

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA  
DE HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DEL ISEM”**

**HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA  
“VALLE CEYLAN”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN  
ANESTESIOLOGÍA.**

**PRESENTA**

**M.C. CASANDRA IRAIS MENDOZA CASTILLO**

**DIRECTOR DE TESIS**

**E. EN ANEST. MAURICIO DEL PORTILLO SÁNCHEZ**

**ASESOR DE TESIS**

**E. EN ANEST. THALIA ANGULO ZALDÍVAR**

**REVISORES DE TESIS**

**E. EN ANEST. XOCHITL ALVARADO RAMÍREZ**

**E. EN ANEST. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA CRUZ**

**E. EN ANEST. MARIO ÁNGEL ROSAS SÁNCHEZ**

**E. EN ANEST. ROSA MARÍA VILLEGAS GÓMEZ**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014**

## DEDICATORIA

A mis padres, hermanas, sobrinos y mi compañero de vida.

A mis maestros, la antigua escuela.

**“Aprender a ver es el aprendizaje más largo en todas las artes”. Edmund de Goncourt.**

**“Incidencia de Síndrome de Burnout en residentes de Anestesiología de Hospitales de segundo nivel del ISEM”**

# Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Marco teórico</i>	2
<i>Planteamiento del problema</i>	14
<i>Justificación</i>	16
<i>Hipotesis</i>	16
<i>Hipotesis nula</i>	16
<i>Objetivos</i>	17
<i>Objetivo general</i>	17
<i>Objetivos específicos</i>	17
<i>Método</i>	17
<i>Implicaciones éticas</i>	22
<i>Resultados</i>	23
<i>Cuadros y/o gráficos</i>	26
<i>Discusión</i>	55
<i>Conclusión</i>	56
<i>Recomendación</i>	56
<i>Bibliografía</i>	57
<i>Anexos</i>	59

## Resumen.

El ejercicio de la anestesiología puede resultar estresante tanto para los especialistas titulados así como para los residentes de anestesiología, quienes inician lidiando con las dificultades inherentes a la especialidad.

El presente estudio se realizó en el Instituto de Salud del estado de México, involucrando a las sedes hospitalarias de la especialidad de anestesiología, todas de segundo nivel, de diciembre de 2012 a Enero de 2013, aplicando a los residentes el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para conocer la incidencia del síndrome de Burnout así como las características relacionadas a su aparición.

**Resultados:** Se aplicó el cuestionario a 48 participantes que cubrieron los criterios de inclusión. La muestra estuvo conformada por 33 mujeres y 15 hombres, con edad promedio de 28.9 años (DE 2.1 años); 38 eran solteros, 9 casados y 1 divorciado, quienes trabajan en promedio 99.6 horas a la semana (DE 11.8 horas).

Se encontró que el 33% de los participantes desarrollaron el síndrome de Burnout, siendo el agotamiento emocional la dimensión que con mayor frecuencia afectó a los participantes, y el tercer grado de residencia mostró ser el más afectado.

## Summary .

The practice of anesthesiology can be stressful for both qualified specialists as well as anesthesiology residents , who started grappling with the inherent difficulties of the specialty of anesthesiology.

This study was conducted at the ISEM, involving second-level hospital center of residency in anesthesiology, from December 2012 to January 2013, applying the Maslach Burnout Inventory (MBI) to the residents to determine the incidence of the syndrome Burnout and the characteristics related to their appearance.

**Results:** The questionnaire was applied at 48 participants who covered inclusion criteria. The sample consisted of 33 women and 15 men , mean age 28.9 years (SD 2.1 years), 38 were single , married , 1 divorced nine who work on average 99.6 hours a week (SD 11.8 hours).

It was found that 33% of the participants developed Burnot syndrome, being the emotional exhaustion dimension that most frequently affected participants, and third grade turns out the most affected.

## **Marco teórico**

El síndrome de Burnout o “estar quemado” en inglés es una entidad que se define como estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, como respuesta al estrés crónico emocional e interpersonal caracterizado por agotamiento abrumador, cinismo e ineficiencia. <sup>1</sup>

Para Palmer<sup>2</sup> el síndrome de Burnout es la respuesta física y emocional al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, además de ser un trastorno adaptativo crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo, que afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y que repercute en la calidad de la atención profesional que brinda.

Inicialmente se identificó en personal al cuidado de la salud, hacia 1974, fue descrito por Freudemberger<sup>3</sup>; quien observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban en una institución para el tratamiento de personas con toxicomanías, tras un año de haber iniciado labores sufrían pérdida progresiva de energía, mostraban, agotamiento, ansiedad, depresión, desmotivación y agresividad contra los pacientes. Él define éste padecimiento como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada resultado de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.<sup>3</sup>

Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California se interesó en su estudio, utilizando nuevos términos, o tres dimensiones: Agotamiento emocional, que se refiere a pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral; despersonalización falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimiento de culpa por la situación vivida; y baja realización personal, entendiéndose por ello el sentimiento de baja competencia en el trabajo del profesional. <sup>4</sup>

En colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, desarrolla un instrumento para su diagnóstico, denominado cuestionario de Maslach (Maslach Burnout Inventory) El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo o despersonalización y la baja realización personal en el trabajo.<sup>5</sup>

El cuestionario consta de 22 preguntas, las cuales se responden en un puntaje de frecuencia que va desde 0 para: nunca, hasta 6 para: todos los días.

Se evalúan las 3 dimensiones del síndrome de Burnout por rango de puntuación:

Tipo de desgaste	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Leve	< 19	< 6	> 39
Moderado	19 – 26	6 – 9	39 – 34
Severo	> 26	> 9	< 34

El modelo de Cristina Maslach (Maslach Burnout Inventory) ha sido validado empíricamente, a través de análisis factorial confirmatorio por Vanheule, Rosseel y Vlerick (2006) en Bélgica, por Kitaoka-Higashiguchi et al. (2004) en Japón, por Meda-Lara, Moreno-Jiménez, Rodríguez Muñoz, Morante-Benadero y Ortiz-Viveros (2008) en México, entre otros.<sup>6</sup>

Sin embargo, se han utilizado otras clasificaciones y pruebas para detectar Burnout; Montero Marín y García Campayo<sup>7</sup>, realizaron un estudio en la Universidad de Zaragoza y el Hospital Miguel Servet, en 409 empleados, aplicando un formulario específico BCSQ-36 para definir nuevamente el síndrome de Burnout, según ellos las existen diferencias que permiten clasificar a la población en 3 subtipos: frenético, desgastado e infraestimulado.<sup>7</sup>

El síndrome de agotamiento profesional o síndrome de Burnout se identifica inicialmente en el personal de la salud hoy día se mencionan otros grupos de riesgo como son: Trabajadores sociales, policías, maestros, personal al mando de prisiones y abogados.<sup>8</sup>

En 1991 Burke y Richardsen, refieren la afección en más de 25 campos de profesiones. Para el año 2000, la OMS, calificó al síndrome de Burnout como «*riesgo laboral*», con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones.<sup>9</sup>

Cursa a través de cuatro etapas:

Etapa 1 se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos, de forma que los primeros a los segundos, lo cual lleva a una situación de estrés agudo.

Etapa 2: el individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas, lo cual sólo funciona transitoriamente.

Etapa 3: Aparece realmente el síndrome de Burnout.

Etapa 4: el individuo con deterioro físico y mental se convierte en un peligro para los destinatarios de su servicio.<sup>10</sup>

Existen ciertas características laborales que pueden contribuir al desarrollo de Burnout como son falta de control en administración del tiempo, mala organización del trabajo, dificultades inherentes al trabajo así como conflictos en relaciones interpersonales.<sup>11</sup>

El perfil epidemiológico clásico muestra que la probabilidad más alta de desarrollar éste síndrome es en mujeres, con 7 a 10 años de ejercicio profesional, entre 40-55 años, sin compañero, con trabajo de tiempo completo, con responsabilidades importantes; otros factores demográficos que pudieran contribuir a la aparición de Burnout son: número de hijos y número de años de estudio.<sup>5</sup>

Así mismo se ha observado que existen ciertos tipos de personalidad que son más propensas para el desarrollo de éste síndrome, las cuales son: personalidad histriónica, personalidad narcisista, personalidad esquizoide y personalidad compulsiva.<sup>1</sup>

Así como se ha relacionado con tipos de personalidad, se ha observado algunas otras que parecen tener un factor protector ante el desarrollo de Burnout, como son la personalidad resistente y el sentido de coherencia.<sup>12</sup>

Se ha reportado que el estrés psicológico crónico puede tener efectos biológicos, como alteraciones inmunológicas, demostrado por reportes de linfocitos y células T (CD3, CD4, CD8) por encima de lo normal.<sup>13</sup>

El impacto en la salud del síndrome de Burnout en el prestador de servicios puede manifestarse como: cefalea, trastornos gastrointestinales, taquicardias, ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad.<sup>6</sup>

También puede presentarse fatiga, alteraciones del sueño, irritabilidad, cambios conductuales como agresión, actitud defensiva, cinismo y abuso de drogas, y relacionadas al trabajo: ausentismo y falta de rendimiento. Cuando llega a grados muy avanzados puede derivar en graves consecuencias que



van desde accidentes automovilísticos vinculados al desgaste de la jornada laboral, hasta patologías como depresión, fármacodependencia y suicidio.<sup>14</sup>

Debido a ello, es que se han realizado estudios en el personal al cuidado de la salud, para estimar la prevalencia del Burnout en éstos: en 1994 Hidalgo y Díaz realizaron en Barcelona, informaron que 156 médicos generales y especialistas del Hospital de Ávila presentaban el síndrome con más frecuencia; Osborne, en un estudio de 340 odontólogos del sudeste de Inglaterra documenta éste síndrome, debido al contacto estrecho de los profesionales con los paciente y a la sobrecarga de trabajo. En la ciudad de Nueva York, EUA, en un informe en enfermeras que laboran con pacientes con VIH, éstas mostraron un alto grado de síndrome de Burnout. Guntpalli, en 1996, en un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas-intensivistas de los EUA, informó que 40% de los sujetos en estudio presentó éste síndrome, con detrimento emocional, principalmente atribuible a los factores organizacionales, administrativos y a los conflictos interpersonales, como factores desencadenantes. Coincide con otros autores que señalan éstas características en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos y a otros con transplante de médula ósea. En 1998, González, en un estudio realizado en Zaragoza, España, con 286 médicos familiares, documentó que 59.7% presentaban alto nivel del síndrome.<sup>14</sup>

En 1999, en Leicester, Inglaterra se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado de Burnout, relacionado con el agotamiento emocional al pasar por severas depresiones, sufrir actitudes negativas y estrés en el trabajo, también relacionado con el agotamiento emocional posiblemente causado por la estrecha interrelación del médico con la salud emocional de los pacientes, sus necesidades y sus problemas. Lo cual fue observado de manera similar en los psicoterapeutas y demás personal relacionado con el área.<sup>2</sup>

Así pues, se han realizado estudios en casi todos los rubros de trabajadores al servicio de la salud, entre los cuales existe diferencia en cuanto al nivel de estudios, la rama o especialidad, funciones específicas que desempeñan así como diferencias de la población o pacientes que atienden, encontrándose en todos cierta prevalencia del síndrome de Burnout.

De entre los trabajadores al servicio de la salud en quienes se puede evidenciar éste síndrome, el residente también es afectado por éste mal, ya que se desenvuelven con alto grado de responsabilidad hacia el paciente también presentan un alto grado de nivel de estrés, y por las propias características de su entorno laboral.<sup>2</sup>

Se tiene la premisa de que aunque la anestesiología sea estresante, los anestesiólogos desarrollan mecanismos de protección con el tiempo; sin embargo los anestesiólogos en entrenamiento o sin experiencia parecen ser más vulnerables.<sup>15</sup>

El creciente interés por la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas ha dado por resultado la realización de estudios de tipo transversal, que relacionan con alguna variable la afectación de los residentes por centros de trabajo, muchos de ellos utilizando el cuestionario de Maslach (MBI).<sup>1</sup>

Purdy realizó un estudio transversal observacional para identificar la prevalencia del síndrome en 67 residentes de medicina familiar aplicando el cuestionario de Maslach, quienes presentaron Síndrome de Burnout en rango moderado 17%. Daly y Willcock en 1998 llevaron a cabo un estudio en 482 residentes de primer y segundo año alrededor de New South Wales, encontrando agotamiento emocional adecuado, y un rango de despersonalización alto a mitad del año. Geurts et al. en 2001 publicó un estudio realizado en 293 residentes en Países Bajos, en donde se reportaron puntuaciones moderadas para Burnout. Shanafelt et al, en 2001 y realizaron un estudio en 115 residentes en Inglaterra, aplicando el MBI encontrando que el 76% de los residentes presentaron agotamiento emocional o despersonalización. Biaggi et al. reporta en un estudio realizado en Suecia, en 66 residentes, encontrando que el 41% tenían valores críticos para agotamiento emocional en la subescala validada SSSHS de Hacker y Reinholds, en la cual un tercio de los residentes reportaron tener aversión a los pacientes.<sup>1</sup>

Nyssen<sup>11</sup> en el 2003 aplicó el MBI a 119 residentes de anestesiología, en la Red Universitaria de Bélgica, reportando la distribución de Burnout por edad, reportando que 47% de los anestesiólogos menores de 30 años tenían altos niveles de agotamiento emocional en el MBI.

Abut<sup>15</sup> publicó un estudio realizado en 159 anestesiólogos en entrenamiento en hospitales de Estambul, en el 2010, utilizando el MBI y el PSS validado para Turcos. Sus resultados mostraron que la percepción del estrés era muy alto en los primeros años de entrenamiento, y disminuía conforme tenían más años en entrenamiento, las residentes del sexo femenino mostraban los más altos niveles de realización personal pero niveles más bajos de despersonalización que los hombres. Se integró también la variable de número de hijos, y se observó que quienes tenían más de 2 hijos presentaban puntuaciones mas bajas de agotamiento emocional y despersonalización pero niveles mas altos de realización personal, lo cual relacionaron al rol tradicional de madre que aún tienen las mujeres.<sup>2</sup>

En el 2000, García documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en Valencia, España, que presentaron el síndrome, de los cuales 7.1% presentó agotamiento emocional, 17.8% cinismo y el 23.2% baja realización personal. (10) Esto coincidió con un estudio realizado en 115 residentes de Medicina Interna de 45 escuelas, en los estados Unidos, según Tait.<sup>2</sup>

En el 2005 López Morales<sup>16</sup> et al. realizó un estudio analítico transversal, observacional, prospectivo y comparativo en residentes en tres centros hospitalarios del IMSS, para determinar la relación del Burnout y las jornadas laborales prolongadas. Comparando residentes con más de 80 horas laborales a la semana, contra residentes con menos de 80 horas laborales a la semana, encontrando que 51.08% presentaban síndrome de desgaste profesional; 63.8% laboraban más de 80 horas a la semana, y 38% menos de 80 horas. De los residentes con jornadas laborales prolongadas, 65.4% presentó el síndrome y 33.8% de quienes acumularon menos de 80 horas semanales.

Lo importante de la situación es conocer las implicaciones de cubrir una población de pacientes con médicos residentes que presentan trastornos como el Burnout. De ahí que para Prins<sup>17</sup> et al. haya sido importante evaluar los errores reportados por los propios residentes en sus actividades en Holanda, (2005), en dicho estudio todos los residentes en entrenamiento en Holanda recibieron un cuestionario autoaplicable, en el cual se les interrogaba acerca de cuan frecuente les habían ocurrido ciertas situaciones ranqueando las respuestas de 1 (nunca) a 5 (frecuentemente).

Se determinó la existencia del síndrome de Burnout con el MBI Health and Social Services, además de valorarse las implicaciones del síndrome. Se encontró que el 6% refirió nunca haber cometido un error que representara consecuencias negativas para el paciente; el 94% refirió haber cometido uno o más errores, de los cuales, el 28% reportaron sin consecuencias negativas; el 1% refirió cometer ese tipo de errores muy frecuentemente; el 71% refirió haber realizado procedimientos para los cuales no había recibido una capacitación apropiada; más de la mitad (56%) refirió haber cometido errores con posteriores consecuencias negativas para el paciente; mientras que el 44% reportó nunca haber cometido errores que hubieran tenido consecuencias negativas para el paciente.

Tres cuartas partes de los encuestados refirieron haber tenido un desempeño deficiente en calidad una o más ocasiones.<sup>17</sup>

Mientras que Fahrenkopf<sup>18</sup> et al. reportó un estudio realizado en el Children's Hospital Boston in Boston, Massachusetts; el Lucile Packard Children's Hospital en Palo Alto, California y el Children's

National Medical Center en Washington, DC, en residentes de pediatría. Como instrumento de validación se utilizaron: HNDS de 10 preguntas y el Maslach Burnout Inventory. En dicho estudio se encontró que el 92% de los residentes que se incluían dentro de los criterios de depresión también tenía Burnout. En este estudio realizado en tres centros médicos, señaló que el 20% de los residentes tenían depresión y el 75% tenían Burnout. Los que tenían depresión cometieron 6 veces más errores que los residentes que no tenían depresión.

