



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADEMICA DE MEDICINA

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO  
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

## TESIS

“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL MÉDICO RESIDENTE DEL HOSPITAL  
GENERAL DE PACHUCA”

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS  
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO  
**RUBÉN ISAÍ MONTAÑO ISLAS.**

BAJO LA DIRECCIÓN DE:  
DRA. GLORIA DEL PILAR SOBERANES HERNÁNDEZ.  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
ASESOR CLINICO

DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA  
PROFESOR INVESTIGADOR  
ASESOR UNIVERSITARIO

DR VICTOR MANUEL GALVAN RODRIGUEZ  
PROFESOR INVESTIGADOR  
ASESOR UNIVERSITARIO

PACHUCA DE SOTO, HGO.

## ÍNDICE

I.	Antecedentes .....	2
II.	Planteamiento del problema .....	12
III.	Objetivos.....	13
IV.	Justificación .....	14
V.	Hipótesis.....	15
VI.	Material y métodos.....	15
VII.	Definición de términos.....	16
VIII.	Descripción de la metodología.....	17
IX.	Aspectos éticos.....	18
X.	Recursos humanos, físicos y financieros.....	18
XI.	Hallazgos.....	19
XII.	Discusión.....	23
XIII.	Conclusiones y recomendaciones.....	24
XIV.	Anexos.....	25
XV.	Referencias bibliográficas.....	31

## **I.- ANTECEDENTES**

El burnout o “síndrome del quemado” es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger<sup>1</sup>, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “ estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado”), de tal forma que estas personas “sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Según este autor, el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”.

Más tarde, en 1976, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social... "comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio"...). Para esta autora, el burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el absentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además Maslach afirmó que el burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.<sup>2</sup>

Por su parte, Edelwich (1980) definió el burnout como "una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales", y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo.<sup>3</sup>

Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente". Para estos autores, el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional.<sup>4</sup>

Pero el burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como "un síndrome de

cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), “...basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de burnout...” Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.<sup>5,6</sup>

Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el Burnout<sup>7</sup> como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. Para Maslach la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultánea en vez de secuencial. Estos autores realizaron un análisis de todo lo estudiado hasta el

momento sobre este síndrome y afirmaron que se existían varias fases a lo largo de su historia.

En la primera fase, aparecieron los artículos iniciales, basados en la experiencia de la gente que trabajaba en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con el campo de la salud. En la segunda fase (fase empírica), se comenzaron a realizar trabajos cuantitativos del burnout, utilizando el MBI y estudiando profesionales de otros campos, como los profesores. Más tarde, el estudio del burnout se amplió a otras profesiones como gerentes, administrativos, militares, etc. Además se emplearon modelos estructurales en la investigación del síndrome, para así poder estudiar diversos factores que influían en el mismo y sus consecuencias de forma simultánea. Posteriormente, se empezaron a realizar estudios longitudinales sobre el burnout.

En España, en 1989 los autores Gervás y Hernández denominaron al síndrome de burnout enfermedad de Tomás<sup>8</sup> y en 1998 Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional<sup>9</sup>, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema.

En 1999, Mingote Adán y Pérez Corral<sup>10</sup> definen el síndrome de desgaste profesional como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento”. Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés.

Pedro Gil-Monte y José María Peiró<sup>11</sup> proponen una serie de modelos psicosociales para el estudio del burnout y lo definen como “una respuesta al estrés laboral

percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés percibido. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales”.

Maslach Burnout Inventory (MBI) evalúa el desgaste profesional, se complementa en 10 – 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome. Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Es el cuestionario más utilizado y esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana del 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 preguntas en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Existen tres sub escalas bien definidas, que se describen a continuación.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 preguntas. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. Subescal de realización personal. Se compone de 8 preguntas. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. <sup>12</sup>

Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario, consecuencia de la rutina por la monotonía y por la falta de control derivada de la estructura. Pero en las burocracias profesionalizadas (centro de

salud, hospitales) el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales <sup>13</sup>

El síndrome de Burnout, como objetivo tridimensional permite clasificar como sujetos quemados a quienes pueden tener características diferentes por puntuaciones distintas en las dimensiones. A su vez evaluarlo de forma unidimensional, supone perder la perspectiva del síndrome. Se han identificado algunos factores sociodemográficos de riesgo para el desarrollo de la patología, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos y por supuesto la sobrecarga del trabajo.<sup>14</sup>

Además entre los profesionales sanitarios, en especial personal médico y de enfermería, se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome entre las distintas profesiones y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos a pesar de ello también existen repercusiones en otros grupos como fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales, que forman parte de la atención integral al usuario. Algunos autores han observado que la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo, predispone a experimentar Burnout<sup>15</sup>. Dentro de las variables socio demográficas como las mencionadas anteriormente y se valoran en diversos estudios destacan la edad y el sexo.<sup>16</sup>

Los factores desencadenantes o estresores laborales según Gil Monte y Peiro se pueden organizar en 4 categorías.

