



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

***“SÍNDROME DEL DESGASTE EN LOS MÉDICOS RESIDENTES
DE URGENCIAS DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL”***

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS

PRESENTA:

MAURICIO TAPIA SALAZAR

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RAFAEL YAÑEZ MORALES

MÉXICO, D.F.

MARZO 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 09:30 horas del día 01 del mes de febrero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. S. M. para examinar la tesis titulada:

“SÍNDROME DEL DESGASTE EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE URGENCIAS DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL”

Presentada por el alumno:

Tapia Apellido paterno	Salazar Apellido materno	Mauricio Nombre(s)
		Con registro: A 0 8 0 9 5 0

aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

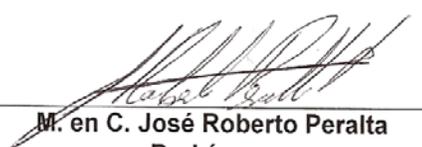
LA COMISIÓN REVISORA

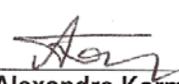
Director de tesis


Esp. Rafael Yañez Morales

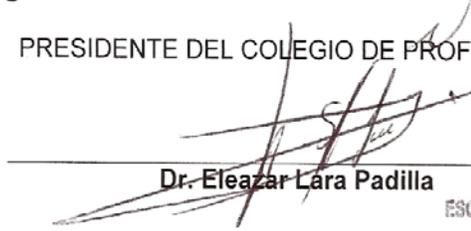

Dr. Eleazar Lara Padilla


M. en C. Evangelina Muñoz Soria


M. en C. José Roberto Peralta Rodríguez


Dr. Alexandre Kormanovski Kovsova

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES


Dr. Eleazar Lara Padilla





INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 01 del mes febrero del año 2011, el que suscribe **Mauricio Tapia Salazar** alumno del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080950**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Esp. Rafael Yañez Morales** cede los derechos del trabajo intitulado **“SÍNDROME DEL DESGASTE EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE URGENCIAS DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección dr.mauricio_tapia@yahoo.com.mx Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Mauricio Tapia Salazar

DEDICATORIAS:

*A mis padres que ahora me observan en la orilla de mi camino
porque a ustedes debo que vaya seguro por estos senderos
apartando todo tropiezo con dolor para que yo vaya tranquilo
¡Gracias, que hoy en verdad les amo y les admiro!*

*A mis 2 pequeños angelitos, Samuel y Natalia,
porque en el sufrimiento, me hicieron conocer
la dicha de una sonrisa, de una caricia que
cancela todo el egoísmo. Los extraño mucho.*

*A ti, Poan, que cuando lloré, secaste mis lágrimas,
cuando estuve confundido, aclaraste mi mente,
tomaste mi mano y guiaste de nuevo mi camino
porque convertiste las mentiras en verdades y
me llevaste a lo alto dándome sólo AMOR.*

*A mis hermanos, Carmen, Concha, Beto, Fer, Guille
quienes me han dado su cariño, paciencia ,confianza
en todo momento y en todo lugar.*

*A mis amigos, Gonzálo, Cutberto, Arturo
que siempre han confiado y han estado
a mi lado en contra de todo y para todo.*

*A mis sobrinos, Alan, Rodrigo, Israel, Emmanuel
Valeria y las 2 Fernandas.*

A doña Ana, al Che, a Ivano.

*Y a ti, Padre mío y a tu bendita madre,
que me han sostenido en momentos difíciles
y han puesto a la gente que me ayuda a salir adelante
y que has tomado mis pensamientos, mis labios, mis manos
para dar salud a la gente que me has enviado y dar testimonio de Tí .*

AGRADECIMIENTOS:

*Al Dr. Rafael Yañez Morales por su apoyo,
por sus enseñanzas, por su tiempo y su amistad.*

*A la Dra. Gloria Gabriela de Anda por compartir
y guiarme en el trabajo, por su amistad,
la quiero, admiro y respeto.*

*A quienes fueron mis residentes superiores y de quienes aprendí
mucho de lo que ahora sé y por lo que ahora soy, especialmente
al Dr. Eduardo Sánchez , al Dr. Moisés Ocampo,
Dr. Oscar Hernández, a la Dra. Maribel Vázquez.*

*A mis compañeros residentes de quienes aprendí y me apoyaron mucho:
Javier Omar Chacón, Uriel Cruz, Úrsula Solís,
Julio César Cervántes, Alma Castillo, Yulianna Godoy, Javier Ruiz,
Alex Carmona, Nayelli García, Lidia Melchor y Lorena Ochoa.*

ÍNDICE:

RESUMEN.....	7
ABSTRAC.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
Antecedentes históricos.....	9
Concepto de estrés.....	18
Causas del Síndrome de Burnout.....	21
Causas del Burnout en el personal de salud.....	24
Revisiones actuales y publicaciones sobre Burnout.....	33
Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud.....	35
PROBLEMA.....	39
JUSTIFICACIÓN.....	39
OBJETIVOS.....	41
MATERIAL Y MÉTODO.....	42
Tipo de estudio y ámbito geográfico.....	42
Universo y muestra.....	42
Variables.....	43
Escala de medición.....	44
Consideraciones éticas.....	49
RESULTADOS.....	50
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	80
CONCLUSIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	92
ANEXO I.....	101

1.-RESUMEN:

INTRODUCCION: Desde que norteamericano Freudenberguer mencionó en 1974 el término de *burnout*, este síndrome es considerado un factor decisivo en la vida profesional tanto que algunos autores describen esta patología a lo largo de la historia. El personal sanitario muy frecuentemente se encuentra entre situaciones de vida y muerte y esta labor trae consigo consecuencias tanto físicas como emocionales tanto que el estrés generado en este tipo de labores provocan alteraciones de la salud como el *burnout*.

OBJETIVO: Determinar la presencia de cualquiera de las dimensiones que define al *burnout* en los médicos residentes de urgencias del Instituto Politécnico Nacional (I.P.N.) en las 4 instituciones médicas (Instituto Mexicano del Seguro Social – IMSS, el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado – ISSSTE, la Secretaría de Salud – SSA y la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal – SSGDF) en la Ciudad de México.

MÉTODOS: Se realiza un estudio transversal y descriptivo con una muestra de 183 médicos residentes de urgencias de todos los grados académicos en la Escuela Superior de Medicina del I.P.N. La prueba de Maslach Burn Inventory así como un cuestionario agregado fue utilizado para medir el grado de burnout y las características sociodemográficas.

RESULTADOS: 57.47% de la muestra son hombres contra 42.52% que son mujeres. 30.45% de la muestra son R1, 39.08% son R2, y 30.45% son R3. 59.7% son pertenecientes al IMSS, 16.0% al ISSSTE, 15.5% a la SSA y 8.6% son de la SSGDF. 20.68% de los encuestados son casados.

CONCLUSIONES: El principal afectado por el Síndrome de Burnout es el médico residente de 2º grado, hombre o mujer, principalmente del IMSS.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Since the American Freudenberguer mentioned in 1974 the *burnout* term, this syndrome is considered a decisive factor of the professional life and many authors described this pathology along the time, The sanitary personal frequently deal with life and death situations and this work can be physically and emotionally taxing and the stress derived from this context of work implies the development of health problems like a *burnout*.

OBJECTIVE: To determine the presence of any of the burnout dimensions in the medicals emergency residents of the Instituto Politécnico Nacional (I.P.N.) in the 4 medicals institutions (I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., S.S.A. and S.S.G.D.F.) in Mexico City.

METHODS: A transversal and descriptive study was carried out on a sample of 183 medicals emergency residents of the Escuela Superior de Medicina of the I.P.N. of the all academic step. The Maslach Burn Inventory questionnaire were used to measure the Burnout degree and other questions to sociodemographic characteristics.

RESULTS: 57.47% of the sample was made up of men by 42.52% women. 30.45% of the sample was made up of R1, 39.08% R2, by 30.45% R3. 59.7% was made up of IMSS, 16.0% of ISSSTE, 15.5% of SSA by 8.6% of SSGDF. 20.68% was made up be married.

CONCLUSIONS: The principal affected to Burnout Syndrome is a medical resident of 2nd step, men or woman, principally of the IMSS's hospitals.

2.-INTRODUCCIÓN:

ANTECEDENTES:

El estudio de esta entidad patológica se inició hace 20 años aproximadamente y hay un acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen del estudio sobre el Síndrome del desgaste o también llamado *burnout*.

Fué Freudenberger¹ el autor que inició el estudio y da connotación al término así como su pretensión de caracterizar al burnout como un nuevo síndrome clínico. De hecho lo menciona más como un problema social que de cuestión teórica. Éste lo describe como una *"sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador"*. Dentro de las descripciones que hace Freudenberger en 1977, menciona la entidad como una enfermedad "contagiosa", ya que los trabajadores que padecen el síndrome pueden afectar a los demás de su letargo, cinismo y desesperación, con lo que en un relativo corto período de tiempo la organización, como ente, puede caer en el desánimo generalizado.

Gillespie (1980) ya refería la necesidad urgente de incrementar el conocimiento de este síndrome descrito anteriormente debido a los altos costos que supone a nivel individual y organizacional.

Al continuar el estudio del síndrome, García Izquierdo² (1991) es el primero en señalar al burnout como problema característico de los trabajos de "servicios humanos", y señala a médicos, profesores,

enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías como principales afectados y en algunos casos, asociándose al “estrés ocupacional”. A partir de los estudios de este autor, se citan varias profesiones con mayor susceptibilidad por la enfermedad, así como un aumento en la incidencia y prevalencia de esta patología y se inicia el estudio en diversos servidores públicos como lo muestra la siguiente tabla:

Estudio	Resultados
Kyriacou (1980)	25% en profesores
Pines, Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20-35% en enfermeras
Henderson (1984)	30-40% en médicos
Smith, Birch y Marchant (1984)	12-40% en bibliotecarios
Rosse, Johnson y Crown (1991)	20% en policías y personal sanitario
García Izquierdo (1991a)	17% en enfermeras
Jorgesen (1992)	39% en estudiantes de enfermería
Price y Spence (1994)	20% en policías y personal sanitario
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en médicos

Smith, Bybee y Raish (1988) indican la propagación de esta enfermedad como un contagio especialmente “virulento” cuando la causa del síndrome está en la dirección organizativa, o cuando el agravamiento de la situación tiene que ver con carencia de comprensión y se está poco dispuesto a arreglar los problemas que surgen. Recientemente Olabarría (1997) plantea que el burnout se puede presentar de forma colectiva, a modo de contagio.

Sin embargo y a pesar de todas estas aportaciones, la conceptualización del burnout es un obstáculo para la investigación, y hay que tomar en cuenta que independientemente de que el

síndrome sea similar al estrés laboral o, por el contrario, consecuencia de éste, el primer problema que se identifica es la imprecisión y ambigüedad del concepto de "estrés". Gil monte y Peiró ³ ⁴ (1993) indica que no hay un consenso para definir al "estresor ocupacional" que es el antecedente del "burnout".

Pines, Aronson y Kafry⁵ (1981) defienden la concepción del burnout como fenómeno social y lo definen como *"un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente"*;

Introducen además el término de *tedium* que *"se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurre como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso lento y gradual diario de "machaque"*

Como ya se mencionó, uno de los aspectos fundamentales tratados en el estudio del burnout es su dificultad para definirlo por tratarse de un proceso complejo, probablemente por la comparación con el estrés laboral que se ha mencionado. ⁶

Algunas de las definiciones que se mencionan tratando de definir a este nuevo fenómeno patológico son las de Grebert (1992) que lo entiende *"como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades"*.

A su vez, Machlowitz (1980), la entiende como *"un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a*

este propósito que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva”.

Pines y Kafry ⁵ (1978) definen el burnout *"como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal" .*

Dale (1979) es uno de los que inician la concepción teórica del burnout y lo entiende como consecuencia del estrés laboral mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo.

Freudenberger ¹ en 1980 aporta otros términos a la definición, y así, ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que es provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que ha sido impuesta por él, o por los valores propios de la sociedad.

Cherniss (1980) lo define como *"cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas"*. El mismo autor destaca tres momentos importantes en la presentación clínica de este síndrome:

- 1.-Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- 2.-Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión)
- 3.-Cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Edelwich y Brodsky (1980), lo definen *"como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del*

trabajo". Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

- 1.-Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- 2.-Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- 3.-Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.
- 4.-Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Gillespie en 1980 clasifica al burnout según dos tipos claramente diferenciados:

- a) burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, (relacionado con los factores externos u organizacionales) y
- b) burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía, (relacionados con factores internos psicosociales)

En 1981, Maslach y Jackson ^{7, 8} entienden que el burnout se configura como *"un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal"* y siguiendo a Sarros (1988), entendemos las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

- 1.-Agotamiento emocional: hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes
- 2.-Despersonalización: supone el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios

3.-Reducida realización personal: conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo auto concepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las malas situaciones.

Emener, Luck y Gohs (1982) indican que todas las definiciones que se habían aportado de burnout hasta ese momento lo que hacían era describir el "síndrome del carbonizado" partiendo de ahí que la traducción libre de burnout sea la de "quemado".

Martin (1982) sugiere que *"el burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico"* abriendo la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre burnout y depresión.

Elliot y Smith (1984), partiendo de que el burnout puede ser un rasgo de personalidad indican que habrá que partir de la siguiente ecuación:

$$\textit{Susceptibilidad Individual + Sobrecarga = Burnout.}$$

Farber (1984) define el burnout como *"manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas"*.

Shinn, Rosario, March y Chestnust (1984) entienden el burnout como *"tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos"*.

Nagy (1985) señala que el burnout *"describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores"*

empleados en profesiones consideradas de interacción humana", añadiendo que este y el estrés podrían ser conceptos similares.

Grantham (1985), desde una perspectiva psiquiátrica, entiende que los factores estresantes del burnout no son siempre claramente identificables; sí, en cambio, los relacionados con problemas de personalidad, depresión y ansiedad. Partiendo de estas premisas, plantea la siguiente categoría diagnóstica del burnout:

- Eliminar la presencia de una identidad biológica.
- Eliminar la posible existencia de otro síndrome psicopatológico.
- Reconceptualizar el síndrome como una entidad englobada en "problemas de adaptación"

Walker (1986), señala que el burnout *"se caracteriza por la existencia de determinadas respuestas a un prolongado, inevitable y excesivo estrés en situaciones de trabajo"* deja abierta la posibilidad de que el síndrome pueda ser experimentado por cualquier trabajador, independientemente de su contexto laboral específico.

Garden (1987) expone la idea de que una definición de burnout es prematura pues existe ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación conocida hasta el momento no ha permitido aclarar.

Smith, Watstein y Wuehler (1986), concluían que *"el burnout describía un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome"*.

Así mismo, Shirom (1989), plantea que *"el burnout es consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome"*, retomando

la variable afrontamiento como determinante en la comprensión del burnout.

Hiscott y Connop (1990) vuelven a la línea clásica en cuanto a la definición del burnout y lo entienden como *"un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo"*.

Greenglass, Burke y Ondrack (1990), tras diferenciar estrés vital (concepto general que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) y estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo), encuadra el burnout en este último.

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991)⁹ lo definen como *"un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo"*.

Similar a esta definición encontramos la de Ganster y Schanbroeck (1991): *"el burnout es de hecho un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesiones con altos niveles"*.

Kushnir y Melamed (1992) lo definen como *"el vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento, como consecuencia de la prolongada exposición a las demandas de cargas emocionales"*.

Finalmente, tras la gran dificultad de definir una nueva entidad patológica, García Izquierdo y Velandrino ² (1992), plantean ahora que *"tras casi 20 años desde la aparición del término burnout no hay una definición unánimemente aceptada"*

Tras la anterior unanimidad en la concepción del burnout, la mayoría de autores utilizan el Maslach Burnout Inventory ¹⁰ (Maslach y Jackson, 1981) como instrumento de medida del burnout para sustentar sus diversos resultados.

En suma, del recorrido realizado hasta aquí podemos consensuar varios aspectos que nos ayudan a delimitar el concepto de burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor:

-Parece claro que el burnout será consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serán de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout

-Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca.

-No hay acuerdo unánime en igualar los términos burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos

-Tras la definición de Freudenberg ¹ (1974), en la que planteaba una "existencia gastada", y tras las aportaciones de Maslach y Jackson ¹⁰ (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, o las que hacen Pines et al (1981) con el triple agotamiento: emocional, mental y físico, pocas han sido las aportaciones originales a la definición del burnout, girando todas las aportadas sobre estas tres.

-Por último, aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de dar una definición de burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson (1981), haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones.

CONCEPTO DE ESTRÉS:

Es importante diferenciar entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor.

El estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento “La Organización del trabajo y el estrés”¹¹ define el estrés laboral como *“la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”*.

Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo.

En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o “eutrés” (eu, bueno en griego) y el estrés patológico o “distrés” (dis,

malo en griego). En el eutrés, la discrepancia entre lo que se exige y la capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos.

Se ha comprobado en distintas investigaciones, que el estrés laboral está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral. Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral.

Siguiendo esta línea, hemos de decir que se ha asociado el estrés laboral prolongado a una serie de afecciones crónicas¹², como algunas enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial. Generalmente asociada a trabajos psicológicamente exigentes y que prácticamente no permiten a sus empleados tener control sobre sus actividades. También se han obtenido datos de que el estrés laboral aumenta el riesgo de algunas enfermedades reumáticas, especialmente dorsolumbares y de los miembros superiores^{13, 14} Igualmente, existe relación entre estrés en el trabajo y el padecimiento de algunos trastornos psicológicos, como la depresión, así como entre el estrés y la siniestralidad laboral.

Una vez estudiado el concepto y las causas que pueden dar lugar a estrés en el trabajo, vemos que el estrés laboral y el burnout son dos términos relacionados, de hecho el burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico. Así, estudiando la relación entre ambos conceptos McManus y colaboradores en un estudio prospectivo realizado en médicos del Reino Unido¹⁵ intentaron aclarar las asociaciones causales que existían entre estrés y burnout y vieron que entre la dimensión de cansancio emocional y el estrés aparecía una relación de causalidad recíproca, mientras que los otros dos componentes del burnout, la despersonalización y la realización personal, también se relacionaban con el estrés, pero no se establecían relaciones de causalidad. Así, la despersonalización parece que disminuía el estrés, posiblemente por un mecanismo de ego-defensa, mientras que la falta de realización personal aumentaría los niveles de estrés, tanto de forma directa como indirecta, a través de incrementar los niveles de cansancio emocional.