De lo anterior podemos destacar los estragos que causa éste padecimiento, desde el punto de vista institucional, ya que la calidad del servicio que reciben los usuarios resulta comprometida. Por ello las instituciones deben evaluar que tipo de servicio desean proporcionar a sus pacientes.

En los últimos tiempos se puede incluir a los anestesiólogos en la lista de profesionales que pueden padecer el síndrome de Burnout, teniendo una prevalencia en anestesiólogos que varía del 28% al 44%.<sup>14</sup>

Existen realmente pocos estudios que abordan el Burnout en el anestesiólogo, quien presenta alto grado de estrés, y que por las propias características de su entorno laboral se encuentra enfrentando presiones de alta productividad, competitividad, calidad, costo-beneficio, exceso de horas de trabajo y ambiente laboral hostil.<sup>2</sup>

Calabrese<sup>14</sup>, menciona que existen factores estresantes que pueden ser el antecedente para la aparición del síndrome de Burnout en el anestesiólogo, estos son:

Factores estresantes personales:

- Prototipo de personalidad: personalidad tipo A caracterizada por puntualidad en el trabajo, ejercicio de varias tareas al mismo tiempo, amplia dedicación laboral, son ambiciosos, responsables competitivos, precisos, detallistas, encuentran frecuentemente situaciones frustrantes, inexpresivos, y de difícil relacionamiento que además se pueden asociar con coronariopatías, hipertensión arterial y muerte prematura.
- Los desajustes de las expectativas altruistas, profesionales y sociales del anestesiólogo que surgen con el paso del tiempo y la falta de concreción de sus metas.
- El papel protagónico en su ámbito de trabajo, con una valoración de la personalidad «sobre calificada», que muchas veces se sienten «dioses blancos» resistentes a la fatiga,

invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante.

Factores estresantes profesionales:

- Desarrollar una profesión humanitaria, de servicio, en contacto con el sufrimiento y el dolor.
- El perfil del tipo del trabajo de la especialidad, que se caracteriza por intensa carga física y psíquica, con exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, manejo con frecuencia de pacientes envejecidos, complejos, en estado críticos, donde se deben tomar decisiones de emergencias, con enfrentamiento con la muerte, en definitiva en estas situaciones «transforman emociones naturales en emociones estresantes»
- La modalidad laboral es un factor de importancia como generadora de estrés en la actualidad ya que el anestesiólogo tiene calendarios laborales inapropiados con días extensos de trabajo caracterizados por exceso de horas de trabajo tanto diurnas como nocturnas, consecutivas, horas extras e inadecuado descanso generadores de fatiga, privación del sueño y alteraciones de ritmo circadiano así como falta de control de su tiempo e interferencia con la vida familiar.
- El fantasma de las demandas civiles y penales que se presentan cada vez con mayor frecuencia o a estar cursando la vivencia de un proceso de juicio civil y/o penal.

Factores estresantes institucionales en la generación de estrés laboral se vinculan:

- De manera muy fuerte una estructura jerárquica rígida de la organización.
- A una difícil comunicación con autoridades y mandos medios en la organización.
- A falta de adecuada estructura y organización de los servicios de anestesia.
- A difícil relación con jefes de servicios.
- A los nuevos modelos de administración y gestión en salud donde el anestesiólogo está inmerso en una cultura laboral de “Alta Presión” con presiones de alta productividad, competitividad, criterios de calidad, predominio de criterios de optimización de recursos económicos.
- A la inseguridad laboral.
- A los inadecuados ingresos económicos.
- La falta de políticas favorables a la vida de familia del trabajador.

Factores ambientales en la generación de estrés laboral se vinculan a:

- A Infraestructura laboral Inadecuada relacionada con la Ergonomía, Climatización Ventilación, Renovación de Aire, Eliminación de desechos de gases anestésicos, Iluminación, Ruidos y vibraciones, como se evidencia en la encuesta CLASA 2000.
- Infraestructura laboral: Renovación de aire, Sistema Antipolución, Protección radiológica, Mantenimiento Integral, Adecuadas dimensiones, Redes de gases Medicinales.
- A protecciones Inadecuadas destacando la carencia de extracción de desechos de gases anestésicos, inadecuadas protecciones y mediciones de radiaciones ionizantes y no ionizantes, Inadecuadas protecciones «Estándar», Incumplimiento de inmunizaciones, carencia de sillas/mesas ergonómicas con altura adecuada, incumplimiento de normas de “Seguridad Industrial”
- A un hábitat laboral intenso, donde se desarrollan en general un clima intenso, rutinario, competitivo, hostil por momentos donde predominan las inadecuadas relaciones interpersonales tanto entre médicos, enfermería y resto del personal en el cual se percibe como un fracaso estar cansado como ideología laboral, aun cuando en realidad la falta de sueño y de la fatiga crónica acumulada son moneda corriente.<sup>14</sup>

A lo anterior, además se suma el hecho de que se sigue considerando a la anestesiología como un servicio de apoyo muy a pesar de que se trata de una especialidad, dentro del equipo quirúrgico el cirujano tiene la idea de que no representa una responsabilidad grande para el anestesiólogo el mantenimiento del paciente dentro de la sala quirúrgica, mucho menos se piensa como causa de estrés. Así pues, el papel del anestesiólogo se ve reducido a un auxiliar. Lo anterior aún sigue siendo causa de desacuerdos entre el cirujano y el anestesiólogo.<sup>19</sup>

Es importante acotar que, a diferencia del perfil epidemiológico clásico, en los anesthesiólogos, quienes tienen más probabilidad de presentar síndrome de Burnout son: masculinos, con antigüedad laboral de 14 años promedio, casados y con hijos, con sobrecarga laboral.<sup>2</sup>

Kluger<sup>20</sup> et al, en el 2003 publicó un estudio realizado en especialistas australianos, utilizando la lista del Colegio Australiano y de Neo Zelandés de Anesthesiólogos, se les envió por correo un cuestionario autoaplicable, el cual tuvo una respuesta del 60%; de los 422 anesthesiólogos que respondieron, se dedujo que lo más estresante es la presión de llevar al paciente a un buen desenlace, y lo que puede

causar decepción en el trabajo es la poca importancia que le da el sistema hospitalario a la anestesiología, así como la falta de control en la administración del tiempo. Parece que el apoyo del servicio y el ambiente en trabajo son importantes mecanismos compensatorios de un trabajo estresante. Lo puede ser más estresante es la ausencia de una buena definición estructural del departamento de anestesiología, aislamiento profesional, aislamiento social, así como carencia de apoyo. Cuando se interrogó acerca de cómo responden los colegas al estrés refirieron una mayor utilización de alcohol y drogas, aunque muy pocos admitieron ellos mismos recurrir a ello.<sup>20</sup>

En la actualidad existe mayor preocupación por los riesgos que asumimos por el ejercicio profesional de la anestesiología; estos riesgos profesionales pueden ser legales y no legales.

En el caso de los anesthesiólogos, el intenso estilo de vida laboral, el excesivo estrés laboral crónico y la disponibilidad y el fácil acceso de la «droga a elección» en su trabajo diario, sumada a patrones de agotamiento emocional y depresión favorecen la aparición de fármacodependencia. La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y en especial entre anesthesiólogos resulta muy difícil de establecer. Los datos surgen de estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos.<sup>3</sup>

El consumo de drogas y el abuso del alcohol se observan con frecuencia en los residentes de anestesiología, también han sido asociados a las condiciones extremas de vida en la especialidad.

Si la adicción no es detectada ni tratada, puede ser una enfermedad fatal.<sup>11</sup>

Wischmeyer et al describió la muerte como síntoma primario en 28% de 25 médicos residentes adictos a propofol en el programa de residencias médicas de EEUU. Menk et al reportó 14 muertes relacionadas con abuso de drogas de 79 residentes de anestesiología farmacodependientes quienes se habían integrado al programa de residencias después del tratamiento. Collins et al, encontró un fracaso del 56% y mortalidad del 9% entre los residentes que intentaron regresar a la residencia después de su tratamiento por fármacodependencia.<sup>21</sup>

De lo cual resulta claro que el residente de anestesiología con adicción a fármacos tiene una fuerte tendencia a la recaída aún después de recibir el tratamiento adecuado. Si es esto cierto, el pronóstico es sombrío en quienes abusan de los fármacos pasando inadvertidos.

Aunado a esto el riesgo del suicidio en pacientes con síndrome de Burnout es 6 veces mayor que en la población general, por tanto es una grave y temible consecuencia.<sup>9</sup> Por ello es que el suicidio entre los anestesiólogos se ha usado como un indicador de los altos niveles de estrés en la especialidad.<sup>11</sup>

Una pregunta surge en éste contexto: ¿Qué se puede hacer ahora para disminuir el estrés laboral y mejorar la salud mental del trabajador de la salud y consecuentemente entregar mejor calidad en los servicios destinados al usuario de los servicios de salud?

En respuesta a ello se debe considerar el planteamiento de estrategias a diferentes niveles, el primero y más importante resulta a nivel personal, que consiste en que el trabajador de la salud admita que existe un problema y se asuma como paciente.<sup>14</sup>

Éste tipo de estrategias llamadas de afrontamiento son un conjunto de respuestas ante una situación estresante para reducir de algún modo las características lesivas de la misma; algunas de las más usadas según se ha documentado son: afrontamiento activo o dirigido al problema, soporte social, empoderamiento psicológico que puede ser a través de psicoterapia individualizada, indiferencia, afrontamiento evitativo y afrontamiento pasivo, entre otros. Un afrontamiento incorrecto puede agravar la intensidad del estrés percibido.<sup>22-26</sup>

Según Johnstone, cirujano pediatra de Sudáfrica, quien describe su propia experiencia con el síndrome, refiere que al cambiar sus hábitos laborales disminuyó el Burnout.

Otros autores describen que el retirarse cuando es posible, cambiar de servicio o ambiente de trabajo, ayuda a mejorar el nivel de éste síndrome.<sup>2</sup>

Según Calabrese, pueden realizarse diversas estrategias, a diferentes niveles, algunas inclusive forman parte de la Guía de Prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo (CLASA).<sup>5</sup>

Las guías se refieren a diferentes niveles, los cuales son:

#### Nivel Personal

- Establecer un proceso personal de adaptación a las expectativas cotidiana recomendándose:
- No negar la situación
- Evitar aislamiento



- Disminuir la intensidad de vida
- Buscar un equilibrio entre familia , amigos ,descanso y trabajo
- De ser necesario no tener reparos en buscar asesoramiento psicológico para el profesional

#### Nivel de equipo

- Los compañeros resultan claves en el diagnóstico, en el apoyo y en los espacios para la ayuda.
- Se deben exigir a las empresas contratantes que se facilite en el marco de un programa de salud ocupacional para el anesthesiólogo un espacio para la catarsis y discusión con apoyo profesional para lograr un mejoramiento de las relaciones interpersonales, buscar un ambiente de trabajo más humanizado, menos competitivo y solidario.

#### Nivel de Organización – Institucional

Las empresas empleadoras deben tener un Programa de Salud Ocupacional para el anesthesiólogo que contemple la prevención de los factores estresantes, apoyo psicológico, apoyo a enfermedades físicas, a la prevención y/o tratamiento de alteraciones de la conducta fundamentalmente adicciones y alcoholismo a través de un Programa de Salud Mental.

Se recomienda algunas medidas como:

- Asegure que el volumen de trabajo coordine con las habilidades y los recursos de los anesthesiólogos.
- Diseñe los trabajos para proveer el significado, el estímulo y las oportunidades para que los trabajadores
- usen sus habilidades.
- Defina claramente los papeles y responsabilidades del anesthesiólogo.
- Dé oportunidades a los anesthesiólogos a participar en las decisiones y acciones afectando sus trabajos.
- Mejore las comunicaciones.
- Reduzca la incertidumbre sobre el desarrollo de carrera y las posibilidades de trabajo en el futuro.
- Provea oportunidades para la interacción social entre los trabajadores.
- Establezca los calendarios de trabajo que están compatibles con las demandas y responsabilidades
- fuera del trabajo.
- Equilibrio en los calendarios laborales, familiares y sociales.

- Mejoras en medidas de protección en los quirófanos.
- Mejoramiento de infraestructura de trabajo.<sup>14</sup>

Es importante continuar con nuevas líneas de investigación, puesto que a medida que el trabajador de la salud, en éste caso los médicos anestesiólogos en formación, gocen de buena salud, tanto física como mental, será posible brindar una atención de calidad a los pacientes.

Es importante que los directivos de las organizaciones de salud observen los principios administrativos y no se desvíen de aquellos para los cuales fueron instituidas. En la medida que los directivos conozcan éste tema podrá evitarse llegar a los vicios organizacionales, que son los causantes de éste síndrome, y que impiden lograr un completo bienestar empresa-trabajador. Es necesario que se apoye ésta línea de investigación, ya que en México no se encuentran trabajos sobre éste tema, tan importante para el bienestar empresa-trabajador.

La propuesta es que se implemente un mecanismo permanente de prevención y detección de éste síndrome, ya que como se ha señalado, se cuenta con un instrumento para su diagnóstico y se conocen los factores de riesgo.

### ***Planteamiento del problema***

De un tiempo a la fecha se ha hecho evidente la elevada frecuencia y severidad de trastornos físicos y mentales entre los residentes; en particular, en el servicio de anestesiología se han observado trastornos físicos que afectan el sistema digestivo o bien la aparición de cefalea no asociada a enfermedades manifiestas, así como entre los trastornos mentales se encuentran la ansiedad, depresión, trastornos del sueño, etcétera, que se pueden relacionar con estrés laboral. Inclusive se han observado casos de abuso de alcohol así como defunciones a temprana edad, en residentes de anestesiología, igualmente con fuerte relación al estrés laboral.

Así mismo se han reportado casos de omisiones o errores médicos, de los residentes en el acto pre, trans y postanestésico, mismos que llegan a tener repercusiones en el pronóstico de los pacientes, resultando en complicaciones postanestésicas en algunos casos, con necesidad o no de tratamiento farmacológico, mayor número de días de estancia hospitalaria, o simplemente provocando angustia e incertidumbre en los pacientes afectados, sin mencionar los estudios de laboratorio o gabinete y las

interconsultas con otros centros hospitalarios que se requieran en la vigilancia de las complicaciones mencionadas. Esto es consecuencia de que al residente, quien es la fuerza de trabajo de los hospitales, se le delega en muchas ocasiones responsabilidad directa sobre el paciente, así que eso representa un alto grado de estrés en éste grupo.

Han sido pocos los estudios realizados en médicos residentes y ninguno se ha realizado en residentes de anestesiología de Instituto de Salud del Estado de México, así es que no se conoce a ciencia cierta la prevalencia del síndrome de Burnout en ellos.

Por ello mismo es que no se reconoce como un problema, mucho menos un tópico de importancia en la agenda de los directivos en el Instituto de Salud del Estado de México.

Las incapacidades y el ausentismo son un recurso que se ha visto incrementado por parte de los residentes en orden de la resolución de los síntomas orgánicos o psíquicos que los aquejan a consecuencia del estrés laboral crónico, en consecuencia se deriva la acumulación de trabajo o responsabilidades entre los demás residentes del servicio, perpetuando así el ciclo de estrés.

O bien, la sintomatología existe pero no en la severidad necesaria para justificar una incapacidad, es entonces cuando se observa mayor desapego al paciente y sus necesidades, así como aparición de tedio, y sensación de fracaso. Esto, al parecer ocurre en cualquier grado de la residencia.

Todo lo antes mencionado repercute en la calidad del servicio brindado a los usuarios del servicio, dicha situación empeora mientras que no se tomen las medidas necesarias para la detección de éste padecimiento y posteriormente su tratamiento en caso necesario.

Entonces es necesario saber qué dimensiones son las de éste problema, qué es lo que realmente representa para el instituto y partiendo de eso, se sabrá si es imperativo la implementación de estrategias para ofrecer al destinatario de los servicios de salud una mejor oferta.

De ahí la importancia de la pregunta de investigación:

**¿Cuál es la incidencia del síndrome de Burnout en residentes de anestesiología de los hospitales del segundo nivel del ISEM?**

## ***Justificación***

En México, debido a la organización de los servicios de salud, la población creciente, de bajos recursos, carente de una seguridad social acude a las instituciones de Salud Pública para la resolución de sus problemas, ésta población representa miles de personas por año, algunos de los cuales requieren de intervenciones específicas como lo son el tratamiento quirúrgico y consecuentemente la anestesia.

Debido a la gran demanda que tienen los institutos de salud pública, los residentes de las especialidades son quienes se encargan de la resolución de los problemas del paciente, algunas veces con poco adiestramiento y sin supervisión. Entonces, las oportunidades de aprendizaje, miles anualmente, se convierten en posibles errores médicos. Errores que pueden cometerse por un estado disfuncional del propio médico residente.

El síndrome de Burnout es un padecimiento real que afecta también a residentes física, mental y laboralmente, en orden de reducir su impacto, se debe conocer su incidencia.

Las instituciones y sus directivos tienen la tarea de reconocer las deficiencias en la atención brindada a los usuarios de los servicios de salud, para así establecer estrategias que disminuyan padecimientos como el síndrome de Burnout, de tal manera que se vea reflejado en la calidad del servicio que otorgan los residentes.