1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, eliminación, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, entre otros).
2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional).

3. Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmos de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión).
4. Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.<sup>17</sup>

Las jornadas extenuantes provocan privación del sueño, que deteriora el rendimiento laboral, trastornos del carácter e incrementan la posibilidad de error. Los problemas fisiológicos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas son trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión y síndrome de Burnout. Por lo que se ha visto síndrome de Burnout en profesionales médicos, el cual es más frecuente entre las edades de 30 a 60 años; suele presentarse en el hombre y su prevalencia se ha descrito de forma variable a nivel mundial de un 3 hasta 60%. En el médico y en general, en el profesional de la salud, se describen algunas características psicológicas, más o menos constantes, como son la presencia de dudas, sentido exagerado, de la responsabilidad y sentimientos de culpa que facilitan las alteraciones emocionales que puedan llegar hasta depresión severa e incluso suicidio.<sup>18</sup>

En los últimos 10 años en Estados Unidos y Canadá, se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo con las que se acumulen 100 a 120 horas semanales, aun frecuentes para los residentes de ambos países. En México, la ley federal del trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de 8 horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño.<sup>19</sup>

El médico residente está especialmente expuesto debido a las horas de trabajo a la semana que acumula, el ambiente estresante en el que labora y la personalidad que desarrolla durante su etapa de entrenamiento. Esto hace de la residencia médica un periodo de estrés constante donde se desarrolla un conocimiento exponencial de la medicina en un corto lapso de tiempo, lo que lleva al residente a generar diversos grados de responsabilidad, estrés y, probablemente, una sensación de un mínimo control en su vida, haciéndolo más susceptible para la adquisición de este síndrome. Dado el objetivo de la residencia médica, el estrés es casi inevitable y será parte diaria de la formación de aquel que en un ámbito hospitalario se encuentra. Sin embargo, este estrés puede llevar a sentimientos de insuficiencia en el trabajo y

soledad, identificando elementos como sentimientos de incapacidad, falta de apoyo y desesperanza.<sup>20-21</sup>

En una encuesta a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos, se observó que trabajar más de 24 horas continuas, se relacionaba con mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito, así como el estrés generado por extenuantes jornadas de trabajo aumentaba la tendencia a cometer errores médicos; además de cambios fisiológicos (dominancia del sistema nervioso que regula las funciones vitales básicas y relativamente autónomas). Se demostró que tras una guardia el 58% de los médicos mostraba deshidratación. En los ciclos de sueño se evidenció que los niveles de somnolencia diurna de los médicos residentes son similares e incluso similares a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño y que padecen privación crónica parcial del sueño. La falta de sueño produce efectos sobre la práctica de tareas muy similares a los de la intoxicación alcohólica. Veinticuatro horas continuas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol al 0.1% que provoca descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción y en la memoria visual y el pensamiento creativo.<sup>21</sup>

En residentes de Medicina Interna en Washington, se encontró alta prevalencia (76%) de desgaste profesional y en 84% la pérdida de sueño y la fatiga influyeron en las capacidades para realizar el trabajo de forma óptima.<sup>22</sup>

Actualmente se observa este síndrome en estudiantes de medicina y médicos practicantes. La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales<sup>23</sup> y de 22 hasta 60% en especialistas.<sup>24-25</sup> Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%.<sup>26-27</sup> La prevalencia en México es de 44%.<sup>28</sup>

Se reporta en la literatura en México donde se encontró en un Hospital infantil del estado de Sonora que el 90% de los residentes de pediatría presentaban síndrome de Burnout donde el 27.5% en grado severo, 44.8% grado moderado y 27.5% leve, el grupo más afectado fueron los residentes de tercer año de pediatría.<sup>29</sup>

En un estudio en la ciudad de Xalapa, Veracruz, se encontró que el 26% presentaron un nivel de agotamiento emocional, 30% de despersonalización y 44% de realización personal una asociación de padecer síndrome de Burnout y depresión en médicos

residentes de diferentes especialidades, ya que la residencia media es un periodo de adiestramiento en donde las jornadas laborales y académicas no dejan espacio para la vida personal de los médicos, al mejorar las condiciones laborales de los residentes mejorarían su nivel de aprendizaje, calidad de tiempo de estudio, y retomar la calidad de atención a los pacientes.<sup>30</sup>

En el 2008 se reportó un estudio transversal donde se tomaron tres hospitales de la ciudad de México, donde se aplicó la encuesta de Maslach Burnout Inventory a los residentes, agregando preguntas sobre prácticas y actitudes sub óptimas en la atención médica, alcoholismo, toxicomanías, depresión y características sociodemográficas, participando 312 residentes donde los residentes con síndrome de desgaste profesional tuvieron mayor riesgo de presentar prácticas sub óptimas de atención médicas, con jornadas mayores a 12 horas así como depresión actual y previa.<sup>31</sup>

