



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

*~

*SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT), EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA, EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA (PSIQUIATRÍA)

PRESENTA:

RICARDO BUENO VARGAS

ASESOR:

MARTHA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

MÉXICO, D.F. JULIO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



*Research is to see what everybody else has seen,
and to think what nobody else has thought.*

Albert Szent-Györgyi (1893-1986)



ÍNDICE

<u>ANTECEDENTES</u>	<u>3</u>
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	<u>11</u>
<u>HIPOTESIS</u>	<u>13</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>14</u>
<u>MATERIAL Y METODO</u>	<u>15</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>19</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>28</u>
<u>CONCLUSIÓN</u>	<u>31</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>33</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>36</u>



ANTECEDENTES

El término de la lengua inglesa "burnout" fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma en que un material, aun estando quemado (o fundido), puede continuar con la función de transmisión de energía. El traslado de este concepto a la complejidad del rol profesional y al desgaste no visible de la persona, da lugar a un horizonte de riesgo para la salud de los cuidadores o trabajadores del área médica.¹

El síndrome de Burnout apareció en la literatura mundial a mediados de la década de los setenta, para describir en forma coloquial la actitud negativa de ciertos trabajadores de la salud hacia sus actividades laborales cotidianas. Desde entonces y hasta la fecha, existen numerosos reportes del síndrome.¹⁻³

El Burnout o síndrome de desgaste profesional, es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger. Este autor observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Herbert Freudenberger, describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico.^{2,3}

En 1977, Christina Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach y colaboradores, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios. Esta autora, entiende que el síndrome de Burnout se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal"⁴⁻⁶

Como producto de esta investigación y otras investigaciones la autora desarrollo el inventario de burnout de Maslach en 1986, se constituye en la actualidad como el instrumento más utilizado en todo el mundo para la medición del síndrome de desgaste laboral. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y hacia los pacientes.

Se distribuyen en tres escalas denominadas: agotamiento emocional (EE) (9 ítems), despersonalización (D) (5 ítems), y realización personal en el trabajo (PA) (8 ítems). Los ítems son de tipo likert con siete categorías de



respuesta, desde “nunca”, que tiene valor 0, hasta “todos los días”, con un valor 6. Todos los ítems hacen referencia al último año. Bajas puntuaciones en eficacia profesional y altas puntuaciones en agotamiento emocional y en despersonalización se consideran como un mayor desgaste profesional. Los valores de fiabilidad de las escalas, según el alfa de Cronbach, fueron de .87 para agotamiento emocional, .53 para despersonalización y .81 estas puntuaciones de confiabilidad son las aplicables en México. La escala tiene una consistencia interna y una fiabilidad del orden de 0,75 a 0,90. En cuanto a las propiedades psicométricas del inventario de Maslach, la consistencia interna estimada por los autores, es de 0,90 para el Agotamiento emocional, de 0,79 para la Despersonalización y de 0,71 para Logro Personal.

El Síndrome de desgaste profesional (Burnout) está calificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una epidemia mundial y se le considera como un trastorno adaptativo crónico. Se produce en entornos laborales exentos de la satisfacción intrínseca a la realización de la tarea y surge cuando el profesional ve frustradas sus expectativas de modificación de la misma.⁷

Comienza con aparición de angustia y sentimientos de frustración (que se expresa como agotamiento emocional), trastornos en los ritmos de alimentación, de la actividad física, aparecen dolencias físicas y psíquicas, y un sentimiento de inadecuación a las tareas.⁸

El síndrome de desgaste profesional (Burnout) se refiere a un proceso en el que los profesionales están desencantados de su trabajo, en respuesta a experiencias de estrés y tensión en el mismo. Los problemas que pueden ser solventados no llevan al síndrome de Burnout, el estrés controlado puede tener efectos positivos, estimulando al individuo a superarse, a tener una experiencia gratificante y competencia profesional. El síndrome de Burnout comenzaría cuando el individuo se siente más indefenso y frustrado al intentar cambiar su situación y no conseguirlo.⁹

Actualmente podemos definir al síndrome de desgaste profesional (Burnout) como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo, en donde se ven obligados a responder a altas demandas y presiones laborales sostenidas, y que afectan negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.¹⁰ La teoría establecida con respecto al síndrome de desgaste profesional, manifiesta que éste, se puede considerar como un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas psicosociales del trabajo.¹¹



Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así, para el año 2002 habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante. En tal caso, los estudios sobre el estrés laboral crónico y síndrome de desgaste profesional (Burnout) consideran al quehacer médico como una profesión altamente propensa de patología laboral debido al estrés continuo al que es sometido durante su jornada laboral.¹²

En México se han realizado varios estudios sobre el síndrome de Burnout en diferentes tipos de personal asistencial como médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales.

En el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en 2013, Juárez reportó niveles altos de agotamiento emocional (19.1%) y despersonalización (23.4%), así como niveles bajos de realización personal (21.3%) en personal de enfermería, siendo particularmente importante en el personal que atiende cuidados intensivos y cubre turnos nocturnos. Uno de los hallazgos más significativos reveló que el personal con estudios de licenciatura y posgrado presentaron los niveles más bajos de realización personal ($p= 0.042$).¹³

Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández, del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, realizaron un estudio de revisión sobre el síndrome de Burnout en médicos mexicanos en 2007 donde se encontró que este síndrome se presentaba en mayor medida en médicos especialistas, principalmente médicos familiares, demostrándose que de manera general las mujeres eran más vulnerables a presentar este síndrome, también se encontró que el síndrome de Burnout se presenta y desarrolla de igual manera en personal médico que labora tanto en instituciones públicas como instituciones privadas, lo que llama la atención ya que previamente se había reportado en estudios anteriores que los médicos pertenecientes a instituciones privadas mostraban una mejor manera de afrontamiento a las situaciones estresantes laborales.¹⁴

Aranda, Pando y Torres en el 2005 realizaron un estudio para determinar la presencia de los factores psicosociales laborales (sociodemográficos y laborales) y su relación con el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en los médicos de familia que laboran en dos instituciones de salud para población derechohabiente en la zona metropolitana de Guadalajara, México, se utilizaron dos cuestionarios: uno con variables sociodemográficas / laborales y el otro con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para evaluar la presencia del síndrome. Participaron 197 médicos, 37,1% mujeres y 62,9% hombres. La prevalencia del



síndrome de Burnout en los médicos de la especialidad de medicina familiar fue 41,8%. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión “agotamiento emocional”. Para cada una de las dimensiones, las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: 31,2% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 8,6% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 14,3% estaba desmotivada para realizar su trabajo. ¹²

Se realizó un estudio por Joffre Velázquez en 2010, el objetivo fue analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de género y los tres dominios de la escala de Maslach en médicos que laboran en un hospital general de Tampico, Tamaulipas. La muestra estuvo conformada por 84 médicos especialistas y no especialistas, el 76.2% correspondió al sexo masculino y el 23.8% al sexo femenino. Se destaca que el 17.86% ha trabajado más de cinco años y el 63.1% más de 10 años. Para las dimensiones que conforman el cuestionario de Maslach se documentó que en el agotamiento o cansancio emocional, el 94% calificó con un nivel bajo de gravedad. En cuanto a la despersonalización, el 38.1% obtuvo una puntuación con un nivel de gravedad bajo, y para la realización profesional, se documentó que el 97.6% calificó con un nivel alto. Los resultados obtenidos permiten ver que no hubo relación estadísticamente significativa entre el género y los tres dominios. En función de estos resultados el 93% de los profesionales de esta muestra de estudio no son portadores de este problema, sin embargo, algunos de ellos calificaron con una puntuación moderada y baja en el dominio despersonalización y cansancio emocional, lo que puede representar eventualmente un factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad mórbida si las condiciones psicosociales y laborales lo favorecen. ¹⁵

Bernardo en 2002 estudio una muestra de estudiantes de postgrado y encontraron una prevalencia de 39.2% de agotamiento emocional, 37.3% de falta de realización personal en el trabajo y 9.8% de despersonalización.