Aunque estos conceptos están claramente relacionados, entre ambos existen una serie de diferencias fundamentales. Así, el estrés desaparece con el descanso, en contraposición al burnout que no remite con el reposo. El estrés aparece como respuesta del organismo ante un estímulo estresor o situación estresante y está relacionado con horas excesivas o sobrecarga de trabajo, produciéndose por la interacción de múltiples estresores y la propia estructura de la personalidad. En cambio el síndrome de desgaste profesional puede estar producido por un trabajo escasamente estresante pero altamente desmotivador. Se desarrolla lentamente, durante un largo proceso y si bien puede afectar a todas las profesiones, es más frecuente entre los profesionales de la enseñanza y la asistencia sanitaria.

Además, el burnout está producido por factores organizacionales, por el clima laboral y por la cultura laboral del propio ámbito de trabajo.¹⁶

CAUSAS DEL SINDROME DE BURNOUT:

Las causas que producen síndrome de burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo.

Maslach y colaboradores analizaron los factores laborales que producen burnout, y los clasificaron por el tipo de trabajo y por las características del mismo.⁷

Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional.

Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos.

Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del burnout la ausencia de recursos en el trabajo.

También la ausencia de información y de control se relacionan con la aparición de las tres dimensiones de burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional.

En cuanto a los factores organizativos del trabajo que pueden influir en el burnout, se incluyen la existencia de jerarquías o el manejo de reglas y recursos sin los criterios básicos de imparcialidad y equidad. En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios.

Se analiza en primer lugar la edad, ya que es la variable que más fuertemente se ha asociado con este síndrome; parece ser que el burnout es más alto entre los individuos más jóvenes. Estas personas, por su corta edad, llevarían menos tiempo en su puesto laboral, pero no se puede afirmar que el burnout sea mayor en personas que lleven menos tiempo de ejercicio profesional, ya que los individuos “quemados” abandonarían antes su puesto de trabajo y por tanto los más antiguos tendrían menos burnout.

El sexo, es otra variable a tener en cuenta. Algunos estudios muestran que el burnout es más frecuente en el sexo femenino, otros trabajos muestran niveles más elevados en los varones y muchos no encuentran ninguna diferencia significativa. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional.

Con respecto al estado civil, las personas solteras son más propensas a padecer burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobreimplicación en el trabajo.

Relacionada con la variable anterior se encuentra la presencia de hijos. Parece ser que la presencia de hijos disminuye las

posibilidades de padecer el síndrome de burnout, ya que las personas con hijos son más realistas, maduras y estables emocionalmente, y con mayor capacidad de abordar problemas personales y conflictos emocionales.

En cuanto al nivel de estudios, se ha encontrado una cierta relación entre el burnout y las personas con un nivel de estudios superior. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas personas tienen puestos de trabajo con mayores responsabilidades o bien tienen expectativas más altas en cuanto a su carrera profesional y esto se puede asociar con mayores niveles de burnout.

Otro de los factores que influye en la aparición del síndrome de burnout es la personalidad del individuo. Se ha asociado a mayores niveles de burnout, especialmente de agotamiento emocional, un tipo de personalidad “débil”, individuos que participan poco en actividades diarias o que tienen poca capacidad en el control de acontecimientos. Igualmente, las personas que atribuyen sus logros a los demás en vez de atribuirlos a su capacidad y esfuerzo, o los que se enfrentan a acontecimientos de forma pasiva o defensiva también son más propensos a padecer burnout.

Por último, en cuanto a las actitudes de las personas frente al trabajo, aquellos individuos con altas expectativas en su carrera profesional, idealistas o poco realistas, tienen mayor riesgo de padecer burnout. Generalmente, estas altas expectativas conducen a trabajar con gran esfuerzo y a veces no se obtiene el resultado esperado, lo que conduce al agotamiento y la despersonalización.

CAUSAS DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD:

Tanto en nuestro medio como a nivel mundial, se han investigado las causas del burnout en muchas profesiones, entre otras: educadores, policías, trabajadores sociales, militares y por supuesto personal sanitario: dentistas, médicos y enfermeros, tanto de atención primaria, de servicios de emergencias prehospitalarios y de atención especializada.

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de burnout ha sido en personal sanitario principalmente en odontólogos, médicos, enfermeras y auxiliares.

En cuanto a la aparición del síndrome de desgaste profesional en odontólogos¹⁷, se han identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral. Uno de estos factores es el número de pacientes por odontólogo, así cuanto mayor es la institución en la que el profesional trabaja y mayor el número de pacientes a los que trata mayor es el cansancio emocional.

También se ha visto que la satisfacción de los profesionales es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y que aquellos que pasan más tiempo en contacto con los pacientes tienen más posibilidades de padecer este síndrome. Igualmente, aquellos profesionales en los que existe una gran discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo, en cuanto a salario, estabilidad en el empleo, progreso, autonomía y apoyo social, sufren síndrome de burnout con mayor frecuencia.

Además, a todas estas causas laborales hay que sumar causas personales que pueden precipitar la aparición del burnout en odontólogos, nos referimos a cambios significativos de la vida que

pueden generar estrés como muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de los hijos, cambio de status social. También situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son nuevas, generan conflictos difíciles de resolver o resultan desagradables o molestas, como una enfermedad, van a producir alteraciones emocionales que pueden conducir a la aparición del burnout.

Las causas del burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Las características de la personalidad que se han asociado con el síndrome de desgaste profesional en personal sanitario han sido fundamentalmente la personalidad neurótica, que incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad, también se ha relacionado con el burnout a las personas con locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extraversión, la rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión.

Para Maslach, el neuroticismo, se une de forma positiva al burnout, de forma que los individuos neuróticos son emocionalmente inestables y propensos a la angustia psicológica(7). Sin embargo, en un estudio realizado en personal sanitario hospitalario(18), se ha encontrado una relación significativa y negativa entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y el neuroticismo.

El siguiente rasgo de la personalidad que se asocia con el burnout es el *locus* de control externo, de forma que los profesionales sanitarios con este *locus* de control tienen mayor tendencia a la insatisfacción

por el trabajo, al estrés y al burnout, especialmente a la dimensión de despersonalización.

El patrón de conducta tipo A, conocido en cuanto a los patrones de conducta manejados en psicología, con sus tres factores, competitividad, impaciencia e implicación laboral, también se correlaciona de forma significativa y positiva con el burnout en personal sanitario, en este caso con las tres dimensiones del síndrome.

En cuanto a la rigidez, que incluye la autoexigencia rígida en el trabajo (valoración del trabajo por encima de cualquier cosa), el esfuerzo personal y actitud de élite (sobreevaluación personal tanto a nivel de capacidad como de esfuerzo para lograr los fines propuestos, junto con un sentimiento de pertenecer a un grupo de élite) y el “principalismo” social (aceptación y sobreevaluación de los principios de funcionamiento que sostienen el sistema social y laboral), se han asociado con mayor tendencia a padecer el síndrome de burnout. Sin embargo, ni rigidez ni extraversión (facilidad para establecer relaciones sociales), han encontrado una correlación positiva con el burnout en el citado estudio realizado en personal sanitario hospitalario.

De igual forma, se ha relacionado la aparición del burnout con los rasgos de la personalidad en médicos de familia ¹⁹. En este caso se ha visto como existe una importante correlación entre la ansiedad y los niveles elevados del burnout. Así, los cuatro componentes principales de esta dimensión de ansiedad, es decir, la estabilidad, la vigilancia, la aprensión y la tensión se correlacionan de forma significativa con al menos dos de las tres escalas del burnout.

La estabilidad emocional se ha asociado negativamente con el cansancio emocional y la despersonalización y positivamente con la realización personal. En sentido contrario, la tensión se ha asociado positivamente con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y negativamente con la realización personal.

En cuanto a la vigilancia, en este estudio apareció relacionada de forma positiva con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y en cuanto a la aprensión se asoció con el cansancio emocional, pero también con la despersonalización de forma positiva y con la realización de forma negativa, en la muestra de mujeres.

Otros rasgos de la personalidad, como bajos niveles de afabilidad, estabilidad y atrevimiento y altos niveles de dureza, se asociaron con las menores puntuaciones obtenidas en la dimensión de realización personal.

En el caso de los varones, estas bajas puntuaciones se asociaron también con menores niveles de perfeccionismo y autocontrol. Y en el caso de las mujeres, las menos realizadas obtuvieron menores puntuaciones en animación y sensibilidad.

En cuanto a las características sociodemográficas que influyen en la aparición del burnout en personal sanitario, en el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no hay diferencias en cuanto a lo ya comentado en las causas generales del burnout.

Existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el burnout, dando más importancia a las características propias del entorno laboral.²⁰

En la literatura no existe acuerdo en la relación entre el burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en personal sanitario.

Algunos autores han encontrado que el síndrome de burnout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas.²¹ Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del síndrome, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional.²²

En lo que se refiere a los factores laborales que influyen en la aparición del síndrome de burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas. En primer lugar hay que citar la *sobrecarga laboral* como causa de burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional.

En nuestro medio, la sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación.²³

También hay que considerar *el trato con pacientes y familiares* como una causa importante de burnout en profesionales sanitarios. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran

importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa.

Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad.⁵⁰

En cuanto a la relación médico-paciente, un aspecto clave es La cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este contacto puede ser muy gratificante, pero puede exigir grandes demandas emocionales, por lo que el trabajo clínico y las especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales son más proclives a la aparición de síndrome de burnout. En este sentido, en varios estudios se ha comprobado como las dimensiones del síndrome son más frecuentes en los servicios hospitalarios de oncología y urgencias. Así, en un trabajo realizado en personal de enfermería hospitalario, se ha observado como las variables de agotamiento emocional y de burnout son estadísticamente mayores en los trabajadores de oncología y urgencias, y la despersonalización es superior en el personal de urgencias.²⁴

Otro aspecto a tener en cuenta es la *motivación laboral*, es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como

las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas.

El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el burnout, y así se ha visto como los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome de desgaste profesional.²⁴

Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo.

En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del burnout en personal sanitario.

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del burnout es la *ausencia de apoyo social*. Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes/supervisores y compañeros de trabajo.

Así, se ha observado que existe una correlación entre las tres dimensiones del síndrome de burnout y los estilos de supervisión en el puesto de trabajo, de forma que la presencia del jefe es necesaria y su estilo de dirección y liderazgo tiene repercusiones sobre el desarrollo de este síndrome en sus empleados.

El apoyo social por parte de familiares y amigos es fundamental para prevenir la aparición del burnout. También son importantes las relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo, ya que con ayuda de los demás el profesional afronta mejor las demandas laborales.²² También influyen en la aparición del síndrome de desgaste profesional en personal sanitario la *imparcialidad* y el *conflicto de valores*.

Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de imparcialidad en su lugar de trabajo. Imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. La carencia de parcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del burnout, el cansancio emocional y el cinismo.

En lo relativo al conflicto de valores, en algunas ocasiones el personal sanitario se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas, en desacuerdo con sus valores, pudiendo existir un desajuste entre las aspiraciones personales para su carrera profesional y los valores de la organización.

Otras causas de insatisfacción en la práctica de la medicina, que pueden llevar a la aparición de burnout, son la *burocratización* del trabajo, la práctica de una *medicina defensiva*, la aparición de *expectativas dispares* en los profesionales de la medicina y la *falta de tiempo* por paciente.

La práctica de la medicina defensiva, entendida como la estrategia de usar pruebas y procedimientos médicos principalmente para impedir las demandas de los pacientes más que para conseguir su bienestar, influye en el malestar de la profesión médica, y así compromete la integridad profesional del médico, aumenta el distanciamiento entre el médico y el paciente y aumenta los gastos médicos. Además los profesionales de la medicina que han sido

demandados en más de una ocasión, independientemente de los resultados judiciales de las demandas, afirman tener sentimientos de vergüenza, dudas sobre sí mismos en cuanto a su capacidad profesional y desilusión en la práctica de la medicina, sentimientos que pueden persistir durante largos períodos de tiempo y pueden influir en la aparición del síndrome de desgaste profesional.

La aparición de expectativas dispares en los profesionales de la medicina, nos referimos a la discrepancia que puede existir entre lo que los pacientes exigen o esperan obtener del médico y lo que éstos son capaces de lograr en la realidad, también se incluyen la discrepancia entre las normas que los médicos han aprendido durante su período de formación académica y las acciones forzadas por la práctica cotidiana, la desigualdad en la práctica de la medicina hace 50 años y la que se practica en la actualidad y la divergencia entre los avances alcanzados por la ciencia médica y los resultados limitados que la mayor parte de los médicos pueden ofrecer de forma individual. Todas estas discrepancias hacen que afloren sentimientos de culpabilidad en el médico y que se produzca un distanciamiento con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes.

Un aspecto a tener en cuenta, es el papel de “dobles agentes” que los médicos tienen que realizar, por una parte en la práctica habitual de la medicina para la cual se han formado, y por otra como profesionales cuestionados por aseguradoras y tribunales.

Otro aspecto a tener en cuenta es la carencia de tiempo para atender de forma adecuada a los pacientes. Este es un factor que a menudo produce malestar en el profesional de la medicina, ya que los médicos dejan de hacer una serie de actividades que saben que son imprescindibles para realizar una atención de calidad a sus pacientes.²⁵

Por último, en este grupo de causas de burnout relacionadas con el ámbito laboral hemos de incluir el tipo de *profesión sanitaria*, y los aspectos relacionados con la misma.

Clásicamente se han asociado mayores niveles del síndrome del quemado en la profesión de enfermería, especialmente los que trabajan con pacientes graves o terminales, que como ya hemos comentado son los que exigen mayores demandas emocionales, como es el caso de los enfermos oncológicos o los pacientes con SIDA.

ESTADO ACTUAL EN EL ESTUDIO DEL BURNOUT:

Si nos centramos en los trabajos realizados sobre el síndrome de burnout en personal sanitario, y estudiamos los datos acumulados a nivel mundial en el período comprendido entre los años 1990 y 2001⁽²⁷⁾, vemos como la producción bibliográfica se ha mantenido estable durante los primeros años de la década de los noventa (entre el 5% y el 7% de toda la productividad del período), a partir del año 1995 se inició un período más prolífico, presentando los picos más altos de producción en 1996, 1998 y 1999 (aproximadamente del 12% cada año), para ir decayendo posteriormente hasta encontrar las cifras más bajas en 2001 (en torno al 3,6% de la productividad final).

Es interesante resaltar que de todos los estudios publicados en el período analizado, la mayor parte de los autores sólo han publicado un artículo, sin que exista ningún grupo que mantenga una alta

productividad. Pero si se analiza el contenido de los trabajos, aproximadamente el 62% aporta datos observacionales al ámbito del burnout en personal sanitario, de ellos un gran porcentaje (en torno al 90%) mide el impacto del síndrome, es decir, factores de riesgo, prevalencia o consecuencias del mismo. Sólo un 3,5%, aproximadamente, se encamina al desarrollo o validación de instrumentos de medida y en torno al 6% tiene por objeto la evaluación de tratamientos.

De los estudios observacionales, la gran mayoría están diseñados con carácter transversal (más de un 80%) y un pequeño porcentaje se diseñan de forma longitudinal.

En los artículos analizados el instrumento de medida más utilizado es el MBI, y en la mitad de ellos la muestra elegida no supera las 150 personas. En cuanto a los grupos de estudio, las áreas asistenciales son las más estudiadas (se incluyen médicos, enfermeras, comadronas, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas y otros), mientras que las áreas con soporte asistencial (como los técnicos de laboratorio) se estudian con menos frecuencia.

Por tanto, como resumen de lo expuesto, destacamos como en el estudio del burnout la productividad se dispersa, es decir, no hay un núcleo emisor que concentre y que destaque por sus aportaciones. Además, destacan las investigaciones empíricas, acumulando datos sobre el tema, pero faltan las revisiones, que tienen una finalidad más integradora.

Destacamos una revisión de trabajos sobre el síndrome de burnout en médicos, que fueron realizados en Estados Unidos y Canadá entre los años 1984 y 2001.²⁷ Todos estos estudios tienen en común que utilizaron en su metodología la versión del MBI para profesionales sanitarios (MBIHSS) y que obtuvieron porcentajes de respuesta superiores al 60%. Esta revisión ha puesto de manifiesto la

existencia de elevados porcentajes de las tres dimensiones del burnout entre los profesionales médicos. Así, aparecieron niveles de moderados a altos de cansancio emocional en un 46% a 80% de los encuestados, del 22% al 93% relataron los mismos niveles de despersonalización, y del 16% al 79% relataron niveles bajos o moderados de realización personal. Los trabajos realizados en médicos residentes mostraron resultados similares.

En cuanto a los factores de riesgo específicos de la profesión médica para el desarrollo del burnout, no fueron claramente especificados en estos trabajos; se cita la menor edad, la ambigüedad de rol y la carencia de recursos para el trabajo. Igualmente, se expone la necesidad de realizar estudios longitudinales para estudiar las consecuencias del burnout y los resultados de la implantación de las estrategias de prevención.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME EN EL PERSONAL DE SALUD:

En nuestro medio, principalmente en Europa, se han realizado múltiples trabajos que estudian la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones en personal sanitario, especialmente médicos y enfermeros, tanto de atención primaria como especializada.

En atención primaria uno de cada tres médicos y enfermeros sufre burnout,²⁸ y así lo manifiestan múltiples estudios realizados que miden la prevalencia del síndrome del quemado en estos profesionales. Uno de estos trabajos se realizó en personal sanitario de varias

categorías laborales (pediatras, médicos generales, DUES, auxiliares de enfermería), que trabajaban en centros de salud de atención primaria de Santa Cruz de Tenerife.²⁹ Los resultados mostraron un grado moderado de desgaste profesional en estos trabajadores (en la dimensión de cansancio emocional sólo un 27% de los participantes registró puntuaciones altas, en despersonalización el porcentaje fue algo mayor, el 30%, y en la escala de realización personal el 24% registró puntuaciones bajas).