En el 2003 se implementó en Estados Unidos el Acreditación Council for Graduate Medical Education's 80- Hour Workweek Restriction, el cual contempla que un residente no debe sobrepasar las 80 horas de actividad laboral por semana, por lo menos tener un descanso de 10 horas entre jornadas laborales, no trabajar más de 24 horas seguidas, con un día a la semana libre de trabajo y de atención al paciente. Esta restricción fue adoptada para conservar la salud mental y física del residente, y la reducción de errores que se puedan dar por la privación de horas de sueño. Sin embargo, existen argumentos en contra de esta implementación, como es la reducción en horas laborales, la cual impedirá al residente observar el curso clínico de las patologías en los pacientes. Existieron algunas críticas sobre el que esta restricción en horas podría generar más errores médicos debido a que el paciente sería tratado por más médicos y, por último, el que menos horas laborales no generaría un sentido de responsabilidad y profesionalismo en el residente de medicina. Sin embargo, en un estudio realizado por Gelfand se observó que el síndrome de Burnout en residentes, una semana antes y seis meses después de la implementación de esta restricción máxima de horas laborales, no causó reducción de los puntajes en la escala de Maslach para síndrome de Burnout, teniendo inclusive un aumento de la despersonalización de 56 a 70%.<sup>32</sup>

El personal sanitario más vulnerable al estrés y el síndrome de burnout son los médicos en período de formación <sup>33</sup>. Durante el segundo y el quinto año de experiencia laboral en el ámbito asistencial es cuando se producen los procesos claves de adaptación y ajuste a las nuevas tareas o surge el fracaso en el afrontamiento de las funciones básicas que han de desarrollarse <sup>34</sup>

El MIR vive durante un periodo variable de 3 a 5 años, según la especialidad elegida, en una situación de estrés constante, pero sobre todo es en los servicios de urgencias donde el residente soporta una importante presión asistencial y responsabilidad. Los servicios de urgencias pueden considerarse como verdaderos factores de riesgo para la aparición de burnout, pues son lugares generadores de estrés por excelencia (alta presión asistencial, exigencias por parte de los pacientes de reducir el tiempo de demora, excesivas horas de trabajo, falta de descanso, falta de cooperación por parte de los enfermos y sus familiares, responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido, prisas y agobios continuos). Estos factores contribuyen a que la etapa de formación MIR sea especialmente un periodo de vulnerabilidad al estrés y al síndrome de burnout<sup>6</sup>, y así diversos estudios han demostrado que los MIR sufren altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional y síndrome de burnout <sup>35,36</sup>. Sin embargo, en nuestro país hay pocos estudios publicados que evalúen la presencia de burnout en médicos residentes <sup>37</sup>

## II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- La prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos generales es del 43 al 45% y médicos especialistas entre 22 al 60% <sup>24-25</sup>
- Ciertos grupos como los médicos residentes de especialidad la prevalencia va del 47 al 76%
- En estudios realizados en México se encontró una prevalencia en los médicos residentes de especialidad del 44% <sup>28</sup>
- En ciertas especialidades varia la prevalencia hasta de un 90% según la especialidad realizada en centros de alta especialidad <sup>29</sup>
- Al mejorar las condiciones de laborales de los residentes mejorarían su nivel de aprendizaje, calidad de tiempo de estudio, y retomar la calidad de atención a los pacientes <sup>30</sup>

¿Cuál es la prevalencia de presentación del síndrome de Burnout en médico residente del Hospital General de Pachuca?

### **III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### Objetivo general

Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca

#### Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de presentación del cansancio emocional, en los médicos residentes.
2. Determinar la frecuencia de presentación de la despersonalización, en los médicos residentes.
3. Determinar la frecuencia de presentación la falta de realización personal, en los médicos residentes.
4. Determinar las principales características socio demográficas de los médicos residentes de Hospital General Pachuca.

#### **IV.- JUSTIFICACIÓN**

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

Estudios recientes <sup>29-31</sup> ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en personal sanitario, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para la institución en la que éste trabaja.

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este colectivo para poder elaborar planes de prevención.

Es fundamental que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas por las importantes labores que van a desempeñar.

## **V.- HIPÓTESIS**

La prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes del Hospital General de Pachuca será de un 44% donde 26% presentaran un nivel de agotamiento emocional, 30% de despersonalización y 44% de realización personal.

