, medio, bajo, podemos observar que, el cansancio emocional fue alto en un 87.5% ($p=0.017$); medio en un 12.5%, los que presentaron puntajes bajos en la escala de realización personal correspondió al 87.5% ($p=0.002$) comparado con los puntajes de medio que correspondió al 12.5% y alto para 0%. Finalmente los niveles altos de despersonalización, correspondió al 75% ($p=0.058$) los puntajes medio con un 25% comparado con un 46.7% que no presentaron el Síndrome en comparación con los que si lo presentaron respectivamente (tabla 10).

Aunque al clasificar el Síndrome de Burnout por especialidad no encontramos diferencia estadísticamente significativa, siendo la más próxima Medicina Interna con una $p=0.053$, clínicamente si presentaron relevancia ya que existen factores asociados a éste Síndrome.

En Anestesiología la frecuencia reportada varió del 20 al 60%⁽¹²⁾ en nuestro estudio en el servicio de Anestesiología se presentó el 25%. La epidemiología nos citó que hay más alta probabilidad de desarrollar este síndrome mujeres con 7-10 años de ejercicio profesional entre los 40 a 55 años, solteras, con trabajo de tiempo completo y con responsabilidades⁽¹⁾; en nuestro estudio se encontró que el 50% de los residentes que presentaron Burnout

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

fueron mujeres y el 50% eran solteras, el año de residencia con mayor prevalencia fueron R1 y R2, en relación con los años de ejercicio profesional encontramos que los residentes llevan ejerciendo alrededor de 3 años para el r1 y 4 años para los r2 eso contando solamente 1 año de internado, 1 año de servicio social y los años en la residencia.

El perfil de los anesthesiólogos es diferente ya que predominaba la antigüedad laboral mayor a 14 años, casados, con hijos donde la sobrecarga laboral fue la mayor variable⁽⁸⁾ aunque en nuestro estudio esto no se pudo comparar ya que dentro de la encuestas, no se interrogo acerca de si se tenía hijos y en cuanto a la antigüedad laboral; los años de ejercicio profesional de los residentes no eran mayor a 6 años.

En la frecuencia por especialidad encontramos en nuestro estudio que la más frecuente fue medicina interna en un 37.5%, en orden le siguió: anestesiología, que se presentó en un 25%, cirugía, traumatología y radiología en un 12.5% cada una; y para ginecología, nefrología y patología no hubo ningún caso. Nuestros resultados contrastan con algunos reportados en un estudio realizado en Durango donde se reportó la frecuencia en las diferentes especialidades; anestesiología 13.7 %, cirugía 13.7 %, ginecología 19.8 %, medicina interna 7.7 % (76% en universidad Washington), medicina familiar 4.3 %, ortopedia 9.4 %, patología 7.7 %, radiología 6.0 %, pediatría 10.3 % y 6.8 % en urgencias^(6, 17).

Al evaluar el riesgo individual encontramos que por ser residente de medicina interna tienen un riesgo del 7.9% de presentar el Síndrome y por ser residente de anestesiología tienen un riesgo del 5.3% siendo éstas dos las más frecuentes.

Encontramos mayor incidencia de gastritis que los reportados en el estudio Tobie Gutiérrez en donde se encontró un 45%⁽⁹⁾ en comparación con el de nosotros con un 62.5%. En Latinoamérica la mayor incidencia es a nivel digestivo y cardiovascular, destacándose la gastritis con un 45%, úlcera gastroduodenal 11%, hipertensión arterial 23%, arritmias el 13%, infarto agudo al miocardio 3%. La incidencia de angustia 43%, depresión 31% ansiedad es el 19%⁽⁹⁾.

Encontramos mayor frecuencia de ansiedad-angustia y depresión, un 37.5% presentaron ansiedad y angustia y un 50% que presentaron ansiedad, angustia y depresión.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

La depresión en anestesiólogos y residentes en Latinoamérica resultó ser mayor a la población en general llegando a ser hasta un 40%⁽⁹⁾.

En cuanto al consumo de alcohol y tabaquismo en nuestros residentes se encontraron que solo el 37.5%, el 12.5% presentaba consumo de marihuana al igual que presentaban alguna farmacodependencia principalmente relacionada a tratamiento antidepresivo, lo que no coincide con los resultados en el estudio de Tobie- Gutiérrez en el cual se encontraba una mayor incidencia de alcoholismo presentándose en un 44%, consumo de psico-fármacos del 16% y fármaco dependencia del 1.7%⁽⁹⁾. En un estudio retrospectivo de 1958-1988 en Wisconsin en 260 anestesiólogos reportaron: 91.6% el consumo de bebidas alcohólicas, 34.4% uso de fentanilo, 30.8% marihuana, 9.4% el uso de cocaína⁽¹⁰⁾. Aunque nuestra muestra es muy pequeña como para comparar la frecuencia mencionada en este estudio.

Las características del anestesiólogo adicto son: menos de 35 años el 50%, varones 67-88%, raza blanca 75-96%, adicción a opiáceos 76-90%, 35-50% el uso de polidrogas⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la disminución de la atención y del estado de alerta encontramos que el 25% de los residentes presentaban un accidente físico, el 12.5% presentó un accidente automovilístico aun que también el 25% presentaban accidentes de trabajo junto con errores médicos a la vez, disminución del estado de alerta, trabajo de menor calidad⁽⁹⁾. En nuestro estudio se encontraron que las horas laborables semanales eran de 30 lo que correspondía a un 50% del total de los residentes dentro de los cuales el 62.5% presentaron el Síndrome de Burnout, el 37.5% se encontró que laboran mas de 70hrs semanales. Lo que ese reporta similar en el estudio de Garduño donde se muestra que la carga laboral en cuanto a horas laborables a la semana son de 24-72hrs en Latinoamérica y entre el 24-96hrs en E.U.⁽¹⁰⁾. Hutter demostró que la disminución de horas de trabajo semanales en los residentes disminuía el cansancio emocional y se llegó a la conclusión de que la reducción del trabajo laboral mejora el grado de Burnout ^(9,7).

La privación del sueño puede contribuir a un error humano repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. El funcionamiento cognitivo disminuye el 25% cuando falta una noche de sueño, disminuye un 40% cuando faltan 2 noches de sueño⁽¹¹⁾. En nuestro estudio las horas de sueño relacionada con los que presentaron el Síndrome de Burnout fueron 20 hrs a la semana que correspondió en general el 34.2% (13/38 residentes) y el 62.5% hacen alrededor de 3 guardias a la semana, de los cuales el 12.5%(1/38) sufrió de

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

un accidente automovilístico en lo cual se encontró menor porcentaje en comparación con el estudio de Tobie-Gutiérrez^(9,10).

Las prologadas jornadas de trabajo se vincularon con que existe un desequilibrio en las horas trabajadas y las de descanso. Actualmente se registraron horarios laborales que dictamina la comunidad europea son de 48 horas semanales establecidas en el 2009, así como las 80hrs establecidas en E.U.A ⁽¹⁰⁾. En nuestra población se encontraron que los médicos residentes con Síndrome de Burnout pasaban alrededor de más de 70hrs de estancia en quirófano o consulta a la semana que corresponde al 37.5% a demás de considerar que las horas que corresponden a 1 guardia mayores a 36hrs. En Latinoamérica no existe regulación de horas laboradas para residentes de ninguna especialidad, estando en proceso la regulación del código de horas de trabajo. Según la CLASA se catalogaría a nuestra población en riesgo alto: ya que es considerado cuando se trabaja 70hrs o más a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, trabajo y turnos nocturnos por semana, extensión nocturna por turno y sin día libre ⁽¹⁰⁾.

En México, los médicos residentes laboran 8hrs diarias, más guardias que van desde las 16hrs hasta las 8hrs del día siguiente, dos o tres días a la semana, el número de guardias a la semana será variable dependiendo de cada hospital sede, en ocasiones el tiempo es más prolongado que el recomendado ⁽¹¹⁾. El médico residente está especialmente expuesto a este síndrome por las horas de trabajo laboradas y la personalidad que se desarrollará durante su etapa de entrenamiento. Y aunque nuestros resultados no mostraron diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la presencia de dicho Síndrome ya que fue solo el 21.1%, clínicamente somos una población vulnerable, tal vez no fue notorio ya que solamente se tomó una muestra del 30% de los residentes de cada especialidad y no se incluyeron todos.

Un estudio en laboratorio mostraron la presencia de trastornos del sueño y evidenció que, después de una guardia los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son similares o incluso superiores a los pacientes con narcolepsia y apnea del sueño y que padecen privación crónica del sueño ⁽¹¹⁾.

En nuestro estudio se observaron que había menor incidencia, pero finalmente los 3 divorcios que se presentaron fueron en los residentes que no tuvieron el Síndrome.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

Conclusiones

En la muestra analizada para nuestro estudio, encontramos que la frecuencia global de Síndrome de Burnout entre residentes es menor comparada con la reportada en otros centros hospitalarios a nivel mundial. En nuestra muestra no existen diferencias en los factores de riesgo descritos para desarrollo de síndrome de Burnout entre los que lo presentan vs los que no lo presentan.

La frecuencia de aparición del síndrome de Burnout es similar entre todas las especialidades médicas que fueron incluidas en esta muestra. Cuando analizamos las diferentes esferas del cuestionario para detección del síndrome de Burnout, existen diferencias estadísticamente significativas respecto a despersonalización, cansancio emocional y realización personal, siendo mayor el grado negativo de éstas entre los que tienen síndrome de Burnout.

No encontramos relación entre la presencia de síndrome de Burnout y fármaco dependencia en nuestra población.

Este estudio servirá como base para futuras líneas de investigación sobre el impacto psicoemocional que implica la vida profesional del médico, en especial durante la etapa de formación como residente de especialidad en nuestra institución.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

Bibliografía

1. Gutiérrez Aceves G. A, Celis López M. A, Moreno Jiménez S, Farias Serratos F, Suárez Campos J.J. Síndrome Bournout. Arch Neurocién. 2006; Vol 11: 305-309
2. Cabello Velez N. S, Santiago Hernández G. Y. Elementos históricos y conceptuales del Síndrome de Burnout. Archivos en Medicina Familiar. 2016; Vol 18:51-53
3. Carvajal Carrasco C. El síndrome de Burnout, una nueva realidad en la educación chilena. Comunicación en humanidades. 2012; Vol 1:1-11
4. Robelsy A, González A, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. Rev. Salus.UC. 2016; 20:13-21
5. Méndez Cerezo A. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. Anales Médicos. 2011; Vol. 56:79 - 84
6. Terrones Rodríguez J.F, Cisneros Pérez V, Arreola R. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; Vol 54: 242-248
7. Ferrel R, Sierra E, Rodríguez M. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en Médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2010. Vol 7; 28-32
8. S. C. Rosenbluth, Earl G. Freymiller, Hemphilly R, Paull D.E, Stuber M, Friedlander A.H. Resident Well-Being and Patient Safety: recognizing the Signs and Symptoms of Burnout. Oral Maxillofac Surg (Internet). 2017; Vol 1:1-3 [www.joms.org/article/S0278-2391\(16\)31212-5](http://www.joms.org/article/S0278-2391(16)31212-5)
9. Tobie Gutiérrez W.A, Nava López A. Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. Revista Mexicana de Anestesiología. 2012; Vol 35: 233-237
10. Garduño Juárez M, Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. Revista Mexicana de Anestesiología. 2008; Vol 31: 259-262
11. Ríos Puertas A.L, Athié García J.A, Martínez Rosete V.A. Síndrome de Burnout (quemado) en médicos residentes adscritos a hospitales del Grupo Ángeles: HA Clínica Londres, HA Lomas, HA Metropolitano, HA México, HA Mocel y HA Pedregal. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. 2015; Vol 13:69-81
12. Montenegro S, Elena G.A, Tarrés M.C, Moscoloni N. Análisis factorial y correspondencias múltiples de principales indicadores de Burnout en anestesiólogos. Rev Argent Anestesiol. 2017; Vol 75:45-52

**FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DEL HOSPITAL
GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”**

13. Orena E.F, Caldiroli D, Cortellazzi P. Does the Maslach Burnout Inventory correlate with cognitive performance in anesthesia practitioners? A pilot study. Saudi Journal of Anaesthesia. 2013; Vol 7:277-282
14. Manso Pinto J.F. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. 2006; Vol. 40:115-118
15. MELGAREJO J.R, MERELES OVIEDO F, BARRIOS I, TORALES J. SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE SANTA ROSA DEL URUGUAY. Medicina Clínica y Social. 2017; Vol 1:26-30.
16. Tait D. Shanafelt, Katharine A. Bradley, Joyce E. Wipf, Anthony L. Back. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. Annals of Internal Medicine.2002; Vol 136: 358-367
17. Balcázar Rincón L, Montejo Fraga L.F, Ramírez Alcántara Y.L. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. ATEN FAM.2015; Vol 22:111-114
18. Delgado M, Vega C, Sanabria, Thiel F. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anesestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. Mem Inst Investig Cienc Salud, 2011; Vol. 9:13-20.