Otro estudio similar se ha realizado en un área sanitaria de Madrid.³⁰ En ambos estudios se han utilizado los mismos puntos de corte para las tres dimensiones del burnout, y los niveles de desgaste en los profesionales madrileños han sido ligeramente superiores en comparación con el estudio anterior: en un 30,6% de la muestra aparecieron puntuaciones altas de cansancio emocional, el 31% puntuó alto para despersonalización, y el 24% presentó puntuaciones bajas de realización personal. Si el grupo de estudio se reduce al personal médico, la prevalencia del síndrome de burnout oscila entre el 25 y casi el 70%.³⁰

Varios son los trabajos realizados en médicos de atención primaria españoles.^{19, 31} En Barcelona, más de un 40% de los encuestados presentó niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización, y el 30% niveles bajos de realización personal. En un Área Sanitaria de Madrid, un 69,2% de los médicos presentó niveles altos en al menos una de las tres dimensiones del burnout, un 33,8% en dos dimensiones, y en las tres escalas simultáneamente, un 12,3%.

Igualmente, en atención especializada se han publicado múltiples artículos en nuestro medio.^{24, 31, 32, 33} tanto en médicos como en enfermeras. A nivel hospitalario, se ha estudiado el burnout en trabajadores de diversos centros.

En el hospital de León³² se realizó un estudio en el que se incluyeron coordinadores, médicos, enfermeros, auxiliares, celadores y otros. De estos trabajadores el 46,5% obtuvieron una puntuación media o alta en agotamiento emocional, el 43% en despersonalización y el 59,4% de los participantes obtuvieron puntuaciones medias o altas en realización personal. Los trabajadores de los servicios centrales tuvieron puntuaciones menores en despersonalización y en realización personal, en comparación con los que trabajaban en contacto con el público. En el hospital de Mataró,³⁴ se estudió la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de trabajadores de distintas categorías laborales (médicos, enfermeros, administrativos, celadores). En este hospital se encontraron niveles inferiores a los anteriores en las tres dimensiones de burnout y aparecieron puntuaciones mayores en los médicos que en los enfermeros.

En profesionales de la enfermería se ha medido el burnout en hospitales de Madrid, Barcelona, Murcia o Badajoz. En un centro hospitalario de Madrid⁵¹ se encontró que el 11,7% de los enfermeros tenían puntuaciones altas en agotamiento emocional, el 9,2% en despersonalización y el 16,9% en la dimensión falta de realización personal. Además el agotamiento era estadísticamente mayor entre los enfermeros de oncología y urgencias y la despersonalización en el personal de urgencias. Sin embargo, estas diferencias entre los distintos servicios no aparecieron en otros estudios.³⁵ Utilizando los mismos puntos de corte para agotamiento emocional y despersonalización, en un hospital de Murcia³⁶ se encontraron

porcentajes mayores en estas dimensiones: el 26,5% de los enfermeros puntuaron alto en cansancio emocional y el 30% en despersonalización. Por último, en cuatro centros hospitalarios de la provincia de Badajoz ³⁷ se encontró entre los enfermeros un grado de estrés profesional moderadamente superior al término medio.

En el colectivo de médicos residentes se han realizado estudios sobre el burnout en nuestro medio. En un trabajo llevado a cabo en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias⁽⁵⁹⁾ se comprobó que, en comparación con otros médicos especialistas, existía menor cansancio emocional y mayor falta de realización personal en este colectivo.

3.-PROBLEMA:

En los médicos residentes de urgencias del Distrito Federal de cualquiera de los 3 grados académicos y de las instituciones en que opera el programa académico del Instituto Politécnico Nacional no se ha realizado hasta el momento un estudio que nos demuestre si existen las 3 dimensiones que conforman y definen al Síndrome del Desgaste o *Burnout*, así como las características sociodemográficas propias de los afectados por esta enfermedad.

4.-JUSTIFICACIÓN:

Conforme ha sido el avance y la evolución de la sociedad, se han generado los cambios en el “estilo de vida” de las personas y en consecuencia, se ha producido un cambio igualmente en el tipo de enfermedades que ahora les aquejan, evolucionando desde las infecciosas, hasta las crónico degenerativas, las cuales se han presentado de manera individual hasta tener incluso un impacto en ciertos grupos sociales y es en donde se ubica al síndrome del Burnout.

Este padecimiento es actualmente un problema de salud pública que afecta al personal de servidores públicos principalmente. En ellos se incluye en una gran medida al personal sanitario y asistencial, lo que provoca un deterioro en la realización de sus actividades y por tanto tiene impacto en la relación del médico-paciente, con las repercusiones en la salud, sociales e incluso económicas.

Los estudios recientes demuestran la alta prevalencia de este padecimiento en el personal médico en diversos países, principalmente los Europeos y en los países de Norteamérica, con las consecuencias negativas no sólo para la persona que le aqueja, sino también para las instituciones de salud en las que labora y en la población que se atiende por parte de dichas instituciones.

Dentro del personal sanitario es importante mencionar que la evidencia indica como principal afectado en este rubro al personal de los servicios de urgencias y oncología, por las características propias de estos servicios de salud.

Dada la evolución del sistema de salud en México y con el crecimiento importante en la demanda de atención diaria en las distintas instituciones, así como los problemas financieros de éstas y el déficit del personal para la atención, el aumento en las quejas administrativas y penales, ha incrementado cada vez más el riesgo de padecer el síndrome del Burnout.

En la Ciudad de México no se han realizado estudios suficientes y específicos sobre la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de urgencias de las diferentes instituciones de salud a pesar de ser un grupo que por las características de sus actividades, sean vulnerables a presentar en gran medida este padecimiento.

Dado que este padecimiento es prevenible, es importante tener datos específicos sobre su prevalencia para poder realizar planes de acción que eviten la aparición de esta enfermedad principalmente en los grupos sanitarios más vulnerables, dentro de los cuales se encuentran los residentes de los servicios de urgencias.

5.-OBJETIVOS:

GENERAL:

- Establecer la presencia de cualquiera de los 3 dimensiones que definen al Síndrome de Desgaste en los residentes de Urgencias Médico Quirúrgicas del Distrito Federal que se encuentran bajo el programa teórico del Instituto Politécnico Nacional en las diferentes instituciones de salud.

ESPECÍFICOS:

- Establecer la presencia del Síndrome de Desgaste en los médicos residentes de Urgencias Médico Quirúrgicas por grado y sede hospitalaria.
- Identificar algunos factores de asociados al síndrome como son la edad, el estado civil y el número de hijos .
- Identificar la presencia de cualquiera de las características que definen al Burnout: grado de “agotamiento emocional”, “despersonalización” y “realización personal” en los residentes de urgencias por grado y sede hospitalaria.
- Definir un perfil del médico residente de urgencias médico-quirúrgicas que se encuentra afectado por el síndrome de desgaste.

6.-MATERIAL Y MÉTODO:

TIPO DE ESTUDIO Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

Se realiza un estudio descriptivo, transversal y analítico en médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico-Quirúrgicas que se encuentran bajo el programa teórico del Instituto Politécnico Nacional, en sus diferentes sedes hospitalarias e instituciones de salud del Distrito Federal.

UNIVERSO Y MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron en el estudio a todos los residentes de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Instituto Politécnico Nacional de las 4 instituciones de salud que operan en el Distrito Federal (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Secretaría de Salud y Secretaría de Salud del Distrito Federal) que acudieron a la sesión general del mes de Agosto del 2010 en el auditorio principal de la Escuela Superior de Medicina siendo un total de 183 médicos residentes de los 3 grados académicos.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Se han excluido del estudio:

1. A todo médico residente de la especialidad que se negara a participar en el momento de aplicación del cuestionario.

2. A los residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas cuyo cuestionario sea contestado incompleto y/o que no se identifiquen adecuadamente las casillas marcadas de sus respuestas según las indicaciones marcadas en la hoja de cuestionario.

VARIABLES:

1.-VARIABLES DEPENDIENTES:

- a. Se han establecido como variables dependientes las 3 dimensiones que definen al síndrome del Burnout: Agotamiento Emocional, del inglés, *Emotional Exhaustion* (EE), Despersonalización (D) y Realización Personal, del inglés, *Personal Accomplishment* (PA), que se han clasificado en 3 niveles, los cuales son Alto, Medio y Bajo, de acuerdo a los puntos de corte establecidos previamente en la literatura, como se indica en la tabla 1:

Tabla1. Puntos de corte en las tres dimensiones del síndrome de burnout.

	1. BAJO	MEDIO	ALTO
b. EE	<=18	19-26	>= 27
c. D	<= 5	6-9	>= 10
d. PA	>=40	34-39	<=33

- b. La siguiente variable analizada es la presencia o no del síndrome de Burnout con los criterios descritos en la literatura y nombrados a continuación:

PRESENTE: presencia de 2 de las 3 dimensiones en nivel medio o alto.

AUSENTE: Niveles bajos de 2 de las 3 dimensiones descritas

2.-VARIABLES INDEPENDIENTES:

Se han considerado como variables independientes:

- a. *EDAD*: Cuantitativa continua, medida en años.
- b. *ESTADO CIVIL*: Variable cualitativa con las siguientes características:
 - Soltero
 - Casado/unión libre
- c. *PRESENCIA o AUSENCIA DE HIJOS*: Variable cuantitativa discreta.

ESCALAS DE MEDICIÓN:

Se utilizó para medir el Burnout en este estudio la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likertt. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo;

La subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención;

Y por último, la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

CORRECCIÓN DE LA PRUEBA

Subescala de Agotamiento Emocional.

Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización.

Esta formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal.

Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro.

El cuestionario se aplicó en el formato establecido (ANEXO I) con las instrucciones que se marcan en el mismo formato.

MÉTODOLÓGIA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

La prueba MBI-GS es una escala validada la cual se presenta en un formato anexo y que se aplicó en un único momento a los médicos

residentes de urgencias de todos los grados y de todas las instituciones del Instituto Politécnico Nacional posterior a la sesión mensual del mes de Agosto del 2010, en el auditorio de dicha institución, de forma individual, se les dan las instrucciones en forma verbal, así como el objetivo y las características del cuestionario, y se solicita su consentimiento. En la hoja de cuestionario se marca con una cruz la casilla que corresponda a su sentir de cada uno de los 22 items señalados y al final del llenado de la prueba, se entregó para ser el análisis posterior de los datos recabados.

El análisis de los datos es realizado de forma manual e individual de cada una de las pruebas entregadas, separando cada una de las subescalas que conforman la prueba MBI-GS y estableciendo el punto de corte de acuerdo a los criterios establecidos para cada subescala. Posteriormente se agrupan por instituciones, grados académicos y relacionando con percentiles de acuerdo al total de las pruebas aplicadas.

ESTUDIO DESCRIPTIVO:

- Se han evaluado cada una de las 3 dimensiones del síndrome descritas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) de acuerdo a los niveles alto, medio y bajo por institución y grado académico.
- Se valora la presencia o no del síndrome de Burnout por institución y grado académico.
- Las características sociodemográficas de edad, estado civil y número de hijos también se describen por institución y grado académico.

ESTUDIO ANALITICO:

- Se realiza la comparación de los resultados antes descritos por institución y grado académico y el impacto en la presencia o no del síndrome de Burnout.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio fue aprobado por el comité tutorial del Instituto Politécnico Nacional, así como por el coordinador del programa académico y contar con el consentimiento informado del tipo de estudio a realizar por parte del encuestado al momento de la aplicación del cuestionario MBI en el formato descrito como ANEXO I

7.-RESULTADOS:

El total de médicos residentes de las cuatro instituciones de salud que operan en el Distrito Federal (IMSS, ISSSTE, SSA, SSGDF) son 269 de los cuáles el 171 corresponden al IMSS (63.56%), 35 de la SSGDF (13.01%), 33 a la SSA (12.26%), 30 del ISSSTE (11.15%). De estos, 93 son R3, 99 son R2 y 77 son R1 representando un 34.57%, 36.80% y 28.62% respectivamente, así como del total, 153 residentes hombres (56.87%) y 116 mujeres (43.12%).

Al momento del estudio se aplicaron un total de 183 pruebas MBI-GS, que fueron a los médicos residentes que asistieron a la sesión mensual, siendo excluidas de las pruebas contestadas, según los criterios establecidos un total de 9 pruebas, quedando 174 de ellas incluidas en el análisis final, lo que representa un 64.68% del total de los residentes de las 4 instituciones del Distrito Federal.

De las 174 pruebas analizadas, 104 son pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y representan el 59.77%; 15 a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF) con un 8.62%; 27 pruebas pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA) con un 15.51% y finalmente, 28 pruebas que son del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y representan el 16.09%. En total son 74 mujeres por 100 hombres que representan el 42.52 y 57.47% respectivamente. (TABLA 2 y FIGURA 1) Por grados académicos de las 174 pruebas aplicadas, 53 son realizadas por residentes del primer año (R1) y 53 por residentes de tercero (R3), y representan un 30.45% para cada uno de estos grados académicos y finalmente son un total de 68 realizadas por residentes del segundo año (R2) que dan el 39.08%. (FIGURA 2)

INSTITUCION	SEXO	R1	R2	R3	TOTAL
IMSS	HOMBRES	16	25	19	60
	MUJERES	12	19	13	44
	TOTAL	28	44	32	104
SSGDF	HOMBRES	4	2	3	9
	MUJERES	3	1	2	6
	TOTAL	7	3	5	15
SSA	HOMBRES	6	7	3	16
	MUJERES	5	5	1	11
	TOTAL	11	12	4	27
ISSSTE	HOMBRES	4	5	6	15
	MUJERES	3	4	6	13
	TOTAL	7	9	12	28
TOTAL	GENERAL	53	68	53	174

TABLA 2: Características sociodemográficas de la muestra de estudio por sexo, grado académico.

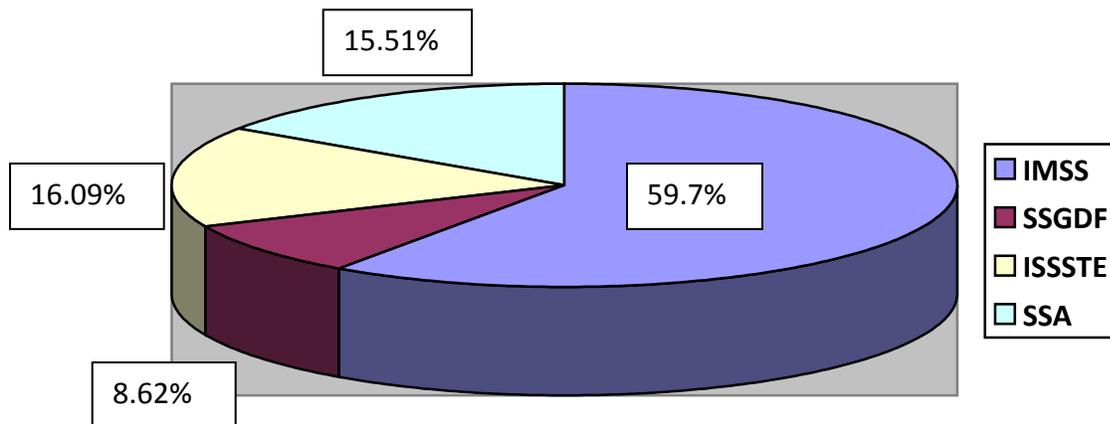


FIGURA 1: Distribución porcentual del total de residentes a los que se aplicó la prueba según su institución de salud.

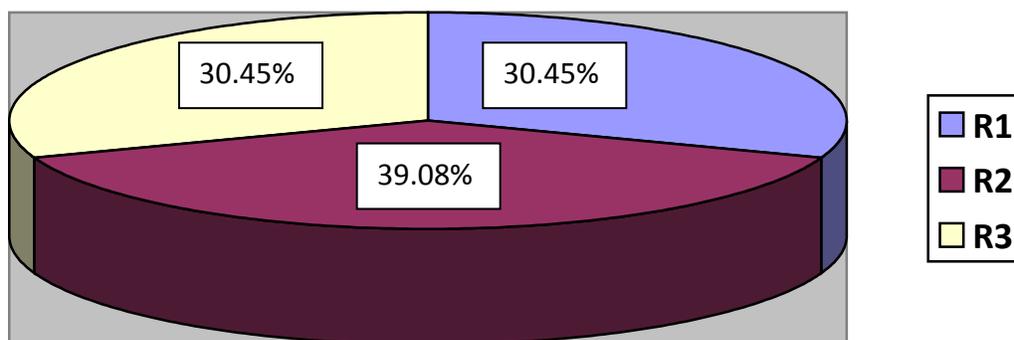


FIGURA 2: Distribución porcentual del total de residentes a los que se aplicó la prueba según su grado académico.

Por instituciones, en el Instituto Mexicano del Seguro Social de las 104 pruebas aplicadas, 28 fueron contestadas por R1, 44 por el R2 y 32 por el R3 lo que representa un 26.92%, 42.30% y 30.76% respectivamente.

De acuerdo a las 3 subescalas (Agotamiento Emocional (EE), Despersonalización (D) y, Realización Personal (PA), las cuales según los criterios de la literatura los clasifica como nivel de afectación alto, medio y bajo para las 2 primeras y como realizado o no para la tercera) la distribución por grado académico en cada uno de sus parámetros se representa en la TABLA 3.