## **VI.- MATERIAL Y METODOS**

El presente estudio se realizará en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo, el cual está ubicado en la carretera Pachuca-Tulancingo # 101, colonia Ciudad de los niños, perteneciente al municipio de Pachuca el cual otorga atención de segundo nivel con área de influencia en el estado de Hidalgo así como de estados circunvecinos principalmente Estado de México, Distrito Federal, Puebla y Veracruz de donde son referidos a este hospital.

## **VII. DEFINICIÓN DE TERMINOS.**

Síndrome: Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

Grupo de signos y síntomas que revelan la alteración de una función somática relacionados a unos con otros por medio de una peculiaridad anatómica, fisiológica o bioquímica del organismo.

Síndrome de Burnout: síndrome de desgaste profesional, síndrome de quemarse por el trabajo.

Es un padecimiento que a grandes rasgos consistirá en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye la fatiga crónica ineficiencia y negación de lo ocurrido.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

## **VIII. DESCRIPCION DE LA METODOLOGÍA.**

Se realizó el estudio en el periodo de mayo a agosto del 2015 en el Hospital General de Pachuca donde se realizo cuestionarios de los médicos residentes de las diferentes especializadas, siendo 107 los encuestados, donde 55 fueron del sexo femenino y 52 fueron del sexo masculino.

Una vez que se identificó la población se entrego un cuestionario personal con datos de identificación (edad, sexo, estado civil) y datos laborales (especialidad, año en curso de la residencia, horas de trabajo a la semana) y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), se considero.

Agotamiento emocional: con 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Despersonalización: con 5 preguntas, evalúa actitudes y respuestas clínicas hacia quienes presentan servicios.

Realización personal. Con 8 preguntas, evalúa sentimientos de eficacia y realización personal en el trabajo.

Para diagnosticar el síndrome de Burnout debía tener un valor alto en cansancio emocional y despersonalización, mientras en realización personal un valor bajo. Además se administro consentimiento informado antes de aplicar los cuestionarios.

## **IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de salud en México en materia de investigación para la salud en base al artículo 16 y 17 en su fracción I el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo ya que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones; mas sin embargo cada uno de los sujetos que sean susceptibles de participar en el estudio se les explicará el motivo del mismo así como cada uno de los procedimientos realizados, los riesgos e inconvenientes y/o beneficios posibles derivados del mismo decidiendo libremente su participación.

## **X. RECURSOS: HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS**

1.- Presenta: Rubén Isaí Montaña Islas

Médico residente de la Especialidad de Urgencias Médicas

2.- Consultorio de la consulta del servicio de urgencias del Hospital General de Pachuca.

3.- Lápiz del número 2, 20 piezas, pieza tres pesos, sesenta pesos

4.- Hojas de papel, 400 piezas, cincuenta centavos cada pieza, doscientos pesos.

5.- Encuesta sociodemográfica: En esta encuesta se recabaran datos como edad, género, estado civil, jornada laboral, expectativas laborales, entre otras variables sociodemográficas.

6.- Encuesta Maslach: Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el síndrome de Burnout.

7.- Costo aproximado de los insumos a utilizar trescientos pesos.

## XI. HALLAZGOS.

Se realizaron 107 encuestas los resultados de acuerdo al número y porcentaje de residentes por especialidad y grado de residencia se muestra en las siguientes tablas:

Tabla 1. Médicos residentes encuestados y el porcentaje del total de ellos.

Especialidad cursada	Casos	Porcentaje
Medicina interna	13	12.14
Cirugía general	14	13.0
Pediatría	8	7.47
Ginecología y obstetricia	15	14.0
Anestesiología	13	12.1
Traumatología y ortopedia	9	8.41
Medicina integrada	15	14.0
Urgencias médicas	14	13.14
Medicina del enfermo en estado crítico	4	3.73
Neonatología	2	1.86

Tabla 2. Año en curso, número y porcentaje de los médicos residentes.

Grado	Casos	Porcentaje
Primer año	34	31.7
Segundo año	31	28.9
Tercero año	29	27.1
Cuarto año	13	12.1
Total	107	100

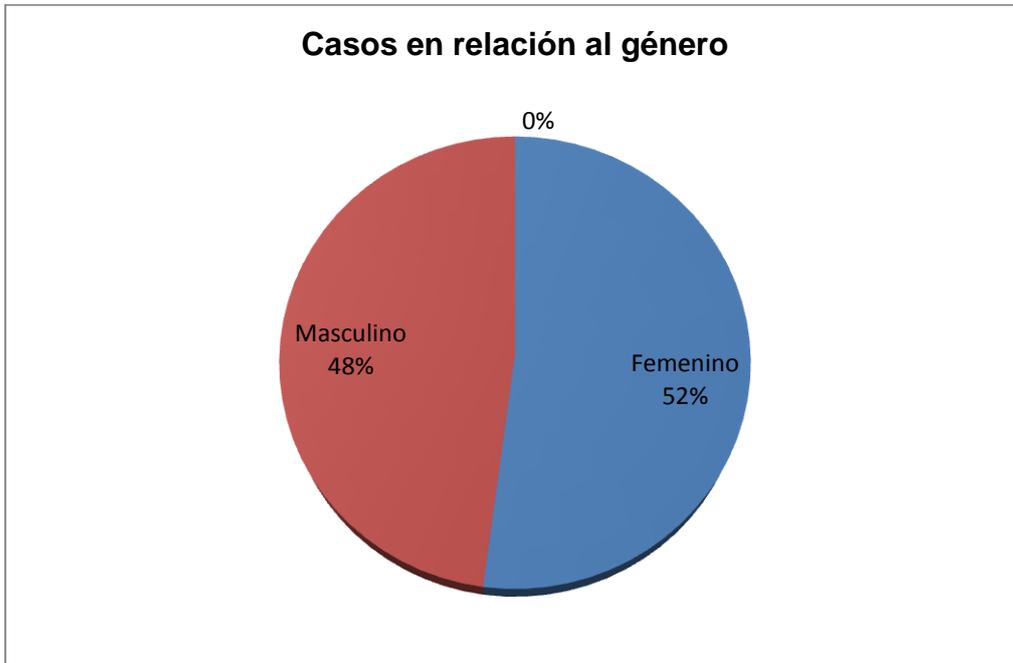
Tabla 3. Agotamiento emocional, número y porcentaje de los médicos residentes.

Agotamiento emocional	Caso	Porcentaje
Alto	31	28.97
Medio	29	27.10
Bajo	47	43.92
Total	107	100

Tabla 4. Realización personal, número y porcentaje de los médicos residentes.

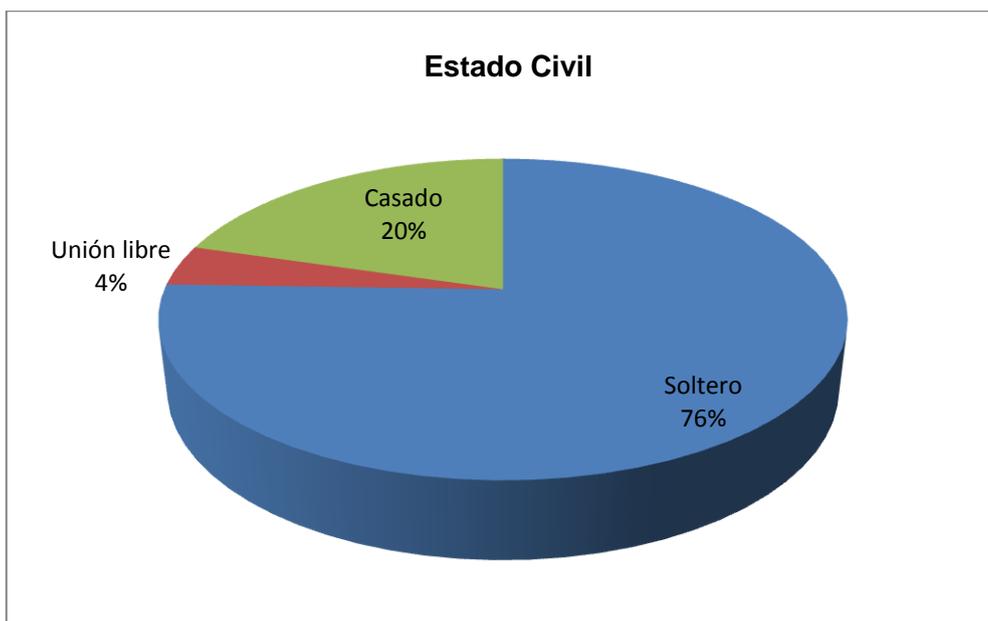
Realización personal.	Caso.	Porcentaje.
Bajo.	19	17.75
Medio.	40	37.38
Alto.	48	44.85
Total.	107	100

Gráfico 1.



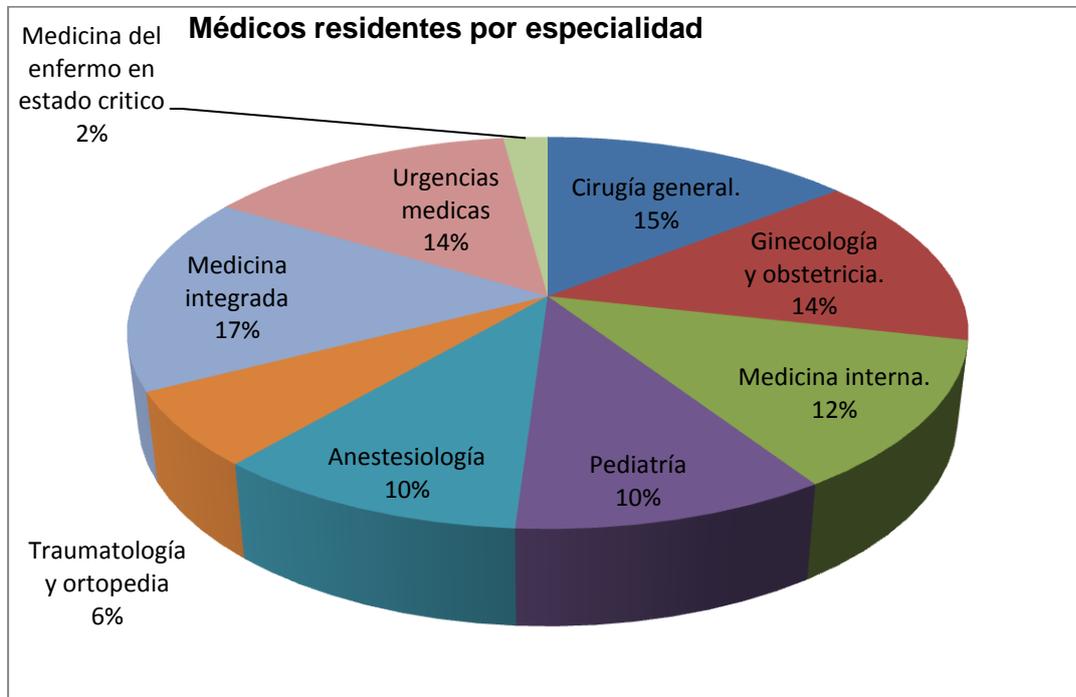
Fuente: Resultado del cuestionario Anexo No. 2

Gráfico 2.



Fuente: Resultado del cuestionario Anexo No. 2

Gráfico 3.



Fuente: Resultado del cuestionario Anexo No. 2

Tabla 5. Número de casos y porcentaje de médicos residentes por especialidad que presentan síndrome de Burnout.

Especialidad de cursa	Casos	Porcentaje
Cirugía general.	7	14.28
Ginecología y obstetricia.	7	14.28
Medicina interna.	6	12.24
Pediatría	5	10.20
Anestesiología	5	10.20
Traumatología y ortopedia	3	6.12
Medicina integrada	8	16.32
Urgencias medicas	7	14.28
Medicina del enfermo en estado crítico	1	2.04
Total	49	100

## **XII. DISCUSIÓN.**

Los resultados obtenidos en esta investigación nos indican que la prevalencia del síndrome de Burnout es del 45.9% en los médicos residentes de las diferentes especialidades, comparado con investigaciones previas este porcentaje es muy similar que el que se presenta a nivel mundial, en médicos generales del 43 y 45%<sup>23</sup> y del 22% al 60% en médicos especialistas.<sup>24</sup>

El agotamiento emocional y la despersonalización siguen obteniendo alto porcentaje en la presentación del síndrome de Burnout, así como con un alto grado de baja realización personal, en comparación con la literatura se encontró que el 26% presentaron un nivel de agotamiento emocional, 30% de despersonalización y 44% de realización personal<sup>30</sup>.

Entre los factores demográficos y sociales para desarrollar síndrome de Burnout; se evaluó: el estado civil. Donde los resultados obtenidos demuestran que el este factor no es relevante para desarrollar síndrome de Burnout.

El primer año de residencia fue donde se encontró con mayor porcentaje la prevalencia de este síndrome, lo que no concuerda con el estudio realizado en un hospital de Sonora donde el grupo más afectado fueron los residentes de tercer año de pediatría.<sup>29</sup>

Las prevalencia fue mayor en el área quirúrgica, como cirugía general, ginecología y obstetricia, el área de urgencias médicas.

Se encontró mayor porcentaje médicos residentes del sexo femenino.

### **XIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

- Después de realizar este trabajo, hemos confirmado, que la residencia médica, es un periodo de adiestramiento en donde las jornadas laborales y académicas no dejan espacio a la vida personal de los médicos en formación, lo que lleva a padecer síndrome de Burnout.
- El nivel de Burnout es alto en médicos residentes. Un punto clave para desarrollar este síndrome es el cansancio emocional.
- Lo observado en los diversos factores medidos en esta investigación nos dice que existe una mayor frecuencia en cuanto a los médicos residentes del género femenino.
- La carga laboral de los diferentes servicios favorece el desarrollo del este síndrome.
- Se recomienda realizar una evaluación periódica de manera sistemática para la detección de este síndrome y realizar diagnóstico precoz con tratamiento oportuno, y así prevenir el cansancio laboral y la despersonalización entre las personas que administran el servicio médico en formación, mejorando la calidad de la atención para los pacientes. Debe haber disposición por el personal médico a ser evaluado e identificar los factores de riesgo que afectan a los pacientes.

## **XIV. ANEXO No. 1**

### **HOSPITAL GENERAL PACHUCA HIDALGO**

#### **TITULO DEL PROTOCOLO**

#### **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL MÉDICO RESIDENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Le invitamos a participar en este estudio coordinado por la médico cirujano Rubén Isaí Montaña Islas Médico residente de la especialidad de Medicina de urgencias del Hospital General de Pachuca.

Este estudio requiere su consentimiento voluntario, así que lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar cualquier duda.

#### **PROYECTO A EFECTUAR**

El objetivo de este proyecto es conocer la frecuencia del síndrome de Burnout en el médico residente del Hospital General de Pachuca.

#### **PLAN DEL PROGRAMA**

De aceptar participar en esta actividad, se le pedirá que coopere en la aplicación de cuestionarios y en una evaluación clínica. Dichos cuestionarios serán realizados por el investigador principal (Médico Cirujano Rubén Isaí Montaña Islas residente de la especialidad de Medicina de urgencias).

#### **PASOS A SEGUIR**

1. Le pedimos su participación, cooperación y paciencia.
2. Le pedimos 15 minutos aproximadamente de su tiempo.
3. Esta evaluación no tendrá costo.
4. No tiene riesgo, la información se maneja confidencialmente y no llevara nombre del encuestado.

## **BENEFICIOS POSIBLES**

1. Identificar de manera objetiva la presencia de síndrome de Burnout en el médico residente del Hospital General de Pachuca.
2. Ayudar a que en el Hospital General de Pachuca se conozca más sobre el síndrome de Burnout en el médico residente.
3. Identificar los factores de riesgo para la presencia de síndrome de Burnout en el médico residente del Hospital General de Pachuca, mejorando así la atención.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros.

## **TESISTA**

Médico Cirujano. Rubén Isaí Montaña Islas

Domicilio: Priv. Del Durazno #103, Fraccionamiento San Cristobal Mineral de la Reforma

Teléfono: (044) 7717938396

## **ASESOR DE TESIS**

Dra. Gloria del Pilar Soberanes Hernández. Especialista en Medicina Interna

Dirección: Hospital General de Pachuca

Carretera Pachuca – Tulancingo No. 101, Col. Ciudad de los niños,  
Pachuca, Hidalgo

Teléfonos: 771-3-72-55, 771-3-72-66

## **PRESIDENTE DE LOS COMITES DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION**

Dr. Raúl Camacho Gómez

Dirección: Hospital General de Pachuca

Carretera Pachuca – Tulancingo No. 101, Col. Ciudad de los niños,  
Pachuca, Hidalgo

Teléfonos: 771-3-72-55, 771-3-72-66

## **ANEXO No. 2**

Cuestionario.

“Síndrome de Burnout”

Datos personales.

Edad:

Género:        a) Femenino        b) Masculino.

Estado civil.

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Divorciado
- 4) Viudo
- 5) Unión libre
- 6) Separado (a).

Datos laborales.

Especialidad.

Año en curso de la residencia.

Horas de trabajo a la semana.

## ANEXO No. 3

### TEST MASLACH

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Marque con una X el número que corresponda.

Nunca 0	Algunas Veces 1	Una vez al mes 2	Algunas veces al mes 3	Una vez a la semana. 4	Algunas veces a la semana. 5	Todos los días 6
------------	-----------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------------------

1. Mes siento emocionalmente agotado por mi trabajo  
..... 0,1,2,3,4,5,6.
2. Me siento cansado al final de la jornada de  
trabajo..... 0,1,2,3,4,5,6.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a  
trabajar..... 0,1,2,3,4,5,6.
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es  
tensionaste..... 0,1,2,3,4,5,6.
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo  
..... 0,1,2,3,4,5,6.
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo  
..... 0,1,2,3,4,5,6.
7. Creo que estoy trabajando demasiado  
..... 0,1,2,3,4,5,6.
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés  
..... 0,1,2,3,4,5,6.
9. Me siento acabado como si no pudiera dar más  
..... 0,1,2,3,4,5,6.
10. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal,  
apática..... 0,1,2,3,4,5,6.
11. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta  
profesión..... 0,1,2,3,4,5,6.
12. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente  
.....0,1,2,3,4,5,6
13. Siento que me preocupa poco lo que ocurre a mis  
pacientes..... 0,1,2,3,4,5,6.
14. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por  
algunos de sus problemas..... 0,1,2,3,4,5,6.
15. Comprendo fácilmente como se sienten los  
demás..... 0,1,2,3,4,5,6.

16. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes..... 0,1,2,3,4,5,6.
17. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.....0,1,2,3,4,5,6.
18. Me siento muy activo ..... 0,1,2,3,4,5,6.
19. Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes..... 0,1,2,3,4,5,6.
20. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.... 0,1,2,3,4,5,6.
21. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión..... 0,1,2,3,4,5,6.
22. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma..... 0,1,2,3,4,5,6.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Medición.