16

Un estudio más reciente realizado sobre condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud tuvo como objetivo identificar la existencia de correlaciones significativas entre 1) clima organizacional, 2) motivación y satisfacción laboral y 3) desgaste profesional, en una muestra aleatoria de 4,755 trabajadores pertenecientes a 18 hospitales del Sector Salud de la Ciudad de México. Los resultados reportan 30% de trabajadores con conflictos en clima laboral, 25.9% con baja motivación e insatisfacción laboral y el 28.3% presenta síndrome de desgaste profesional (Burnout). Se concluye que los trabajadores que presentan baja



motivación y conflictos laborales tienen más probabilidades de padecer desgaste profesional observando mayor incidencia en el género femenino, concluyendo que la calidad de atención en los servicios médicos es proporcional a la salud física y mental de los profesionales que la proveen, así como de los modelos de operación organizacional y los recursos que se tienen para la realización de los mismos. ¹⁷

En lo que concierne a las evidencias disponibles sobre el impacto del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en el personal de salud mental, en Colombia en el año 2009, se realizó un estudio sobre factores psicosociales y laborales asociados al síndrome de Burnout en psiquiatras. Los psiquiatras entrevistados señalaron los siguientes factores como predisponentes para el desarrollo del síndrome, jornadas laborales extenuantes, tener escaso poder de control, trabajar jornadas largas, ver confrontados los valores individuales y los del lugar de trabajo, no sentir reconocimiento por el trabajo realizado y tener una red de apoyo laboral poco eficiente. Se concluye que altos niveles del síndrome de Burnout en los psiquiatras pueden tener un impacto en el trabajo con sus pacientes. Esto significa que la mejor forma de mejorar la satisfacción de los pacientes es mejorar el bienestar y la satisfacción de los psiquiatras. ¹⁸

En el Hospital Nacional de Salud Mental en Guatemala en 2011, Ochomongo y Barrera realizaron un estudio sobre la prevalencia de Síndrome de Desgaste entre el personal de dicho nosocomio. La muestra fue de 94 trabajadores, divididos en dos grupos dependiendo de la responsabilidad y asistencia brindada a los pacientes. El grupo A, con responsabilidad directa con los pacientes, se componía de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. El grupo B, sin responsabilidad directa con los pacientes, se componía de intendentes, seguridad y administrativos. El síndrome de desgaste profesional (Burnout) estuvo presente en el 12.24% de la población estudiada y se observó que las personas más jóvenes y con menos años de servicio tanto de los grupos A y B eran las más afectadas por este padecimiento. ¹⁹

El grupo chileno de Avendaño y cols, realizó en 2009 un estudio titulado “Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público”. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes (71%) presenta estrés laboral crónico o síndrome de Burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Destaca una mayor despersonalización entre quienes realizan dobles turnos y atienden pacientes hospitalizados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. ²⁰



En un estudio realizado en psicólogos mexicanos; en cuanto al agotamiento emocional, los psicólogos que trabajaban hasta 25 horas semanales obtuvieron puntuaciones menores a quienes trabajaban entre 26 y 40 horas y más de 40 horas semanales. Igual se encontró en las mujeres un mayor agotamiento emocional que en los hombres. Otro hallazgo fue que a mayor grado de estudios, menor agotamiento emocional; aunque esto contrasta con otros estudios realizados anteriormente, en los que a mayor grado de estudios se incrementa el agotamiento emocional.¹⁵

El médico residente, es un profesionalista de la salud, que se encuentra en una situación de estrés constante, soporta una importante presión asistencial bajo condiciones laborales muy particulares, constituye un periodo de vulnerabilidad al estrés y a padecer el síndrome de desgaste profesional (Burnout). Estimaciones internacionales reportan desde un 25% a 60% de prevalencia del síndrome de Burnout en estudiantes de medicina y médicos residentes, en E.U.A. ha condicionado un descenso en el porcentaje de graduados de licenciaturas relacionadas al sector salud en los últimos 20 años, generando pérdidas de hasta \$250,000 dólares por cada médico que abandona la práctica.^{21, 22}

Múltiples estudios han evidenciado alteraciones psíquicas que inician en la etapa universitaria y continúan en los estudios de posgrado, van desde un 25 - 40% en médicos internos de pregrado, hasta un 70% en médicos residentes, quienes presentan concurrentemente síntomas depresivos, de ansiedad, deterioro funcional, menor optimismo, cinismo y disminución de empatía hacia compañeros, familia y pacientes.²³

En un estudio realizado en residentes de medicina interna en 2002, Shanafelt y col., reportan un 76% de casos que reunían criterios de síndrome de desgaste profesional (Burnout) así como elevados índices de las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional, por otro lado Martín y col., concluyeron que el 50% de los residentes de un hospital general reunían criterios de síndrome de Burnout con la menor cantidad entre los médicos residentes de medicina familiar (27%) y la mayor entre los médicos residentes de ginecología (75%), las variables con la mayor significancia fueron ser soltero, cursar el primer año de la residencia y la insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.^{24, 25}

Para el médico residente en periodo de aprendizaje es de gran importancia desarrollar pericia o aptitud en los procedimientos técnicos durante su estancia en la institución de salud. Las jornadas extenuantes provocan privación de sueño, deterioran el rendimiento laboral, provocan trastornos del carácter (aunque no ha sido posible establecer asociaciones causales con los trastornos de personalidad) e incrementan las



probabilidades de error. La alteración de ritmos circadianos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas precipitan la aparición de trastornos del sueño, de ansiedad, depresión, además del síndrome de desgaste profesional.^{26, 27}

Tras una extensa revisión bibliográfica, el único estudio publicado sobre el impacto del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos residentes que incluya la especialidad de psiquiatría en nuestro país, fue realizado por Velázquez Pérez y cols. en 2012, en este se demostró con respecto al inventario de Burnout que hubo incremento en el agotamiento emocional, siendo significativo a los 6 y 12 meses posteriores al ingreso al curso. Los médicos residentes de Psiquiatría fueron los más afectados en comparación con los de Neurología o Neurocirugía.²⁸

Como ya se ha referido resulta de gran importancia identificar la presencia de trastornos psiquiátricos formalmente establecidos asociados a la presentación del síndrome de Burnout, particularmente aquellos de tipo depresivo o ansioso, por otro lado estos deben descartarse en personas con síndrome de Burnout dado que la presentación clínica pudiera simular algunas de las características del síndrome, incrementando el número de individuos diagnosticados de manera errónea con desgaste profesional (Burnout). La presencia de entidades afectivas o ansiosas pueden así mismo ensombrecer el pronóstico y complicar el tratamiento de este grupo. Entre los instrumentos más utilizados para la identificación de sintomatología sugestiva de ansiedad o depresión destacan los desarrollados por Beck, que ha continuación se detallan.