TABLA 3: Distribución de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

	EE			D			PA	
	A	M	B	A	M	B	◀R	▶R
R1	18	7	3	6	11	11	15	13
R2	27	14	3	18	14	12	32	12
R3	24	8	0	11	3	18	24	8

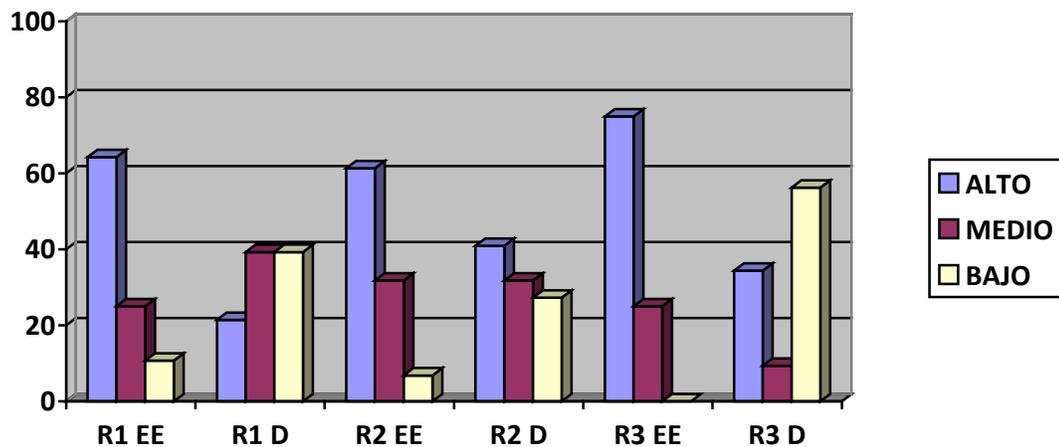
A = ALTO M = MEDIO B = BAJO
 ◀R = MENOR REALIZACIÓN PERSONAL (NO REALIZADO)
 ▶R = MAYOR REALIZACIÓN PERSONAL (HASTA EL MOMENTO SATISFECHO)

Como podemos observar en esta tabla, se describen por grado académico la cantidad de residentes afectados en cada uno de los parámetros que definen las subescalas del Burnout, por lo que se representa en la TABLA 4, los porcentajes correspondientes:

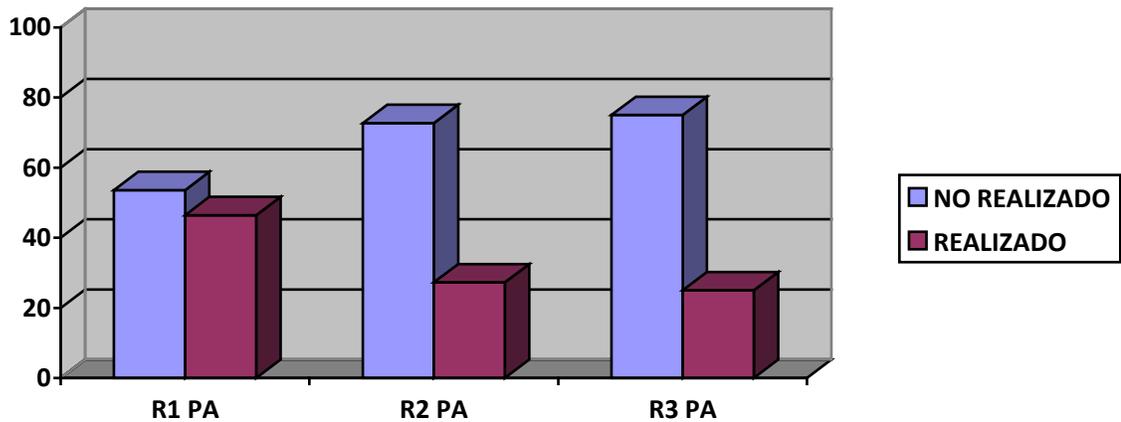
TABLA 4: Distribución porcentual de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

	EE			D			PA	
	A	M	B	A	M	B	«R	»R
R1	64.28	25	10.71	21.42	39.28	39.28	53.57	46.42
R2	61.36	31.81	6.81	40.90	31.81	27.27	72.72	27.27
R3	75	25	0	34.37	9.37	56.25	75	25

De acuerdo a los resultados porcentuales presentados en la tabla 4, la percepción de los residentes por grado académico de cada uno de los parámetros muestra que en el caso de la subescala de agotamiento emocional los tres grados académicos presentan el grado alto en mayor porcentaje, así como en el caso de la subescala de despersonalización estar afectados en grado alto en su mayor porcentaje tanto R2 como R3 y en grado medio para el caso de R1; Llama la atención que en el caso de la subescala de realización personal, los tres grados académicos indican una insatisfacción en cuanto a sus objetivos proyectados (GRÁFICAS 1 y 2).



GRÁFICA 1: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescalas de Agotamiento Emocional (EE) y Despersonalización (D) en el Instituto Mexicano del Seguro Social.



GRÁFICA 2: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescala de Realización Personal (PA) en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el caso de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal se aplicaron 15 pruebas siendo contestadas 7 por R1 (46.66%), 3 por R2 (20.0%) y 5 por el R3 (33.33%) con la distribución por grado académico de acuerdo al nivel de afectación de las 3 subescalas se representa en la TABLA 5.

TABLA 5: Distribución de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

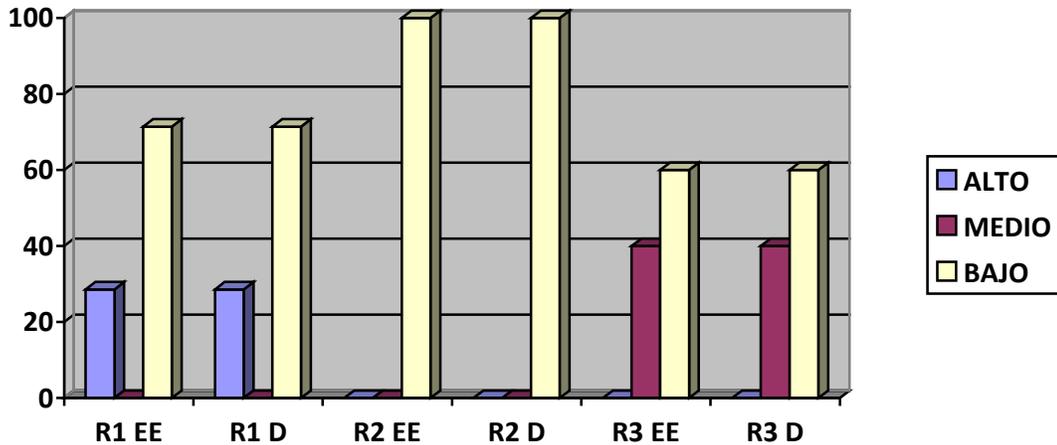
	EE			D			PA	
	A	M	B	A	M	B	<R	>R
R1	2	0	5	2	0	5	1	6
R2	0	0	3	0	0	3	1	2
R3	0	2	3	0	2	3	4	1

La distribución porcentual por grado académico y nivel de afectación se encuentra reflejada en la TABLA 6:

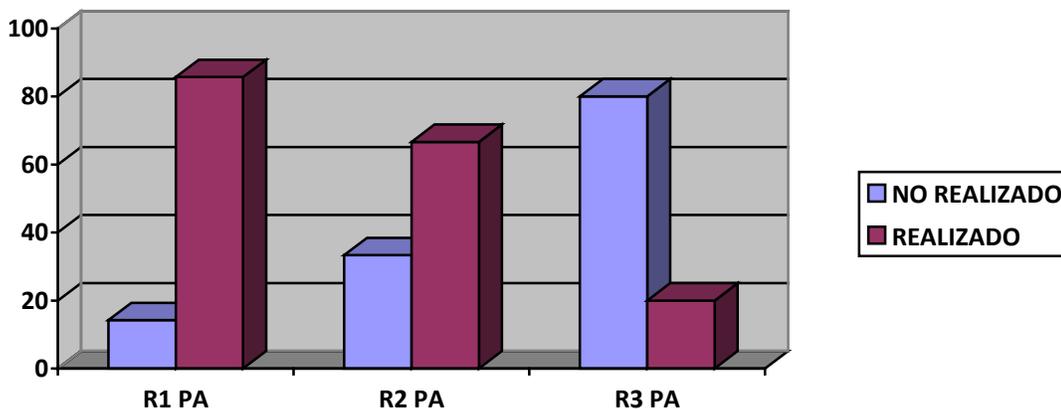
TABLA 6: Distribución porcentual de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

	EE			D			PA	
	(%)			(%)			(%)	
	A	M	B	A	M	B	«R	»R
R1	28.57	0	71.42	28.57	0	71.42	14.2	85.71
R2	0	0	100	0	0	100	33.33	66.66
R3	0	40	60	0	40	60	80	20

En la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la distribución porcentual a diferencia del IMSS, principalmente para las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización se encontró en su mayoría en niveles bajos y, en el caso de la realización personal sólo en el grado académico de R3 indicaron no cumplir sus expectativas hasta ese momento (GRÁFICAS 3 y 4).



GRÁFICA 3: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescalas de Agotamiento Emocional (EE) y Despersonalización (D) en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.



GRÁFICA 4: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescala de Realización Personal (PA) en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

La Secretaría de Salud realizó en total 27 cuestionarios cuya distribución por grado académico corresponde a 11 resueltos por R1 (40.74%), 12 por el R2 (44.44%) y 4 por el R3 (14.81%) y los cuales se indican en la TABLA 7 y, su distribución porcentual se indica en la TABLA 8.

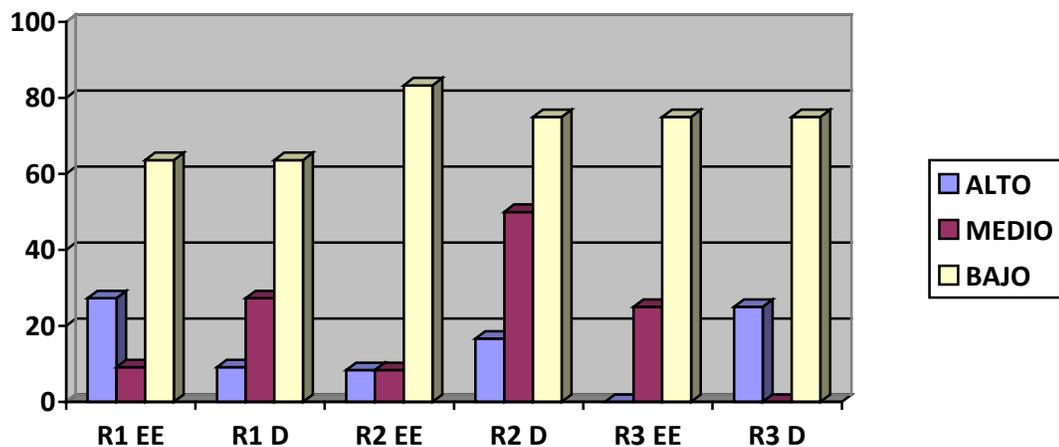
TABLA 7: Distribución de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en la Secretaría de Salud.

	EE			D			PA	
	A	M	B	A	M	B	✓R	✗R
R1	3	1	7	1	3	7	5	6
R2	1	1	10	4	2	6	4	8
R3	0	1	3	1	0	3	1	3

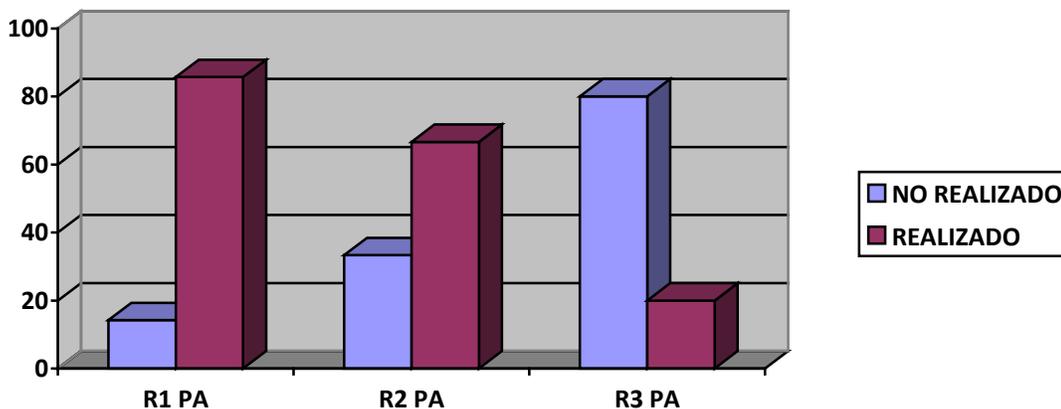
TABLA 8: Distribución porcentual de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en la Secretaría de Salud.

	EE			D			PA	
	(%)			(%)			(%)	
	A	M	B	A	M	B	«R	»R
R1	27.27	9.09	63.63	9.09	27.27	63.63	45.45	54.54
R2	8.37	8.37	83.33	33.33	16.66	50	33.33	66.66
R3	0	25	75	25	0	75	25	75

En la Secretaría de Salud se da un resultado similar a la SSGDF en donde aquí en las 3 subescalas, la distribución porcentual se presentó en su mayoría para resultados de niveles bajos de las 2 primeras subescalas y de realización en cuanto a sus actividades hasta ese momento para la última (GRÁFICA 5 y 6)



GRÁFICA 5: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescalas de Agotamiento Emocional (EE) y Despersonalización (D) en la Secretaría de Salud.



GRÁFICA 6: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescala de Realización Personal (PA) en la Secretaría de Salud.

Finalmente en el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, se realizaron 28 pruebas resolviéndose 7 (25%), 9 (32.14%) y 12 (42.85%) pruebas por R1, R2 y R3 respectivamente, por lo que la distribución final se refiere en la TABLA 9.

TABLA 9: Distribución de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

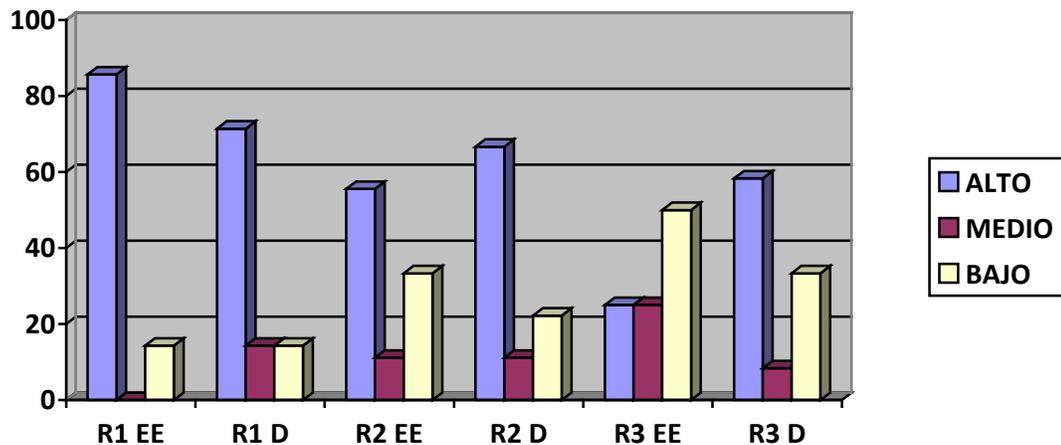
	EE			D			PA	
	A	M	B	A	M	B	◀R	▶R
R1	6	0	1	5	1	1	7	0
R2	5	1	3	6	1	2	8	1
R3	3	3	6	7	1	4	7	5

La representación porcentual en cada grado académico para los residentes del ISSSTE queda indicada en la TABLA 10:

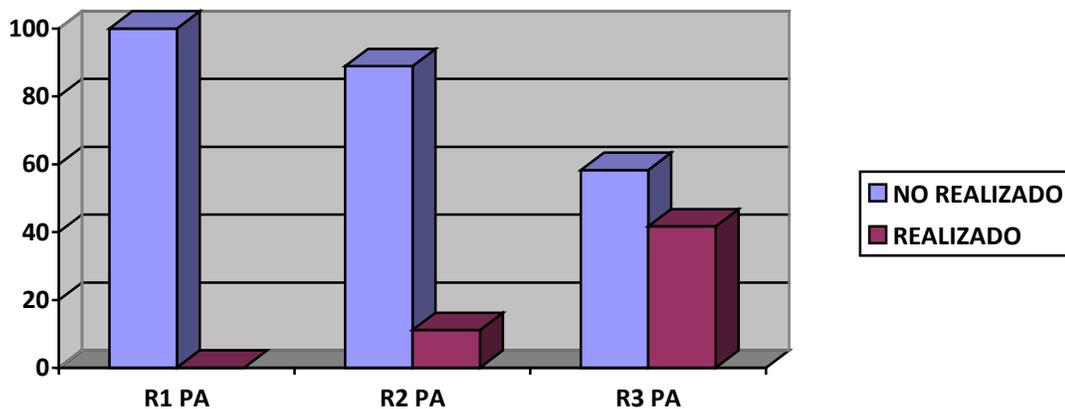
TABLA 10: Distribución porcentual de residentes a los que se aplicó la prueba por grado académico y subescala de evaluación en el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado..

	EE			D			PA	
	(%)			(%)			(%)	
	A	M	B	A	M	B	«R	»R
R1	85.71	0	14.28	71.42	14.28	14.28	100	0
R2	55.55	11.11	33.33	66.66	11.11	22.22	88.88	11.11
R3	25	25	50	58.33	8.33	33.33	58.33	41.66

Para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado observamos un comportamiento similar al Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se ven afectados en su grado alto en su mayoría para las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, excepto los residentes de tercer grado, que en el caso de la primera subescala, la mitad se distribuye en el grado bajo y casi a la par en los grados de afectación para la subescala de Realización personal, como lo muestran las GRÁFICAS 7 y 8



GRÁFICA 7: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescalas de Agotamiento Emocional (EE) y Despersonalización (D) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.



GRÁFICA 8: Porcentajes de residentes afectados en los diferentes grados de las subescala de Realización Personal (PA) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Una vez que se describen por grados académicos e instituciones de salud la cantidad de médicos residentes de urgencias afectados en cada uno de los grados de las subescalas, se describen ahora los residentes que presentan y que no presentan el Síndrome de Burnout dividiéndolos por jerarquías en cuanto a los grados de estudio y por las instituciones sedes, así como por el género de cada uno de ellos y que se presentan en la TABLA 11:

TABLA 11: Distribución de residentes afectados y no afectados del Síndrome de Burnout por grado académico, institución de salud y sexo.

INSTITUCION	SEXO	R1		R2		R3		TOTAL
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
IMSS	HOMBRES	12	4	23	2	16	3	60
	MUJERES	9	3	17	2	10	3	44
	TOTAL	28		44		32		104
SSGDF	HOMBRES	1	3	0	2	2	1	9
	MUJERES	1	2	0	1	0	2	6
	TOTAL	7		3		5		15
SSA	HOMBRES	3	3	4	3	1	2	16
	MUJERES	4	1	1	4	0	1	11
	TOTAL	11		12		4		27
ISSSTE	HOMBRES	3	1	5	0	5	1	15
	MUJERES	2	1	2	2	3	3	13
	TOTAL	7		9		12		28
TOTAL	GENERAL	53		68		53		174

Como es posible observar en la Tabla 11, y si se realiza el análisis por el sexo y el grado académico, en el Instituto Mexicano del Seguro Social de las 104 pruebas realizadas que representan el 100%, 51 hombres son afectados representando el 49.03% del total de encuestados por 36 mujeres afectadas que representa al 34.61% contra un total de 17 residentes no afectados que son el 16.34%. (FIGURA 3)

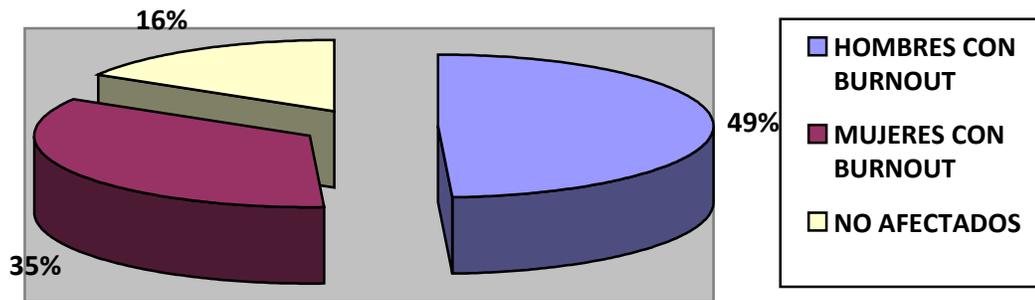


FIGURA 3: Distribución porcentual por sexo de residentes con Burnout en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

De los 60 hombres en total, los 51 médicos de género masculino con el síndrome de Burnout representan el 85% contra los 9 no afectados y que son el 15% de los hombres restantes. De las 44 mujeres, se ven con el síndrome presente 36 de ellas (81.81%) contra 8 sin Burnout (18.18%).