Obtención de puntuación en Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logros Personales.

**Agotamiento Emocional:** debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

**Despersonalización:** debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22.

**Logros Personales:** debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Para saber el grado de estrés laboral consultar la siguiente tabla.

	<b>BAJO.</b>	<b>MEDIO.</b>	<b>ALTO.</b>
<b>Agotamiento emocional.</b>	Inferior a 16.	17-27	Superior a 28.
<b>Despersonalización.</b>	Inferior a 5.	6-10	Superior a 11.
<b>Logros personales.</b>	Inferior a 40.	34-39	Inferior a 3.

**Interpretación.**

Puntuaciones elevadas en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajas en Logros Personales, son indicativas de estrés Alto.

Puntuaciones bajas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y elevadas en Logros Personales son indicativas de estrés Bajo.

Si el cuestionario ha sido realizado de forma voluntaria, con respuestas sinceras, y el nivel de estrés laboral ha sido alto, recomendamos que se ponga en contacto con un profesional de la salud para evaluar más detenidamente su situación.

## **XV. BIBLIOGRAFIA**

1. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166.
2. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22.
3. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press; 1980.
4. Pines A, Aronson E, Kafry D. *PBurnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press; 1981.
5. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2 (2): 99-113.
6. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2º edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;1986.
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52 (1): 397-422.
8. Gervás JJ, Hernández M. Enfermedad de Tomás. *Med Clin*, 1989; 93: 572-575.
9. Vega ED, Pérez Urdaniz A. *El síndrome de burnout en el médico*. Madrid : Smith Kline Beecham ; 1998.
10. Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del “burnout” o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos; 1999. p. 43.
11. Gil-Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15(2): 261-268.
12. Maslach, C. y Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory* (2ª Ed.; 1ª ED de 1981) 1986. Palo alto , California Consulting psychologists press.
13. Qaass C. Diagnostico de Burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitario de la quinta región de Chile. *Psicoperspectivas Rev. Esc fil edu* 2006; 5 (1): 65-67.

14. Moreno Jimenez B. et al. Nuevos planteamientos en la evaluación del Burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten prim* 2006;38 (10): 544-900.
15. Grau A, Flichtenterei D, Suñer R. influencia de factores personales, profesionales y transnacionales, en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev. Esp. Salud publica*. 2009;83; 215-230.
16. Pavlakis A., Raftopoulos V, Burnout síndrome in cyprriot physiotherapist: a national survey. *BMC health services research*. 2010; 10:63.
17. Gil Monte P. R., Peiro J.M. a model of Burnout process development and alternative from appraisal models of stress. *Comportamento organizacional egestao*. 1998; 2 (2): 211- 220.
18. Ponce Ma. C. Toullic Papazian y cols. Burnout síndrome in critical care nursing staff. *Am j respire Crit Care Med*. 2007; 175: 698-705.
19. Lopez Morales A. Gonzales Velazquez F. síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas, *Rev . Med. Mex. Seg. Soc*. 2007; 45 (3): 233-242.
20. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implication for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285–308.
21. Lerderer W, Kinzl JF, Trefalt E et al. Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 58–63
22. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL et al. Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. *Acad Med* 2006; 81 (4): 374-384.
23. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority.
24. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med* 2003; 114 (6): 513-519.
25. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self- reported patient care in an internal medicine residency program.[see comment][summary for patients in *Ann Intern Med*.

26. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med* 2005; 165 (22): 2601-2606.
27. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336 (7642): 488-491.
28. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141 (3).
29. Alvarez-Hernandez Genaro, Medecigo-Vite Socorro, Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un Hospital pediátrico del estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mexico*, Vol 67, 2009, pag 44-51.
30. Tello Perez Maria de la Luz, incidencia del síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del IMSS de Xalapa, Veracruz, Instituto Mexicano del Seguro Social, Enero 2014.
31. Toral Villanueva Rodrigo, Aguilar Madrid Guadalupe. Síndrome de Desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. Coordinación de Salud en el Trabajo, Instituto Mexicano del Seguro Social; CMN-SXXI-IMSS. 2. Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo, Instituto Mexicano del Seguro Social; CMN-SXXI-IMSS. Octubre 2008.
- 32 Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. Effect of the 80- hour workweek on resident burnout. *Arch Surg* 2004; 139: 933-938.
33. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880-9.
34. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal professional and organizational relationships no medical care. *Journal of Occupational Health Psychology* 1994;32:745-54.
35. Goldberg R, Boss R, Chan L, Golberg J, Mallond WK, Moradzadeh D. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996;3:1156-64

36. Shanafelt T, Bradley K. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *An Intern Med* 2002;136:358-67.

37. Belloch Garcia, SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR, Gomez Salinas L. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med Interna* 2000;17:118-22.