## **Hipótesis**

Existe incidencia de síndrome de Burnout en residentes de anestesiología de segundo nivel del ISEM.

## **Hipótesis nula**

No existe incidencia de síndrome de Burnout en residentes de anestesiología de segundo nivel del ISEM.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Conocer la incidencia del síndrome de Burnout en residentes de anestesiología del Instituto de Salud del Estado de México.

### ***Objetivos específicos***

1. Conocer el año de especialidad más afectado en los residentes de anestesiología afectados por el síndrome de Burnout en el total de hospitales estudiados.
2. Conocer las características demográficas/sexo y edad de los residentes afectados con síndrome de Burnout.
3. Identificar la influencia de las horas trabajadas por semana.

## ***Método***

### **Diseño de estudio**

Transversal: Debido a que los datos se obtienen en una sola medición.

Observacional: Debido a que no hay intervención del investigador, sólo medirá las variables que definen el estudio.

Muestreo: Probabilístico, consecutivo, de conveniencia.

Prospectivo: Los datos a recolectar serán realizados a futuro, por parte del investigador.

Se pretende comparar los datos obtenidos para establecer diferencias intragrupo.

Grupo comparativo: homodermico.

Fuente de datos: prolectiva.

## ***Variables dependientes:***

### ***Síndrome de Burnout***

#### ***Agotamiento emocional:***

Definición conceptual: se refiere a pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral.

Definición operacional: Se valorará de acuerdo a la intensidad del trastorno, leve para un puntaje menor a 19, moderado de 19 a 26 y severo para puntuaciones mayor a 26.

Variable Dependiente

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medida: categoría.

Valores: leve, moderado y severo.

#### ***Despersonalización.***

Definición conceptual: despersonalización falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimiento de culpa por la situación vivida.

Definición operacional: Se valorara por la intensidad del trastorno: leve para un puntaje menor de 6, moderado de 6 a 9 y severo mayor a 9.

Variable Dependiente

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de medida: categoría.

Valores: leve, moderado y severo.

#### ***Baja realización personal:***

Definición conceptual: entendiéndose por ello el sentimiento de baja competencia en el trabajo del profesional.

Definición operacional: Se valora en relación inversa a los anteriores, para una intensidad leve un puntaje mayor a 39, para moderado de 34 a 39 y para baja realización menor de 34.

Dependiente

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medida: categoría.

Valores: leve, moderado y severo.

## **Variables independientes:**

### ***Residente de Anestesiología***

Definición conceptual: Médico en entrenamiento de anestesiología, controla las funciones vitales del paciente durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio.

Definición operacional: Medico que se encuentre realizando la especialidad de Anestesiología en los hospitales.

Independiente

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal.

Unidad de medida: categoría o jerarquía.

Valores: R1,R2 y R3

### ***Edad:***

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido y se encuentra desde su nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operacional: Años cumplidos.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: Discreta.

Unidad de medida: Número de años 0-99

### ***Sexo:***

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Definición operacional: Femenino y/o masculino.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal

**Estado civil:**

Definición conceptual: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco.

Definición operacional: soltero, casado, divorciado, viudo.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

**Variable confusora.****Número de horas trabajadas.**

Definición conceptual: Jornada que representa el tiempo que el residente debe prestar sus servicios.

Definición operacional: Horas.

Tipo de variable: cuantitativa.

Escala de medición: Discreta.

**Universo de trabajo:**

Se realizará un estudio de diciembre de 2012 a enero de 2013 a Médicos residentes de anestesiología con sede en los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, de cualquier sexo, de cualquier grado, que acepten participar en estudio, habiendo firmado su consentimiento informado.

**Muestreo:**

Muestreo probabilístico, por conveniencia.

Tamaño de la muestra: Se realizará a todos los residentes de anestesiología que cumplan con los criterios.

**Criterios de inclusión:**

1. Médicos residentes que tengan como sede de inscripción algún centro hospitalario perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México, de cualquier grado, de cualquier sexo, cualquier estado civil.
2. Que acepte participar en el estudio bajo consentimiento informado.



### **Criterios de exclusión:**

1. Médicos que padezcan enfermedades crónico-degenerativas o psiquiátrica.

### **Criterios de eliminación:**

1. Que retiren su consentimiento informado.
2. Aquellos que no completen el cuestionario.

### **Instrumento de investigación**

El modelo de Cristina Maslach (Maslach Burnout Inventory) el cual es un cuestionario validado que, valora las 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

### **Desarrollo del proyecto:**

1. Se realizará una petición formal a cada sede, dirigida a la dirección, informando a la jefatura de enseñanza.
2. Se solicitará una cita a cada sede para la aplicación del cuestionario.
3. Se reunirá a los residentes de anestesiología en un aula bajo autorización de la jefatura de enseñanza de cada sede.
4. Se solicitará la aceptación y firma del consentimiento informado.
5. Se dará una plática de sensibilización previa a la resolución del cuestionario para concientizar acerca de la importancia de que las respuestas sean objetivas.
6. Se darán las instrucciones para la solución de los cuestionarios y el tiempo de aplicación será de 15 minutos.
7. Los resultados se harán del conocimiento de las autoridades del Hospital General de Tlalnepantla del ISEM para los usos que estimen convenientes. Ya sea para la aplicación de medidas en pro de la salud de los residentes a través de la jefatura de enseñanza de cada sede.

### **Límite de tiempo y espacio**

Hospitales sedes de la residencia de Anestesiología del ISEM de diciembre del 2012 a enero del 2013.

## **Implicaciones éticas:**

El estudio representa un riesgo mínimo para el sujeto investigado.

La investigación se realizará de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas por el acuerdo de la carta de Helsinki de 1975 enmendada en 1998, y con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica que prevalecen a nivel internacional.

Según la Ley General de Salud en su Artículo 14 se requiere de la firma del consentimiento informado. La absoluta confidencialidad será norma invariable en esta investigación.

Según el Artículo 102 la secretaria de salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aun no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de estos.

## **Análisis**

Para el presente estudio se utilizó estadística descriptiva tomando medidas de tendencia central media, mediana, moda, porcentajes y Desviación estándar con ayuda del programa Microsoft office Excel 2003.

La representación gráfica del análisis estadístico se realizará con gráficas de barras y de pastel.

## *Resultados*

Se realizó el estudio en Todos los hospitales de segundo nivel del Instituto de Salud del Estado de México, sedes de residencia de Anestesiología, los cuales fueron 8 hospitales, con un total de 61 residentes de Anestesiología del ISEM.

7 fueron excluidos por encontrarse fuera de su hospital sede debido a rotaciones de campo, vacaciones e incapacidades; 2 se excluyeron por no desear contestar el cuestionario. 4 fueron eliminados por no completar adecuadamente el cuestionario.

La muestra recolectada fue de 48 residentes de anestesiología que desearon participar en el estudio y completaron adecuadamente el cuestionario.

Se encontró una incidencia del 33% de Síndrome de Burnout entre los encuestados.

Del total de los residentes encuestados: 42% corresponde a residentes del primer año de la especialidad; 35% corresponde a residentes de segundo año y 23% a residentes de tercer año.

62% de los residentes son menores de 30 años de edad, 38% son mayores de 30 años de edad; la media de 28.9 años, mediana de 29, moda de 30, con desviación estándar de 2.1 años.

De la población encuestada, el 69% corresponde al sexo femenino y 31% al sexo masculino.

Por estado civil se encontraron 79% solteros, 19% casados y 2% divorciados.

40% de los encuestados trabaja menos de 96 horas a la semana; el 60% restante trabaja más de 96 horas. La media de horas trabajadas por semana fue de 99.6 horas, Mediana de 100, Moda de 100, con desviación estándar de 11.8 horas.

Se distribuyen de la siguiente manera en cuanto a edad estratificada y grado de residencia: 33% corresponde a menores de 30 años en primer grado de residencia, 23% a menores de 30 años en segundo grado y 6% a menores de 30 años en tercer grado; 8% corresponde a mayores de 30 años en primer grado, 13% a mayores de 30 años en segundo grado y 17% a mayores de 30 años en tercer grado.

En cuanto a edad y horas trabajadas: 27% corresponden a menores de 30 años trabajando menos de 96 horas a la semana; 15% son mayores de 30 años trabajando menos de 96 horas; 35% son menores de 30 años quienes trabajan más de 96 horas y 23% son mayores de 30 años laborando más de 96 horas.

Por edad estratificada y estado civil : de los encuestados menores de 30 años 87% son solteros y 13% casados; de los mayores de 30 años 67% son solteros; 28% casados y 6% divorciados.

Por sexo y edad se encontró: que de las mujeres encuestadas 61% son menores de 30 años y el 39% son mayores de 30 años; de los hombres encuestados 33% son menores de 30 años y 67% son mayores de 30 años.

En cuanto a la distribución por sexo y grado de residencia: 33% de las mujeres corresponden a residentes de primer grado; 42% a segundo grado y 24% a tercer grado; 60% de los hombres corresponden a primer grado, 20% corresponden a segundo grado y 20% a tercer grado.

Relacionando sexo y horas trabajadas por semana, se encontró que: 45% de las mujeres trabajan menos de 96 horas a la semana; el 55% trabaja más de 96 horas a la semana; 27% de los hombres trabaja menos de 96 horas a la semana; 73% trabaja más de 96 hora a la semana.

Por sexo y estado civil: 73% de las mujeres son casadas; 24% casadas y 3% divorciadas; en el caso de los hombres: 93% son solteros y 7% casados.

De los residentes de primer grado el 90% son solteros y 10% casados.

De los residentes de segundo grado el 82% son solteros, 12% casados y 6% divorciados.

De los residentes de tercer grado 54% son solteros y 45% casados.

Por grado de residencia y horas trabajadas por semana el 70% de los residentes de primer grado trabajan más de 96 horas a la semana, mientras que el 30% trabaja menos de 96 horas; de los residentes de segundo grado 41% trabajan más de 96 horas a la semana y 59% trabajan menos de 96 horas a la semana y finalmente 73% de los residentes de tercer grado trabajan más de 96 horas por semana y 27% trabajan menos de 96 horas por semana.

Cruzando estado civil y horas trabajadas, se encontró que de los residentes casados el 56% trabaja más de 96 horas semanales, 44% trabaja menos de esas horas; de los residentes solteros el 60% trabaja más de 96 horas por semana y el 40% trabaja menos de 96 horas por semana.

De acuerdo a la estratificación de las dimensiones del Burnout: 37% cursó con agotamiento emocional severo y 17% intermedio; 17% con trastorno de despersonalización severa y 25% moderada; 27% tuvieron baja realización personal en estadio severo y 19% en estadio moderado.

Relacionando edad estratificada y agotamiento emocional se encontró que: 25% corresponden a mayores de 30 años con agotamiento emocional severo, 13% son menores de 30 años con agotamiento emocional severo; mientras que 8% son mayores de 30 años con agotamiento emocional moderado y 8% son menores de 30 años con agotamiento emocional moderado.

Por estado civil y agotamiento emocional: 10% de los encuestados son casados con agotamiento emocional severo y 27% son solteros con agotamiento emocional severo; 21% son casados con agotamiento emocional moderado y 15% solteros con agotamiento emocional moderado.

Por sexo y agotamiento emocional: 15% de los residentes son del sexo masculino con agotamiento emocional severo; 23% son residentes del sexo femenino con agotamiento emocional severo; 6% son del sexo masculino con agotamiento emocional moderado y 10% son del sexo femenino con agotamiento emocional moderado.

Agrupando grado de residencia y agotamiento emocional, se encontró que 17% de los encuestados son de primer grado de residencia con agotamiento emocional severo; 10% son de segundo grado de residencia con agotamiento emocional severo y 8% son de tercer grado de residencia con agotamiento emocional severo.

Horas trabajadas y agotamiento emocional: 29% son residentes que laboran más de 96 horas por semana con agotamiento emocional severo; 8% son residentes que laboran menos de 96 horas a la semana con agotamiento emocional severo.

Despersonalización: afecta a 4% de los residentes mayores de 30 años tienen despersonalización severa; 12% de los residentes son menores de 30 años con despersonalización severa.; 4% son casados con despersonalización severa y 12% solteros con despersonalización severa; de los encuestados 4% son del sexo masculino con despersonalización severa y 6% con despersonalización moderada.

De los encuestados 13% son del sexo femenino con despersonalización severa y 19% con despersonalización moderada.

Tienen despersonalización severa: 6% de primer grado de residencia; 8% de segundo grado de residencia y 2% de tercer grado de residencia. Tienen despersonalización moderada: 15% de primer grado; 8% de segundo grado y 2% de tercer grado.

10% son encuestados que laboran más de 96 horas semanales y cursan con despersonalización severa; 6% laboran menos de 96 horas por semana y cursan con despersonalización severa.

Tienen baja realización personal en estadio severo: 17% menores de 30 años y 10% mayores de 30 años.

Tienen baja realización personal en estadio moderado 15% que son menores de 30 años y 4% que son mayores de 30 años.

8% son del sexo masculino con baja realización personal en estadio severo y 19% son del sexo femenino en el mismo estadio.

Se encontró por grado de residencia y baja realización personal: 15% son de primer grado con baja realización personal en estadio severo; 8% son de segundo grado con baja realización personal en estadio severo; 2% son de tercer grado con baja realización personal en estadio severo.

Por horas trabajadas y baja realización personal severa: 8% laboran menos de 96 horas y 19% laboran más de 96 horas.

33% de los encuestados tienen Síndrome de Burnout, de los cuales: 88% cursa con agotamiento emocional severo; 44% cursa con despersonalización severa; 75% cursa con baja realización personal.

## **Tablas y gráficas.**

Tabla 1. Distribución por edad estratificada.

<b>Edad estratificada</b>	<b>Porcentaje</b>	
< 30	62%	n = 30
> 30	38%	n = 18
Total	100%	n = 48

Tabla 2. Distribución por sexo.

<b>Sexo</b>	<b>Porcentaje</b>	
Femenino	69%	n = 33
Masculino	31%	n = 15
Total	100%	n = 48

Tabla 3. Distribución por estado civil.

<b>Estado civil</b>	<b>Porcentaje</b>	
casado	19%	n = 9
soltero	79%	n = 39
viudo	0%	n = 0
divorciado	2%	n = 1
Total	100%	n = 48

Tabla 4. Distribución por grado de residencia.

<b>Grado de residencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
Primero	42%	n = 20
Segundo	35%	n = 17
Tercero	23%	n = 11
Total	100%	n = 48

Tabla 5. Distribución por número de horas trabajadas.

Horas trabajadas	Porcentaje	
< 96	40%	n = 19
> 96	60%	n = 29
Total	100%	n = 48

Tabla 6. Distribución por edad estratificada y grado de residencia

Edad estratificada	Grado de residencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
< 30	Primero	53%	33%	n = 16
	Segundo	37%	23%	n = 11
	Tercero	10%	6%	n = 3
Subtotal		100%	5%	n = 30
> 30	Primero	22%	8%	n = 4
	Segundo	33%	13%	n = 6
	Tercero	44%	17%	n = 8
Subtotal		100%	38%	n = 18
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 7. Distribución por edad estratificada y horas trabajadas.

Edad estratificada	Horas trabajadas	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
< 30	< 96	43%	27%	n = 13
	> 96	57%	35%	n = 17
Subtotal		100%	62%	n = 30
> 30	< 96	39%	15%	n = 7
	> 96	61%	23%	n = 11
Subtotal		100%	38%	n = 18
Total		100%	100%	n = 48

Tabla 8. Distribución por edad estratificada y estado civil.

Edad estratificada	Estado civil	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
< 30	Soltero	87%	54%	n = 26
	Casado	13%	8%	n = 4
	Divorciado	0%	0%	n = 0
	Viudo	0%	0%	n = 0
Subtotal		100%	62%	n = 30
>30	Soltero	67%	25%	n = 12
	Casado	28%	11%	n = 5
	Divorciado	6%	2%	n = 1
	Viudo	0%	0%	n = 0
Subtotal		100%	38%	n = 18
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 9. Distribución por sexo y edad estratificada.

Sexo	Edad estratificada	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Femenino	< 30 años	61%	42%	n = 20
	> 30 años	39%	27%	n = 13
Subtotal		100%	69%	n = 33
Masculino	< 30 años	33%	21%	n = 10
	> 30 años	67%	10%	n = 5
Subtotal		100%	31%	n = 15
Total		100%	100%	n = 48



Tabla 10. Distribución por sexo y grado de residencia.

Sexo	Grado de residencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Femenino	Primero	33%	23%	n = 11
	Segundo	42%	29%	n = 14
	Tercero	24%	17%	n = 8
Subtotal		100%	69%	n = 33
Masculino	Primero	60%	19%	n = 9
	Segundo	20%	6%	n = 3
	Tercero	20%	6%	n = 3
Subtotal		100%	31%	n = 15
Total		100%	100%	n = 48

Tabla 11. Distribución por sexo y horas trabajadas.