Con respecto al grado académico, como ya se mencionó, de los 104 encuestados, 87 residentes son afectados por el Síndrome lo que representa el 83.65% del total de encuestados, contra los 17 no afectados y que son el 16.34% restante. De ellos, los R1 afectados son 21, los R2 son 40 y los R3 son 26, distribuyéndose en porcentajes de 20.19%, 38.46% y 25% respectivamente contra los 17 que no presentan el síndrome y representan el 16.34% (FIGURA 4)

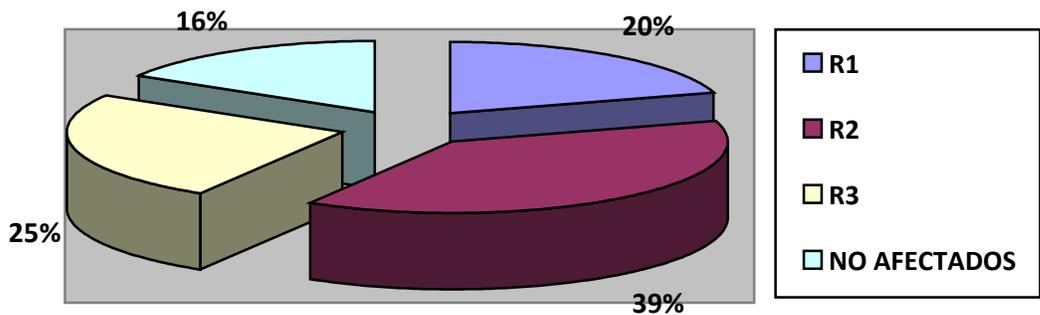
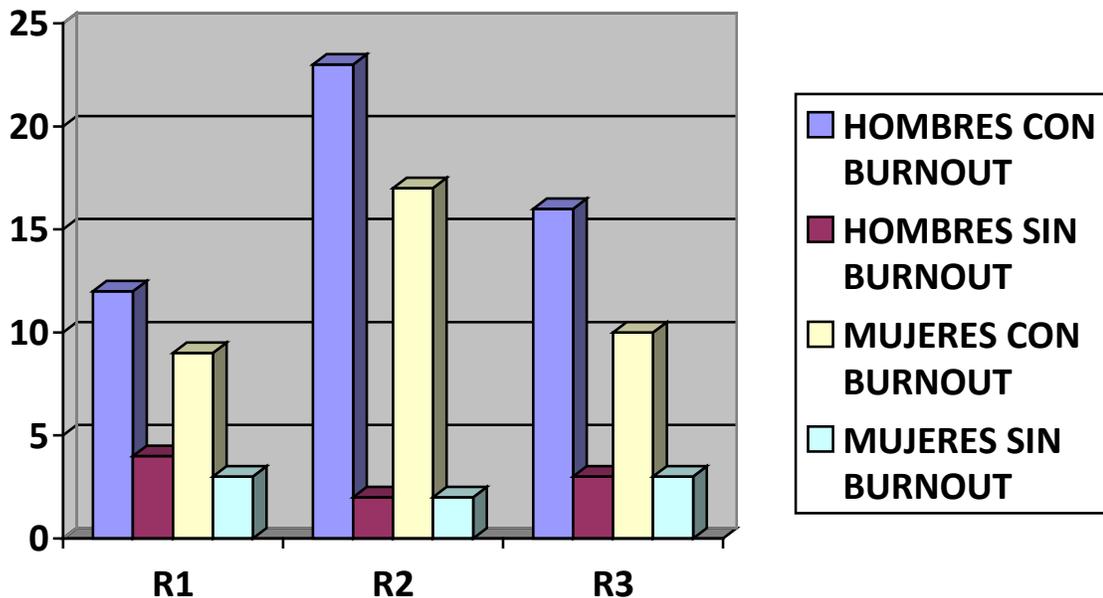


FIGURA 4: Distribución porcentual por grado académico de residentes con Burnout en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Analizando más detenidamente por grado académico el total de los residentes de primer grado es de 28 de los cuales los afectados suman 21 y representan un 75% del total de residentes para este grado académico contra los 7 que no se encuentran con el síndrome y que son el 25% restante de los residentes de primer año. De estos 21 encuestados R1 afectados 12 son hombres (57.14%) y 9 mujeres (42.85%); En el caso de los médicos residentes de segundo grado, un total de 40 médicos cumplieron criterios para el Síndrome, y representan un 90.90% de los 44 totales contra 4 personas que no lo presentaron (9.09%) y, distribuyéndose de estos 40 afectados en 23 hombres para ser un 57.5% y 17 mujeres que son el 42.5% de mujeres con la enfermedad en los R2; Los residentes de tercer grado fueron en total 32, presentando Burnout 26 de ellos (81.25%) y los 6 restantes (18.75%) sin este padecimiento. De estos 26 afectados 16 son hombres y representan el 61.53% y las 10 restantes son mujeres por lo que representan el 38.46% en este grado académico de los afectados. (GRÁFICA 9)



GRAFICA 9: Número de residentes por sexo y grado académico del Instituto Mexicano del Seguro Social afectados o no por el Síndrome de Burnout

En el caso de los médicos residentes de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, el total de médicos residentes encuestados fue de 15, representando el 100% y de los cuales, los afectados por el síndrome fué de 4 residentes (26.66%) contra 11 no afectados (73.33%). De estos médicos afectados, 3 son hombres y representan el 20% del total de encuestados y una mujer que es el 6.66% del total de encuestados con respecto al sexo, en contra de los 11 residentes no afectados que ya se había indicado son el 73.33%. (FIGURA 5).

De los afectados, 3 son hombres y una es mujer, lo que indica que el 75% de los afectados son hombres contra un 25% de mujeres y de los no afectados, 6 son hombres representando el 54.54% y 5 mujeres que son el 45.45% del total de no afectados.

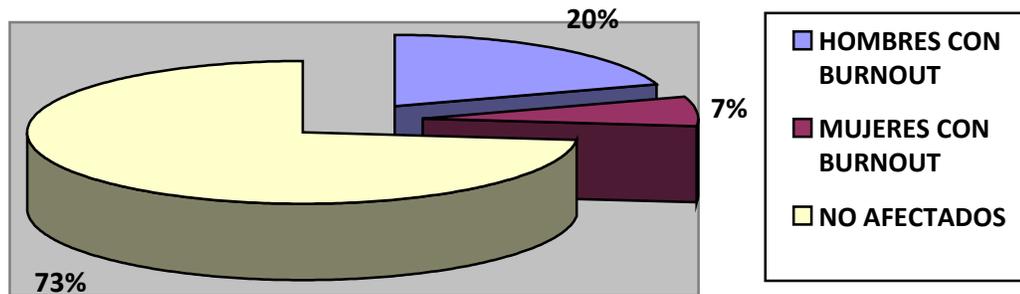


FIGURA 5: Distribución porcentual por sexo de residentes con Burnout en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Según el grado académico, son 4 residentes afectados distribuyéndose 2 residentes del primer grado, ninguno del segundo grado y 2 del tercer grado, contra el 73.33% no afectado. (FIGURA 6). De los 7 residentes de 1er grado que representan el 100% para este grado, 2 son afectados, representando el 28.57% y de éstos fue una mujer y un hombre repartiéndose el 50% por sexo en los residentes de primer grado. Los 5 médicos restantes no afectados representan el 71.42% de los R1. Los residentes de 2º año son 3 médicos en total los cuales no presentan Burnout según los criterios mencionados representando el 100% para este grado académico y, finalmente en el tercer año de la residencia para la SSGDF se encuestan a 5 personas, de los cuales 2 presentan el síndrome (40%) además de ser ambos del sexo masculino y 3 se encuentran libres de dicho padecimiento (60%). (GRÁFICA 10)

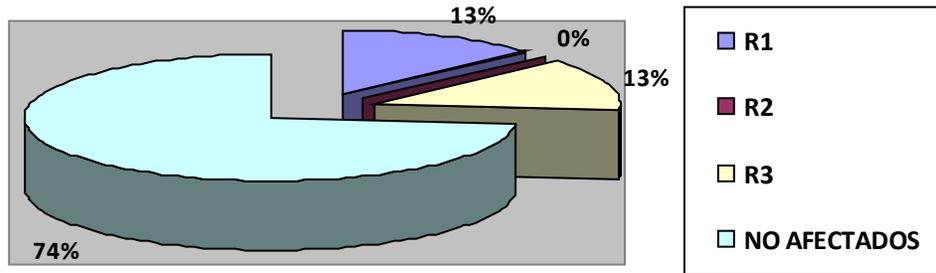
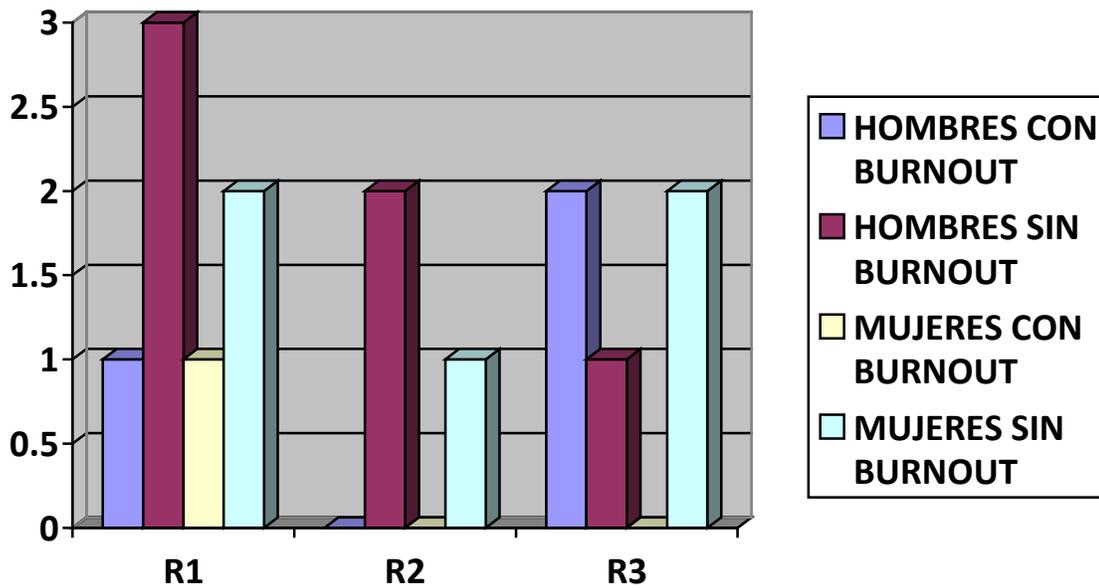


FIGURA 6: Distribución porcentual por grado académico de residentes con Burnout en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.



GRAFICA 10: Número de residentes por sexo y grado académico de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal afectados o no por el síndrome de Burnout.

Para la Secretaría de Salud, se aplican 27 pruebas de los cuales 16 son hombres y los afectados son 8 lo que representa el 29.62% del total de los afectados y de las 11 mujeres, las afectadas son 5, lo que

representan el 18.51% contra un total de 14 residentes no afectados que son el 51.85%. (FIGURA 7)

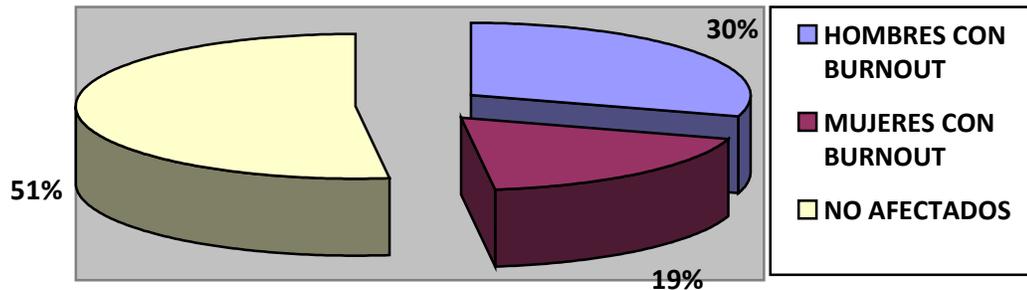


FIGURA 7: Distribución porcentual por sexo de residentes con Burnout en la Secretaría de Salud..

De los 16 hombres en total, 8 están afectados por el Burnout y representan la mitad de todos los de este género. De las 11 mujeres, 5 se ven con el síndrome por lo que son el 45.45% en contra de las 6 sin Burnout que representan el 54.54%.

Por grado académico, se toma nuevamente en cuenta a los 27 encuestados de esta institución, 13 residentes son afectados por el Síndrome y representan el 48.14% del total de encuestados, contra los 14 no afectados que son el 51.85% restante. De ellos, los R1 afectados son 7, lo que representa el 25.92% del total, los R2 son 5 afectados que son el 18.51% y los R3 que resultaron con la presencia del síndrome sólo fue uno, siendo tan sólo el 3.7% del total de encuestados y lo que contrapone al resto sin presencia de la enfermedad que son los ya 14 mencionados. (FIGURA 8)

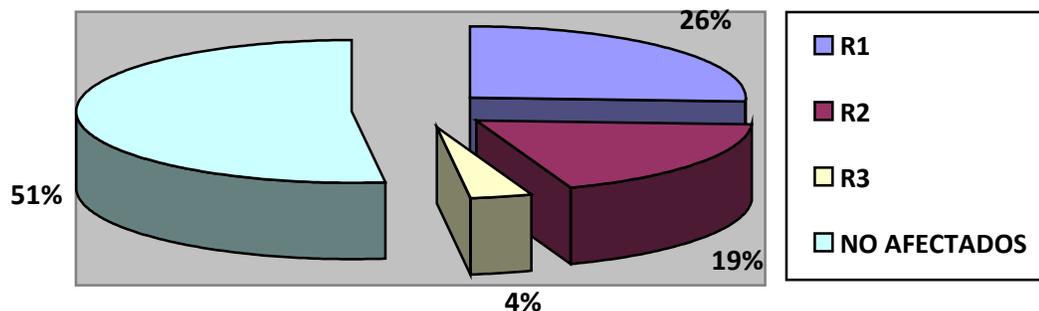
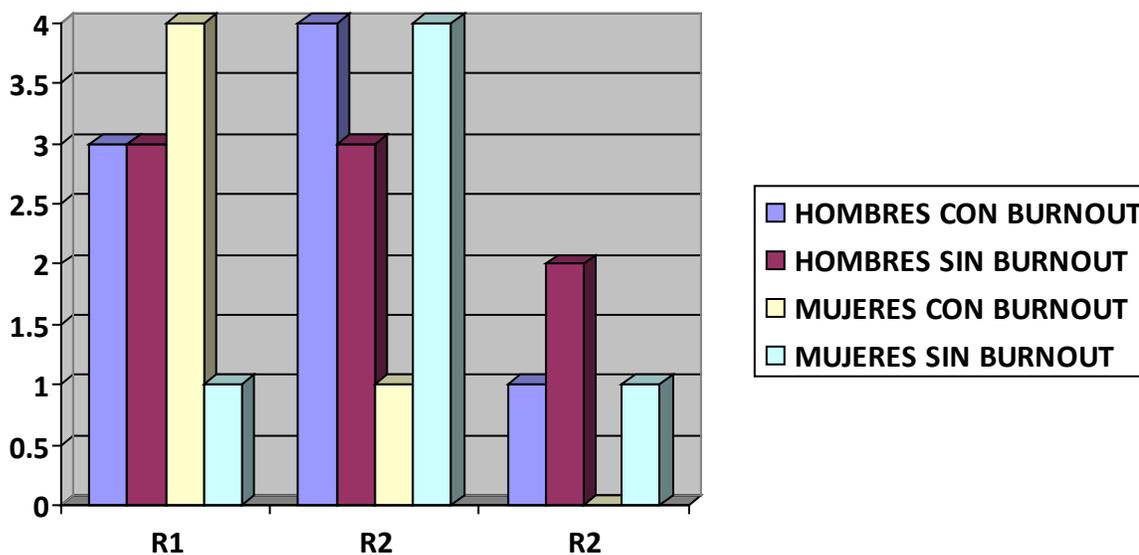


FIGURA 8: Distribución porcentual por grado académico de residentes con Burnout en la Secretaría de Salud.

Si continuamos el análisis por grado académico el total de los residentes de primer grado es de 11 de los cuales los afectados suman 7, y representan el 63.63% del total de residentes para este grado académico contra los 4 que no se encuentran con el síndrome y que son el 36.36% restante de los residentes de primer año. De estos 7 residentes de primer grado afectados 3 son hombres (42.85%) y 4 mujeres (57.14%); De los médicos residentes de segundo grado, 5 residentes cumplen criterios para afectación, y son un 41.66% de los 12 totales contra 7 personas que no lo presentan (58.33%) y, de estos afectados 4 son hombres para ser un 80% y una mujer afectada que representa el 20% de mujeres con la enfermedad en los R2; Los residentes de tercer grado que presentan Burnout sólo fue uno del sexo masculino y es el 25% del total de R3 que son 4, es decir, 3 sin el síndrome que representan el otro 75%. (GRÁFICA 11)



GRAFICA 11: Número de residentes por sexo y grado académico de la Secretaría de Salud afectados o no por el síndrome de Burnout.

Finalmente de los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, los médicos encuestados son 28, de los cuales los afectados por el síndrome son 20 residentes (71.42%) contra 8 no afectados (28.57%). De estos médicos afectados, 13 fueron hombres por lo que representan el 46.42% del total de encuestados y las mujeres afectadas son 7 y representan el 25% con respecto al sexo, en contra de los 8 residentes no afectados que dan el restante 28.57%. (FIGURA 9).