El Inventario de Depresión de Beck, BDI - II es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM - IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE - 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10). Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en



complimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM - IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20- 28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.^{29, 30}

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25, (7) (DE 11,4) y en sujetos normales 15, (8) (DE 11,8)⁸. Somoza y cols⁹ han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman¹⁰ en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otras cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck. Posee una elevada consistencia interna (12) (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.³¹



JUSTIFICACIÓN

El síndrome de desgaste profesional (Burnout) se caracteriza por agotamiento, despersonalización, cinismo, desmotivación e insatisfacción en el trabajo, como consecuencia de la exposición a factores de estrés prolongados tanto en la esfera emocional como en las relaciones interpersonales. 5 Se presenta con mayor frecuencia en prestadores de servicios asistenciales con cargas excesivas de trabajo - médicos, enfermeras y trabajadores sociales entre otros - generando un pobre desempeño laboral, alto costo, no solo en el aspecto económico, sino también para la imagen de la profesión médica y el espíritu institucional. Este síndrome constituye un problema de salud pública que continua en aumento, con repercusión en el sector salud principalmente en la salud mental de médicos, reduciendo la calidad asistencial y deteriorando la relación médico-paciente. ¹²

Los médicos residentes tienen que cubrir jornadas laborales extenuantes, teniendo a su cargo la atención directa de los usuarios y sus familias, al mismo tiempo que tienen que cumplir con una importante carga académica, lo que los convierte en sujetos vulnerables para desarrollar este síndrome.

La psiquiatría es la rama de la medicina encargada de la atención de los trastornos mentales, la evidencia disponible sugiere que el médico psiquiatra es un individuo particularmente en riesgo, al compararlo con la ocurrencia del trastorno en otras especialidades médicas. La demanda emocional asociada al tipo de trastorno psicológico del paciente se propone como una de las causas principales de riesgo de trastorno psicológico en los médicos psiquiatras. ³⁻⁵

El síndrome de Burnout se ha estudiado en diferentes ambientes laborales incluso en ambientes hospitalarios, informándose una prevalencia de 41.8% en personal médico, asumiendo que la carga de trabajo, responsabilidad profesional y extenuantes jornadas de trabajo son las causas principales de aparición del síndrome.

Como se mencionó previamente, en el área de la psiquiatría, se ha explorado poco la presencia del síndrome y se desconocen las causas que propician el desarrollo de este trastorno, por lo que proponemos el presente estudio como una exploración de la presencia de este síndrome, esperando con la información obtenida poder identificar las características de los médicos residentes que son más susceptibles de desarrollar este síndrome de desgaste profesional, así como las condiciones laborales y académicas que las propician, para así proponer posibles alternativas que coadyuven el efecto de este síndrome en médicos residentes de la



especialidad de psiquiatría. Esperando además que los resultados del estudio puedan ser traspolados a otras sedes hospitalarias con la especialidad de Psiquiatría

Si bien existen únicamente algunos estudios sobre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en residentes, ninguno de estos estudios se ha enfocado a los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría, los cuales presentan una susceptibilidad especial asociada a la demanda emocional propia del manejo de pacientes con patología mental.



HIPOTESIS

La naturaleza descriptiva de esta investigación no requiere la formulación de hipótesis, sin embargo, considerando que existe información en la literatura médica nacional e internacional con la cual poder comparar nuestros resultados, planteamos la siguiente hipótesis:

Hi: Los médicos residentes de psiquiatría tienen los mismos factores que predisponen el desarrollo del síndrome de desgaste profesional (Burnout) comparados con lo informado en la literatura médica nacional e internacional.

Ho: Los médicos residentes de psiquiatría no tienen los mismos factores que predisponen el desarrollo del síndrome de desgaste profesional (Burnout) comparados con lo informado en la literatura médica nacional e internacional.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores que predisponen la aparición del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos residentes que estudian la especialidad de psiquiatría en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

En médicos residentes de la especialidad de Psiquiatría en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre":

- Conocer la prevalencia de síndrome de Burnout.
- Identificar los factores sociodemográficos que predisponen al desarrollo de síndrome de Burnout.
- Identificar los factores laborales que predisponen al desarrollo de síndrome de Burnout.
- Identificar los factores académicos que predisponen al desarrollo de síndrome de Burnout.
- Identificar los factores patológicos psiquiátricos que predisponen al desarrollo de síndrome de Burnout.
- Identificar el puntaje de la subescala del inventario de Maslach

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Conocer la tendencia de correlaciones entre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) con los factores que lo predisponen.
- Comparar las variables de estudio entre los diferentes grados académicos (Año de residencia)



MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Realizaremos un estudio transversal, observacional, descriptivo, prolectivo.

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de Medición
Año de la residencia	Independiente	Cualitativa, ordinal	Primero, segundo, tercero, cuarto
Cambio de ciudad para cursar la residencia	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Conflictos con autoridades	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No (Excepto residentes)
Edad	Independiente	Cuantitativa, discreta	Años, intervalo (26 o menos, 27 – 29, 30 o más)
Especialidad actual de primera elección	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Estabilidad de la relación	Independiente	Cualitativa, nominal	Estable o Inestable
Estado civil	Independiente	Cualitativa, discreta	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones (Soltero, casado, unión libre, otro)
Estudios adicionales a la especialización medica	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Genero	Independiente	Cualitativa, nominal	Masculino o femenino
Habita con otra persona	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Ingreso Económico Mensual Promedio	Independiente	Cuantitativa, discreta	Pesos.
Interés en continuar especialización	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Inventario de Ansiedad de Beck	Dependiente	Cuantitativa, discreta	Unidades
Inventario de Burnout de Maslach	Dependiente	Cuantitativa, discreta	Unidades, subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
Inventario de Depresión de Beck	Dependiente	Cuantitativa, discreta	Unidades
Orientación Sexual	Independiente	Cualitativa, nominal	Patrón de atracción sexual. (Heterosexual, Homosexual, Bisexual)
Percepción agradable del	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No



ambiente laboral			
Practica acoso laboral	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Presencia de agresión física	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Presencia de discapacidad física	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Presencia de enfermedad medica no psiquiátrica	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Presencia de hábito tabáquico	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Presencia de hijos	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Presencia de sobrepeso u obesidad	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Rotación medica fuera de la sede principal	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Satisfacción con la sede hospitalaria	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Sede hospitalaria actual de primera elección	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Tiempo de esparcimiento	Independiente	Cuantitativa, Discreta	Intervalo, horas (<1, 1 – 4, > 4) No incluye tiempo en alimentación o sueño
Tiempo de sueño efectivo	Independiente	Cuantitativa, Discreta	Horas, Intervalo (<6, 6-8, >8)
Tiempo de trabajo semanal	Independiente	Cuantitativa, discreta	Horas, intervalo (< 80, >80)
Tipo de psicofármaco utilizado	Independiente	Cualitativa, nominal	Ansiolítico / Sedante, Antidepresivo, Estimulante, Otro.
Tipo de sede de internado de pregrado	Independiente	Cualitativa, nominal	Pública o Privada
Tipo de universidad	Independiente	Cualitativa, nominal	Pública o Privada
Uso de sustancias	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No (Excepto cafeína)
Uso habitual de psicofármacos	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Viajes de Placer	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No
Víctima de acoso laboral	Independiente	Cualitativa, nominal	Si o No

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos residentes de la especialidad de Psiquiatría que desarrollan sus actividades laborales, asistenciales y académicas en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.



TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Considerando que se trata de un estudio de escrutinio preliminar en médicos residentes de Psiquiatría, incluiremos a todos los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, siendo la muestra total de 14 médicos residentes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

INCLUSIÓN

- Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría, hombres y mujeres, que realicen labores asistenciales y académicas en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
- Médicos residentes de la especialidad de psiquiatría que firmen carta de consentimiento informado.

EXCLUSIÓN

- Médicos residentes con menos de seis meses de estancia en la sede hospitalaria.
- Médicos residentes en quienes se corrobore el diagnóstico de patología psiquiátrica independiente del síndrome de Burnout.

ELIMINACIÓN

- Médicos residentes con deseo de retirar su consentimiento informado.
- Médicos residentes que hayan llenado de manera inadecuada y/o incompleta el formato de recolección de datos o los inventarios de Maslach y Beck Ansiedad / Depresión.



CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se considera apegada a los principios éticos fundamentales así como a los reglamentos del ISSSTE para la realización de estudios de investigación. Se obtendrá de cada médico residente un consentimiento informado por escrito (Anexo 5) que firmara de autorización en caso que así lo decida.

El resguardo de los datos es responsabilidad de los investigadores, asegurando la confidencialidad y manejo estrictamente científico de los mismos.

Este protocolo se someterá al análisis y recomendaciones del comité de ética del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Se invitará a participar a todos los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", se les explicará las características del estudio y se firmará carta de consentimiento informado.

A todos los médicos residentes se les aplicará la escala de inventario de Beck (Anexo 4 y 3) para identificar estados psiquiátricos de ansiedad y depresión para descartar estas patologías psiquiátricas y posteriormente llenaran un cuestionario auto-aplicable basado en la escalas de inventario Maslach (anexo 2) validada en población mexicana. Toda la información se registrará en un formato estandarizado para la recolección de datos sociodemográficos y laborales (Anexo 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis descriptivo se realizará con porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Para los objetivos secundarios, correlación de Pearson y Spearman para variables cuantitativas y nominales respectivamente. Para la comparación entre los grados académicos (Año de residencia) utilizaremos Kruskal Wallis y Chi² para variables cualitativas. Consideraremos significancia estadística con $p < 0.05$.



RESULTADOS

Grafico 1. Muestra por Año de Residencia

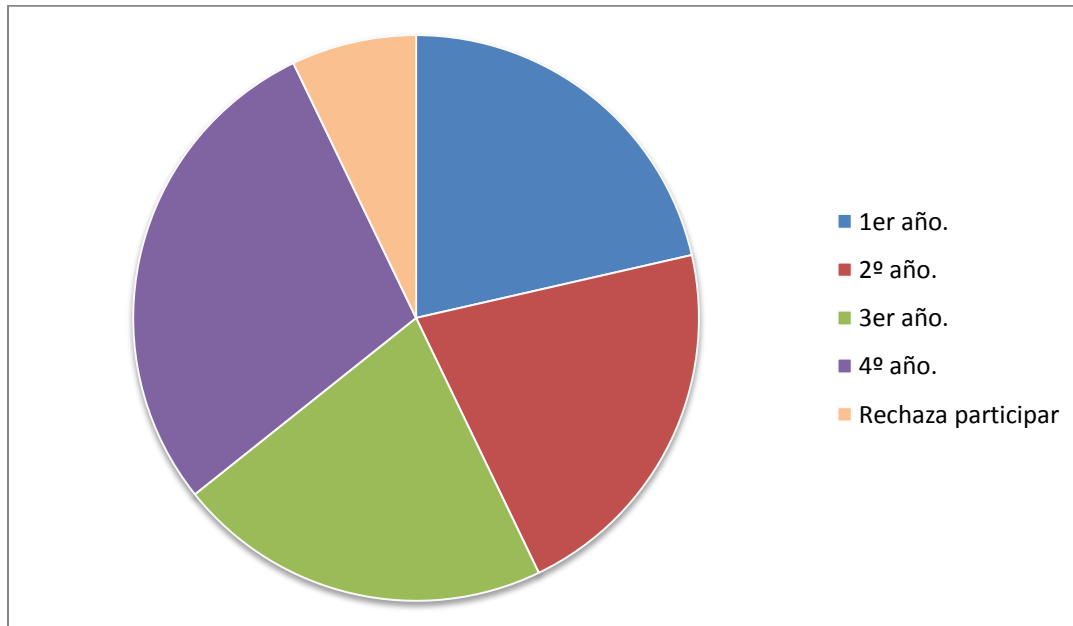




Tabla 1. Datos Sociodemográficos

		Médicos Residentes			
		Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año
Genero	Masculino	2	3	2	2
	Femenino	1	0	1	2
Edad (años)	< 26	3	-	-	-
	27 – 29	-	1	3	-
	> 30	-	2	-	4
Orientación Sexual	Heterosexual	3	2	2	4
	Homosexual	-	1	1	-
	Bisexual	-	-	-	-
Estado Civil	Soltero	3	3	1	1
	Casado	-	-	-	3
	Unión Libre	-	-	2	-
	Otro	-	-	-	-
Hijos	Si	-	-	-	1
	No	3	3	3	3
Cambio de ciudad	Si	1	3	-	1
	No	2	-	3	3
Vive Solo	Si	2	-	-	1
	No	1	3	3	3
Tiempo de esparcimiento	<1 hora	1	-	-	1
	1 – 3 horas	2	3	2	3
	>4 horas	-	-	1	-
Tiempo de Sueño	<6 horas	1	2	1	1
	6 – 8 horas	2	1	2	3
	> 8 horas	-	-	-	-
Viaje de placer últimos 6 meses	Si	2	2	3	4
	No	1	1	-	-



Tabla 2. Datos Académicos

		Médicos Residentes			
		Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año
Licenciatura					
	Publica	3	3	2	3
	Privada	-	-	1	1
Internado Pregrado					
	Publico	3	3	3	4
	Privado	-	-	-	-
Psiquiatría 1er opción					
	Si	2	3	3	4
	No	1	-	-	-
Hospital 1er opción					
	Si	2	1	2	2
	No	1	2	1	2
Satisfacción sede					
	Si	3	3	3	4
	No	-	-	-	-
Estudios formales adicionales					
	Si	-	-	1	2
	No	3	3	2	2
Planea continuar estudios formales					
	Si	3	2	3	4
	No	-	1	-	-



Tabla 3. Datos Laborales.

		Médicos Residentes			
		Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año
Horas trabajo por semana	< 80	-	1	2	3
	> 80	3	2	1	1
Ingreso mensual en pesos	10,000 – 13,000	3	2	2	3
	> 13,000	-	1	1	1
Rotación externa últimos 6 meses	Si	-	3	2	-
	No	3	-	1	4
Agredido físicamente últimos 6 meses	Si	-	1	-	-
	No	3	2	3	4
Victima acoso laboral	Si	-	-	1	1
	No	3	3	2	3
Realiza acoso laboral	Si	-	-	-	1
	No	3	3	3	3
Conflictos superiores	Si	1	-	3	1
	No	2	3	-	3
Percibe ambiente laboral agradable	Si	1	1	1	-
	No	2	2	2	4



Tabla 4. Datos Patológicos.

		Médicos Residentes			
		Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año
Sobrepeso	Si	-	-	1	-
	No	3	3	2	4
Fuma	Si	-	-	1	3
	No	3	3	2	1
Uso sustancias	Si	1	-	2	-
	No	2	3	1	4
Discapacidad física	Si	-	-	-	1
	No	3	3	3	3
Enfermedad medica general	Si	1	-	-	2
	No	2	3	3	2
Utiliza psicofármacos	No	2	2	-	3
	Ansiofítico Sedante	-	-	1	1
Antidepresivo	1	-	2	1	
Estimulante	-	1	-	1	
Otro	-	-	1	-	



Tabla 5. Puntuación subescalas del Inventario de Maslach por grado.

Médicos Residentes	Agotamiento Emocional (EE)	Despersonalización (D)	Realización Personal (PA)
Primer Año			
Mínimo	10	1	25
Máximo	26	9	42
Promedio	17.6	6.3	33.6
Segundo Año			
Mínimo	8	0	49
Máximo	16	4	36
Promedio	12	1.6	41
Tercer Año			
Mínimo	28	10	23
Máximo	39	11	38
Promedio	32	10.3	32.6
Cuarto Año			
Mínimo	15	5	26
Máximo	27	10	36
Promedio	17.2	5.5	32.2



Grafico 2. Curso de desgaste profesional por subescala del inventario de Maslach y grado.

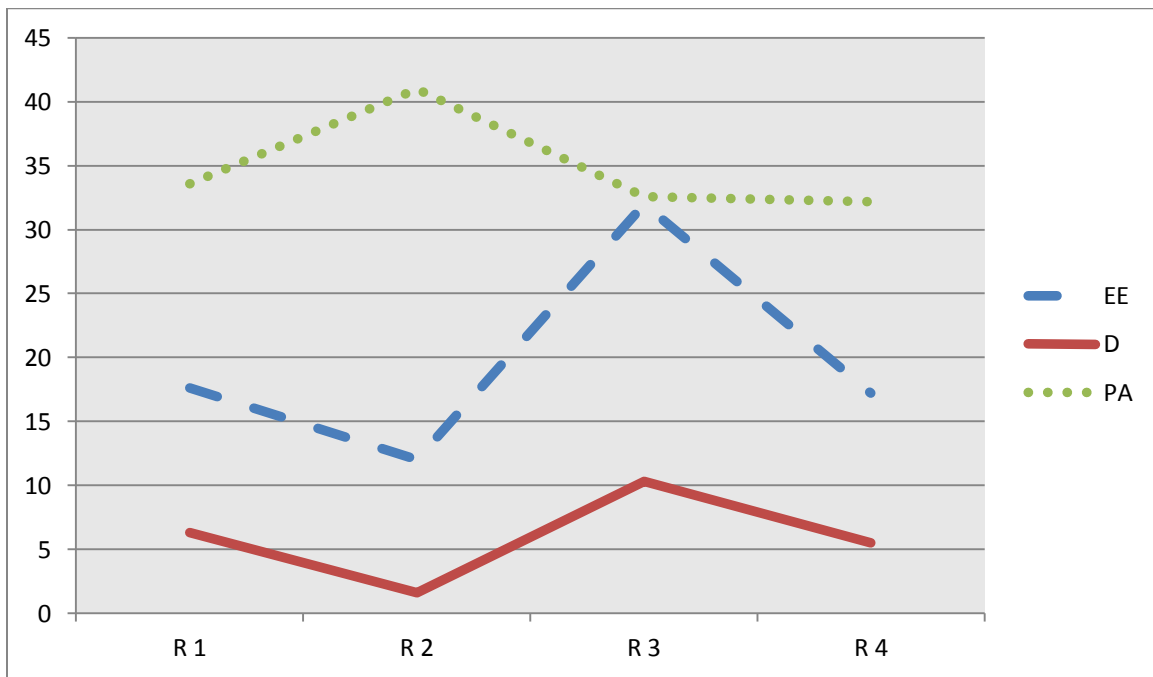


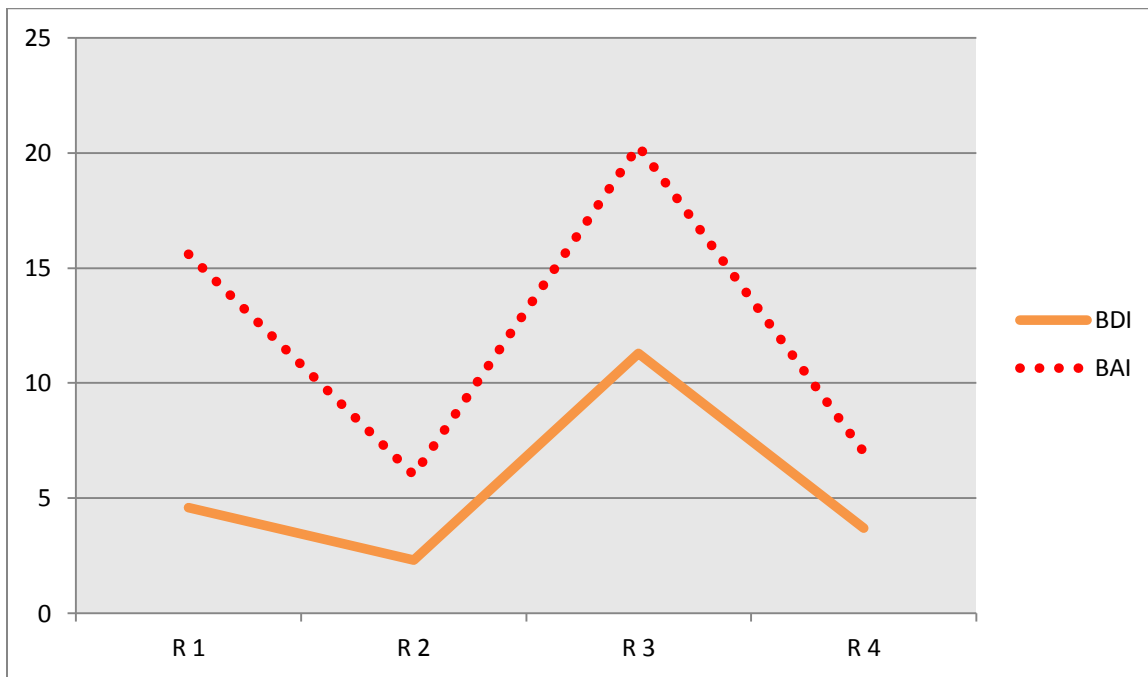


Tabla 6. Puntuación inventario de depresión y ansiedad de Beck por grado.

Médicos Residentes		Depresión (BDI)	Ansiedad (BAI)
Primer Año			
	Mínimo	1	4
	Máximo	7	25
	Promedio	4.6	15.6
Segundo Año			
	Mínimo	2	4
	Máximo	3	8
	Promedio	2.3	6
Tercer Año			
	Mínimo	9	11
	Máximo	14	25
	Promedio	11.3	20.3
Cuarto Año			
	Mínimo	0	3
	Máximo	6	10
	Promedio	3.7	7



Grafico 3. Curso de síntomas depresivos y ansiosos por inventario de Beck y grado





DISCUSIÓN

La muestra estudiada comprendió un total de 13 médicos residentes, se perdió un médico residente de la población objeto de estudio debido a su negativa de participar, por lo que la muestra quedó integrada de la siguiente manera; tres médicos residentes de primer año (dos hombres y una mujer), tres médicos residentes de segundo año (tres hombres), tres médicos residentes de tercer año (dos hombres y una mujer) y cuatro médicos residentes de cuarto año (dos hombres y dos mujeres). (Ver Gráfico 1)

En la Tabla 1 se reportan los datos sociodemográficos, la población de sexo masculino tuvo una predominancia con el 69% del total de la población de estudio, la distribución por edad entre los cuatro grados se constituyó de acuerdo con lo esperado, con ningún sujeto que superara los 26 años entre los residentes de primer grado, y con todos los residentes de cuarto grado superando los 30 años de edad.

La orientación sexual no heterosexual supone un estresor significativo en muchos de los sujetos, lo cual pudiera facilitar el desarrollo de un síndrome de desgaste profesional o la aparición de sintomatología depresiva o ansiosa asociada de forma comorbida. En nuestra muestra únicamente el 15% presentaron este factor potencialmente facilitador del síndrome.

La evidencia disponible sugiere que los individuos en condición de soltero, tienen una mayor predisposición para desarrollar el síndrome, por la naturaleza de nuestra población de médicos en formación existe una importante predominancia de sujetos en esta condición. La existencia de hijos, con la importante responsabilidad que supone, se ha identificado claramente como un factor de riesgo sin embargo en nuestra población únicamente un sujeto es padre, de tal manera que la población que en menor riesgo se encuentra está constituida por los sujetos casados sin hijos, este grupo tuvo una representación en nuestra muestra de dos sujetos.

Otros fenómenos de índole migratorio y habitacional que influyen en el desarrollo de síndrome de desgaste profesional es la ausencia de un grupo de apoyo primario formalmente constituido, en muchas ocasiones los médicos en formación se ven en la necesidad de abandonar sus sitios de residencia original en búsqueda de una plaza para el desarrollo de sus aspiraciones profesionales. Consecuentemente se ven en la situación de habitar en lugares lejos de su familia y en muchas ocasiones sin terceros en los cuales puedan depositar sus necesidades y representen figuras de apoyo, en nuestra población tres de los médicos residentes presentan una doble predisposición al desarrollo de la patología ya que comparten ambas condiciones.

Se han detallado un par de factores claramente identificados dentro de la etiología y la promoción de trastornos afectivos, uno de ellos es la disminución en el tiempo efectivo de sueño, esto tiene implicaciones



desde el punto de vista neurofisiológico que condicionan la aparición de sintomatología depresiva, en segundo lugar la disminución en la práctica de actividades deportivas y recreacionales perpetúan la disminución afectiva al punto de impactar la misma respuesta al tratamiento. En nuestro estudio se detectó que ambos factores predisponentes están presentes sin embargo no existe una predominancia de este factor entre alguno de los grados de residencia médica.

La Tabla 2 muestra las características académicas de nuestra muestra, como se detalló en los antecedentes los médicos con el antecedente de una formación escolar en instituciones públicas parecen traer consigo el riesgo generado por ambientes adversos, se ha propuesto que las condiciones de esta adversidad están dadas por la mayor tendencia al trato impersonal, la mayor carga laboral y una menor atención al reconocimiento de la labor desempeñada. Al respecto nuestro estudio puso en evidencia que únicamente dos residentes tenían estudios de licenciatura en instituciones privadas y todos los residentes realizaron su internado médico en instituciones públicas.

Un factor importante que genera tolerancia al desarrollo de sintomatología de desgaste es el gusto por la actividad laboral, al respecto destaca que todos los sujetos de la muestra, eligieron la especialidad en psiquiatría como primera opción, salvo un caso. Por otro lado el 46% de los sujetos no consideraron a su sede hospitalaria actual como su principal opción al momento de someter su candidatura, sin embargo esto demostró no tener influencia sobre la satisfacción de la sede pues la totalidad de la muestra afirmó estar satisfecha con su sede de especialidad.

La sobrecarga laboral puede contribuir de manera importante a la aparición de síndrome de desgaste, al respecto destaca que tres de los sujetos realizaban al momento de la medición estudios de posgrado adicionales a los que corresponden a la especialización médica y todos los sujetos, salvo un caso, pretenden continuar con estudios adicionales al terminar su especialización.

En la tabla 3 se resumen algunos de los datos laborales más relevantes; la jornada laboral superior a las 80 horas semanales ha demostrado ser deletérea para la salud de los médicos residentes, en nuestro estudio se observó un curso esperado en el que la cantidad de horas laboradas disminuye conforme pasan los años de residencia.

Al evaluar el acoso laboral, tanto como el recibido como aquel en el que el residente participa activamente, destaca que entre la población de estudio no existe la impresión de que este fenómeno este presente de forma importante, únicamente dos médicos residentes contestaron de forma afirmativa a la pregunta en la que



se interrogaba respecto a haber sufrido de acoso laboral, vale la pena mencionar que de la misma forma solo un médico residente reconoció haber participado como perpetrador de acoso laboral.

Otros condicionantes somáticos generales, entidades psicopatológicas y comorbilidades ampliamente reconocidas como promotores de trastornos afectivos no se detectaron de manera significativa en nuestra población de estudio, sin embargo cabe resaltar que el 46% de la población reconoció consumir algún psicofármaco, independientemente del motivo o indicación específica. (Ver tabla 4.)

El inventario de Burnout de Maslach reportó valores altos de Burnout en la subescala de agotamiento emocional (EE) para los médicos residentes de tercer año, ningún otro grado presentó sintomatología de agotamiento emocional clínicamente significativa. La subescala de despersonalización (D) reportó valores elevados para los médicos de tercer año de la especialidad, mientras que se encontraron valores moderados de despersonalización entre los residentes de primer año, lo cual se corrobora con la evidencia disponible ya referida en los antecedentes. Un fenómeno peculiar se presentó en la subescala de realización personal (PE) poniendo de manifiesto niveles bajos de realización personal en todos los grados de manera consistente, con la excepción de los médicos residentes de segundo grado quienes por el contrario registraron valores de realización personal cercanos a la sensación de logro. (Ver tabla 5 y Gráfico 2)

En cuanto a la presencia de sintomatología depresiva concurrente al síndrome de desgaste laboral se encontró que únicamente los residentes de tercer año se constituyeron como el grupo de alto riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo formal (Ver Gráfico 3). En lo que respecta a la presencia de sintomatología ansiosa esta fue importante para los residentes de primer grado lo cual concuerda con lo reportado en la bibliografía y con lo esperado de acuerdo a la novedad y demanda a la que se expone a este grupo en su primer contacto con la especialidad, los médicos residentes de tercer año mantuvieron el patrón reportado en las escalas previamente detalladas y se encontraron con altos niveles de sintomatología ansiosa. (Ver tabla 6)



CONCLUSIÓN

El estudio realizado se ha abordado desde su concepción y hasta el análisis como una prueba semi descriptiva de tipo piloto, este estudio arroja resultados relevantes y datos muy valiosos para su interpretación en el contexto y área en que fue realizado.

El fin elemental de toda investigación en salud debe ser la generación de conocimiento, al respecto con fines de consolidar su extrapolación a otras áreas de interés debemos reconocer que cuenta con un sesgo muy importante. El estudio fue concebido por un investigador inmerso en la población de estudio, la interacción de este con el resto de los médicos residentes y la calidad de esta interacción podría repercutir sobre la veracidad de los datos aportados en los cuestionarios, particularmente al ser los sujetos de estudio conscientes de que el investigador tendrá acceso a sus respuestas como parte del proceso de análisis de datos. En un intento de mitigar este fenómeno adverso los cuestionarios fueron contestados de forma anónima y confidencial y se declaró de manera fiel en el consentimiento informado que la participación en el estudio no tendría repercusiones positivas o negativas independientemente de la decisión de participar ni de las respuestas otorgadas.

La presencia del síndrome de desgaste laboral en la población siguió un curso similar al reportado en la bibliografía mundial con respecto a su prevalencia, gravedad y distribución a través de los grados (años de residencia).

Los residentes de primer año se destacan con valores moderados de despersonalización y baja realización personal, mientras que de manera concurrente presentan importante sintomatología ansiosa.

Múltiples estudios han reportado la presencia de desgaste profesional en residentes del último año de la especialidad sin embargo en nuestro estudio esos hallazgos no pudieron ser replicados, con excepción de la presencia de baja realización personal, un hallazgo que se mantuvo constante entre la mayor parte de nuestra muestra.

Un resultado no anticipado por los antecedentes en la bibliografía mundial ni por nuestro estudio en sus fases iniciales fue la presencia de marcado agotamiento emocional y despersonalización, así como de baja realización personal en los médicos residentes de tercer grado. Este grado también registro valores subumbrales de sintomatología depresiva y ansiosa en los inventarios de Beck. Los factores



sociodemográficos, laborales, académicos y laborales no proporcionan datos que permitan asociar una condición particular con los resultados tan desfavorables de este grupo en específico, por lo que los datos obtenidos pueden ser atribuidos a características y condiciones adversas individuales que exceden la capacidad de análisis de este diseño de estudio.

Finalmente no omito mencionar que la significancia de los resultados obtenidos invitan a la extensión de este esfuerzo académico hacia la constitución formal de una herramienta estandarizada de detección, seguimiento e intervención temprana,

El beneficio potencial trasciende al médico en formación que padece esta entidad elusiva y alcanza a nuestro paciente, sujeto y fin de nuestros esfuerzos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Costa, M. y López, E. (1990) Salud Comunitaria. Teoría Y Práctica. Madrid. 53
2. Freudenberger H. (1974) Staff Burn-Out. Journal of Social Issues; 30(1): 159-166.
3. Noelia V., María Thomae y cols. (2006) Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los Trabajadores de la Salud. Revista de Posgrado de La Vía Cátedra de Medicina. N 153. Buenos Aires, p. 18.
4. Maslach C. (1976) Burned-out. Human Behavior; 9 (5): 16-22.
5. Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
6. Hernandez, Clara, et. al. (2012) Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. Fòrum de Recerca nº 16 ISSN 1139
7. Cesio, S. (2008) El Burnout: El Síndrome De Estar Quemado En El Trabajo. EnigmaPsi.com.ar.
8. Guerrero B., Castro V. (1999) Un Trabajo De Investigación Sobre Estrés Y Burnout En El Profesorado Universitario. Departamento de Psicología y Sociología de la Educación. Universidad de Extremadura.
9. Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P. et al. (2004) Síndrome De Burnout En El Personal De Enfermería De Un Hospital De Madrid .Revista Española de Salud Pública. España.
10. Cherniss, C. (1990). Natural recovery from burnout: Results of 10-year follow-up study. Journal of Health and Human Resources Administration, 13, 132-154.
11. Gomez S, Marcos, Bondalije, Teodoro. (2005) Síndrome de Burnout o quemamiento de los profesionales: Prevención y tratamiento. Documento impreso. Barcelona, p.1.
12. Aranda B. Pando M. Torres T. et al. (2005) Factores Psicosociales Y Síndrome De Burnout En Médicos De Familia. An. Fac. med. México.
13. Juárez, E. (2013) Relación del síndrome burnout con el turno de trabajo en personal de enfermería en un hospital de tercer nivel. Documento impreso Tesis. UNAM.
14. Hernández, C. Dickinson, M. Fernández, M. (2008) El Síndrome De Desgaste Profesional Burnout En Médicos Mexicanos. Rev Fac Med UNAM. México.
15. Joffre V, Peinado J, Barrientos M, Lin D, Vázquez F, Llanes A. (2010) Síndrome De Burnout En Médicos De Un Hospital General En El Noreste De México. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, No.1.



16. Bernardo M., Meda M., Rodríguez M. et al. (2005) El Síndrome De Burnout En Una Muestra De Psicólogos Mexicanos: Prevalencia Y Factores Sociodemográficos Asociados. Revista Psicología y Salud. México.
17. González E, Pérez E. (2012) Condiciones Laborales Y Desgaste Profesional En Trabajadores De La Salud. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVI. Número 27. Agosto-Septiembre.
18. Tejada P, Gómez V.(2009) Factores Psicosociales Y Laborales Asociados Al Burnout De Psiquiatras En Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 3.
19. Ochomongo H, Barrera E. (2011) Prevalencia Del Síndrome De Burnout, O Síndrome De Desgaste Laboral, En Personal Del Hospital Nacional De Salud Mental De Guatemala. Rev Latinoam Psiquiatría; 10(1): 11-17.
20. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. (2009) Burnout Y Apoyo Social En Personal Del Servicio De Psiquiatría De Un Hospital Público. Ciencia Y Enfermería XV (2): 55-68.
21. Tait D. Shanafelt, MD; Katharine A. Bradley, MD, MPH; Joyce E. Wipf, MD; and Anthony L. Back, MD (2002) Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program, Ann Intern Med.; 136: 358-367.
22. Michael S. Krasner, MD, Ronald M. Epstein, MD, Howard Beckman, MD, Anthony L. Suchman, MD, MA, Benjamin Chapman, PhD, Christopher J. Mooney, MA, Timothy E. Quill, MD (2009) Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians JAMA —Vol 302, No. 12
23. Karin E Isaksson R. MD, Tore Gude, Reidar Tyssen, Olaf G Aasland (2008) Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ;337
24. Shanafelt TK, Bradley KA, Wipf JE, et al. (2002) Burn-out and self reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med; 136:358-367.
25. Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al. (2004) Burnout comparasion among residents in different medical specialities. Acad Psychiatry Fall; 28(3):240-2.
26. López-Morales, González-Velázquez, et.al. (2007) Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 45 (3): 233-242
27. Cáceres H, Echavarría M, Pomares D. (2010) Síndrome De Burn-Out En Médicos Residentes Del NEA: ¿Cuánto Afecta A Nuestros Futuros Especialistas? Revista De Posgrado De La Vía Cátedra De Medicina. N° 8 201.
28. Velazquez-Perez, Colin-Piana (2013) Afrontando la residencia médica. Gaceta médica de México. 149: 183-95



29. Consejo General de colegios oficiales de psicólogos (2011) Evaluación del inventario BDI-II. Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
30. Jurado, Samuel., et. al. (1998) La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental. 21 (3)
31. Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. (1998) An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56:893-7.



ANEXOS

1.- FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

Id. / Registro _____

Sociodemográficos.

Genero. (M) (F)

Edad en años. (26 o menos) (27 – 29) (30 o más)

Orientación sexual. (Heterosexual) (Homosexual) (Bisexual)

Estado civil. (Soltero) (Casado) (Unión libre) (Otro)

Si es soltero y tiene pareja esta es (Estable) (Inestable)

Tiene hijos. (Si) (No)

Necesitó cambiar de ciudad para cursar la residencia. (Si) (No)

Vive solo. (Si) (No)

Tiempo invertido al día en actividades de esparcimiento.
No incluir tiempo de trabajo, comida o sueño (<1h) (1h 01m – 3h 59m) (>4h)

Tiempo promedio de sueño (<6h) (6 – 8h) (>8h)

Ha realizado algún viaje por placer en los últimos 6 meses. (Si) (No)

Académicos.

Tipo de institución en donde realizó sus estudios de licenciatura (Publico) (Privado)

Tipo de institución en donde realizo su internado de pregrado (Publico) (Privado)

Eligió “Psiquiatría” como su primera opción de especialidad. (Si) (No)

El hospital en el que cursa actualmente su residencia fue su primera opción. (Si) (No)

Se siente actualmente satisfecho con su sede hospitalaria. (Si) (No)

Realiza actualmente estudios formales en algún área adicional a su residencia médica. (Si) (No)

Planea realizar estudios formales al concluir su residencia médica
Subespecialidad, Alta especialidad, Maestría (Si) (No)



Laborales.

Año de la residencia que se encuentra cursando.	(Primero) (Segundo) (Tercero) (Cuarto)
Horas de trabajo / semana.	(<80h) (>80h)
Ingreso promedio mensual, en pesos.	(<10,000) (10,000 - 13,000) (>13,000)
Ha realizado alguna rotación externa en los últimos 6 meses.	(Si) (No)
Durante su actividad laboral, ha sido agredido físicamente en los últimos 6 meses.	(Si) (No)
Ha sido sujeto de acoso laboral por parte de sus compañeros residentes en los últimos 6 meses.	(Si) (No)
Ha realizado o participado en eventos de acoso laboral hacia alguno de sus compañeros residentes en los últimos 6 meses.	(Si) (No)
Tiene o ha tenido conflictos con sus superiores (no residentes) en los últimos 6 meses.	(Si) (No)
El ambiente laboral en su sede hospitalaria es agradable	(Si) (No)

Patológicos

Padece sobrepeso u obesidad.	(Si) (No)
Fuma usted habitualmente	(Si) (No)
Utiliza alguna sustancia de forma ocasional. (Excepto cafeína y tabaco)	(Si) (No)
Padece algún tipo de discapacidad física.	(Si) (No)
Padece alguna enfermedad médica.	(Si) (No)
Utiliza algún psicofármaco de forma regular.	(No) (Ansiolítico / Sedante) (Antidepresivo) (Estimulante) (Otro)



2.- M.B.I. (Inventario de Burnout de Maslach)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. No existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales. 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 y número que considere más adecuado. Gracias.

			Nunca	Una 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	Diario
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							



11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							



3.- Inventario de Depresión de Beck (BDI- II)

Por favor seleccione a continuación el enunciado que mejor describa su condición durante la última semana e incluso hoy.

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.



- 7)
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8)
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10)
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12)
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13)
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.



14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.



21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.



4.- Inventario de Ansiedad de Beck (B.A.I.)

Por favor seleccione a continuación con qué frecuencia ha experimentado los siguientes síntomas durante la última semana e incluso hoy.

1. Entumecimiento u hormigueo

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

2. Sentir oleadas de calor o bochorno (no debido al calor)

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

3. Debilitamiento de las piernas

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

4. Dificultad para relajarse

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

5. Miedo a que pase lo peor

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

6. Sensación de mareo

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

7. Opresión en el pecho o latidos acelerados

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

8. Inseguridad

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

9. Terror

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

10. Nerviosismo

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

11. Sensación de ahogo

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

12. Manos temblorosas

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente



13. Cuerpo tembloroso

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

14. Miedo a perder el control

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

15. Dificultad para respirar

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

16. Miedo a morir

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

17. Asustado

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

18. Indigestión o malestar estomacal

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

19. Debilidad

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

20. Ruborizarse, sonrojarse

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente

21. Sudoración (no debida al calor)

Poco O Nada Mas O Menos Moderadamente Severamente



5.- Carta De Consentimiento Informado

Estimado médico residente,

Yo, Dr. Ricardo Bueno Vargas (Investigador), estoy llevando a cabo un estudio titulado:

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT), EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA, EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

El estudio consiste en llenar de manera anónima un perfil sociodemográfico y laboral, así como un cuestionario auto aplicado (Inventario de Maslach) para la detección del síndrome de Burnout. El tiempo estimado para su contestación es de aproximadamente 10 minutos.

El objetivo del estudio es investigar cuales son los factores que predisponen el desarrollo del síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría en el C.M.N. 20 de Noviembre. La presencia de este síndrome deteriora su eficiencia y su calidad de vida. Su detección permitirá un tratamiento oportuno, en beneficio de los sujetos que lo padecen.

El estudio no conlleva ningún riesgo, no recibirá ninguna compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles al finalizar el estudio si desea solicitarlos.

El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en el estudio no afectará sus derechos dentro de su institución de salud. Su participación es voluntaria y usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para la participación en el estudio en el momento que desee.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, puede dirigirse al correo electrónico dr.rbueno@gmail.com, comunicarse con el investigador al teléfono 044 55 18 27 49 72 o la dirección Félix Cuevas 540, Colonia Del Valle Centro, Benito Juárez, 03229, Distrito Federal.

Si desea participar, favor de llenar el formulario al reverso de la hoja.



He leído el procedimiento descrito previamente. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre: _____ Firma: _____

Domicilio: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Parentesco: _____

Domicilio: _____

Investigador: _____ Firma: _____

Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____.

Dr. Abel Archundia García.- Presidente del Comité de Ética. Teléfono 52-00-50-03 Ext. 14629