Sexo	Horas trabajadas	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Femenino	< 96	45%	31%	n = 15
	> 96	55%	38%	n = 18
Subtotal		100%	69%	n = 33
Masculino	< 96	27%	8%	n = 4
	> 96	73%	23%	n = 11
Subtotal		100%	31%	n = 15
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 12. Distribución por sexo y estado civil.

Sexo	Estado civil	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Femenino	Soltero	73%	50%	n = 24
	Casado	24%	17%	n = 8
	Divorciado	3%	2%	n = 1
Subtotal		100%	69%	n = 33
Masculino	Soltero	93%	29%	n = 14
	Casado	7%	2%	n = 1
	Divorciado	0%	0%	n = 0
Subtotal		100%	31%	n = 15
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 13. Distribución por grado de residencia y estado civil.

Grado de residencia	Estado civil	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Primero	soltero	90%	38%	n = 18
	casado	10%	4%	n = 2
	divorciado	0%	0%	n = 0
	viudo	0%	0%	n = 0
Subtotal		100%	42%	n = 20
Segundo	soltero	82%	29%	n = 14
	casado	12	4%	n = 2
	divorciado	6%	2%	n = 1
	viudo	0%	0%	n = 0
Subtotal		100%	35%	n = 17
Tercero	soltero	54%	13%	n = 6
	casado	45%	10%	n = 5
	divorciado	0%	0%	n = 0
	viudo	0%	0%	n = 0
Subtotal		100%	23%	n = 11
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 14. Distribución por grado de residencia y horas trabajadas.

Grado de residencia	Horas trabajadas	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Primero	< 96	30%	13%	n = 6
	>96	70%	5%	n = 14
Subtotal		100%	42%	n = 20
Segundo	< 96	59%	21%	n = 10
	> 96	41%	14%	n = 7
Subtotal		100%	35%	n = 17
Tercero	< 96	27%	6%	n = 3
	> 96	73%	17%	n = 8
Subtotal		100%	23%	n = 11
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 15. Distribución por estado civil y horas trabajadas.

Estado civil	Horas trabajadas	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Casado	< 96	44%	8%	n = 4
	> 96	56%	11%	n = 5
Subtotal		100%	19%	n = 9
Soltero	< 96	40%	31%	n = 15
	> 96	60%	48%	n = 23
Subtotal		100%	79%	n = 38
Divorciado	< 96	0%	0%	n = 0
	>96	100%	2%	n = 1
Subtotal		100%	2%	n = 1
TOTAL		100%	100%	n = 48

Tabla 16. Distribución por dimensiones del Burnout en el total de la población.

Dimensión	Grado de agotamiento	Porcentaje	
Agotamiento emocional	Severo	37%	n = 18
	Moderado	17%	n = 8
	Leve/No	46%	n = 22
Despersonalización	Severo	17%	n = 8
	Moderado	25%	n = 12
	Leve/No	58%	n = 28
Baja realización personal	Severo	27%	n = 13
	Moderado	19%	n = 9
	Leve/No	54%	n = 26

Tabla 17. Distribución de población con Burnout y sus dimensiones.

BURNOUT				
Dimensión	Grado de agotamiento	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
<b>Agotamiento emocional</b>	Severo	88%	29%	n = 14
	Moderada	12%	4%	n = 2
	Leve/No	0%	0%	n = 0
<b>Despersonalización</b>	Severo	44%	15%	n = 7
	Moderada	37%	12%	n = 6
	Leve/No	19%	6%	n = 3
<b>Baja realización personal</b>	Severo	75%	25%	n = 12
	Moderada	25%	8%	n = 4
	Leve/No	0%	0%	n = 0

Tabla 18. Distribución de la población sin Burnout y sus dimensiones.

<b>SIN BURNOUT</b>				
Dimensión	Grado de agotamiento	Porcentaje	Porcentaje acumulativo	
Agotamiento emocional	Severo	13%	8%	n = 4
	Moderado	19%	13%	n = 6
	Leve/No	69%	46%	n = 22
Despersonalización	Severo	3%	2%	n = 1
	Moderado	19%	13%	n = 6
	Leve/No	78%	52%	n = 25
Baja realización personal	Severo	3%	2%	n = 1
	Moderado	16%	10%	n = 5
	Leve/No	81%	54%	n = 26

Tabla 19. Distribución de la población con Burnout por grado de residencia.

Grado de Residencia	Burnout	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Primero	n = 5	25%	10%
Segundo	n = 3	18%	6%
Tercero	n = 8	73%	17%
Total	n = 16		33%

Tabla 20. Distribución por agotamiento emocional y edad estratificada.

Agotamiento emocional	Edad estratificada	Porcentaje
Severo	< 30 años	13% n = 6
	> 30 años	25% n = 12
Moderado	< 30 años	8% n = 4
	> 30 años	8% n = 4
Leve	< 30 años	17% n = 8
	> 30 años	29% n = 14
Total		100% n = 48

Tabla 21. Distribución por agotamiento emocional y estado civil.

Agotamiento emocional	Estado civil	Porcentaje	
Severo	Casado	10%	n = 5
	Soltero	27%	n = 13
	Divorciado	0%	n = 0
Moderado	Casado	2%	n = 1
	Soltero	15%	n = 7
	Divorciado	0%	n = 0
Leve	Casado	6%	n = 3
	Soltero	38%	n = 18
	Divorciado	2%	n = 1
Total		100%	n = 48

Tabla 22. Distribución por agotamiento emocional y sexo.

Agotamiento emocional	Sexo	Porcentaje	
Severo	Masculino	15%	n = 7
	Femenino	23%	n = 11
Moderado	Masculino	6%	n = 3
	Femenino	10%	n = 5
Leve	Masculino	10%	n = 5
	Femenino	36%	n = 17
Total		100%	n = 48

Tabla 23. Distribución por agotamiento emocional y grado de residencia.

Agotamiento emocional	Grado de residencia	Porcentaje	
Severo	Primero	17%	n = 8
	Segundo	10%	n = 5
	Tercero	8%	n = 4
Moderado	Primero	6%	n = 3
	Segundo	6%	n = 3
	Tercero	4%	n = 2
Leve	Primero	19%	n = 9
	Segundo	19%	n = 9
	Tercero	10%	n = 5
Total		100%	n = 48

Tabla 24. Distribución por agotamiento emocional y horas trabajadas.

Agotamiento emocional	Horas trabajadas	Porcentaje
Severo	< 96	8% n = 4
	> 96	29% n = 0
Moderado	< 96	6% n = 3
	> 96	10% n = 5
Leve	< 96	25% n = 12
	> 96	21% n = 10
Total		100% n = 48

Tabla 26. Distribución por despersonalización y edad estratificada.

Despersonalización	Edad estratificada	Porcentaje
Severa	< 30 años	12% n = 6
	> 30 años	4% n = 2
Moderada	< 30 años	10% n = 5
	> 30 años	15% n = 7
Leve	< 30 años	40% n = 19
	> 30 años	19% n = 9
Total		100% n = 48

Tabla 26. Distribución por despersonalización y estado civil.

Despersonalización	Estado civil	Porcentaje
Severa	Casado	4% n = 2
	Soltero	12% n = 6
	Divorciado	0% n = 0
Moderada	Casado	8% n = 4
	Soltero	17% n = 8
	Divorciado	0% n = 0
Leve	Casado	6% n = 3
	Soltero	50% n = 24
	Divorciado	2% n = 1
Total		100% n = 48

Tabla 27. Distribución por despersonalización y sexo.

Despersonalización	Sexo	Porcentaje
Severa	Masculino	4% n = 2
	Femenino	13% n = 6
Moderada	Masculino	6% n = 3
	Femenino	19% n = 9
Leve	Masculino	20% n = 10
	Femenino	38% n = 18
Total		100% n = 48

Tabla 28. Distribución por despersonalización y grado de residencia.

Despersonalización	Grado de residencia	Porcentaje
Severa	Primero	6% n = 3
	Segundo	8% n = 4
	Tercero	2% n = 1
Moderada	Primero	15% n = 7
	Segundo	8% n = 4
	Tercero	2% n = 1
Leve	Primero	21% n = 10
	Segundo	19% n = 9
	Tercero	19% n = 9
Total		100% n = 48

Tabla 29. Distribución por despersonalización y horas trabajadas.

Despersonalización	Horas trabajadas	Porcentaje
Severa	< 96	6% n = 3
	> 96	10% n = 5
Moderada	< 96	13% n = 6
	> 96	13% n = 6
Leve	< 96	21% n = 10
	> 96	37% n = 18
Total		100% n = 48

Tabla 30. Distribución por baja realización y edad estratificada.

Baja realización personal	Edad estratificada	Porcentaje	
Severa	< 30 años	17%	n = 8
	> 30 años	10%	n = 5
Moderada	< 30 años	15%	n = 7
	> 30 años	4%	n = 2
Leve	< 30 años	31%	n = 15
	> 30 años	23%	n = 11
Total		100%	n = 48

Tabla 31. Distribución por baja realización personal y estado civil.

Baja realización personal	Estado civil	Porcentaje	
Severa	Casado	6%	n = 3
	Soltero	20%	n = 10
	Divorciado	0%	n = 0
Moderada	Casado	4%	n = 2
	Soltero	15%	n = 7
	Divorciado	0%	n = 0
Leve	Casado	8%	n = 4
	Soltero	44%	n = 21
	Divorciado	2%	n = 1
Total		100%	n = 48

Tabla 32. Distribución por baja realización personal y sexo.

Baja realización personal	Sexo	Porcentaje	
Severa	Masculino	8%	n = 4
	Femenino	19%	n = 9
Moderada	Masculino	4%	n = 2
	Femenino	15%	n = 7
Leve	Masculino	19%	n = 9
	Femenino	35%	n = 17
Total		100%	n = 48



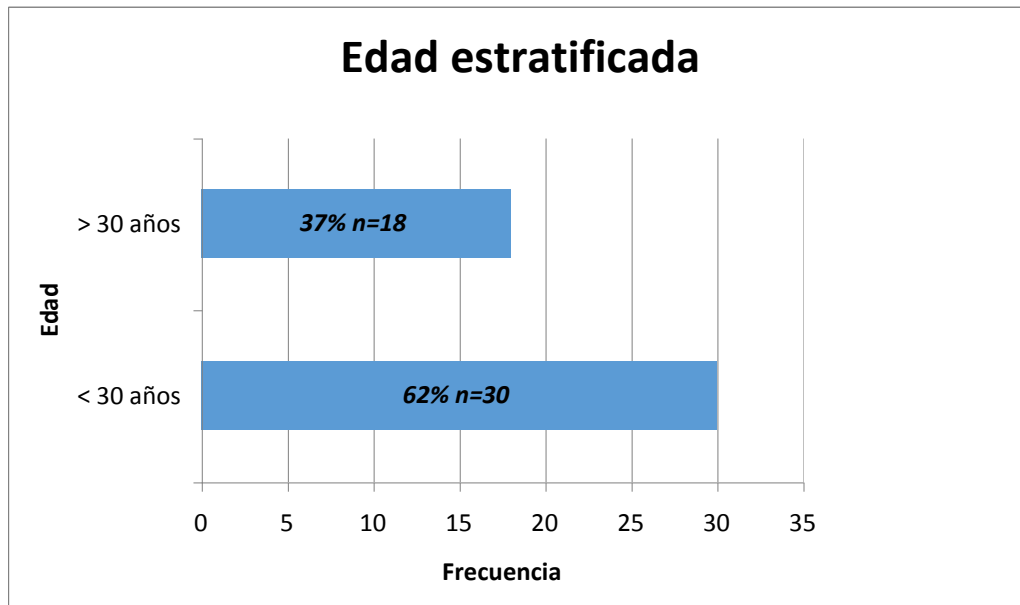
Tabla 33. Distribución por baja realización personal y grado de residencia.

Baja realización personal	Grado de residencia	Porcentaje	
Severa	Primero	15%	n = 7
	Segundo	8%	n = 4
	Tercero	2%	n = 1
Moderada	Primero	8%	n = 4
	Segundo	8%	n = 4
	Tercero	4%	n = 2
Leve	Primero	16%	n = 8
	Segundo	19%	n = 9
	Tercero	19%	n = 9
Total		100%	n = 48

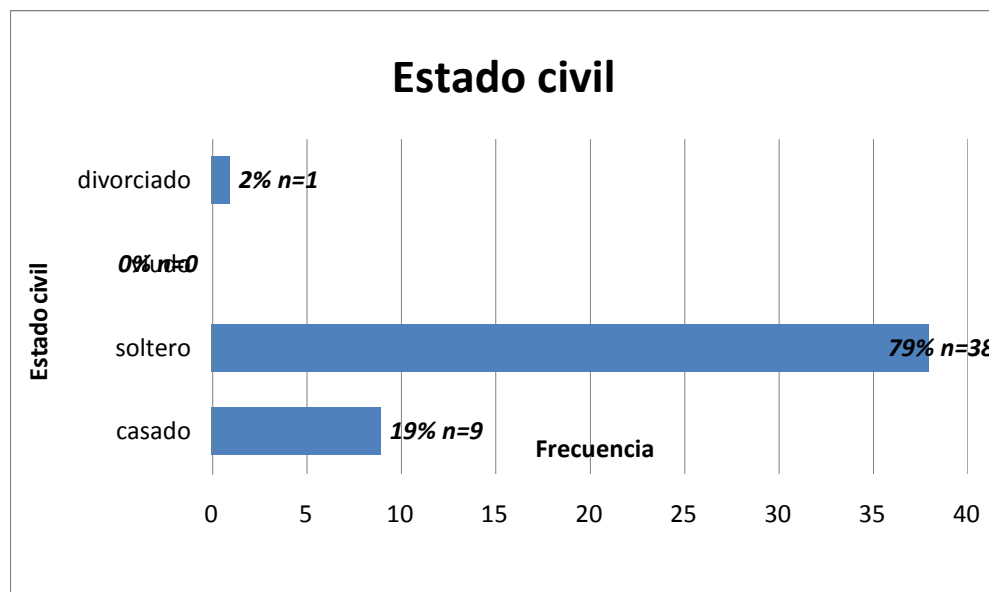
Tabla 34. Distribución por baja realización personal y horas trabajadas.

Baja realización personal	Horas trabajadas	Porcentaje	
Severa	< 96	8%	n = 4
	> 96	19%	n = 9
Moderada	< 96	8%	n = 4
	> 96	10%	n = 5
Leve	< 96	23%	n = 11
	> 96	31%	n = 15
Total		100%	n = 48

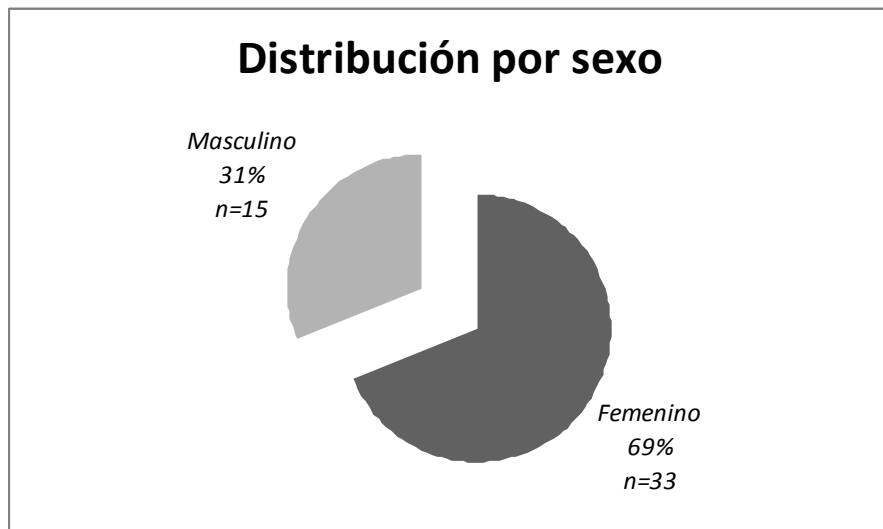
Gráfica 1. Edad Estratificada.



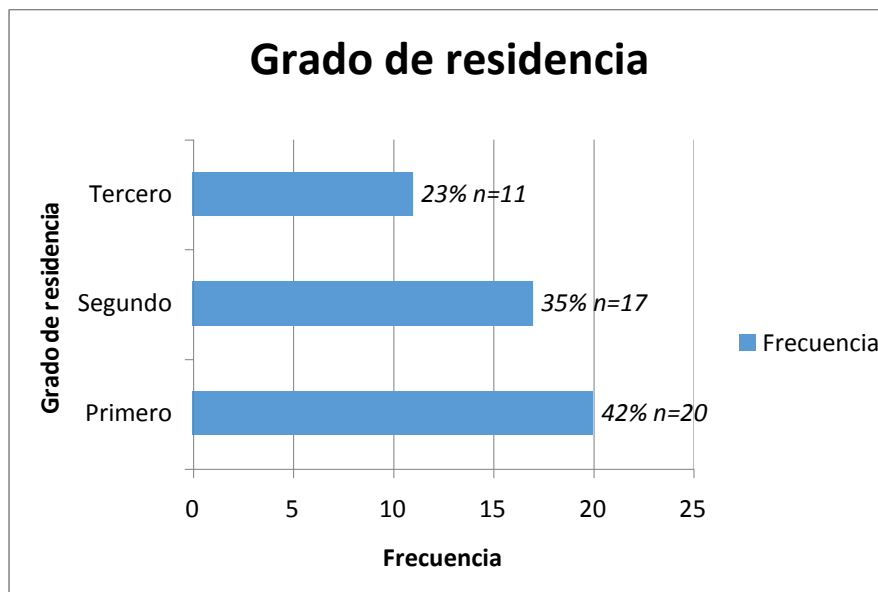
Gráfica 2. Estado civil.