Del total de afectados, 13 son hombres y 7 son mujeres, lo que indica que el 65% de los afectados son hombres y el 35% de afectados son mujeres, contraponiendo los no afectados que son 2 hombres y 6 mujeres y que representan el 7.14 y el 21.42% restante.

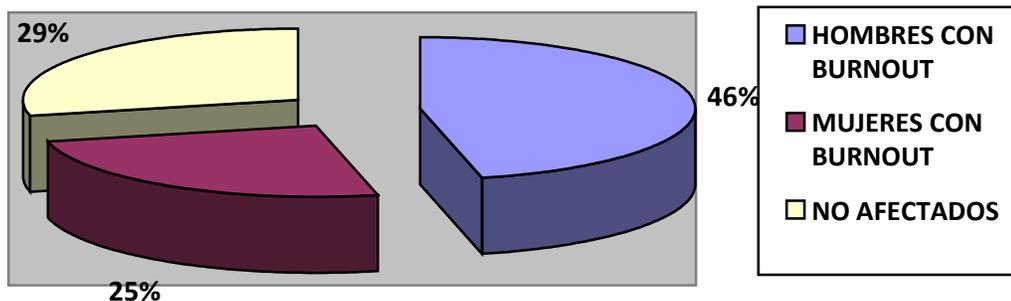


FIGURA 9: Distribución porcentual por sexo de residentes con Burnout en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado.

Por grado académico, son 20 residentes afectados ya comentados y, son 5 residentes de primero (17.85%), 7 residentes de segundo (25%) y 8 de tercero (28.57%). (FIGURA 10).

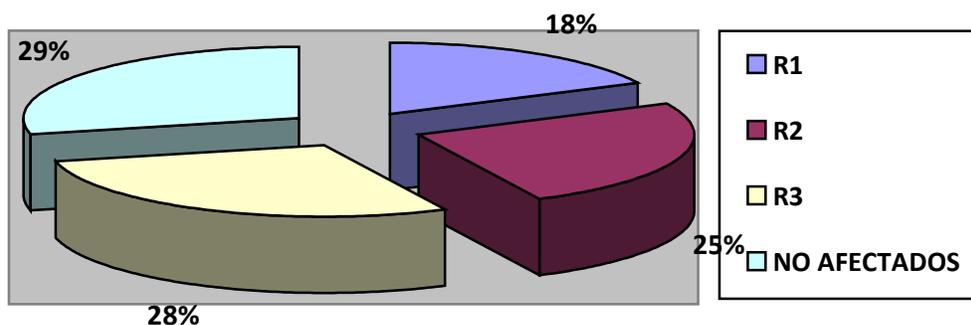
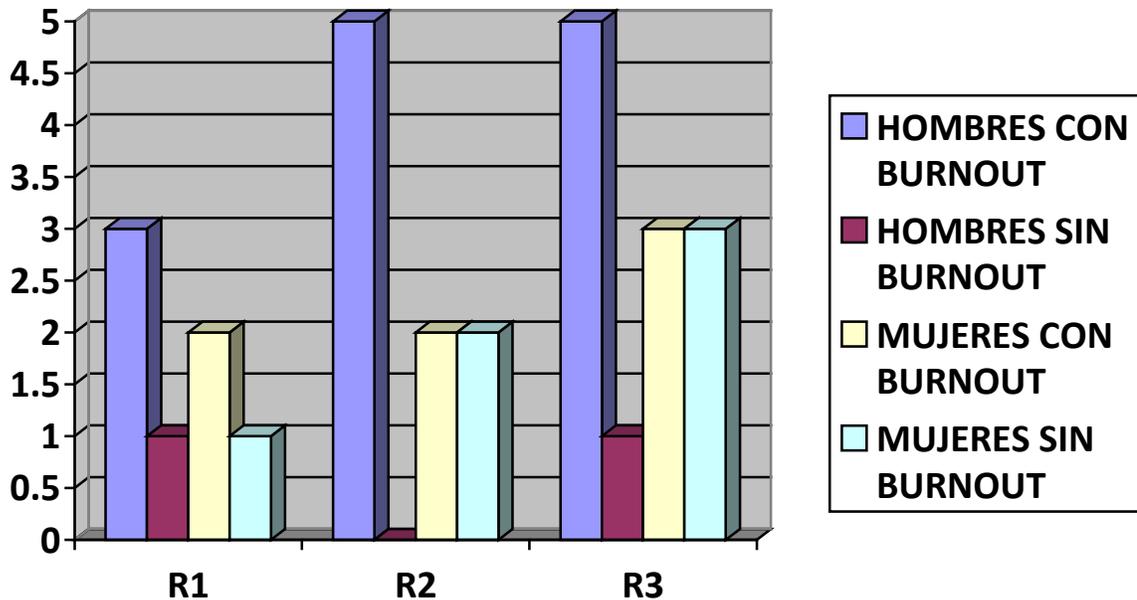


FIGURA10:: Distribución porcentual por grado académico de residentes con Burnout en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado.

De los 7 residentes de 1er grado que representan el 100% para este grado, 5 son afectados y, de éstos, 2 son mujeres y 3 hombres por lo que representan el 40 y 60% respectivamente de los residentes de primer grado.

Los residentes de 2º año son 9 en total de los cuales 2 son mujeres (28.57) y 5 son hombres (71.42%) del total de los R2. En el tercer año se encuestaron 12 médicos, de los cuales 8 presentan el síndrome repartiéndose en 3 mujeres (37.5%) y 5 hombres (62.5%) en cuanto a los afectados de este grado académico. (GRÁFICA 12)



GRAFICA 12: Número de residentes por sexo y grado académico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado afectados o no por el síndrome de Burnout.

Otro de los aspectos que se valoraron en la encuesta aplicada a los residentes y que tienen que ver con los factores sociodemográficos de la población de estudio es tanto el estado civil, el cual se registra en la hoja de ANEXO I con las opciones de *soltero* o *casado/unión libre* así como la presencia de hijos el cuál tiene un espacio propio para registrar el número concreto de hijos que tenga el residente encuestado y que se registran en la TABLA 12.

TABLA 12: Características sociodemográficas de los residentes encuestados por grado académico e institución de salud a la que pertenecen.

INSTITUCION	EDO.CIVIL/HIJOS	R1		R2		R3		TOTAL
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
BURNOUT								
IMSS	CASADOS/U.LIBRE	4	0	6	0	6	1	17
	CAS-UL C/ HIJOS	4	0	5	0	4	1	
	SOLTEROS	17	7	34	4	20	5	87
	SOLTEROS C/HIJOS	0	0	2	0	3	0	
	<i>TOTAL</i>	<i>21</i>	<i>7</i>	<i>40</i>	<i>4</i>	<i>26</i>	<i>6</i>	<i>104</i>
SSGDF	CASADOS/U.LIBRE	0	1	0	0	1	1	3
	CAS-UL C/ HIJOS	0	1	0	0	1	1	
	SOLTEROS	2	4	0	3	1	2	12
	SOLTEROS C/HIJOS	0	0	0	0	0	0	
	<i>TOTAL</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>15</i>
SSA	CASADOS/U.LIBRE	1	3	0	3	0	0	7
	CAS-UL C/ HIJOS	1	3	0	3	0	0	
	SOLTEROS	6	1	5	4	1	3	20
	SOLTEROS C/HIJOS	0	1	1	0	0	1	
	<i>TOTAL</i>	<i>7</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>27</i>
ISSSTE	CASADOS/U.LIBRE	1	0	1	1	5	1	9
	CAS-UL C/ HIJOS	1	0	1	0	5	0	
	SOLTEROS	4	2	6	1	3	3	19
	SOLTEROS C/HIJOS	0	2	0	1	0	0	
	<i>TOTAL</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>7</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>28</i>

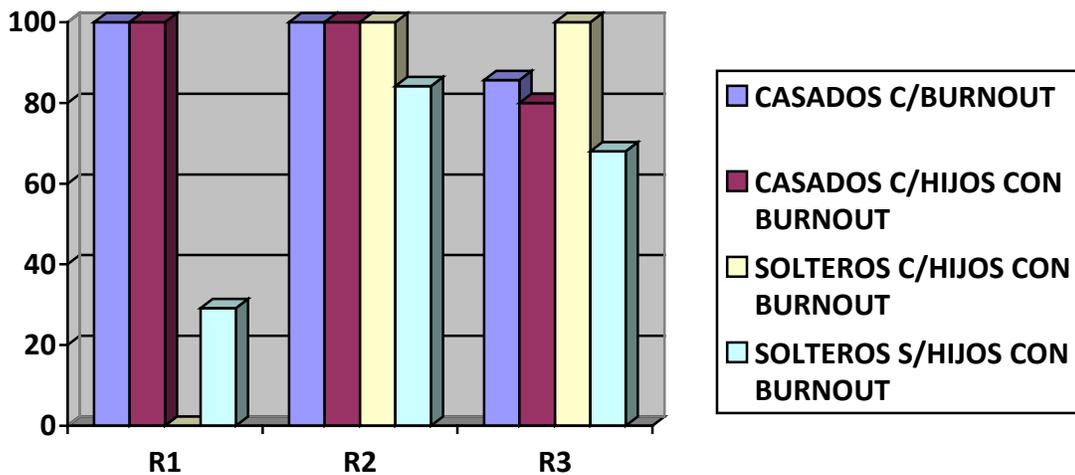
En la tabla anterior se recaban las características sociodemográficas de los residentes que se encuestaron. En lo siguiente los residentes que se encuentren casados o en unión libre se les nombrará como *casados* para fines prácticos en la descripción de las características sociodemográficas.

En ellas podemos observar que en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, de los 28 residentes de primer grado, 4 son casados (14.28%) y 24 son solteros (85.71%) de los cuales, de los 4 casados los 4 se ven afectados por el burnout por lo que representan el 100% de los casados afectados. En el caso de los solteros 7 de los 24 totales resultan afectados por Burnout y son el 29.16% de ellos. En cuanto a la presencia de hijos, los 4 residentes casados presentan por lo menos un hijo indicando el 100% de residentes con hijos y además con presencia de burnout. Ningún residente soltero indicó la presencia de hijos. (GRÁFICA 13)

Los residentes de segundo grado son un total de 44 y de éstos 6 son casados por 38 solteros y representan el 13.63% y 86.36% respectivamente. En cuanto a los casados igualmente los 6 presentan burnout siendo el 100% de los casados y de éstos, 5 tienen hijos por lo que representan también el 100% de los casados con hijos afectados. Del total de solteros (38), 34 presentan el padecimiento por 4 que estuvieron libres de él y, de éstos 34 afectados, 2 indican tener hijos y ambos se encontraban con la presencia de burnout por lo que son el 100% de los solteros con hijos con Burnout. El resto de los 32 solteros afectados representa el 84.21% del total. (GRÁFICA 13)

En cuanto a los residentes de tercer grado, del total de los 32 médicos, 7 son casados (21.87%) y los 25 restantes solteros

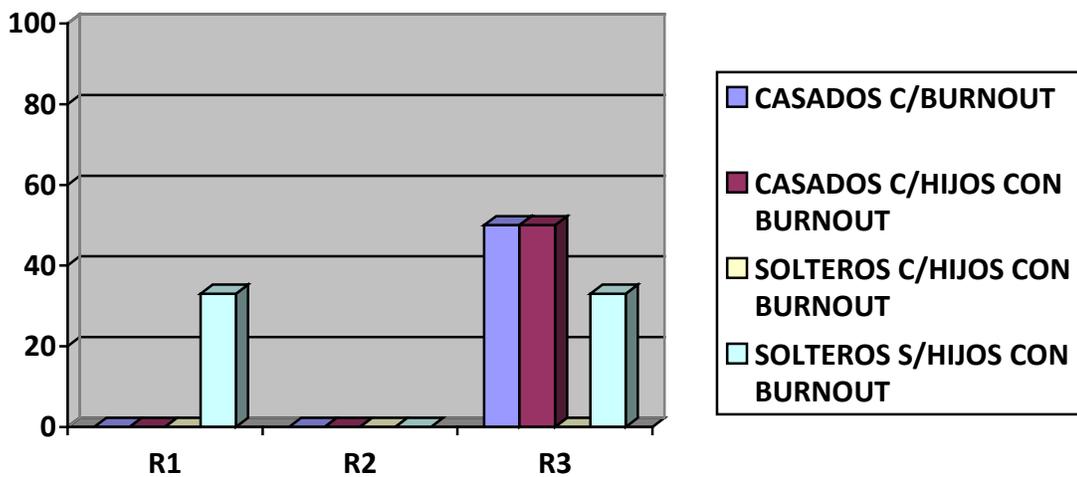
(78.12%) de los cuales 6 tienen Burnout del total de casados, lo que representa el 85.71% contra el único casado sin el síndrome que representa el 14.28%. Los casados con hijos son 5 de los cuales 4 presentan burnout contra uno que no lo presenta, siendo el 80% y 20% respectivamente, así como 3 residentes solteros indicaron tener hijos y el 100% presenta burnout. Los solteros afectados por Burnout son 17 restando a los 3 con hijos, y éstos representan el 68% del total de los solteros. (GRÁFICA 13)



GRÁFICA 13: Gráfica porcentual por grado académico que muestra las características sociodemográficas de los residentes afectados con el síndrome de Burnout en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para el caso de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, de los 7 residentes de primer grado encuestados sólo uno indicó estar casado y además tener hijos, sin embargo no se mostró afectado por el Burnout según lo contestado en dicho cuestionario, representando sólo el 14.28% del total de residentes de primer año, contra los 6 restantes solteros que representan el 85.71% y de éstos,

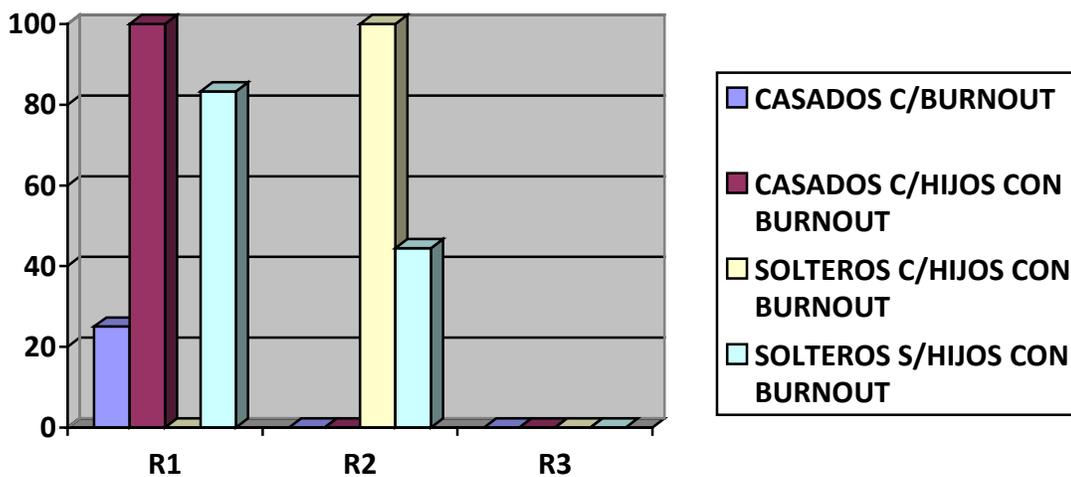
2 presentaron Burnout (33.33%) contra 4 que no lo presentaron. Ningún residente de primer grado soltero indicó tener hijos, es decir, ningún residente de primer grado se vió afectado con la enfermedad. Con respecto a los residentes del segundo grado, son 3 los encuestados, el 100% solteros sin hijos y sin haber presentado el síndrome. 5 fueron los residentes de tercero, 2 que están casados y 3 solteros por lo que son el 40% y 60% respectivamente. De los casados uno presentó Burnout y tiene un hijo lo que indica ser la mitad de los casados con hijos y con Burnout y el otro residente también tiene hijos, sin embargo este no presentó la enfermedad. De los R3 solteros ninguno indicó tener hijos y no se vió afectado por el síndrome siendo el 33.33% del total de solteros. (GRÁFICA 14)



GRÁFICA 14: Gráfica porcentual por grado académico que muestra las características sociodemográficas de los residentes afectados con el síndrome de Burnout en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

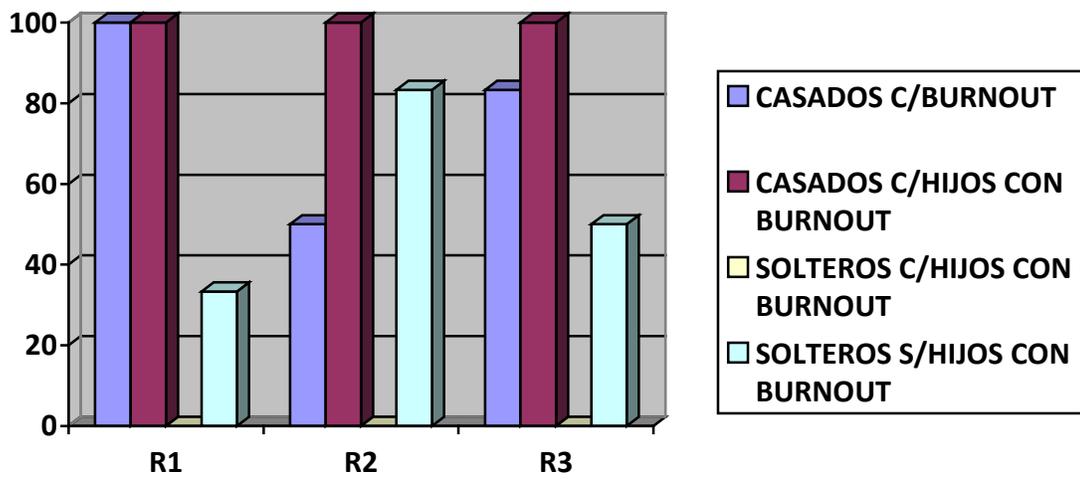
En el caso de la Secretaría de Salud, de los 11 residentes de primer grado, 4 son casados y 7 solteros, y representan el 36.36% y el 63.63% del total de residentes de primer grado.