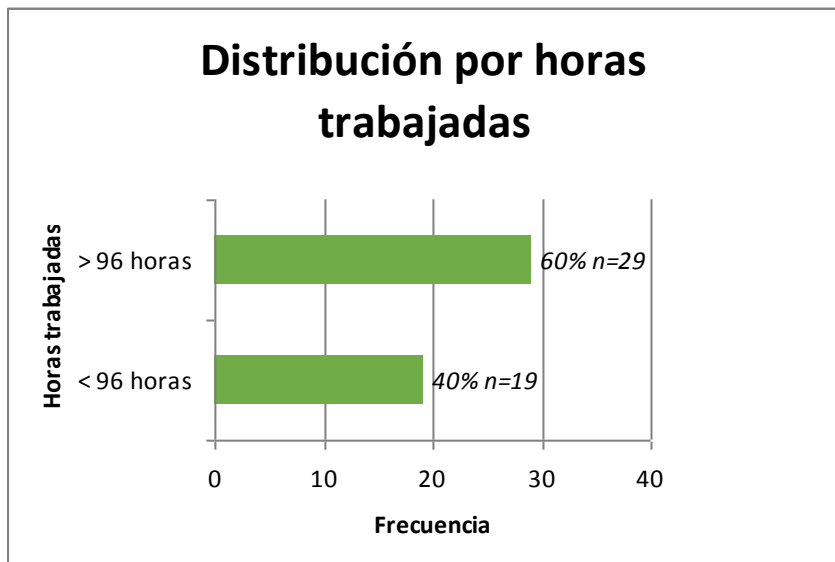
Gráfica 3. Sexo.



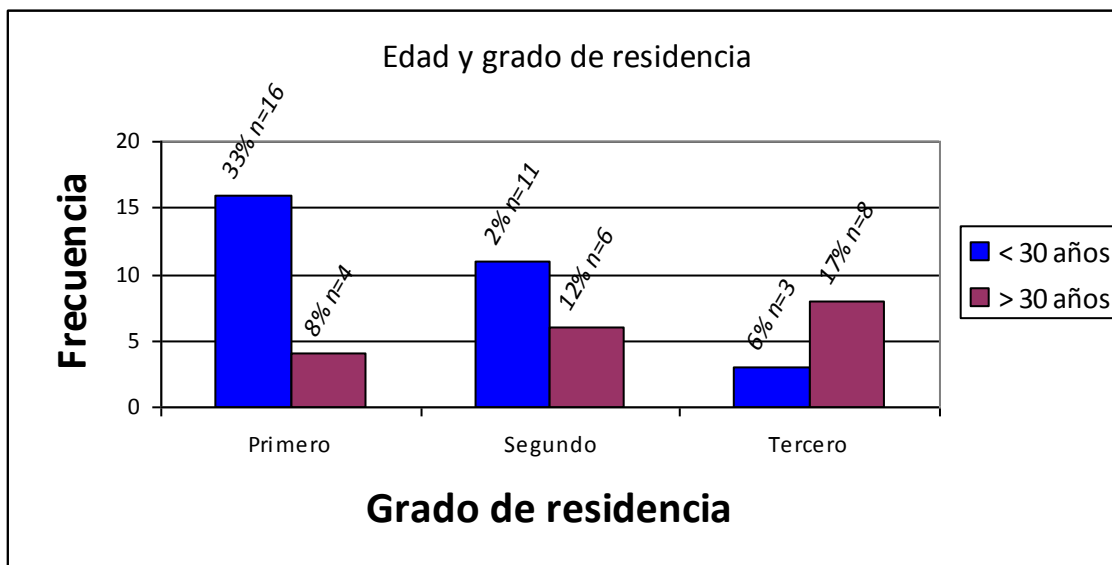
Gráfica 4. Grado de residencia



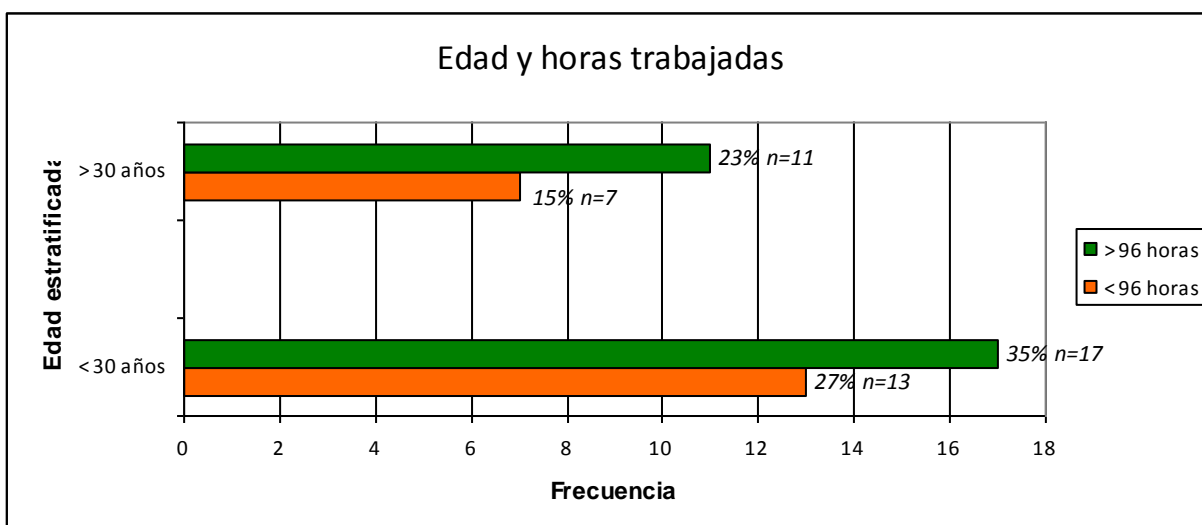
Gráfica 5. Horas trabajadas.



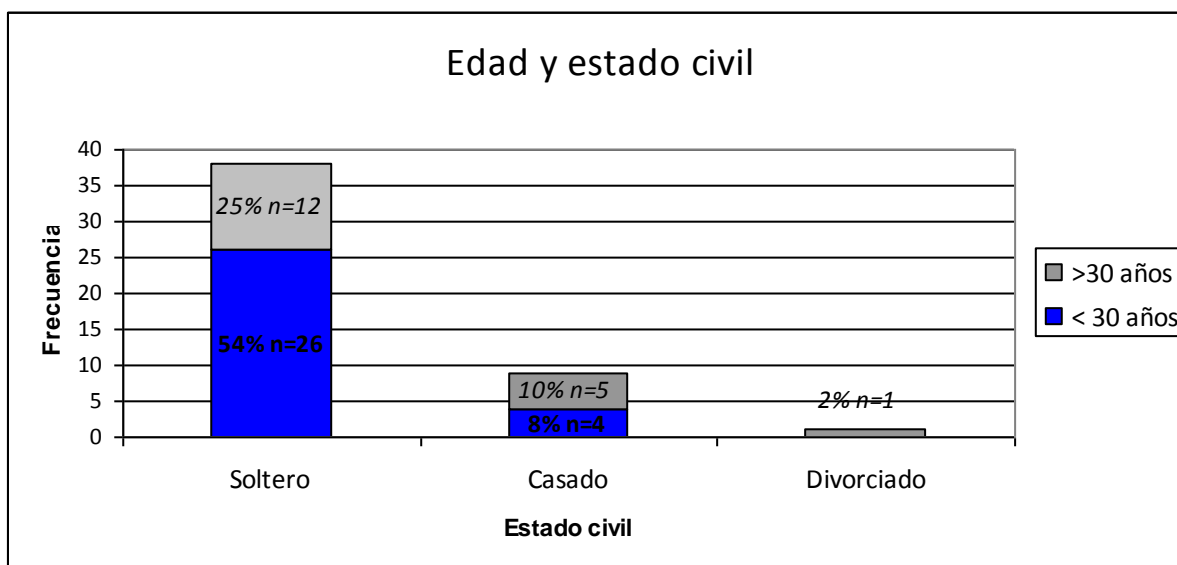
Gráfica 6. Edad y grado de residencia.



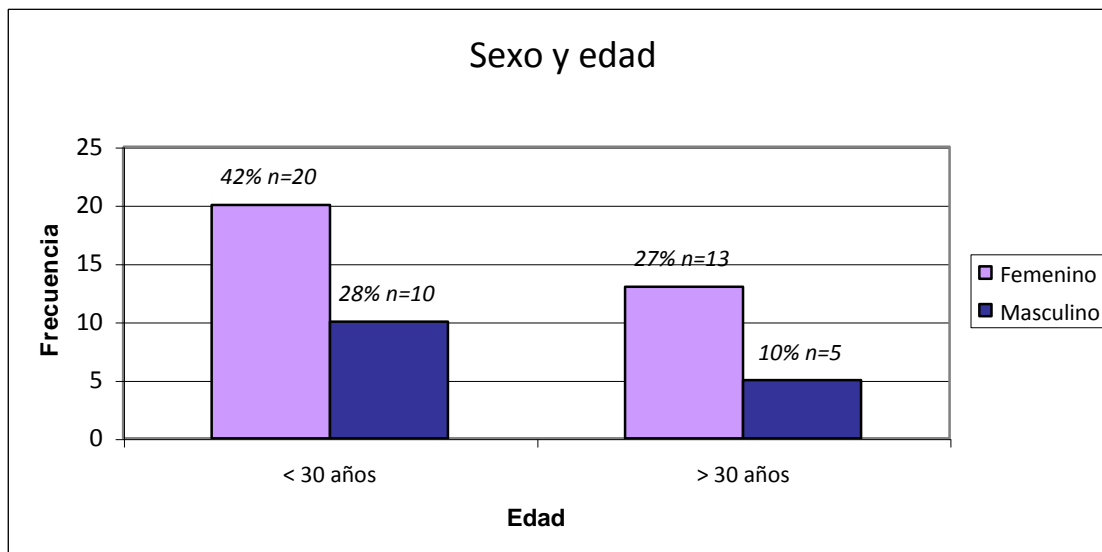
Gráfica 7. Edad y horas trabajadas.



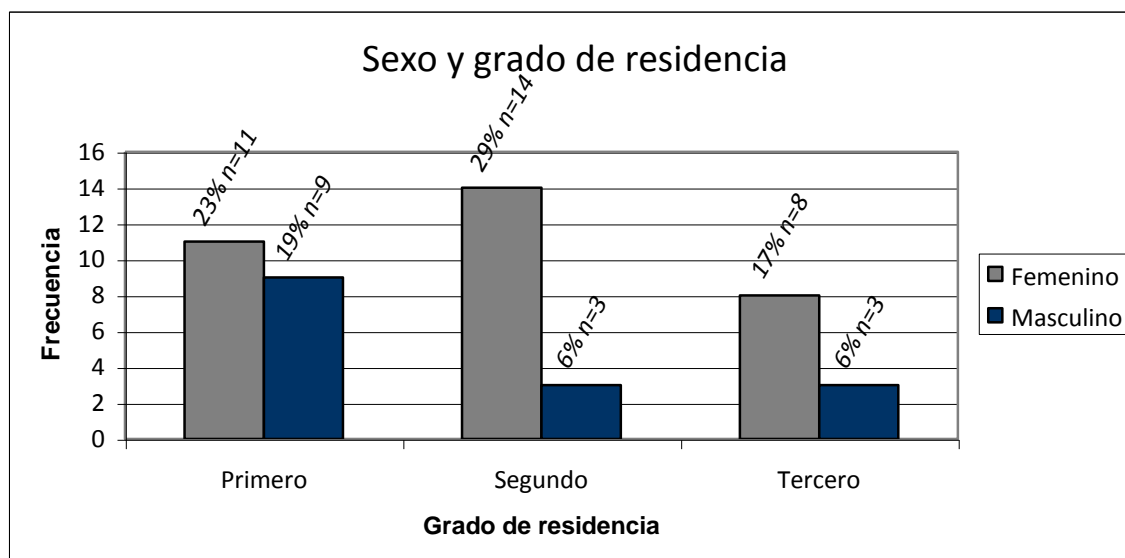
Gráfica 8. Edad y estado civil.



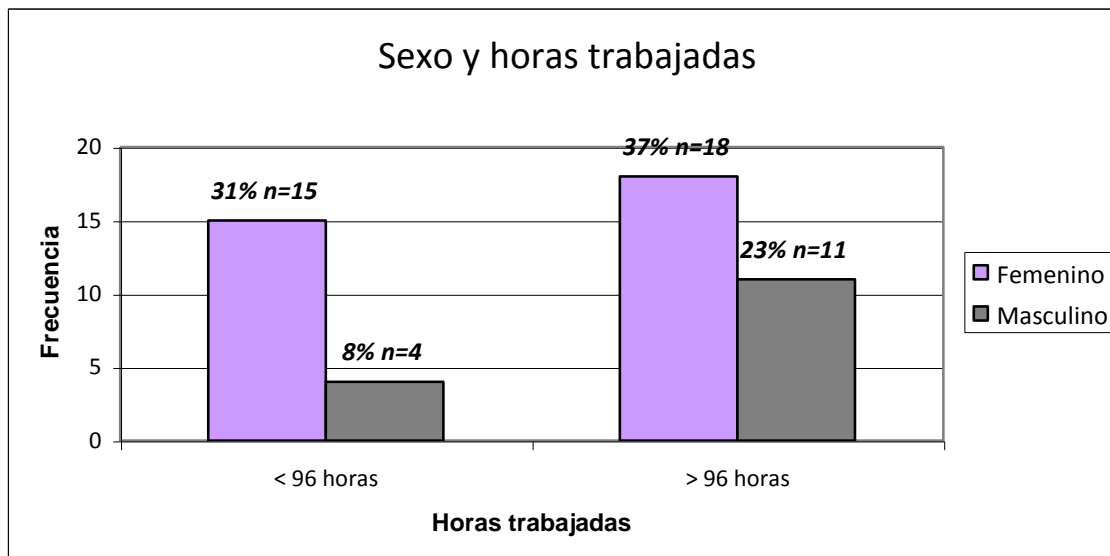
Gráfica 9. Sexo y edad.



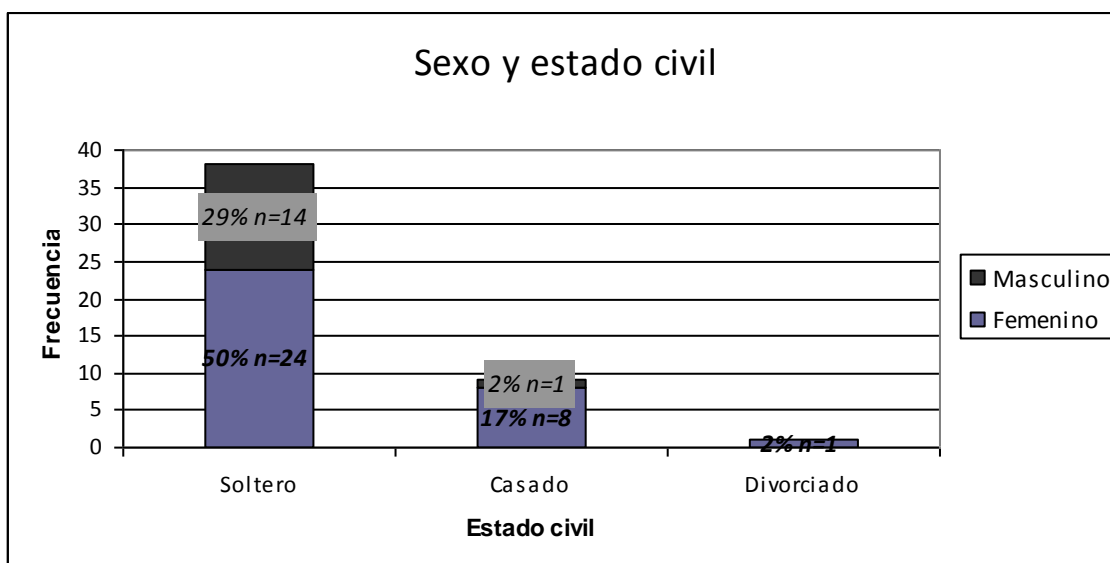
Gráfica 10. Sexo y grado de residencia.