De estos residentes casados de primer grado, uno resultó afectado por Burnout, (25%) contra 3 que no lo presentan (75%). Este residente afectado también indicó tener un hijo, representando el 100% de los R1 con hijos afectados. De los solteros sólo uno indicó tener un hijo pero no resultó afectado por la enfermedad, contra los 5 restantes solteros que si la presentan y es el 83.33% Para los residentes de segundo grado 3 son casados (25%) y 9 solteros (75%) del total de los 12 residentes de 2º. Ningún residente de los casados se refirió afectado por la enfermedad. En cuanto a los solteros 5 se ven afectados y de éstos uno tiene un hijo y se vió con Burnout presente por lo que es el 100% de los solteros con hijos afectados. El resto de solteros afectados representan el 44.44%. Para los 4 residentes de tercer grado, ninguno indicó estar casado o en unión libre y de los 4 solteros uno sólo uno indicó tener hijos, sin embargo, no se encuentra afectado por la enfermedad. (GRÁFICA 15)



GRÁFICA 15: Gráfica porcentual por grado académico que muestra las características sociodemográficas de los residentes afectados con el síndrome de Burnout en las Secretaría de Salud.

En el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, de los R1 totales que son 7, sólo uno resultó casado (14.28%) y el resto solteros (85.71%). El único residente de este primer año casado, indicó tener hijos y estar afectado por el síndrome lo que representa el 100% de los R1 casados y con hijos afectados. De los 6 solteros 2 indican tener hijos, sin embargo no se encuentran afectados por Burnout, por lo que el resto de los afectados representa el 33.33%. Los 9 residentes de 2º grado, 2 son casados y 7 solteros, por lo que son el 22.22% y el 77.77% respectivamente. De los R2 casados o en unión libre sólo uno se vió afectado por el síndrome del Burnout y es el 50% de los residentes casados afectados y al mismo tiempo indicó tener un hijo por lo que representa el 100% de casados con hijos afectados. Mientras tanto, de los solteros sólo uno indicó tener hijos, pero no presentó la patología en estudio y el resto representa el 83.33%. Para los residentes de 3er grado, de los 12 totales, 6 se encuentran en unión libre o casados y 6 solteros lo que representa la mitad en porcentaje para cada grupo. De estos residentes casados 5 de los 6 se ven afectados y son el 83.33% del total de los casados, mientras que al mismo tiempo, estos 5 indican tener hijos por lo que son el 100% del grupo de casados con hijos con el Síndrome de Burnout. En cuanto a los solteros ninguno indicó tener hijos pero el 50% se ve afectado por el síndrome. (GRÁFICA 16)



GRÁFICA 16: Gráfica porcentual por grado académico que muestra las características sociodemográficas de los residentes afectados con el síndrome de Burnout en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

8.-DISCUSIÓN:

Iniciaremos con una breve revisión sobre el instrumento de medida de esta entidad patológica utilizado en este trabajo: el Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario desarrollado por Maslach y Jackson para medir las tres dimensiones del síndrome de desgaste profesional: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

Se han realizado varias adaptaciones al español del MBI, en sus distintas versiones, que han reproducido su estructura trifactorial,^{38, 39} además de haberse llevado a cabo varios estudios, principalmente españoles, que han comprobado la validez factorial y la consistencia interna de este cuestionario de medida.

En estos estudios se concluyó que la adaptación al castellano del MBI reúne los requisitos suficientes de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la estimación del síndrome de burnout en nuestro contexto sociocultural. Sin embargo, se ha descrito la existencia de un problema psicométrico en el MBI, que está relacionado con los valores alfa de Cronbach, ya que éstos son relativamente bajos para la dimensión de despersonalización, sin embargo, dentro de los límites que se acepta en la literatura.

De las tres escalas de este cuestionario de medida, sólo la que mide el cansancio emocional ha demostrado un buen rendimiento, a comparación de las 2 restantes de despersonalización y realización personal, según Cebriá Andreu,³⁰ y probablemente se estaría midiendo un fenómeno de estrés emocional en el trabajo que no necesariamente es Burnout.

En lo que se refiere a la respuesta obtenida en este trabajo, la toma de la muestra fué hecha aleatoriamente por los residentes que acudieron a la sesión mensual del mes de Agosto del 2010, representando dicha muestra un 64.68% del total de residentes en el Distrito Federal, y por instituciones para el Instituto Mexicano del Seguro Social representó el 60.81%, para la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal 42.85%, en el caso de la Secretaría de Salud fue del 81.81% y de los residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado fue de 93.33%. En este sentido, tenemos que decir que en el estudio de la producción bibliométrica sobre el síndrome de burnout, se han tenido en cuenta artículos publicados los cuales tienen una tasa de respuesta superior al 60%.²⁷ Por todo ello, consideramos aceptable la tasa de respuesta alcanzada en el presente trabajo.

En lo que se refiere a los niveles de burnout y de sus tres dimensiones alcanzados en nuestro estudio, hemos de decir en primer lugar, que la bibliografía está llena de aportaciones referentes a la importancia del burnout en las profesiones sanitarias. A pesar de esta multitud de trabajos sobre el tema que nos atañe, encontramos una gran disparidad de resultados en lo que se refiere a las prevalencias encontradas, tanto del síndrome de burnout en general, como en cada una de sus tres escalas. Este hecho puede ser explicado desde distintos puntos de vista; para Maslach, la presencia de las tres dimensiones del síndrome, no significa que éste no sea un concepto unitario, sino que más bien tiene un efecto enriquecedor del mismo, ya que muestran una serie de reacciones psicológicas que los trabajadores experimentan durante todo el proceso de desgaste profesional, y esto puede explicar las diferencias que se encuentran en las prevalencias. Para esta autora, el cansancio emocional sería la primera fase y más importante del burnout, en una segunda fase

aparecería la despersonalización, y parece ser que de forma simultánea a ésta, aparecería la falta de realización personal.

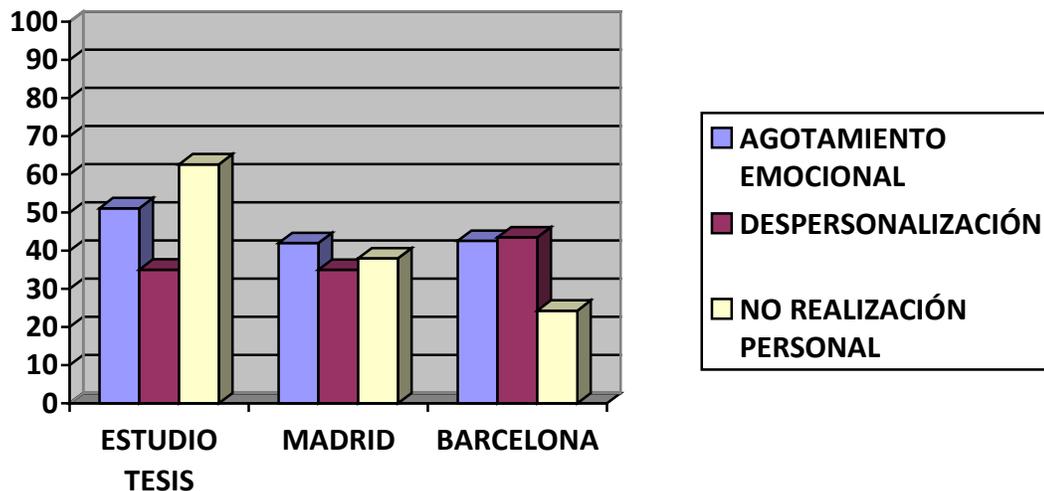
Así, el síndrome de burnout es una entidad nosológica de amplio espectro, con una graduación de síntomas, que van de los más leves a los más severos. La primera fase, en la que podrían incluirse gran cantidad de profesionales, no sería una situación patológica en sí misma, y en ella aparecerían sentimientos de insatisfacción debidos a la poca armonía entre las expectativas individuales de los profesionales sanitarios y su realidad laboral, todo ello influido por diversos factores sociales. Esta situación favorecería los sentimientos de desmotivación profesional y daría lugar a un burnout más establecido. Así, en los casos más severos, sí se podría hablar de burnout como entidad psicopatológica.

Si queremos comparar los resultados de nuestro trabajo con otros ya establecidos en la literatura, no debemos olvidar las peculiaridades de la población de estudio, es decir, tendríamos que tomar en cuenta la comparación en cuanto al país del estudio, las condiciones laborales, las horas de jornada entre otros y, más específicamente, en cada una de las 4 instituciones sedes estudiadas, así como al tipo de población que atienden.

En este trabajo los niveles altos de agotamiento emocional para toda la población estudiada fué del 51.14%, en el caso de la despersonalización del 35.05% y para la realización personal del 62.64%.

Con estos resultados si los comparamos con los obtenidos de estudios de médicos de primer contacto de España.^{31, 40} que es el país cuyo estudio y producción bibliográfica en cuanto al Burnout ha sido mayor, en sus 2 principales ciudades de este país (Madrid y Barcelona), para el caso del agotamiento emocional, fueron mayores

el porcentaje en este estudio contra estas 2 ciudades españolas cuyos niveles registrados fueron del 42% y 42.6% respectivamente. Si hablamos de la despersonalización nos ubicamos prácticamente igual en comparación con los obtenidos con médicos de la ciudad de Madrid (35%) y poco menor si comparamos con los resultados obtenidos en Barcelona (43.5%). Y para el caso de la subescala de realización personal, los niveles en nuestro estudio fueron mayores significativamente comparándole con los obtenidos en Madrid (38%), y mayores comparándole con la ciudad de Barcelona (24.3%). (GRÁFICA 17)



GRÁFICA 17: Gráfica porcentual comparativa entre estudios realizados en España con nuestro estudio sobre las dimensiones presentes en el Burnout.

En otro estudio, que fue realizado en Colombia,⁵² específicamente a residentes de especialidades médico-quirúrgicas, la dimensión que más se vió afectada fué la de despersonalización a diferencia de este estudio en el que el principal componente afectado fué la despersonalización y luego el agotamiento emocional, sin embargo, en el estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tanto a médicos adscritos, como a médicos residentes de urgencias,

la subescala más afectada siguió siendo la del agotamiento emocional.⁴¹

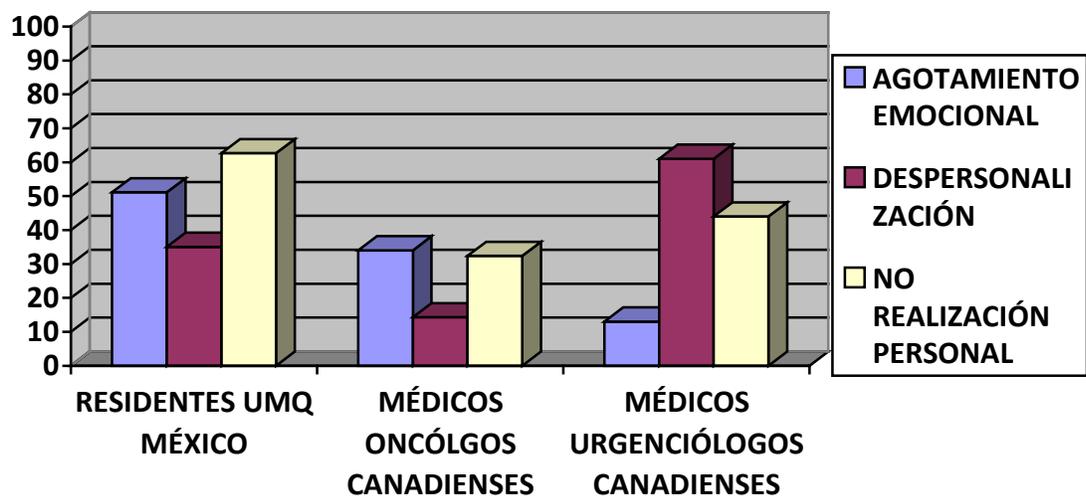
A nivel hospitalario se han realizado trabajos que ponen de manifiesto la relación positiva que existe entre el estrés asistencial y los sentimientos de ira y ansiedad que sufre el personal sanitario,⁴¹ especialmente se han relacionado los mayores niveles de burnout con algunas especialidades que tratan con enfermos oncológicos, graves, crónicos o terminales.

En este sentido, se han realizado varios estudios sobre el síndrome del “quemado” en profesionales de la oncología ^{42, 43, 44} y se ha visto que son los que tienen mayores niveles de burnout, sobre todo de agotamiento emocional y despersonalización.

En un estudio realizado en oncólogos canadienses,⁴⁵ se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en un 34% de los profesionales estudiados, la despersonalización apareció alta en el 14,3%, y un 32,4% de los médicos tenían niveles bajos de realización personal. Sin embargo, estos resultados resultaron bajos en sus 3 subescalas en comparación con los obtenidos con los médicos residentes de urgencias de este estudio. No obstante, en la comparación con médicos de urgencias canadienses que incluía este estudio, sólo en la subescala de agotamiento emocional superamos a los canadienses cuyo porcentaje fue del 13% sin embargo, así como en lo que concierne a la despersonalización que fue de 61%; no así en la subescalas realización personal en la que estuvimos por debajo de lo reportados por ellos (44%) respectivamente. (GRÁFICA 18)

Otro grupo de profesionales donde clásicamente se han encontrado mayores niveles de desgaste profesional es en personal que atiende a enfermos críticos,^{46, 47} En estos profesionales los estresores

laborales más frecuentemente identificados han sido los relacionados con la muerte, el sufrimiento de los pacientes y la sobrecarga laboral,⁴⁸ contagiando el burnout de unos profesionales a otros.⁴⁹ Sin embargo, en algunos trabajos se han encontrado niveles moderados de burnout en este colectivo,⁵⁰ y se ha visto como estos profesionales son capaces de identificar una serie de situaciones laborales, como el trabajo en equipo y la ayuda de los compañeros, para aumentar su satisfacción en el trabajo.⁵¹ Dentro de este grupo que atiende a personas críticas, se encuentran los profesionales de los servicios de urgencias,^{52, 53} ya que se trata de un colectivo que atiende a enfermos con patologías graves y que además está sometido a interminables turnos de trabajo. No debemos olvidar que el estrés, inherente dentro de la actividad en este grupo específico de médicos no debe confundirse con el síndrome de desgaste, ya que como se había referido en la introducción, el estrés por sí solo va a colaborar en la respuesta del médico a las exigencias de su profesión y sólo cuando no lo puede manejar y es continuo se convierte en diestrés cuyo final puede verse incluido en el síndrome estudiado.



GRÁFICA 18: Gráfica porcentual comparativa entre estudios con médicos oncólogos y urgenciólogos canadienses con nuestro estudio sobre las dimensiones presentes en el Burnout.

En relación con el burnout y el sexo, la literatura revisada no ofrece resultados en una única dirección, ya que en algunos estudios las mujeres muestran mayores niveles de burnout,^{24, 54} sin embargo otros trabajos no indican una tendencia hacia uno u otro sexo^{70, 55} En este estudio, el 75% de los varones contra el 66.4% de las mujeres tuvo Burnout, teniendo una tendencia mayor hacia el sexo masculino. En cuanto a las subescalas del síndrome, las mujeres suelen puntuar más alto en cansancio emocional, mientras que los varones lo hacen en despersonalización. Estas diferencias pueden explicarse porque las mujeres son más sensibles emocionalmente y tienden a expresar sus emociones más fácilmente que los varones. Además, las mujeres suelen tener una doble carga de trabajo, ya que a parte de sus responsabilidades laborales se ocupan en mayor medida de las tareas del hogar. La sobrecarga de trabajo se relaciona de forma positiva con el agotamiento emocional.⁵⁶

En la misma línea se ha descrito que mientras los varones manifiestan la insatisfacción laboral por síntomas somáticos, las mujeres lo hacen por síntomas de desgaste profesional, de forma que las mujeres serían más proclives a desarrollar burnout. La pérdida de interés por la actividad laboral se produciría por la sobrecarga asistencial y la presión laboral, que añadidas a la demanda doméstica y familiar, contribuirían al estrés, que lleva al agotamiento.

Aunque no fue una variable de este estudio, en cuanto a la edad, la literatura⁵⁹ menciona que el desgaste profesional disminuye a medida que aumenta la edad. Esto ocurre en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, así como en la variable burnout (que es casi 7 veces más frecuente en individuos menores de 35 años, y 3 veces en profesionales entre 35 y 50 años), de forma estadísticamente significativa, y también en la falta de realización personal.

En relación con la edad y el burnout, hay que tener en cuenta la posibilidad de que los individuos con la enfermedad, abandonen de forma prematura el lugar donde realizan sus actividades y en el caso de los residentes estudiados, su edad fluctúa precisamente del rango entre 25 y 35 años en su mayoría.

Otras variables sociodemográficas estudiadas son el estado civil y la presencia de hijos. Se ha descrito que los solteros son más propensos al burnout que los casados, e incluso tienen niveles de agotamiento mayores a los que están divorciados. Igualmente, la presencia de hijos actúa como un factor protector del desgaste profesional, esto es debido a que el soporte familiar actúa como un amortiguador del estrés laboral, y la familia disminuye la sobreimplicación en el trabajo⁵⁵

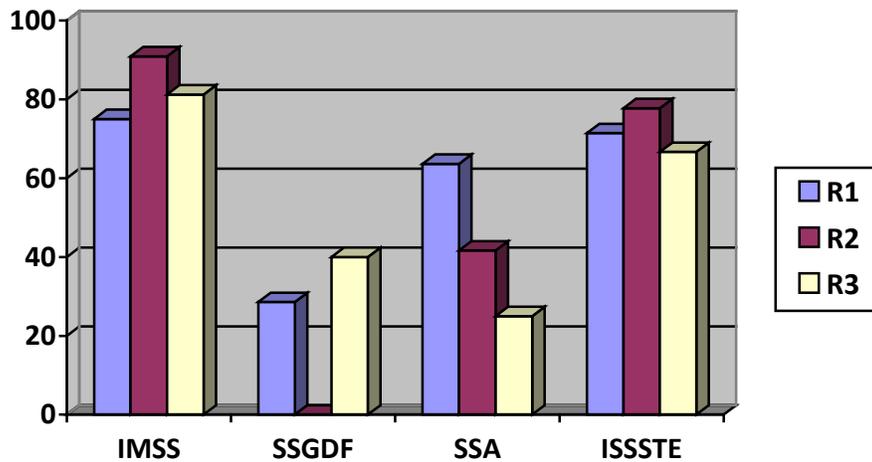
En este estudio, 36 residentes (20.68%) indicaron estar casados o en unión libre, así como 31 de ellos (17.81%) indicaron tener por lo menos un hijo, además de que 11 encuestados solteros (6.32%) respondieron también haber tenido uno o más hijos, sin embargo, contraponen lo descrito en la mayoría de la literatura, ya que la mayoría de los casados o en unión libre presentaron Burnout, así como el hecho de tener por lo menos un hijo, no importando el estado civil.