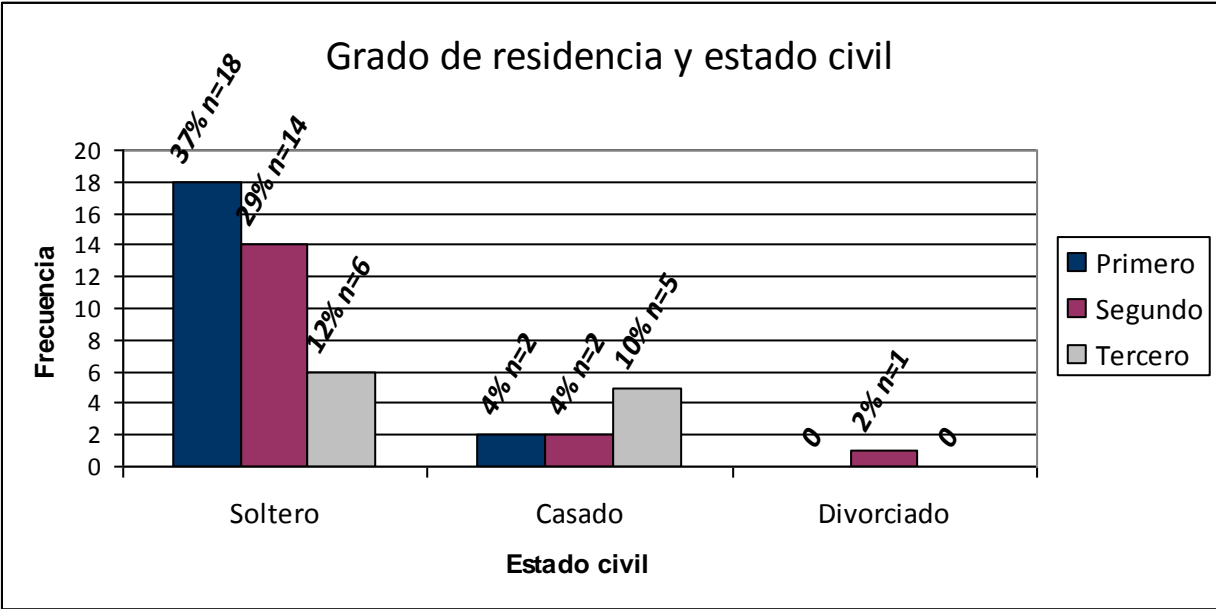
Gráfica 11. Sexo y horas trabajadas.



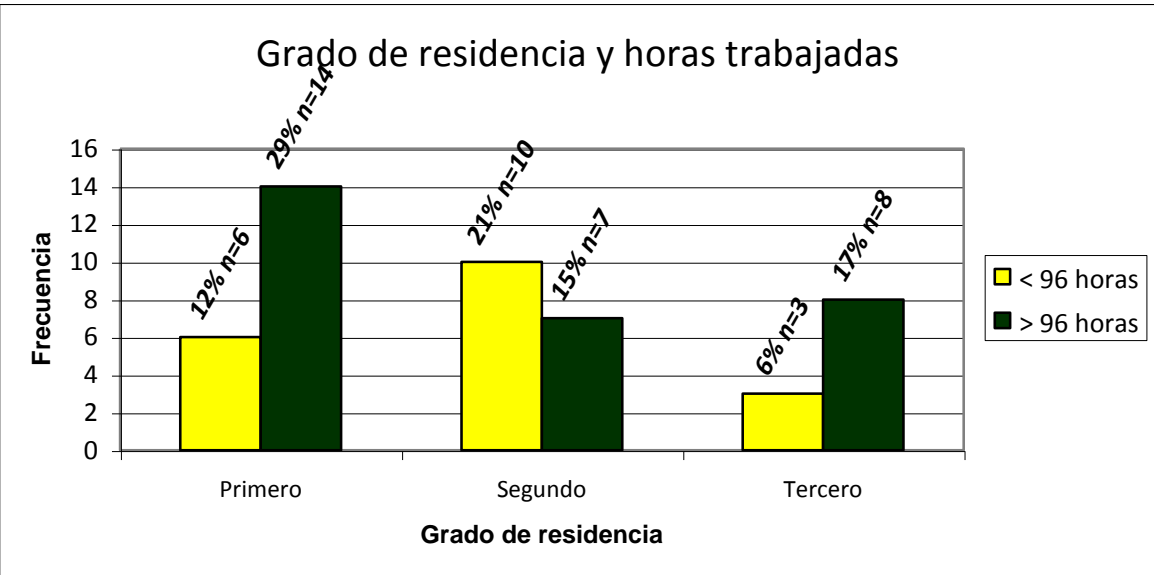
Gráfica 12. Sexo y estado civil.



Gráfica 13. Grado de residencia y estado civil.

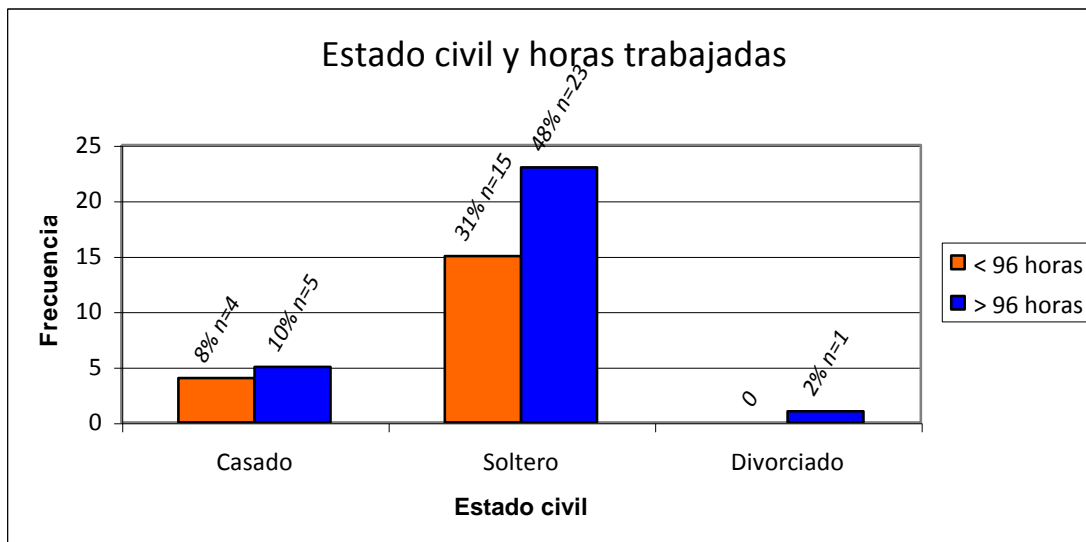


Gráfica 14. Grado de residencia y horas trabajadas.

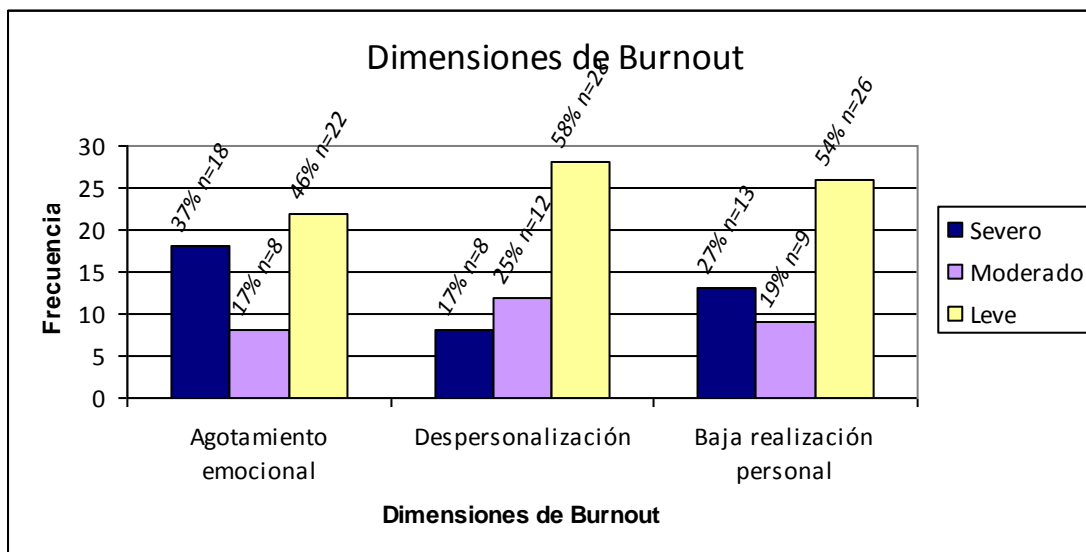




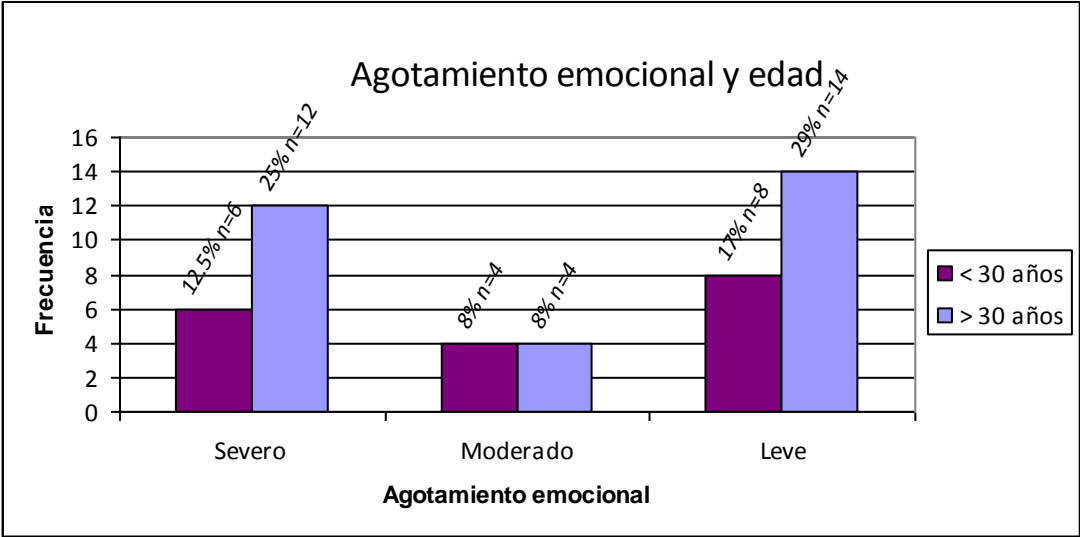
Gráfica 15. Estado civil y horas trabajadas.



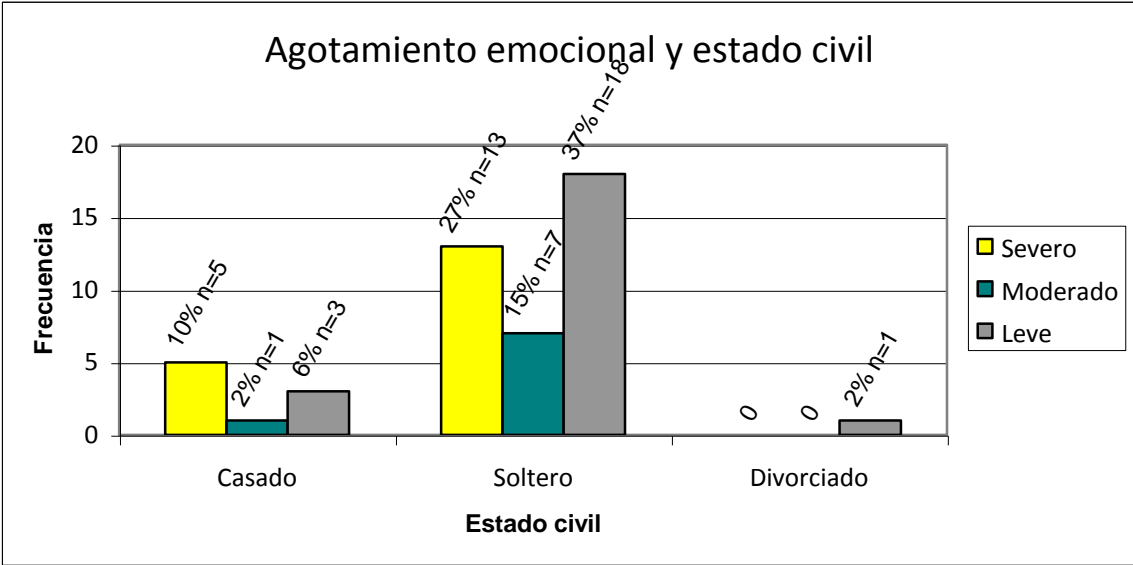
Gráfica 16. Dimensiones de Burnout.



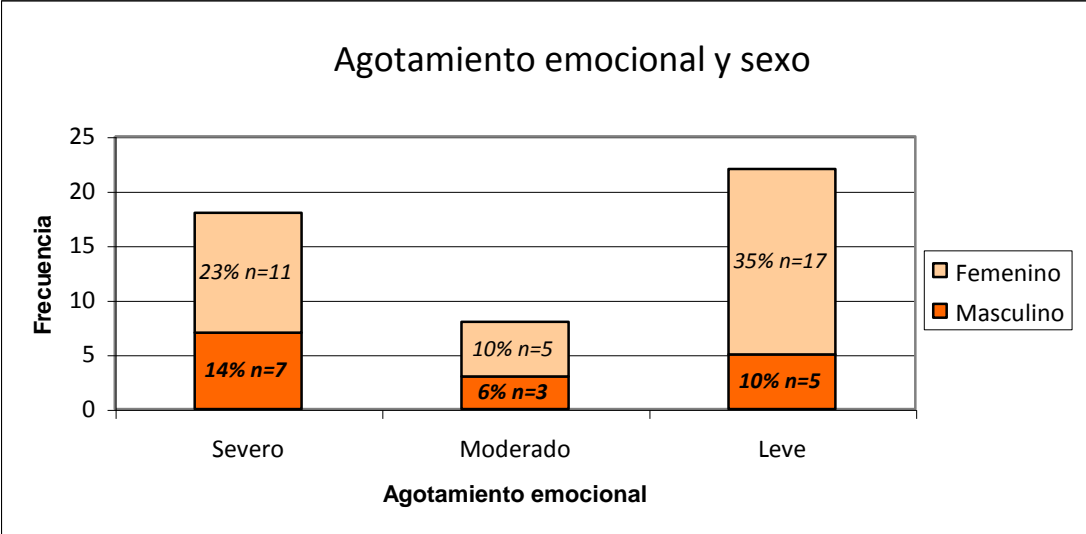
Gráfica 17. Agotamiento emocional y edad.



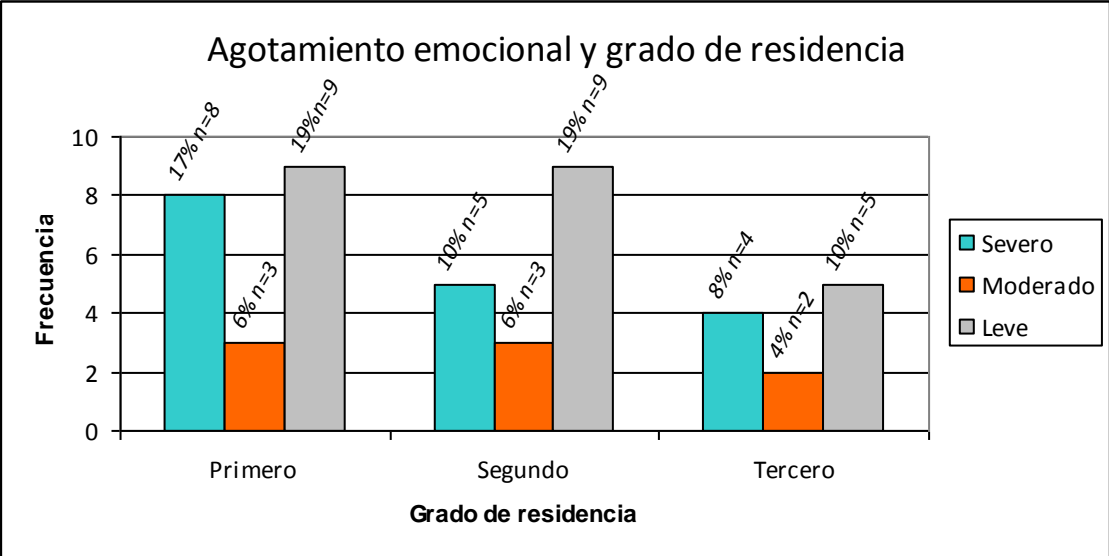
Gráfica 18. Agotamiento emocional y estado civil.



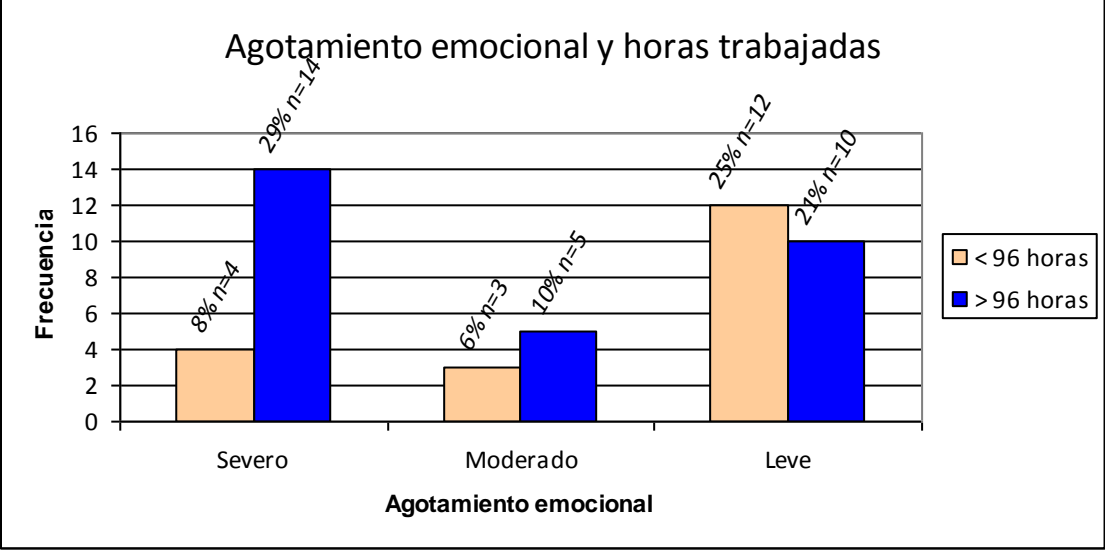
Grafica 19. Agotamiento emocional y sexo.



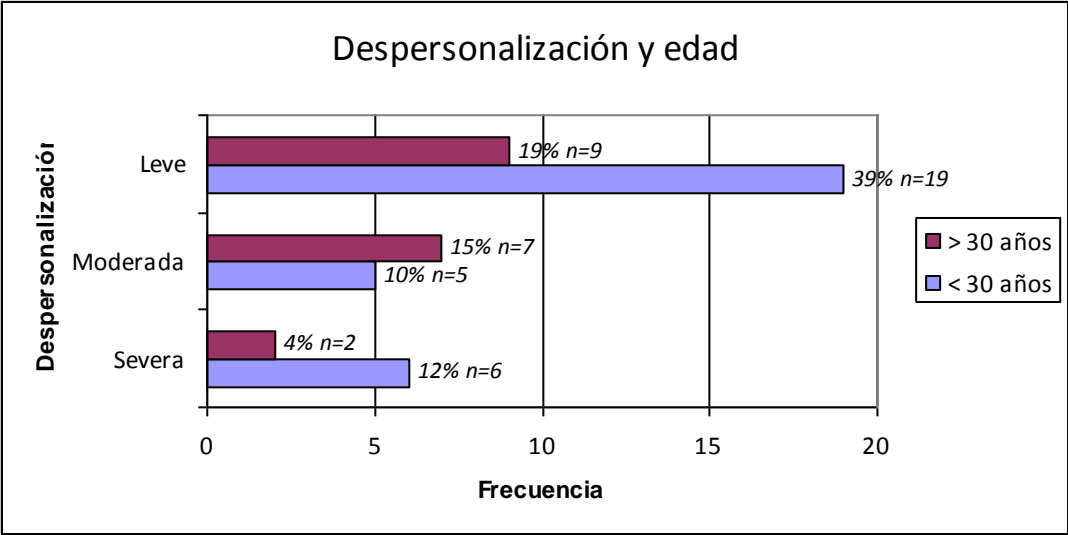
Gráfica 20. Agotamiento emocional y grado de residencia.



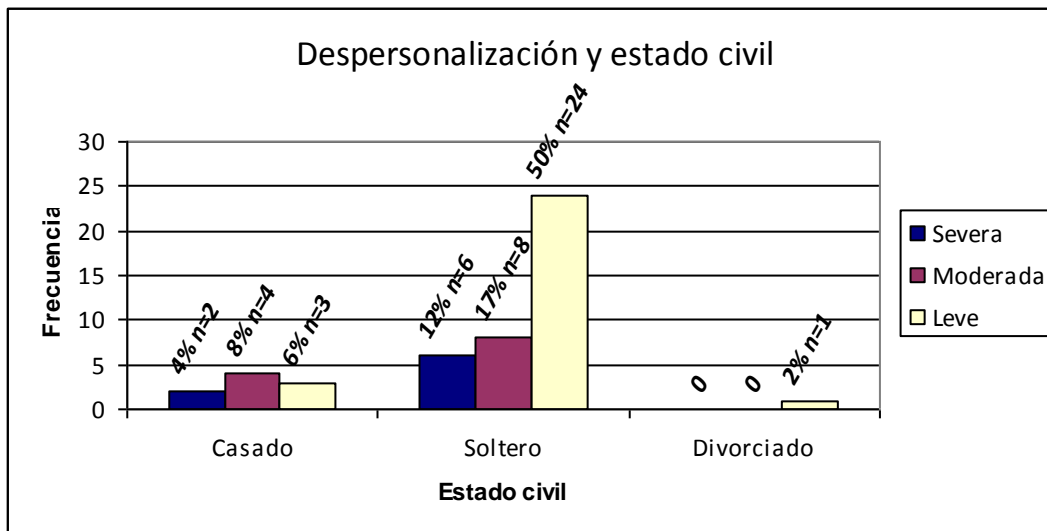
Gráfica 21. Agotamiento emocional y horas trabajadas.



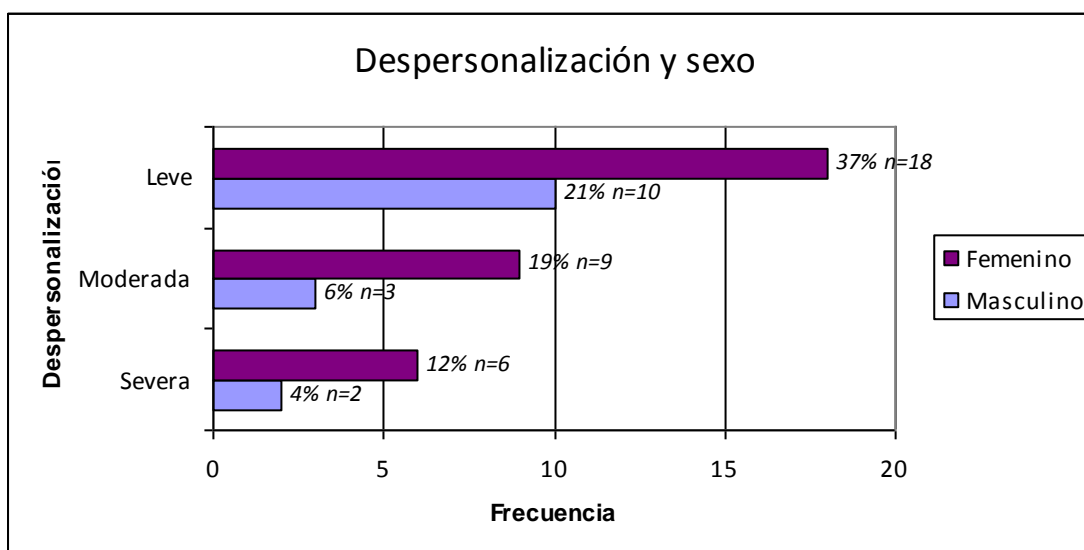
Gráfica 22. Despersonalización y edad.



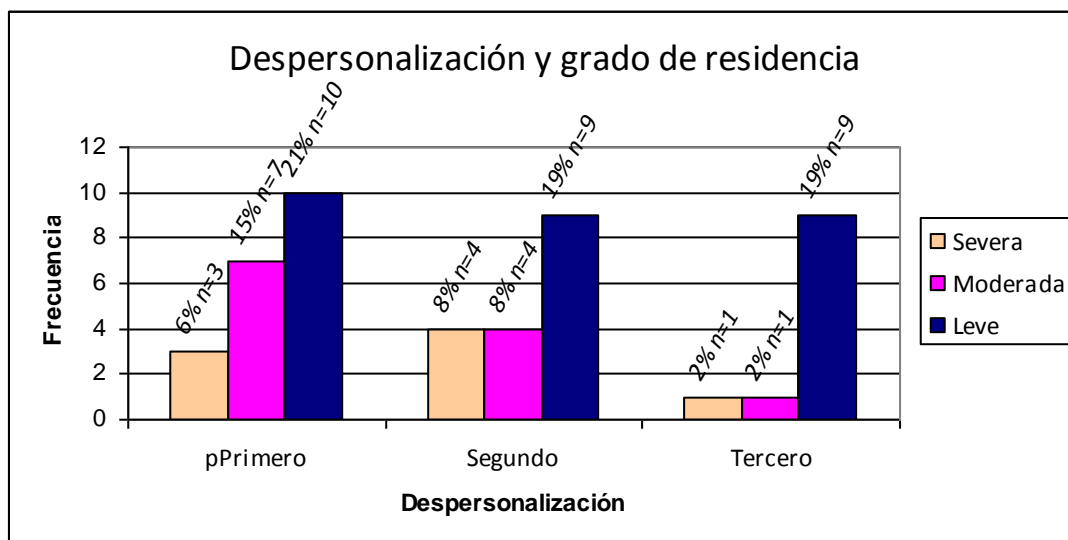
Gráfica 23. Despersonalización y estado civil.



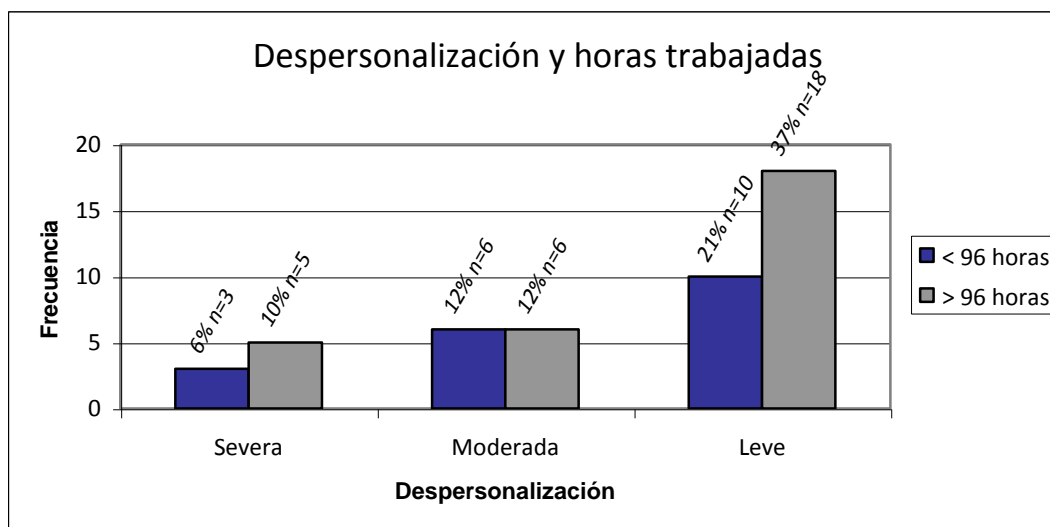
Gráfica 24. Despersonalización y sexo.



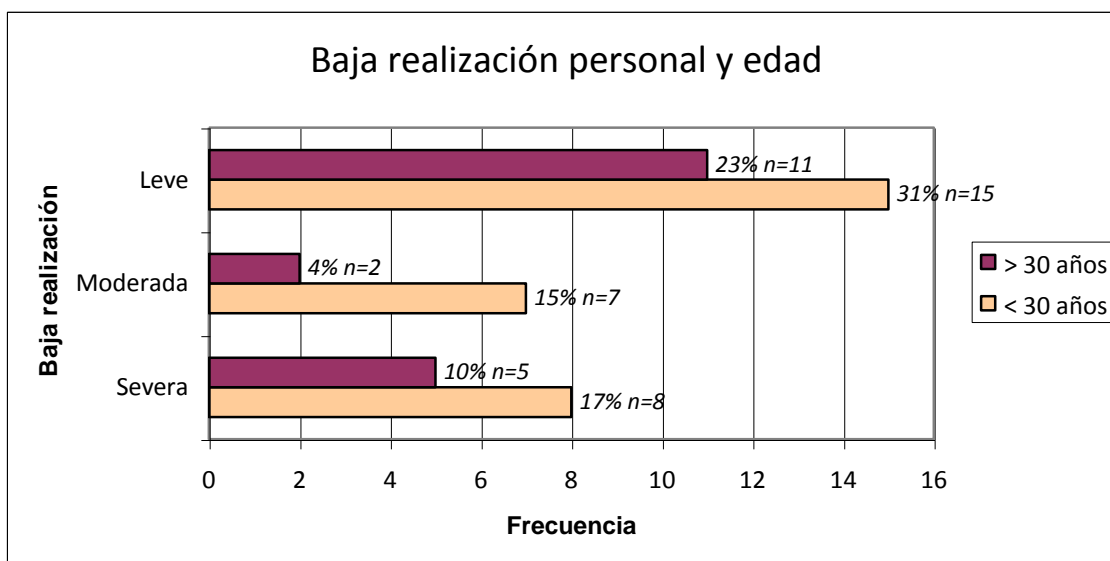
Gráfica 25. Despersonalización y grado de residencia.



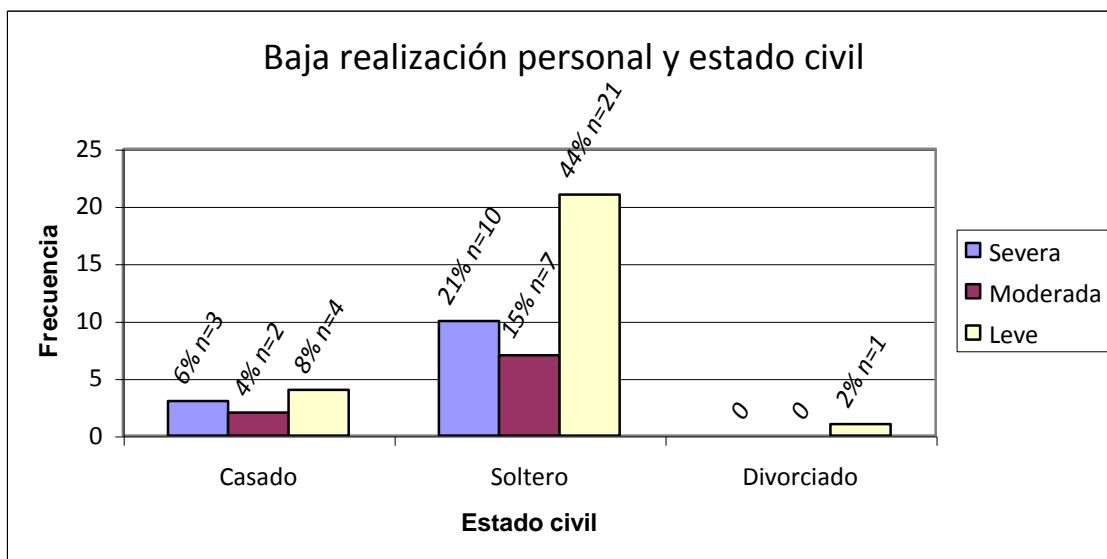
Gráfica 26. Despersonalización y horas trabajadas.



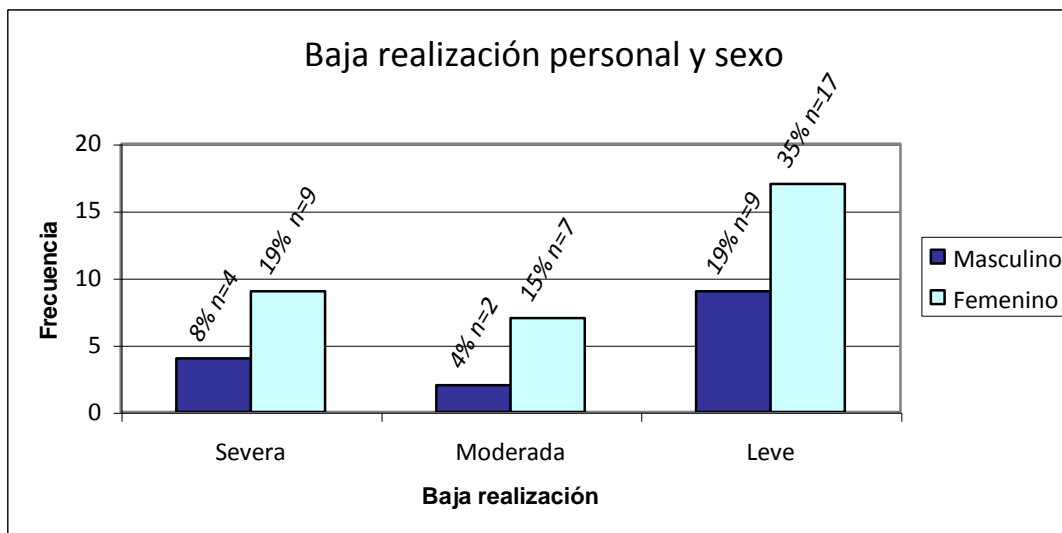
Gráfica 27. Baja realización personal y edad.



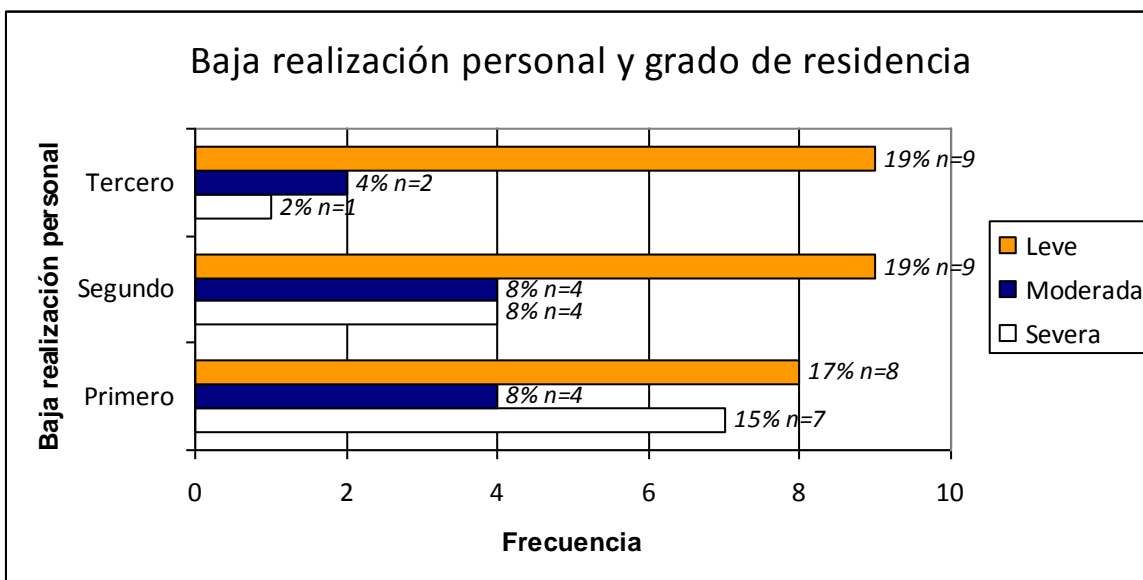
Gráfica 28. Baja realización personal y estado civil.



Gráfica 29. Baja realización personal y sexo.

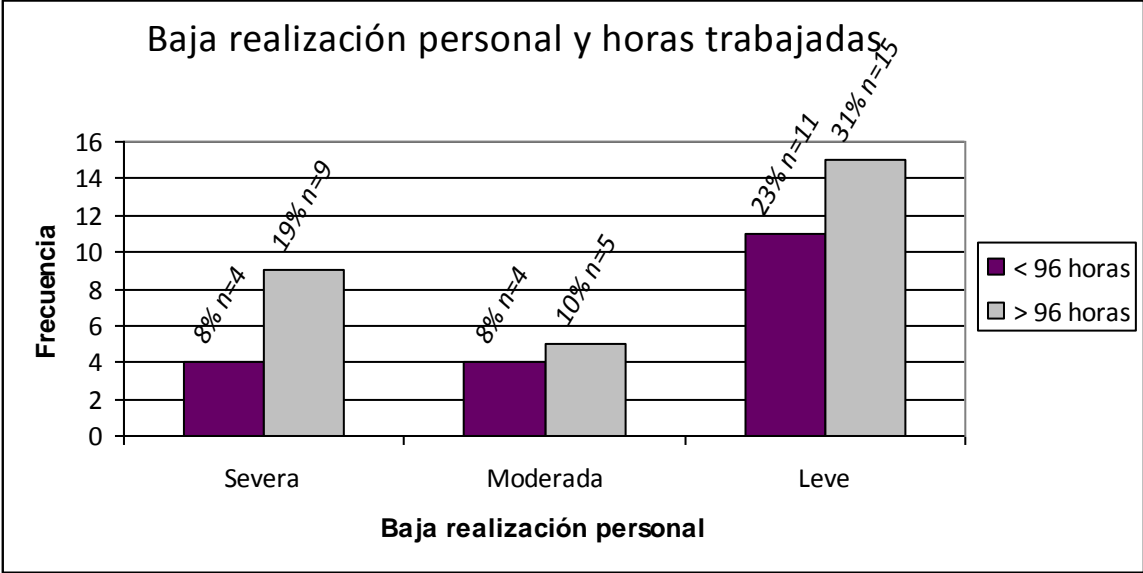


Gráfica 30. Baja realización personal y grado de residencia.

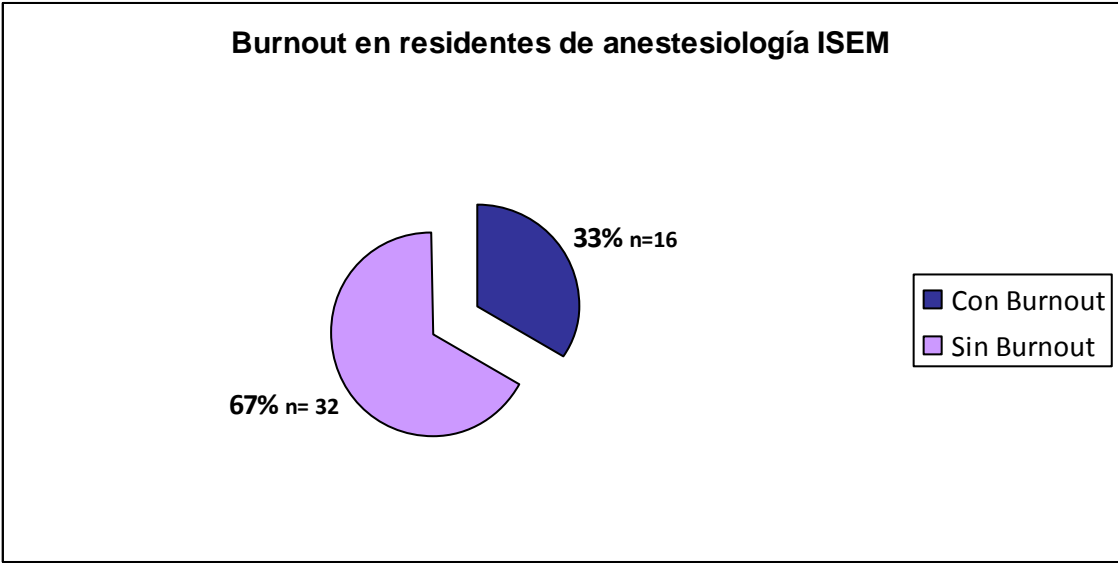




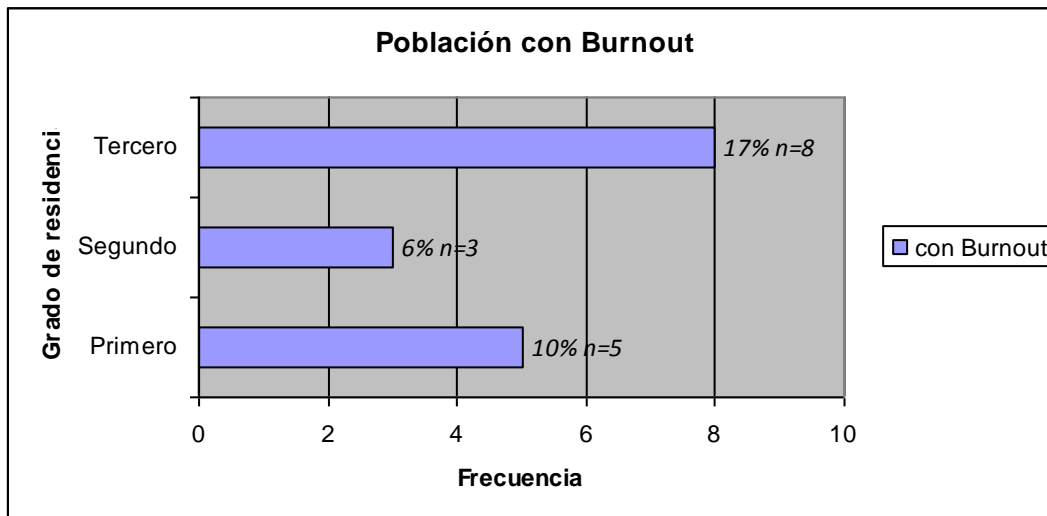
Gráfica 31. Baja realización personal y horas trabajadas.



Gráfica 32. Distribución con Burnout y sin Burnout.



Gráfica 33. Población con Burnout por grado de residencia.



## Discusión.

El Síndrome de Burnout ha sido objeto de estudio en la comunidad internacional desde hace 4 décadas. Sin embargo no se conoce la incidencia mundial de éste padecimiento en ningún grupo específico de trabajadores de la salud.

Poco se ha estudiado en residentes de anestesiología.

En Bélgica, Nyssen <sup>11</sup> reportó en el 2003 la presencia de Burnout en 47% de residentes de anestesiología, siendo más afectados aquellos menores de 30 años de edad.

Abut <sup>15</sup> reporta en el 2010 que en Estambul que el sexo femenino tuvo los más bajos niveles de despersonalización.

En el 2000, García <sup>2</sup> reportó que 7.1% de 56 residentes en anestesiología tenían agotamiento emocional, 17.8% Despersonalización y 23.2% baja realización personal.

En México López-Morales <sup>16</sup> en el 2005 reportó que el 55% de los residentes de anestesiología de dos sedes hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) resultaron con Burnout; 63% de los residentes cubrían jornadas laborales de más de 80 horas.

En el Estado de México, el presente estudio encontró que existe Burnout en el 33.3% de los residentes de anestesiología del ISEM; lo que representa una incidencia menor que la reportada por López-Morales en el mismo país, diferente institución.

No se encontró diferencia entre sexos, ya que se afectó al 33.3% del sexo Femenino y 33.3% del sexo masculino.

Existió mayor incidencia entre los menores de 30 años 69% contra 41% mayores de 30 años.

Se observó mayor incidencia entre residentes de tercer grado 50%, en comparación con 31.25% de primer grado y 18.75% de segundo grado.

25% corresponden a estado civil casado y 75% estado civil soltero.

38% de los residentes con jornadas laborales de más de 96 horas presentaron Síndrome de Burnout, así como 26% de los residentes con jornadas laborales menores a 96 horas.

En los residentes con Burnout, la dimensión con mayor afectación de manera severa fue el agotamiento emocional en 87.5% de los casos.

## **Conclusión.**

Conforme a lo observado en este estudio, el ISEM en sus hospitales de segundo nivel, sedes de residencia de anestesiología presenta una incidencia importante de Burnout (33%), sin embargo resulta menor si se compara con otras instituciones del país así como otros centros hospitalarios a lo largo del mundo.

Según los resultado el agotamiento emocional es la dimensión que afecta con mayor frecuencia a la población estudiada, lo cual coincide con otros estudios a nivel internacional.

Dentro de las características analizadas, se encontró que: el sexo no resulta ser un factor de importancia para la presentación del síndrome, ya que las proporciones entre la población masculina y femenina fueron las mismas; la edad mayor de 30 años guarda relación directamente proporcional con el agotamiento emocional, así que pudiera esperarse que la población de residentes que inicia la residencia después de los 30 años tiene mayor probabilidad de desarrollar agotamiento emocional y posiblemente Burnout, mientras que la despersonalización y baja realización personal afectan con mayor frecuencia a la población menor de 30 años; el grado más afectado por el agotamiento emocional comparando proporciones es el tercero; el factor de horas trabajadas por semana no reflejó gran influencia sobre el agotamiento emocional, ya que no se presentó diferencia entre aquellos individuos que completaron el síndrome de Burnout, el estado civil tampoco influyó de manera significativa.

## ***Recomendaciones***

Debido a que la dimensión que se afecta con mayor severidad entre los residentes del ISEM presenten o no Burnout fue el agotamiento emocional, considero de gran importancia fortalecer éste rubro en los residentes otorgándoles las herramientas necesarias para afrontar éste problema.

El presente estudio, por sus características metodológicas representa la posibilidad de seguimiento de la misma población, en la cual de inicio muestra la tendencia actual, a fin de describir a lo largo del tiempo los cambios positivos y/o negativos que puedan resultar de la implementación de estrategias de afrontamiento.

## **Bibliografía:**

1. Niku T. Resident Burnout. JAMA 2004; 292(23):2880-2889
2. Palmer Y, Gómez Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Vélez R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. Salud Mental 2005;28(1):82-91.
3. Freudenberg H. Staffburnout. J Soc. Issues. 1974;30: 159-165.
4. Maslach C. Schaufeli WB. Leiter MP. Burnout Inventory: third edition. Zalaquett CP. Word RJ Eds.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001;52:397-422.
6. Austria Corrales F, Cruz Valde B, Herrera Kienhelguer L, Salas Hernández J. Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. Universitas Psychologica 2011;11(1);197-206.
7. Montero Marín J y García Campayo J. A newer and broader definition of burnout: validation of the burnout clinical subtype questionnaire. BMC Public Health 2010;10:302.
8. Santorious N. An epydemia is trreateninghealth care worldwide. Croa. Journal Med. 2005;46(1):152-153.
9. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. de Salud Pública 1997;71(3):293-303.
10. Edelwich, Brodsky. Burnout: stage of disillusionment in the helping professions. Human sciences press. Nueva York.1980.
11. Chassot PG. Stress in European operating room personnel. Actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología. Montreal- Canadá. 2000; 63-64
12. García Carmona RM y Robles Ortega H. Personalidad resistente y sentido de coherencia como predoctores de Burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. Ansiedad y Estrés. 2011;17(2-3):99-112.
13. Barguellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R. Borella P. Revelation between inmune variables and burnout a sample of physicians. Occup. Environm. Med.2006; 57(7):453-457.
14. Calabrese G. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. Rev. Col. Anest. 2006;34: 233-240.
15. Abut Yesim C, Kitapcioglu D, Erkalp K, Toprak N, Boztepe A, Sivrikaya U, et. al . Job burnout in 159 anesthesiology trainees. Saudi J of Anaesth 2012;6(1):46-51.

16. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, de Keyser V. Occupational stress and Burnout in anaesthesia. *BJA* 2003;90(3):333-7.
17. Prins JT, van der Heijden A, Hoekstra Weebers M, Bakker AB, van de Wiel M, Jacobs B, et al. Burnout engagement and resident physicians self reported errors. *Psychology, Health and Medicine* 2009;14(6):654-666.
18. Fahrenkopf A, Sectish T, Barguer L, Sharek p, Lewin D, Chiang V. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008: 336-488.
19. López Morales A, González Velazquez F, Morales Guzmán M, Espinoza Martínez C. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2007;45(3):233-242.
20. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetist. *Anaesthesia.* 2003; 58(4): 339-345.
21. Katz JD. Occupational Health Considerations for anesthesiologists: From ergonomics to economics. *ASA* 2011(39);:65-71.
22. Arias Gallegos W, Riveros Sanz P, Salas Valencia X. Espiritualidad en el ambiente laboral, estrés crónico (burnout) y estilos de afrontamiento en trabajadores de una empresa de servicios educativos. *Revista ciencia y trabajo.* 2012; 14 (44): 195-200.
23. Barría Muñoz J. Modos de afrontamiento que utilizan los asistentes sociales de las municipalidades y consultorios de atención primaria en salud de las comunas de las condes y de Santiago que están proclives o que presentan síndrome de Burnout. *Psic.c.* 2004; 8(3)
24. Flórez Lozano J. Síndrome de Burnout del pediatra; prevención y control. *Bol. Soc. Ped. Asturias, Cantabria ,Castilla y León.* 2006; 46(197): 235-243.
25. Jaramillo Campillo E, Ruiz Arias V, Pardo Percy I. Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería. *Rev. Fac. Psic. UCC.* 2009; 5 (8): 15-22.
26. Jennings B. Work stress and Burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. *Agency for Healthcare and Quality.* 2008; 4 (26)

ANEXO  
Apéndice A

Maslach Burnout Inventory

Instituto de Salud del Estado de México  
Residencia de Anestesiología

Nombre: \_\_\_\_\_ . Sede: \_\_\_\_\_ . Estado civil: \_\_\_\_\_ .  
Edad: \_\_\_\_\_ . Sexo: \_\_\_\_\_ . Año que cursa: \_\_\_\_\_ . Horas laboradas por semana: \_\_\_\_\_ .

0)Nunca

Pocas veces

Una vez al mes o menos

Pocas veces al mes o menos

Pocas veces a la semana

Una vez a la semana

Todos los días

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar

Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes

Siento que trato a algunos de los pacientes como objetos impersonales

Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

Me siento agotado por mi trabajo

Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas

Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

Me preocupa el hecho de que éste trabajo me endurezca personalmente

Me siento muy activo

Me siento frustrado en mi trabajo

Creo que estoy trabajando demasiado

Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes

Trabajar directamente con personas me produce estrés

Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes

Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

Me siento acabado

En mi trabajo trato los problemas emocionales con calma

Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Tipo de desgaste	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Leve	< 19	< 6	> 39
Moderado	19 – 26	6 – 9	39 – 34
Severo	> 26	> 9	< 34

ANEXO  
Apéndice B  
Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Casandra Mendoza Castillo, de la Universidad Autónoma del Estado de México. La meta de este estudio es establecer la prevalencia de Síndrome de Burnout en residentes de anestesiología del ISEM.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Casandra Mendoza Castillo. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de anestesiología del ISEM.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Casandra Mendoza en la sede Hospital General de Tlalnepantla.

Nombre y firma del Participante

Fecha