Las personas con hijos son más estables y maduras, sin embargo en el estudio, el hecho de que encontremos en ellos niveles superiores de cansancio emocional puede deberse al doble papel desempeñado; padres y trabajadores, que puede dar lugar a estrés, y a su vez los estresores familiares pueden tener repercusiones en el trabajo, como lo descrito en algunas fuentes bibliográficas.

Si comparamos ahora por grados académicos e instituciones los 3 factores de las subescalas y la presencia del Burnout, no hay en sí un estudio previo que lo realice, sin embargo en este estudio

podemos observar que para la dimensión de agotamiento emocional tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado se encuentran afectados en sus niveles altos en los residentes de todos los grados para la primera institución y en los 2 primeros grados para la 2ª institución, no así para la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal como para la Secretaría de Salud quienes en su mayor porcentaje resultaron con niveles bajos e intermedios para esta dimensión. Para la siguiente subescala que es la de despersonalización, igualmente el IMSS como el ISSSTE se vieron afectados en su mayor porcentaje correspondiendo para el 2º grado el más afectado para el IMSS y los 3 grados para el ISSSTE, obteniendo niveles bajos e intermedios para los demás grados y para la SSGDF y SSA niveles bajos e intermedios en esta subescala. Finalmente para la dimensión de realización personal, igualmente tanto IMSS como ISSSTE se vieron afectados en mayor porcentaje en todos los grados, así como encontrarse igualmente afectado en mayor grado el residente de tercer grado de la SSGDF, mientras que para el primer y segundo grado de esta institución, así como para la SSA en sus 3 grados no se mostraron con datos de baja realización personal hasta el momento del estudio.

En el parámetro de la prevalencia del Burnout, la institución que presentó mayor porcentaje de la enfermedad en los 3 grados académicos fue el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguida en 2º lugar por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y después por la Secretaría de Salud, quien tuvo en mayor porcentaje de afectación a residentes de primer y segundo grado, no así en el tercer grado quien fue superado por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, para tener a los R1 y R2 en último lugar en porcentaje de afectación por el Burnout. (GRÁFICA 19)



GRÁFICA 19: Gráfica porcentual comparativa por grado académico e institución de la presencia del Síndrome de Burnout

Llama la atención que las 2 instituciones de mayor infraestructura y que atienden a un mayor número de población tanto en la República Mexicana, como en el Distrito Federal son los que presentan mayor afectación por esta enfermedad probablemente relacionada con el tipo específico de población a la que atienden, así como el número de pacientes atendidos diariamente y las horas de estancia en dichas instituciones, así como otras características propias de estas. Finalmente, las 2 instituciones abiertas a la población en general, se ven menos afectadas, independientemente de ser las 2 instituciones con menor número de residentes de la especialidad.

9.-CONCLUSIONES:

1. Las instituciones en nuestro país, específicamente en el Distrito Federal, que cuentan con la formación de residentes especialistas en urgencias médico quirúrgicas son en orden de aparición la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (antes Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal) en 1986, el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1991, la Secretaría de Salud Federal en 2001 y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en 2005, todos con aval académico de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.
2. El síndrome del desgaste o Burnout es una entidad patológica muy compleja la cual está definida por sus 3 dimensiones que lo definen, que se interrelacionan entre sí y que una va llevando a la otra, siendo estas el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.
3. El médico de urgencias se encuentra bajo factores constantes de estrés, el cual al ser crónico y no poderse manejar puede convertirse en diestrés que de ninguna manera debe confundirse con el Síndrome de Bunout.
4. Las causas más comunes de aparición del síndrome en el personal sanitario están dadas por la institución y el número de pacientes que atienden, las discrepancia entre sus expectativas y condiciones para realizar la residencia, el apoyo social, su misma personalidad del residente, así como los factores sociodemográficos del mismo (edad, estado civil, presencia o no de hijos, jornada de trabajo, etc.)

5. Las 2 instituciones que presentaron mayor porcentaje de afectados con el Síndrome del Burnout fueron primeramente el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguido del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado en sus 3 dimensiones que lo definen.
6. La subescala o dimensión que tuvo el mayor porcentaje de afectados fue la de realización personal, seguida de la dimensión de agotamiento emocional y al final la de despersonalización.
7. El perfil del médico residente de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas que presenta esta patología es un hombre o mujer entre 25 y 35 años, soltero o casado, con o sin hijos que cursa el 2º año de la residencia en cualquiera de las 2 instituciones de salud principales en nuestro país: IMSS o ISSSTE

10.-BIBLIOGRAFÍA:

1. FREUDENBERGER, H. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues 1974; 30(1): 159-166.
2. MOLINA, A.; GARCÍA, M.A.; ALONSO, M.; CECILIA, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten. prim. 2003; 31(9): 564-574.
3. GIL-MONTE P.; PEIRÓ, J.M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología 1999; 15(2): 261-268.
4. GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J.M. A study on significant sources of the "Burnout Syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. Psychology in Spain 1998; 2 (1): 116-123.
5. PINES, A.; ARONSON, E.; KAFRY, D.P. Burnout: From tedium to personal growth. New York: Free Press; 1981.
6. TORRADES, S. Estrés y burnout, definición y prevención. Ambito farmacéutico, divulgación sanitaria. Elsevier Mex. 2007. Vol. 26 Num. 10.
7. MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job Burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52 (1): 397-422.
8. MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981; 2 (2): 99-113.
9. MINGOTE, J.C.; MORENO, B.; GÁLVEZ, M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. Med. Clín. (Barcelona) 2004; 123(7): 265-270.
10. MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; Maslach Burnout Inventory Manual. (2a Edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;1986.

11. LEKA, S.; GRIFFITHS, A.; COX, T. ¿Qué es el estrés laboral?. La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
12. KORTUM-MARGOT E. Factores psicosociales que influyen en el trabajo. Programa de Higiene del Trabajo. The Global Occupational Health Network 2: 7-10. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf
13. MORATA, M.A.; FERRER, V.A.; Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. Mapfre, Medicina 2004; 15(3):49-61.
14. PIEDRAHITA LOPERA H. Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desórdenes músculo-esqueléticos. Mapfre, Medicina 2004; 62-71.
15. FLÓREZ LOZANO J.A. La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. Med. Integral 2002; 40 (4):167-182.
16. GONZÁLEZ- RODRÍGUEZ V.M. Acoso laboral. Aproximación al mobbing. Semergen, 2004; 30 Supl.1: 3-8.
17. ÁLVAREZ, C.; HINOJOSA, C; ARRIAGA, A.; CARRILLO, J.A.; PERNIA, I. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. ¿Pueden quemarse los dentistas?. [Internet]. Madrid: Gaceta Dental Digital; 2003. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/anteriores/anteriores.html>
18. HERNÁNDEZ, G.L.; OLMEDO, E. Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. Apuntes de Psicología 2004; 22 (1): 121-136.

19. CEBRIÁ, J.; SEGURA, J.; CORBELLA, S.; SOS, P.; COMAS, O.; GARCÍA, M. et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Aten. Prim. 2001; 27(7):459-468.
20. MORENO, B.; GÓNZALEZ, J.L.; GARROSA, E.; PEÑACOBÁ, C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. Rol de Enfermería 2002; 25 (11): 18-26.
21. HILLHOUSE, J.J.; ADLER, C.M. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. Soc. Sci. Med. 1997; 45 (12):1781-1788.
22. ALBAR, M.J.; ROMERO, M.; GONZÁLEZ, M.D.; CARBALLO, E.; GARCÍA, A.; GUTIÉRREZ, I. et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enferm. clín. 2004; 14(5): 281-285.
23. ESCRIBÁ-AGÜIR, V.; BERNABÉ-MUÑOZ, Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. Gac. Sanit. 2002; 16 (6):487-496.
24. ALBADALEJO, R.; VILLANUEVA, R.; ORTEGA, P.; ASTASIO, P.; CALLE, M.E.; DOMÍNGUEZ, V.; Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78(4): 505-516.
25. ZUGER, A. Dissatisfaction with Medical Practice. New Engl. J. Med. 2004; 350(1): 69-75.
26. BERNARDI, M.; CATANIA, G.; MARCECA, F.; The world of nursing burnout. A literature review. Prof. Inferm. 2005; 58(2): 75-79.
27. GAYNÉS, E.; GIMÉNEZ, M.; PORTELL, M.; El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. Arch. Prev. Riesgos Labor. 2004; 7(3): 101-108.
28. El "burn out" afecta ya a uno de cada tres médicos. Gaceta médica española, 6 al 12 de septiembre de 2004.

29. DE LAS CUEVAS, C.; DE LA FUENTE, J.A.; ALVIANI, M.; RUIZ-BENITEZ, A.; CORDURAS, E.; GONZÁLES, T; et al. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. Mapfre Medicina 1995; 6(1): 7-18.
30. CEBRIÁ, J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Aten. Primaria 2003; 31(9): 572-574.
31. MOLINA, A.; GARCÍA, M.A.; ALONSO, M.; CECILIA, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten. prim. 2003; 31(9): 564-574.
32. RAMOS, F.; CASTRO, R.; FERNÁNDEZ VALLADARES M.J. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. Mapfre, Medicina 1999; 10(2): 134-144.
33. ALBAR, M.J.; ROMERO, M.; GONZÁLES, M.D.; CARBALLO, E.; GARCÍA, A.; GUTIÉRREZ, I. et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enferm. clín. 2004; 14(5): 281-285.
34. PERA, G.; SERRA-PRAT, M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac. Sanit. 2002; 16(6): 480-486.
35. IBÁÑEZ, N.; VILAREGUT, A.; ABIO, A.; Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enferm. clín. 2004; 14(3): 142-151.
36. LÓPEZ-SORIANO, F.; BERNAL, L.; Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. Rev. Calid. Asist. 2002; 17(4):201-205.
37. DE LA PEÑA, E.; SANZ, J.C.; GARRIDO, J.; CARVAJAL, J.; GALÁN, R.; HERRERO, A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. Enfermería Clínica 2002; 12(2): 59-64.

38. MORENO B, O.; PASTOR, J.C.; ARAGONESES, A. El burnout una forma específica de estrés laboral. Carballo VE & Buela Ed. Manual de Psicología Clínica, Madrid, s.XXI, 1991. Pp.271-284
39. SEISDEDOS, N. MBI. "Inventario Burnout" de Maslach. Madrid. TEA, Ed. 1997
40. SOS, P.; SOBREQÜÉS, J.; SEGURA, J.; MANZANO, E.; RODRÍGUEZ, C.; GARCÍA, M. et al. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. Medifam 2002; 12 (10):613-619.
41. PÉREZ, M.A.; CANO, A.; MIGUEL, J.J.; CAMUÑAS, N.; SAYALERO, M.T.; BLANCO, J.M. La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. Ansiedad estrés 2001; 7 (2-3): 247-257.
42. LYCKHOLM, L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. Lancet Oncol. 2001; 2 (12): 750-755.
43. TRAVADO, L.; GRASSI, L.; GIL, F.; VENTURA, C.; MARTINS, C. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. Psychooncology_2005; 14 (8): 661-670
44. SCHRAUB, S.; MARX, E. Burn out síndrome in oncology. Bull Cancer 2004; 91 (9): 673-676.
45. ELIT, L.; TRIM, K.; MAND-BAINS, I.H.; SUSSMAN, J.; GRUNFELD, E. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. Gynecologic Oncology 2004; 94 (1):134-139
46. GUNTUPALLI, K.K.; FROMM, R.E. Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Med. 1996; 22 (7): 625-630.
47. FISCHER, J.E.; CALAME, A.; DETTLING, A.C.; ZEIER, H.; FANCONI, S. Experience and endocrine stress responses in neonatal and pediatric critical care nurses and physicians. Crit. Care Med. 2000; 28 (9): 3362-3363

48. SIMÓN, M.J.; BLESA, A.; BERMEJO, C.; CALVO, M.A.; GÓMEZ, C. Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de cuidados críticos. Enferm. Intensiva 2005; 16(1): 3-14
49. BAKKER, A.B.; LE BLANC, P.M.; SCHAUFELI, W.B. Burnout contagion among intensive care nurses. J. Adv. Nurs. 2005; 51 (3): 276-87
50. CUBRILLO-TUREK, M.; UREK, R.; TUREK, S. Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. Coll. Antropol. 2006; 30 (1): 131-135.
51. ARCHIBALD, C. Job satisfaction among neonatal nurses. Pediatr. Nurs. 2006; 32 (2). 176-179.
52. CEVIK, A.A.; HOLLIMAN, C.J.; YANTURALI, S. Emergency physicians and "burn out" síndrome. Ulus. Trauma Acil. Cerrahi Derg. 2003; 9 (2): 85-89.
53. SÁNCHEZ, A.; LUCAS, N.; GARCÍA-OCHOA, M.J.; SÁNCHEZ, C.; JIMÉNEZ, J.A.; BUSTINZA, A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. Emergencias 2001; 13(3):170-175.
54. ATANCE, J.C.; Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71 (3): 294-303
55. PRIETOL, ROBLES E.; SALAZAR, L.M.; DANIEL, E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten. Prim. 2002; 29 (5): 294-302.
56. AGUT, S.; GRAU, R.; BEAS, M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. Ansiedad y Estrés 2001; 7(1): 79-88
57. BELLOCH. S.L.; RENOVELL, V.; CALABUIG, J.R.; GÓMEZ, L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. An. Med. interna 2000; 17(3):118-122

58. BORDA, M.; NAVARRO, E. et al. Burnout syndrome in intership students hospital universidad del norte. Salud Uninorte Barranquilla (Col). 2007; 23 (1): 43-51
59. ORAMAS, A.; GONZÁLEZ, A.; VERGARA A. Professional exhaustion evaluation an factorial analysis of the MBI-GS. Rev.Cub. de Salud y Trab. 2007; 8 (1): 37-45
60. LORIA, J.; GUZMÁN, E. Síndrome de desgaste en personal médico (adscritos y residentes de la especialidad de urgencias médicas) en un servicio de urgencias de la Ciudad de México. Rev. Cub. de Med. Int. y Emerg. 2006; 5 (3) 432-443
61. PÉREZ C., E. Síndrome del Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Med. Int. Méx. 2006; 22: 282-286
62. MARTINEZ-LANZ, Patricia; MEDINA-MORA, Elena; RIVERA, Edith. Adicción, depresión y estrés en médicos residentes. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol. 48 No. 5 , Septiembre-October, 2005: 191-197
63. ORTEGA, R. Cristina; LÓPEZ, R. Francisca. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; Vol. 4, No. 1: 137-160
64. CHAVARRIA, I. Alejandro; RIVERA, I. Doris. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico quirúrgicas. Rev. Med. IMSS.2004, 42 (5): 371-378
65. MASLACH, C.; JACKSON, S.E. Maslach burn inventory. 1981 – 1986 – 1997. Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach, Madrid, TEA, 99-113
66. CAMACHO, A.; JUÁREZ, A.; ARIAS, F. Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. Ciencia y Trabajo. Año 12. Num 15. Ene-Mar 2010. 251-256. [Internet] Disponible en: www.cienciaytrabajo.cl
67. GONZÁLEZ, C. Síndrome de Burnout: una oportunidad para aprender y reflexionar. SEMERGEN, 2003; 29(1):2-3 [Internet] Disponible en: www.elsevier.es

68. ROCHA, J.M. Síndrome de "Burnout". ¿El médico de urgencias incansable? Rev.Mex.de Urg. 2002; 1(2); 48-56
69. GIL MONTE, P.; MARUCCO, M. Prevalencia del "Síndrome de quemarse por el trabajo" (Burnout) en pediatras de hospitales generales. Rev. Sal. Púb. 2008; 42(3); 450-456
70. ROSAS M, S. Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en personal de Enfermería del Hospital General de Pachuca. Rev. Elec. De Psic., ICSa-UAEH No. 3
71. ALDRETE R., M.; PRECIADO S., M. de L.; FRANCO CH., S.; PÉREZ, J.; ARANDA B., C. Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout. Diferencias entre hombres y mujeres docentes de secundaria, Zona Metropolitana de Guadalajara, México. Cienc. y Trab. Año 10, Num 12. Oct-Dic 2008. [Internet] Disponible en: www.cienciaytrabajoc/
72. PAREDES G., O; SANABRIA FERRAND, P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades Médico-Quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Rev. Med.16 (1); 25-32, 2008
73. LANCE, H.; McKNIGHT, M. Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation. The Internet and Higher Education, Vol. 10. 2007. 27-24
74. CABALLERO, M. et al. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria. Vol. 27. Num. 5. Mar. 2005
75. VANESSA T, M.; AYALA, E.; SPHAN,STORTTI, M. Etiología y prevención del síndrome del burnout en los trabajadores de la salud. Rev. De Postg. De la VI Cat. De Med. Num. 153, Enero 2006
76. MORENO J, B.; RODRÍGUEZ C, R.; ESCOBAR, R.; La evaluación del Burnout profesional, factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. Rev. Ansiedad y Estrés, 2001, 7 (1). 69-78

77. QUINCENO, M.; VINACCIA, S. Burnout: "Syndrome of burning oneself out at work". Act. Col. De Psic.10 (2): 117-125, 2007
78. DOS SANTOS, F.; ARAUJO, J.; BEZERRA, A. Burnout síndrome in nurses in at Intensive Care Unit. Einstein, 2009; 7 (1): 58-63
79. ARANDA, C.; PANDO, M.; VELÁZQUEZ, I.; ACOSTA, M.; PÉREZ, M. Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. 2003;30 (4): 193-199
80. LÓPEZ, E.; GONZÁLEZ, M.;MORALES, C.E.; ESPINOZA, M. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2007; 45 (3): 233-242
81. GIL MONTE, P.; Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burn Inventory – General Survey. Salud Pública de México. Vol.44, No.1, Enero-Febrero, 2002



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

Cuestionario validado MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	EE							
2	EE							
3	EE							
4	PA							
5	D							
6	EE							
7	PA							
8	EE							
9	PA							
10	D							
11	D							
12	PA							
13	EE							
14	EE							
15	D							
16	EE							
17	PA							
18	PA							
19	PA							
20	EE							
21	PA							
22	D							

RESIDENTES DE: INSTITUCIÓN: ESTADO CIVIL: No. DE HIJOS:

1er grado 2º grado 3er grado

IMSS SSAGDF ISSSTE SSA

solter@ casado/UL

EDAD: