

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA DE URGENCIAS
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“INCIDENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 251 IMSS”.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
“HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 251 METEPEC”

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:
M.C. KAREN SANDOVAL PLASCENCIA.

DIRECTOR DE TESIS:
ESP. URG. VIRIDIANA NALLELY CARDOZA RAMÍREZ

REVISORES:
DR. ALBERTO E. HARDY PEREZ.
COORDINADOR EN INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS EN CIENCIAS DE LA
SALUD.

DR. RAFAEL LIRA PEÑA.
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS.

DRA. ANA PAOLA SANCHEZ HERNANDEZ.
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS.

DRA. FLOR DE MARIA REYES DIAZ.
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS.
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2019

**“INCIDENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 251 IMSS”.**

Indice.		Pags
	Resumen	5
1	Marco teórico	7
2	Planteamiento del problema y pregunta de investigación	24
3	Justificación	26
4	Hipótesis	27
5	Objetivos	27
6	Material y Métodos	28
7	Implicaciones Éticas	32
8	Resultados	33
9	Discusión	41
10	Conclusiones	43
11	Recomendaciones o Sugerencias	43
12	Bibliografía	45
13	Anexos	47

4. Resumen

“INCIDENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.251 IMSS.”

AUTORES. Dra. Carolina Cruz García* Dra. Viridiana Cardoza** Dra. Karen Sandoval Plascencia ***

*Coordinadora de residentes de medicina de urgencias

** Médico adscrito del servicio de urgencias

***Residente de 3° año de medicina de urgencias

INTRODUCCION

La especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas proporciona una atención médica integral a pacientes con procesos patológicos agudos o crónicos agudizados que condicionan alteraciones que requieren atención pronta y oportuna. El médico residente de urgencias corre el riesgo de sobrecarga de trabajo pero sobre todo a desarrollar una gran ansiedad al no poder cumplir esta expectativa. Atender pacientes que acuden a un servicio de urgencias implica en sí una responsabilidad mayor. El tratar a diario con el dolor y el sufrimiento de otros seres humanos impone una carga de estrés muy intenso lo cual puede llevar al residente de urgencias a desarrollar “síndrome de burnout”.

OBJETIVO

Determinar la incidencia del síndrome de Burnout en los residentes de urgencias del hospital General Regional No. 251 IMSS.

MATERIAL Y METODOS.

Estudio observacional, prospectivo, transversal. Se aplicó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” a 26 residentes de la especialidad urgencias medico quirúrgicas del Hospital General regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018. Con la información obtenida se diseñó una base de datos en el programa SPSS V22 y se analizó con estadística descriptiva y las pruebas estadísticas necesarias.

RESULTADOS.

Solo el 11.3% tuvieron síndrome de Burnout.

El 50% de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS sufren del agotamiento o cansancio emocional .El 30.8%falta de realización personal y el 7.8% sufren despersonalización del aspecto de síndrome de Burnout

CONCLUSIONES.

Los resultados sugieren la necesidad de crear estrategias de detección temprana de factores precipitantes a este síndrome, de manera que los residentes vulnerables puedan recibir atención oportuna que les permita continuar con su adiestramiento. La primera misión del médico es el cuidado de la salud incluso de la propia.

PALABRAS CLAVE.

Síndrome de Burnout, médico residente, Maslach Burnout Inventory. Especialidad medico quirúrgicas.

4. Summary

"INCIDENCE OF BURNOUT SYNDROME IN RESIDENTS OF EMERGENCY MEDICINE IN GENERAL REGIONAL HOSPITAL NO.251 IMSS."

AUTHORS :Dr. Carolina Cruz García * Dr. Viridiana Cardoza ** Dr. Karen Sandoval Plascencia ***

* Coordinator of residents of emergency medicine

** Physician assigned to the emergency department

*** Resident of 3rd year of emergency medicine

INTRODUCTION

The specialty of Emergency Medical Surgical is that they provide comprehensive medical care to patients with acute or chronic acute pathological processes that condition alterations that require prompt and timely attention. The resident emergency doctor runs the risk is that it can lead to serious problems of work overload but above all to develop a great anxiety by not being able to fulfill this unrealistic expectation. Attending patients who go to an emergency service implies greater responsibility. Treating daily with the pain and suffering of other human beings imposes a load of intense stress which can lead the emergency resident to develop "burnout syndrome".

OBJECTIVE

Determine the incidence of Burnout syndrome in emergency residents of the General Regional Hospital No. 251 IMSS.

MATERIAL AND METHODS.

Observational, prospective, cross-sectional study. The "Maslach Burnout Inventory" questionnaire was applied to 26 residents of the specialty of surgical medical emergencies of the Regional General Hospital No. 251 IMSS in the period February 2018. With the information obtained, a database was designed in the SPSS V22 program and analyzed with descriptive statistics and the necessary statistical tests.

RESULTS

Only 11.3% had Burnout syndrome. 50% of emergency residents of the Regional General Hospital No. 251 IMSS suffer from exhaustion or emotional exhaustion. 30.8% lack of personal fulfillment and 7.8% suffer from depersonalization of the appearance of Burnout syndrome.

CONCLUSIONS

The results suggest the need to create strategies for early detection of precipitating factors to this syndrome, so that vulnerable residents can receive timely attention that allows them to continue with their training. The doctor's first mission is to take care of his health, including his own.

KEYWORDS.

Burnout syndrome, resident doctor, Maslach Burnout Inventory.

5. Marco teórico.

5.1 Residencia de urgencias medico quirúrgicas en México.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana la definición de médico residente es el profesional que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una especialización médica a tiempo completo. El estudiante de medicina de postgrado, particularmente aquel que ingresa a las residencias médicas de especialización, tiene un papel fundamental en la triada funcional de las instituciones de salud: la atención clínica, la investigación y la educación.

Los sistemas de salud de los países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y los ministerios de salud invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que este es el ámbito desde donde surgen las nuevas generaciones de especialistas.

La especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas es que proporcionen una atención médica integral a pacientes con procesos patológicos agudos o crónicos agudizados que condicionan alteraciones que requieren atención pronta y oportuna, aplicando los valores éticos en el abordaje de los problemas profesionales y los del área de investigación¹. El adiestramiento es en el hospital sede en las áreas de ciencias básicas y práctica clínica con una duración de 3 años.

El médico especialista en urgencias corre el riesgo de sobrecarga de trabajo pero sobre todo a desarrollar una gran ansiedad al no poder cumplir las expectativas personales y laborales.²

El realizar o desempeñar un trabajo que implica una gran responsabilidad, genera estrés, y el atender pacientes que acuden a un servicio de urgencias implica en sí una responsabilidad mayor, pues estos enfermos están necesitando ayuda.²

De esta manera el tratar a diario con el dolor y el sufrimiento de otros seres humanos impone una carga de estrés muy intenso. La muerte de alguno de los pacientes a su cuidado genera sentimientos muy diversos y frecuentemente encontrados desde desesperanza hasta impotencia y muchas veces

desesperación. Esto puede llevar al residente de urgencias a desarrollar “síndrome de burnout”.³

El síndrome de Burnout o de desgaste es un problema que se está presentando en profesionales que atienden a personas, en especial los médicos por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos. Hasta el momento han llegado señales de alarma por este síndrome de desgaste laboral que si sus efectos no se detectan a tiempo conducen a un agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona y pueden llegar hasta el suicidio.

5.2 Antecedentes de síndrome de burnout:

La palabra *burnout* no es nueva. Schaufeli y Buunk citan el caso de la obra *El peregrino apasionado*, comúnmente atribuida a Shakespeare, donde desde 1599 se refiere a la "extinción del amor como el fuego en la paja": *burned-outlove*. Como aspecto psicolaboral, los orígenes quizás se remonten al estudio de baja moral y despersonalización de la enfermera psiquiátrica *Miss Jones* publicado en la década de 1950 por Schwartz y Will, o la novela de Graham Greene *Un caso de burnout* en 1960, donde se describió la historia de un arquitecto atormentado y desgastado psicológicamente. Poco después en 1969, Bradley cito el concepto de *staff burnout* como un riesgo en personal de un programa comunitario para tratar adolescentes delincuentes. En la década de 1970 Ginsburg publico *The problem of the Burned out executive*, sin embargo es Freudenberger a quien se le atribuyo el "descubrimiento", él publicó un síndrome clínico que aquejaba a sus colegas y a él ya que atendían a víctimas de adicciones, y lo definió como un estado de deterioro de energía, de pérdida de motivación y de compromiso, que se acompaña por un amplio abanico de síntomas físicos y mentales.⁴

El síndrome de agotamiento profesional o también conocido como Burnout, es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue descrito por primera vez por Herbert J. Freudenberger en 1973, psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en la ciudad de Nueva York, en una clínica para toxicómanos, junto a otros voluntarios jóvenes e idealistas.

Freudenberger (1974) utiliza por primera vez el término “burn-out” se refiere preferentemente a aquellos voluntarios que trabajan en su “Free Clinic” y que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años en la mayoría de las ocasiones, se encuentran desmotivados, faltos de todo interés por el trabajo. El tipo de trabajo que estas personas hacían, como lo comento Leiter en 1991, se caracterizó por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional.⁴

Edelwich y Brodsky (1980) lo describieron como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubicaron como un estado de desgaste emocional y físico (Pines, Aronson, 1981) o en su definición comúnmente más conocida, como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente (Maslach, 1981).⁵

Fischer (1983) consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva a una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988) lo conceptualizaron como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimiento de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.^{6,8}

Algunos autores discrepan de los supuestos pensamientos de Maslach y Jackson (1981) entre los que se encontraron Price y Murphy (1984), Ferber (1985 y 1991), Golembiewski y col (1991). Este último en (1983-1986) aseguraba que el

Burnout afectaba a todo tipo de profesiones y no solo a las organizaciones de ayuda.⁷

Gil-Monte y Peiró (1997) constataron que el Síndrome de quemarse en el trabajo fue una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia la persona con la que se trabajaba y hacia el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.⁸ Actualmente, el burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

5.3 Definición de síndrome de burnout.

El burnout es definido inicialmente por Maslach y Jackson (1981) como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización, la respuesta negativa, insensible y excesivamente fría, frente al otro que usualmente es el beneficiario. Reducción en la realización personal, que se refiere al declive en los sentimientos de la competencia y de los buenos resultados en el propio trabajo, es decir, una evaluación negativa de los logros personales en el trabajo y con las personas, lo que genera que las personas se sientan descontentas consigo mismas e insatisfechas con sus logros en el trabajo; todo lo anterior ocurriría en individuos que trabajan con otras personas.⁹

La OMS lo define como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos, como respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de tratar con eficacia otros seres humanos, especialmente cuando padecen problemas de salud psicofísica. Sin embargo Maslach planteo que el foco del fenómeno está en el proceso de erosión psicológica y los resultados psicológicos y sociales de una exposición crónica al estrés. Es decir, el burnout es el resultado de una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo Asimismo, añade que el burnout

no es una dificultad de las personas, sino resultado del ambiente social en el cual trabajan y que es la estructura y el funcionamiento del lugar de trabajo el que delimita la forma en la cual las personas interactúan y realizan sus trabajos. Cuando se presentan unas condiciones laborales en las cuales no se reconoce el lado humano del trabajo, se genera una brecha muy amplia entre la naturaleza del trabajo y la de las personas, lo cual ocasiona un mayor riesgo de desarrollo del burnout.¹⁰

Con el tiempo se ha ido clarificando la naturaleza del síndrome, contando con una mayor delimitación de las características del Burnout. Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) a través de sus análisis de investigación han realizado conceptualizaciones que hacen notar 5 elementos comunes del fenómeno:

- Predominan síntomas disfóricos tales como fatiga emocional y conductual y depresión.¹⁰
- Hay un énfasis en síntomas mentales o conductuales.
- Es un síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo.
- Los síntomas se manifiestan en personas normales que no han sufrido antes de psicopatologías.
- El desempeño del trabajo deficiente ocurre por actitudes y conductas negativas¹⁰.

Leiter (2004) y Maslach (2009) presentaron una redefinición del burnout laboral, en el que las tres dimensiones claves de esta respuesta son: un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros. La dimensión del agotamiento extenuante es el componente de estrés individual básico del burnout y se refiere a sentimientos de estar sobre-exigido y vacío de recursos emocionales y físicos, los cuales hacen que los trabajadores se sientan debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición y carentes de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema. Esta dimensión tiene como fuentes principales la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo¹¹.

Las complicaciones que genera esta dimensión giran en torno al desapego, lo que puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización, lo que conlleva con el tiempo no solo a la creación de formas de contención y reducción de la cantidad de trabajo, sino también al desarrollo de una reacción negativa hacia la gente y el trabajo¹¹.

La definición más reconocida es la Maslach y Jackson (1981) lo cual desarrollan su concepto en 3 dimensiones^{12,13}:

1. Agotamiento Emocional.

Se describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1993). Según Maslach y Leiter (1997) las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse^{12,13}.

Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo. Pese a que en un comienzo se define el síntoma en términos puramente emocionales, en 1997, Maslach y Leiter, amplían su definición, incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo. El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que gatilla en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga¹².

En el caso de trabajos que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden minar la capacidad de la persona para involucrarse y ser responsivo a las necesidades particulares de las personas que atiende (Maslach y otros, 2001)¹³.

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de

irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001)¹³.

2. Despersonalización.

La dimensión de despersonalización o Cinismo da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento.¹³

El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).¹³

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach y otros, 2001). Se refiere a la deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Ej.: el riñón del 309) (Cordes y Dougherty, 1993).¹⁴

Más adelante, Maslach y sus colegas modificaron la definición original de dos de las dimensiones, en la cual Despersonalización fue renombrado como Cinismo, aunque se conservan intactos la agrupación de síntomas a los que se refiere la dimensión (Shirom y Shmuel, 2002; Maslach y Leiter, 1997).¹⁴

El Cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis. Cabe señalar que pueden ser apropiados y necesarios para el funcionamiento eficaz en algunas ocupaciones los niveles moderados de distanciamiento hacia los clientes, a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el Burnout (Jackson y otros, 1986).¹⁴

Maslach y Leiter (1997) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Por ejemplo,

puede usar un lenguaje denigrante o descalificador para referirse a los clientes e intelectualizaciones recurrentes de la situación. Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja. Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach y otros, 2001). Este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas (Bakker, 2002).¹⁵

3. Falta de realización personal.

La dimensión de falta de Realización Personal alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).¹⁶

Describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Maslach y otros, 1997; Halbesleben y otros, 2004). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach y otros, 1997).^{15,16.}

La Realización Personal en el trabajo fue renombrada: antes se le conocía como logro reducido o inefectividad, sin embargo se siguen conservando intactos la agrupación de síntomas de la dimensión. Igual que en las dos dimensiones anteriores, se le critica a los autores la falta de respaldo teórico que apoye el cambio de nombre, dado que no queda claro a que se refieren finalmente con el concepto (Shirom y Shmuel, 2002).¹⁶

Esta escala hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio ó ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Bakker, 2002).¹⁵

5.4 Causas del síndrome de burnout.

El síndrome de burnout está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes. Suele caracterizarse por horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia.^{16,17}

En general, las condiciones anteriores se confabulan y pueden llegar a generar burnout en situaciones de exceso de trabajo, desvalorización del puesto o del trabajo hecho, trabajos en los cuales prevalece confusión entre las expectativas y las prioridades, falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo.^{17,18}

- El estrés laboral es una base óptima para el desarrollo del burnout, al cual se llega por medio de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante. En este proceso se distinguen tres fases:^{17,18}
- Fase de estrés: en la cual se da un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
- Fase de agotamiento: en la cual se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- Fase de agotamiento defensivo: en la cual se aprecian cambios en la conducta del trabajador, tales como el cinismo, entre otras muchas de carácter nocivo.

5.4.1 Síndrome de burnout relacionado con depresión.

La depresión presenta algunos síntomas que también lo manifiestan personas que sufren de Burnout, por lo que Brunstein (1999) incluso considera al BO como “depresión relacionada con el trabajo”.¹¹

Este planteamiento supone que el síndrome afecta al sentimiento más próximo al cuerpo, como la vitalidad, energía y motivación por hacer las cosas. Se acompaña de agresividad y rabia, y termina alejando a las personas que rodean al afectado, igual que sucede con los depresivos (Beck, 1983), por lo que el afectado ve confirmadas sus creencias distorsionadas de que son poco queridos. ¹¹

Es por ello que se considera que hay varias similitudes entre ambos cuadros. No obstante, la investigación ha establecido que el Burnout es un problema específico al contexto de trabajo y relacionado exclusivamente con causas relacionadas con el entorno laboral, en contraste con la depresión, la cual tiende a prevalecer en cada dominio de la vida de las personas.¹¹

En esta línea, Golembiewski (1999) también afirma que no se han observado episodios delirantes o psicóticos en las descripciones del Burnout, como si se puede dar en depresiones profundas.¹¹

Brenninkmeijer y sus colegas (2001) han hallado que un sentido reducido de estatus y prestigio y una pérdida percibida de ello, son más característicos de individuos depresivos que aquellos que tienen Burnout. Al parecer, los individuos que sufrirían Burnout aún estarían en la batalla para lograr estatus y prestigio en el grupo y se consideran como ganadores potenciales, mientras que los individuos depresivos se han dado por vencidos. Solamente cuando los individuos con Burnout perciben que los han derrotado, experimentan una pérdida de estatus, prestigio y se les deteriora la autoestima, tenderían a desarrollar una depresión. Es así como la relación entre el Burnout y la depresión estaría más bien relacionados con el dejar más vulnerable a las personas a padecer el síndrome (Shirom y Ezrachi, 2003).^{12,15}

5.4.2 Síndrome de burnout relacionado con el estrés.

El Burnout tradicionalmente se le ha conceptualizado como una forma de estrés. Estresores específicos, como por ejemplo conflictos de rol, ambigüedad y sobrecarga causarían tensión a corto plazo, y a largo plazo estos pueden tener un efecto acumulador que causa el BO (Oro y otros, 1993, citado en Densten, 2001).¹⁶

La investigación con relación al estrés y salud de las personas sigue principalmente dos líneas. Aquella centrada en la reacción del individuo y su vulnerabilidad (Seyle, 1978) y aquella centrada en los estresores externos como principales responsables (Um y otros, 1998; Hillhouse y otros, 2000, Brunnstein 1999; Chanlat, 1999).¹⁶

Perspectiva de vulnerabilidad individual Selye (1978), define al estrés como la respuesta del cuerpo a cualquier demanda que se le hace. Hay estrés positivo (eustress) asociado con sentimientos de alegría y realización y estrés negativo (distress), que puede tender a la cronicidad.¹⁹

Se conceptualiza al estrés como la transacción que se produce entre el organismo y su ambiente. El esquema de funcionamiento de nuestra sociedad se basa en asumir responsabilidades y cumplir exigencias. Según Silpak (1991), habría personas que tienen dificultades en adaptarse a estas exigencias.¹⁶

Ante las exigencias o situaciones amenazantes, objetivas o percibidas como tales, el organismo responde con una activación general, denominada por Selye como Síndrome General de Adaptación, que busca movilizar recursos necesarios para enfrentar la amenaza. Esta condición es la que se denomina “estrés”. El estrés sirve de motivación para la superación de obstáculos, sin embargo, la presencia continuada de un estresor puede agotar las energías del sujeto, haciendo que este se sienta sobreexigido, pasando así del estrés al estrés agudo o distress (Silpak, 1991).¹⁶

Selye (1978) divide la reacción general de adaptación en tres etapas:¹⁶

Etapa 1: Reacción de alarma: Son todas las manifestaciones generales inespecíficas que debido a la brusca acción de estímulos, afectan a la mayor parte del organismo y no le permiten adaptarse ni cuantitativamente ni cualitativamente.

Etapa 2: Resistencia: Cuando la tensión es prolongada, el cuerpo se mantiene muy activado, en especial el sistema inmunológico, y comienza a operar mal. El organismo se debilita y es más susceptible a otros agentes estresores.

Etapa 3: Extenuación: Si el estrés continúa o surgen nuevos factores, la persona comienza a mostrar señales de agotamiento y desgaste muscular; durante este período, si continúa el estrés, el sujeto puede presentar

problemas psicológicos y enfermedades (y somatizaciones), que lo pueden llevar hasta a la muerte.

En el progreso de las etapas el organismo en período de estrés prolongado se debilita, afectando las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del sujeto, además de su sistema inmunológico.¹⁶

Desde esta perspectiva, el énfasis se coloca en la “percepción” del estímulo como estresante, con independencia de su relación con una realidad objetiva. Así es que se puede afirmar que hay factores de personalidad y actitudinales que aumentan la propensión al desarrollo de estrés, como por ejemplo, las llamadas personalidades tipo A y B de Eysenck (citado en Silpak, 1991) respecto de las cuales en diversas investigaciones se ha reportado la relación entre estos tipos de personalidad con ciertas patologías somáticas.¹⁶

Por ejemplo, el tipo A (muy activo, enfrenta las situaciones vitales como un desafío constante), se encuentra predispuesto al desarrollo de patologías cardíacas, y últimamente se ha investigado la posibilidad que el tipo C (principalmente evitador de conflictos, reprimiendo la rabia) esté aparentemente ligado al desarrollo del cáncer (Fernandez-Ballesteros y Ruiz, 1997).¹⁶

5.4.2.1 Perspectiva centrada en los estímulos estresantes

Se busca identificar y clasificar diversos estresores ambientales y su responsabilidad en el desarrollo de diversas enfermedades. Esta corriente ha cobrado fuerza en el estudio del estrés laboral.¹⁹

Los estresores pueden ser clasificados como sigue (Croucher,1991):

- A. Bio -Ecológicos: Son relacionados con hábitos pobres de alimentación (demasiada cafeína, azúcar blanco refinado, harina procesada, sal, etc.), estresores ambientales como el ruido y la contaminación del aire.
- B. Profesionales: Incluyen elementos tales como la incertidumbre de la carrera; roles poco definidos o contradictorios, sobrecarga de tareas, bajo soporte social en el trabajo, (Cordes y Dougherty, 1993), comunicación poco clara (Leiter, 1988), liderazgo, falta de oportunidades para desarrollar la carrera, frustraciones en el manejo del tiempo (Mirivis, 1999) entre otros.

C. Factores Psicológicos: Incluyen cambios vitales (lesión personal, muerte de un pariente, etc.), la soledad de personas como una situación muy estresante y personalidad, e influyen en la vulnerabilidad al Burnout (Golembiewski, 1989).

Por otro lado, Levental y Tomarken (citado en Kasl y otros, 1987) consideraron el estrés desde una perspectiva integral. Ellos advierten que no es posible entender al estrés de manera unitaria, pues existen múltiples y complejas reacciones a los estresores ambientales. La respuesta al estímulo sería la clave del proceso.¹⁹

El estrés sería el producto de la representación del estímulo, las respuestas para manejarse con él, y el éxito o fracaso de este manejo. Así, afirman que se debería dar mayor peso a la particular reacción del organismo a los estresores ambientales en la investigación sobre la relación entre el estrés y la enfermedad.¹⁹

A partir de esto proponen el modelo de la socio - psicología del estrés, que constaría de tres niveles: ¹⁹

- Nivel fenomenológico: Se refiere a la variedad de estados subjetivos como emociones negativas, depresión o ansiedad ante una situación evaluada como estresante.
- Nivel conductual: A un nivel conductual se esperaría que el sujeto emitiera ciertas conductas o patrones de respuesta a cada una de estas emociones.
- Nivel institucional: Interesará buscar roles sociales y/o pertenencias institucionales que correlacionen con estos diversos procesos afectivos y psicológicos.

Este modelo sería una especie de antecesor a la investigación del Burnout y ha influido en cuanto actualmente se le considera como una forma de estrés laboral. De esta forma, se han ido abandonando las líneas que sólo se preocupan del estrés individual, moviendo el foco de investigación a perspectivas interaccionistas psicosociales (Gil-Monte y Peiró, 1998). ¹⁹

Esto es, en vez de centrarse en niveles fenomenológicos y conductuales, se focaliza en los niveles institucionales, donde la postura más radical la exhiben Maslach y Leiter (1997) atribuyendo casi exclusivamente a las organizaciones la responsabilidad de generar las condiciones para que sus empleados padezcan el Burnout.¹⁹

5.5. Fisiopatología del síndrome de burnout.

El estímulo de estrés continuo es parte fundamental para desarrollar el síndrome, generando respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamiento hacia demandas internas y externas. Se alteran los sistemas inmunológico, digestivo, neuromuscular y cardiovascular, mediados por una respuesta del sistema neuroendocrino. Sin embargo, estas adaptaciones tienden a disminuir en lugar de aumentar a lo largo del tiempo.²⁰

El eje hipotálamo-hipófisis se activara y generara una secreción de cortisol mientras el estímulo de estrés persista con este aumento de cortisol sérico, se inhibe la respuesta inflamatoria y la respuesta inmune, haciendo una reducción en los niveles de citosinas y otros mediadores de la inflamación.^{20,21}.

Normalmente el incremento en el cortisol en plasma termina la respuesta al estrés por retroalimentación negativa mediada por receptores de corticoesteroides; pero en presencia de un estrés crónico, estos receptores no causan la retroalimentación negativa porque su sensibilidad está disminuida, por lo que el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal seguirá incrementado en actividad.^{20,21}

Algunos autores piensan que el cambio en la activación de éste eje es una vía en común para la depresión, fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, ya que algunos de los síntomas físicos y psicológicos se deben al incremento de la actividad del eje neuroendócrino.²⁰

5.6. Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout.

El síndrome de Burnout no aparece de forma súbita sino paulatinamente, lo cual atraviesa las siguientes etapas:^{22,23,24}

Etapa 1: Desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden los segundos, lo que provoca un estrés agudo.

Etapa 2: El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Funciona de manera transitoria, posterior empieza a perder el control de la situación y va apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alineación y reducción de las metas laborales. En esta etapa el cuadro es reversible.

Etapa 3: Aparece el síndrome de burnout con los síntomas se va desarrollando en fases evolutivas de forma insidiosa, lo síntomas clínicos son de 4 tipos:²⁴,

1. Síntomas físicos de estrés: cansancio, fatiga, trastorno del sueño, malestar general, cefalea, dolores osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, alteraciones menstruales o de la tensión arterial.
2. Manifestaciones emocionales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, escasa autoestima y pobre realización personal, deseos de abandonar el trabajo, dificultad para la concentración, disminución de la memoria inmediata, descenso en el rendimiento laboral, poca tolerancia a la frustración, impaciencia, irritabilidades, sentimiento oscilante de impotencia a omnipotencia, desorientación y comportamientos agresivos, baja autoestima.
3. Manifestaciones conductuales: Mala comunicación, predominio de conductas adictivas y de evitación, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas, trastornos del apetito, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo y frecuentes conflictos interpersonales.
4. Manifestaciones defensivas: el individuo “quemado” niega emociones y conductas y culpa a clientes, pacientes, compañeros, jefes, de su situación y no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

Etapa 4: existe un deterioro físico y psicológico real, presenta ausentismo laboral y falta de eficacia en su desempeño, lo que lo convierten un peligro más que en una ayuda.

Hay una secuencia de fases en el síndrome de burnout:^{23,24}.

Primera fase que es aparición del conflicto: ataques insidiosos, síntomas que aparecen con intensidad variable y desaparecen al día siguiente.

Segunda fase de instauración del síndrome: se intensifican las conductas violentas o agresivas, tiende a negarlo, ya que lo viven como un fracaso profesional o personal.

Tercera fase de intervención de la superioridad o el grupo: Después de cierto tiempo, los responsables toman consciencia del problema e intervienen.

Cuarta fase de marginación o exclusión de la vida laboral: entre un 5 a 10% es irreversible, las personas suelen abandonar la vida laboral. Se puede llegar a diagnosticar una conducta psicopatológica, la cual debe de ser tratada.

Se pueden encontrar las siguientes conductas sugerentes de síndrome de burnout:

1. Evitación del compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidirección, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hiper-críticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, paciente y maltrato al personal con el cual labora.

5.Desmotivación: se asocia a la pérdida de autorrealización y a la falta de baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

5.7 Complicaciones del síndrome de burnout.

Las complicaciones que genera esta dimensión giran en torno al desapego, lo que puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización, lo que conlleva con el tiempo no solo a la creación de formas de contención y reducción de la cantidad de trabajo, sino también al desarrollo de una reacción negativa hacia la gente y el trabajo.²⁵

Los médicos residentes de urgencias en formación pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, drogas o psicofármacos; cierto porcentaje probablemente este asociado al estrés laboral.²²

5.8 Síndrome de burnout en médicos mexicanos.

El síndrome de burnout en México se presenta y desarrolla en personal médico que labora en instituciones de salud pública o privada.²³

Los profesionistas que laboran en instituciones públicas tienen mayor carga de trabajo, y mayor probabilidad de desarrollarlo a diferencia de los médicos que laboran en forma privada. Pero de acuerdo a los resultados encontrados pareciera que el estrés laboral no varía mucho en los médicos de instituciones particulares de nuestro país.²²

En la mayoría de los estudios se reportan niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, aunque en algunos estudios se han reportado niveles severos, principalmente en agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados coinciden justamente con la literatura teórica que menciona que los principales componentes del desgaste los llama el corazón de Burnout son precisamente el agotamiento emocional y

despersonalización. Además de que el componente más afectado es el cinismo en el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres.²³

Referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años es la población de mayor riesgo. En cuanto al tipo de pareja se detectó que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no estable y en relación con los hijos, es más frecuente en aquellos que no tienen hijos.²³

Es poca la investigación que se tiene respecto a los factores protectores para no desarrollar el desgaste; respecto a esto, lo único que se han identificado es: a) el estado civil, el que estén casados es un factor protector, quizás el convivir bien con su pareja y realizar actividades de recreación que le permita disminuir los niveles de estrés que en algún momento pueda llegar a desarrollar. b) el practicar ejercicio es un factor protector y curiosamente la mayoría de los médicos no lo practican.²⁴

La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales^{8,9} y de 22 hasta 60% en especialistas.^{10,11} Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%.^{12,13} La prevalencia en México es de 44%.²²

6. Planteamiento del problema y pregunta de investigación.

La residencia médica es un programa de formación y durante esta etapa se han encontrado niveles superiores de estrés en el residente en comparación con la población general. Este estrés está relacionado con factores como largas jornadas en el hospital, sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas de familiares y pacientes, conocimientos médicos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y alto grado de competitividad. Esto es más marcado durante el primer año de la capacitación académica.

El médico residente está expuesto debido a las horas de trabajo que acumula a la semana, el ambiente estresante en el que labora y la personalidad que desarrolla durante su etapa de entrenamiento.

Existen pocos estudios en México sobre el síndrome de desgaste profesional o Burnout entre los médicos residentes por especialidades; mas sin embargo; en

2012 se publicó en la revista Mexicana de Anestesiología un artículo con la finalidad de conocer la prevalencia de este síndrome en residentes de anestesiología, mostrando un prevalencia entre 28-44%.

La residencia de urgencias medico quirúrgicas en México, tiene una duración de 3 años. Los residentes realizan guardias ABCD. Anteriormente se hacían guardias A, B, C. Realizando guardias de domingo a jueves de 36 horas, viernes y sábados guardias de 24 horas.

Los residentes trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos en lo cual hay una respuesta emocional continua, por lo que los hace más vulnerables al estrés y al síndrome de burnout. Durante el primer año de residencia se producen problemas de adaptación a las nuevas tareas, soportar una importante presión asistencial y responsabilidad. El trato que reciben de los pares y de los profesores les resulta dañino para su autoestima.

En el primer año la tarea de los residentes de urgencias es conocer la sala de observación urgencias, donde la sala puede tener una capacidad de hasta 60 pacientes. Y conocer los pacientes del área de choque. Los residentes de segundo año su responsabilidad es reconocer los pacientes graves potencialmente complicables, realizar indicaciones, supervisar al residente de primer año, y participar en el área de choque. El residente de tercer año su responsabilidad principal es el área de choque y supervisar la sala, a los residentes de primer y segundo año.

Se lleva a cabo un programa académico donde los residentes de primer, segundo y tercer año un día están comprometidos a realizar clases para llevar su sesión académica y cumplir el programa de la universidad Estado de México.

Los servicios de urgencias pueden considerarse como verdaderos factores de riesgo para la aparición de burnout, pues son lugares generadores de estrés por excelencia que son alta presión asistencial, exigencias por parte de los pacientes de reducir el tiempo de demora, excesivas horas de trabajo, falta de descanso,

responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido, prisas y agobios continuos.

El síndrome de agotamiento profesional (Burnout) se refiere a un problema de tipo psicosocial que se presenta más frecuentemente entre los médicos en capacitación de alguna especialidad. Se ha destacado en distintos estudios que un 5-12% de los médicos presenta un deterioro suficiente como para afectar seriamente a su práctica laboral, con el daño que de ello puede derivarse para sus pacientes y para sí mismos. Se estima que, al menos, un 10-20% de los médicos residentes en activo están emocional y físicamente agotados.

La suma de todas estas responsabilidades no permite que los residentes puedan realizar otro tipo de actividades, ya que las horas de trabajo son poco convencionales hay una carga de trabajo excesiva .

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia del síndrome de Burnout en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No.251 IMSS durante el año 2017?

7. Justificación.

El síndrome de Burnout se asocia a un problema de salud. sufrimiento subjetivo, y disminución del rendimiento o logros en el trabajo. Existe un aumento en los antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. Estos síntomas representan efectos del Burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias y, de esta manera, favorecer su impacto social.

La identificación de factores de riesgo para el desarrollo de síndrome de Burnout es importante para la prevención de ambiente laboral negativo, para así obtener conocimiento sobre lo que influye en el desgaste profesional en los residentes de urgencias para evitar efectos negativos en la productividad y satisfacción en el personal de segundo nivel de atención médica.

El daño emocional que padecen los residentes de las especializaciones médicas por la sobrecarga de trabajo repercute en su autoestima hasta llevarlos a un

estado anímico y en ocasiones al suicidio. Este estudio permitirá implementar estrategias en el Hospital General Regional No. 251 IMSS, en los residentes de urgencias, que conlleven a un bienestar psicológico para disminuir la incidencia de síndrome de Burnout en el grupo de profesionales en formación de especialidades médicas. Además, en esta época suceden diversos acontecimientos vitales para el residente que aumentan sus estresores, como cambio de domicilio o lugar de residencia, lejanía del ambiente familiar y social, formación de pareja e hijos, dificultades económicas e incertidumbre acerca del futuro, entre otras.

8. Hipótesis.

La incidencia del síndrome de Burnout en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No.251 IMSS durante el año 2017, será similar a la reportada en la bibliografía para esta especialidad

9. Objetivo del estudio.

9.1 Objetivo general.

Determinar la incidencia del síndrome de Burnout en los residentes de urgencias del hospital General Regional No. 251 IMSS año 2017.

9.2 Objetivos específicos:

1. Identificar cual es el nivel de residencia más afectado en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 para desarrollo de síndrome de burnout.
2. Analizar el area mas afectada de acuerdo con los criterios incluidos en la escala Maslach Burnout Inventory.
3. Analizar presencia de syndrome de burnout segun edad y sexo.

10. Material y métodos.

10.1 Tipo de estudio.

Observacional, Descriptivo, transversal.

10.2 Población, lugar y tiempo.

Se aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 del IMSS en el periodo 2017.

10.3 Muestra.

Muestra no aleatoria por conveniencia y de cuota.

10.4 Tamaño de muestra.

Se seleccionaron a los residentes de urgencias con un total de 26 residentes del Hospital General Regional No. 251 IMSS.

10.5 Criterios de selección.

10.5.1 Criterios de inclusión.

- Médicos residentes de urgencias de primero, segundo y tercer año del Hospital General Regional No. 251 IMSS.

10.5.2 Criterios de exclusión.

- Médicos residentes de urgencias de primer, segundo y tercer año del Hospital General Regional No. 251 IMSS que no deseen participar en el estudio.
- Residentes que estuvieran de vacaciones o ausentes en el momento de aplicar la evaluación.

10.5.3 Criterios de eliminación.

- Residentes que llenaron de manera incorrecta el cuestionario.

10.6 Características del grupo de estudio.

Se estudiaron a los residentes de urgencias de Hospital General Regional No. 251 IMSS de ambos sexos mayores de 18 años cursando el primero, segundo y tercer año de residencia con la encuesta de Maslach Burnout Inventory donde se evaluó el agotamiento emocional, la despersonalización y realización personal, así como preguntas de edad, genero, estado civil en el periodo de febrero 2018.

10.7 Definición de variables

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional.	Valores	Unidad de medición.
Síndrome de Burnout.	Síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización, la respuesta negativa, insensible y excesivamente fría, objetivizada frente al otro que usualmente es el beneficiario	Respuestas a la escala del Maslach Burnout Inventory)	Agotamiento emocional: Mas de 26 pts indica síndrome de burnout. Despersonalización Mas de 9 pts indica síndrome de burnout. Realización personal:Menos de 34 ñpts indica falta de realización personal.	Cuantitativa Discreta.
Médico residente	El médico residente es el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo. De acuerdo a la Norma oficial mexicana	Se tomo en cuenta el grado que estaban cursando durante el estudio	Residente de primer año de urgencias. Residente de segundo año de urgencias. Residente de tercer año de urgencias	Cualitativa Ordinal.
Maslach Burnout Inventory.	Es una escala cuyo objetivo es medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas.	La escala mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal..	Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. 1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54. Más de 26 pts indica Inicios de síndrome burnout. 2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30. Más de 9 pts indica síndrome de burnout. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48 Menos de 34 pts indica falta de realización personal.	Cuantitativa Discreta.

6.1 Diseño estadístico de la investigación

Se estudió a un grupo de médicos residentes de la especialidad médico quirúrgica pertenecientes al Hospital General Regional No. 251 IMSS, con el propósito de identificar la prevalencia de síndrome de Burnout, Se realizó una medida independiente. Las variables principales fueron nominal, con escala de medición nominal y ordinal, la muestra fue no aleatoria, se espera que la distribución sea no paramétrica

6.2 Instrumento de recolección de datos

Se aplicó la encuesta de Maslach Burnout Inventory con el consentimiento bajo información, 27 ítems para identificar cansancio emocional, despersonalización, realización personal en los médicos residentes; así como características generales de los participantes como estado civil, edad, sexo, especialidad y grado académico. Integrado por cuatro secciones.

6.3 Método de recolección de datos

Previa autorización del comité de ética local, se aplicaron con técnica dirigida 26 encuestas a médicos residentes. El cuestionario consistió en dos partes, la primera en breves preguntas sociodemográficas y la segunda parte se aplicó el instrumento específico para detección de síndrome de Burnout, Maslach Burnout Inventory.

6.4. Maniobras para evitar o controlar sesgos

Sesgos: información, para disminuir su ocurrencia se pide a las personas involucradas en la investigación, que contesten con honestidad y verazmente.

6.6 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

Elementos de financiamiento: Recursos humanos El trabajo fue desarrollado por el médico residente responsable de la investigación.

Recursos materiales: hojas blancas, tinta de impresora, 15 plumas, grapas, engrapadora, copias de cuestionarios, transporte para traslado y llevar a cabo el estudio en el hospital, fotocopias, impresión de tesis.

6.7 Consideraciones éticas

El proyecto se apega a las recomendaciones de:

La Declaración de Helsinki, 4, 9, 22, 23, 24, 25, 26, 31

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO

Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos fracción 1 y 2, artículo 5 autonomía y responsabilidad individual, artículo 6 consentimientos, fracciones 1, 2, artículo 8 respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, artículo 9 privacidad y confidencialidad, artículo 10 igualdad, justicia y equidad, artículo 11 no discriminación, y no estigmatización, artículo 15 Aprovechamiento compartido de los beneficios fracciones b, d, g,

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México, artículo 3 fracción I, II, artículo 13, artículo 14 V, VI, VII, artículo 16, artículo 17 fracción I, artículo 18, artículo 20, artículo 21, artículo 22 fracción I a V.

12. Resultados

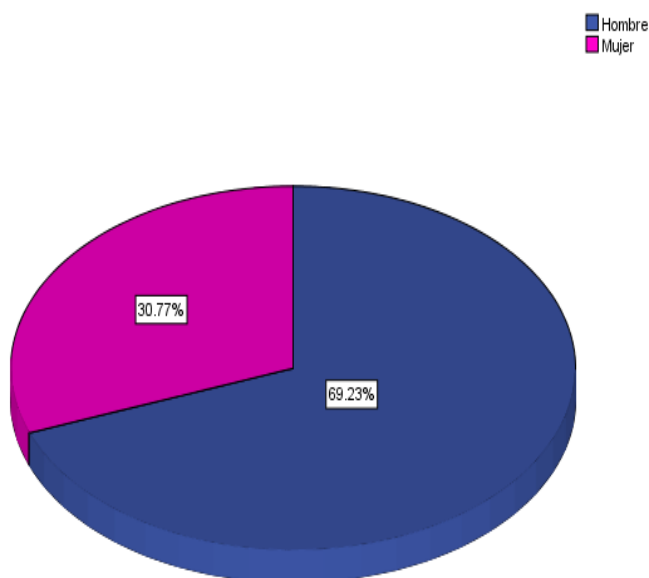
Se encuestaron a 26 médicos residentes pertenecientes al Hospital General Regional No. 251 IMSS, de los cuales se obtuvo un 30.8% (8) de población femenina y un 69.2% (18) de población masculina.

Tabla 1
Genero de los residentes de urgencias que más predomina en el Hospital General Regional No. 251 IMSS

Genero	Frecuencia	%
Femenino	8	30.8
masculino	18	69.2
Total	26	100

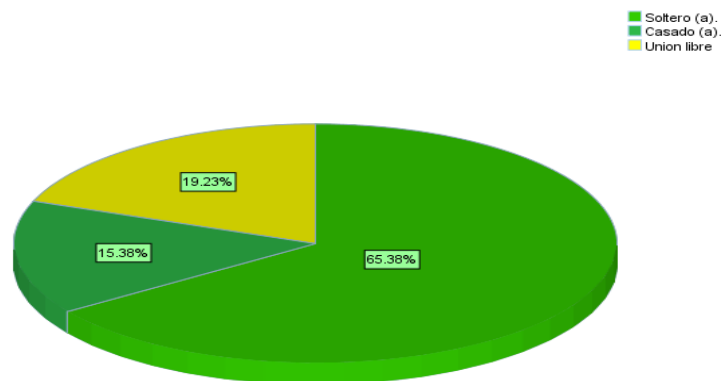
Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 1
Genero de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS



Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 2
Estado civil de los residentes de urgencias del Hospital General Regional
No. 251 IMSS.



Fuente: Hoja de recolección de datos.

El estado civil que predominó fue soltero(a) con 65.4%, seguido de unión libre en 19.2% y casado en un 15.4% de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No.251 IMSS.

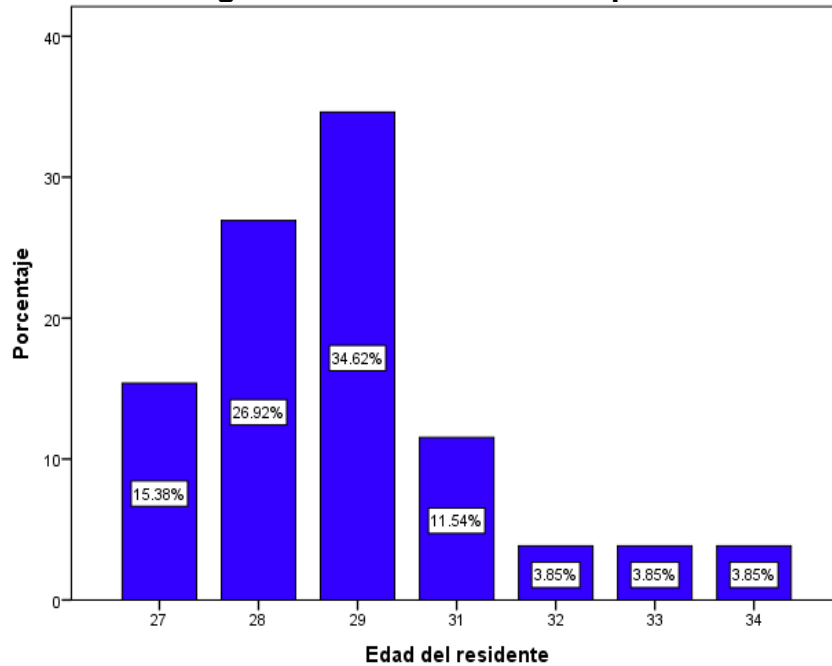
Los médicos residentes solteros tuvieron un grado severo de SB con 19.4%, en comparación con los médicos residentes casados en un 2.77%.

Tabla 3
Frecuencia y porcentaje de la edad de los residentes de urgencias del
Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
27	4	15.4
28	7	26.9
29	9	34.6
31	3	11.5
32	1	3.8
33	1	3.8
34	1	3.8
Total	26	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 3
Frecuencia y porcentaje de la edad de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018



Fuente: Hoja de recolección de datos.

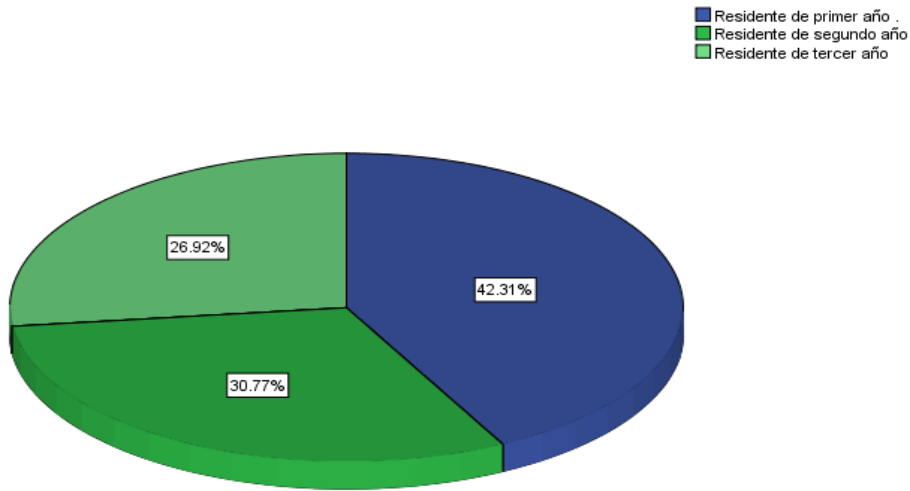
La edad que más predominó en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No.251 IMSS fue de 29 años en un 34.6%.

Tabla 4.
Grado de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018

Grado académico	Frecuencia	%
Residente 1er año	11	42.3
Residente 2do año	8	30.8
Residente 3er año	7	26.9
Total	26	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 4.
Nivel de residencia de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018.



Fuente: Hoja de recolección de datos

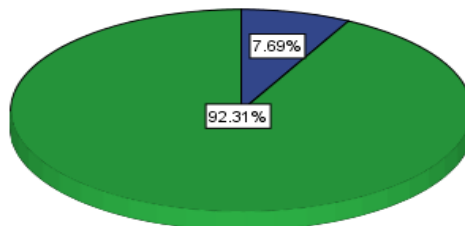
Los residentes de primer año de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS son los que predominan en un 42.3%, seguido de los residentes de segundo año en un 30.8% y los residentes de tercer año en un 26.9%.

Tabla 5.
Porcentaje de residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS que tienen una familia a cargo en el periodo febrero 2018.

Familia a cargo	Frecuencia	%
Si	2	7.7
No	24	92.3
Total	26	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 5.
Porcentaje de residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS que tienen una familia a cargo en el periodo febrero 2018



Fuente: Hoja de recolección de datos

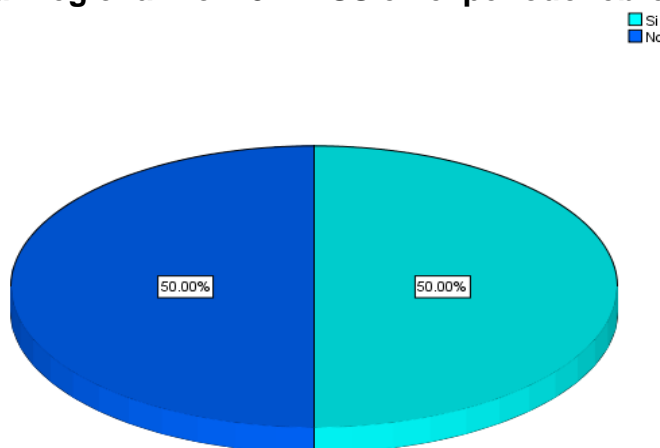
El 7.7% de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS tienen una familia a cargo (hijos), mientras el 92.3% no lo tiene.

Tabla 6.
Evaluación del agotamiento emocional en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018.

Agotamiento emocional	Frecuencia	%
Si	13	50
No	13	50
Total	26	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 6.
Evaluación del agotamiento emocional en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018



Fuente: Hoja de recolección de datos

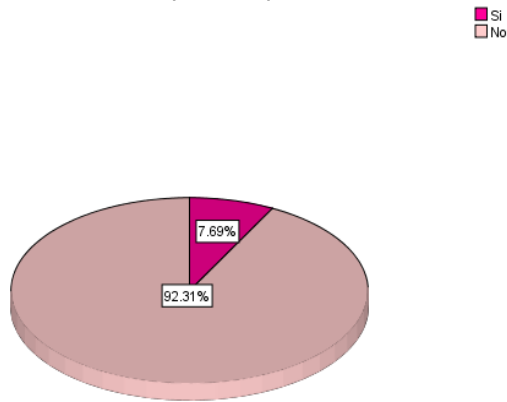
Como se puede observar el agotamiento o cansancio emocional de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS fue del 50% y 50% no lo tuvieron.

Tabla 7.
Evaluación del aspecto despersonalización en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018

Despersonalización	Frecuencia	%
Si	2	7.7
No	24	92.3
Total	26	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 7.
Evaluación del aspecto despersonalización en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS en el periodo febrero 2018



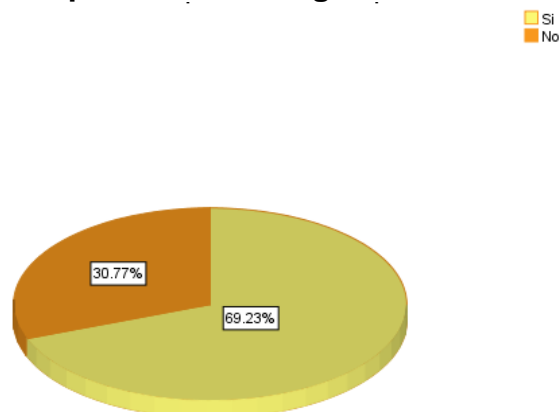
Fuente: Hoja de recolección de datos

Solo el 7.8% de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS sufren despersonalización.

Tabla 8.
Evaluación de falta de realización personal en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS

Realización personal	Frecuencia	%
Si	18	69.2
No	8	30.8
Total	26	100

Grafica 8.
Evaluación de falta de realización personal en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS



Solo el 30.8% de los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS sufren de falta de realización personal

Se realizaron tablas de contingencia por grado académico, estado civil de las áreas agotamiento emocional y realización personal, se muestran los resultados

		Agotamiento emocional			Total
		Leve menor de 19	Moderado 19-26	Severo mayor de 26	
grado académico	Primer año	8	3	2	13
	Segundo año	3	2	3	8
	Tercer año	8	1	3	12
	Cuarto año	2	1	0	3
Total		21	7	8	36

		Agotamiento emocional			Total
		Leve menos de 19	Moderado 19-26	Severo mayor de 26	
estado civil	Soltero	17	5	7	29
	Casado	3	2	0	5
	Unión libre	1	0	1	2
Total		21	7	8	36

		Realización personal			Total
		Leve mayor de 39	Moderado 39-34	Severo menor de 34	
estado civil	Soltero	15	5	9	29
	Casado	3	1	1	5
	Unión libre	0	0	2	2
Total		18	6	12	36

Con este estudio se encontró que el mayor agotamiento emocional se encontró en el primer grado de la especialidad pero en un grado leve; mas sin embargo una mayor prevalencia en ser severo conforme avanzan los años de la especialidad concentrándose en el segundo y tercer grado.

Discusión

El presente trabajo abordó el desgaste profesional en médicos residentes, tema que ha cobrado relevancia en los últimos tiempos y ha sido objeto de múltiples investigaciones debido al incremento en la incidencia de padecimientos asociados, tales como: ansiedad, alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, suicidios, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, fatiga crónica, estrés entre muchos otros factores que aquejan a la población médica, la cual, se considera vulnerable debido a las largas jornadas de entrenamiento, constante necesidad de actualización y las múltiples tareas académicas. La prevalencia del síndrome de desgaste profesional en las instituciones de salud ha sido estudiada en diferentes publicaciones de todo el mundo

En la residencia de urgencias medico quirúrgicas las guardias son de 24 a 36 horas. En el Hospital General Regional No. 251 IMSS, son guardias cada cuarto día (A,B,C,D), guardias de domingo a jueves de 36 horas, viernes y sábado de 24 horas con una duración de 3 años.

Las causas de síndrome de Burnout que predominan en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No.251 IMSS son: el trabajo excesivo y los altos niveles de exigencia académica, atención y responsabilidad en el trato de enfermedades agudas o enfermedades crónicas agudizadas de los pacientes; estrés de manera continua es un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome de Burnout en los residentes de urgencias, estresores bioecológicos, deficiente alimentación por la sobrecarga de trabajo, responsabilidad profesional de tareas. A nivel psicológico: dolor por la muerte de los pacientes.

El estar casados y con hijos aumenta el riesgo de desarrolla SB, así que no se considera como factor protector.

La incidencia de síndrome de Burnout en los residentes de urgencias del Hospital General Regional No. 251 IMSS de 26 residentes fue de 11.3 por ciento.

De los 3 aspectos de síndrome de Burnout de acuerdo a las escala de Maslach Burnout inventory el que predomina es el cansancio o agotamiento emocional.

Así, el estudio mostro un grado moderado a severo en la mayoría de los residentes, con predomino en el servicio de anestesiología, seguido por el servicio de traumatología y ortopedia; resultados congruente con el obtenido por López⁽⁶⁾⁽¹¹⁾, quien señala hasta un 13.7% de prevalencia del síndrome en su estudio de corte de 143 individuos en donde 18 de ellos pertenecían al servicio de anestesiología; es apoyado por Prieto⁽¹⁰⁾⁽⁷⁾, quien tras estudiar a 47 residentes 6 pertenecientes al servicio de anestesiología encontró una mayor prevalencia del síndrome de desgaste profesional, compatible con especialidades médico-quirúrgicas como lo es el caso del servicio de traumatología y ortopedia.

En el mismo estudio de López ⁽⁶⁾⁽¹¹⁾, se observa en 71 residentes de estado civil soltero con una diferencia poco significativa pero de mayor predominio que el estado civil casado 47.9% vs 52.9% y en nuestro estudio dio como resultado el estado civil soltero 19.4% vs 2.77% estado civil casado. Panagiotis⁽¹⁷⁾⁽¹⁷⁾ por su parte señala de igual manera porcentajes con diferencias mayores entre médicos residentes solteros 76.3% con presencia del síndrome y con menor prevalencia en los residentes casados 22.0%.

El autor López⁽⁶⁾⁽¹¹⁾ no presenta diferencia significativa del síndrome respecto a la edad, aunque 58.9% de quienes lo presentaban en su estudio se encontraban en un rango de 27-29 años, en nuestro estudio la mayor y significativa prevalencia fue dada a los 27 años en un 8.3%; por otra parte la antigüedad o los años de residencia establecidos, se encontró en nuestro estudio un mayor predominio en el segundo año 8.3% e igualmente en el tercer año, resultado compatible al estudio de López⁽⁶⁾⁽¹¹⁾ en donde el segundo año esta representado por un 44.4% de presencia de síndrome de desgaste profesional, mientras que en el tercer grado se representa en un 48.3%.

En el 2015 Prieto⁽¹⁸⁾⁽¹⁸⁾ realiza un estudio con 140 residentes en donde la presencia del síndrome de estar quemado tiende a manifestarse prioritariamente en el sexo femenino 53% mientras que en el sexo masculino 47%, en nuestra población estudiada el 11.1% fue encontrado en mujeres y 8.3% en varones, dando así resultados interés compatible.

14. Conclusiones.

Los resultados de este estudio confirma que el cursar una residencia medica genera daño en las áreas de despersonalización, creando agotamiento emocional con una baja realización personal.

Los resultados sugieren la necesidad de crear estrategias de detección temprana de factores precipitantes a este síndrome, de manera que los residentes vulnerables puedan recibir atención oportuna que les permita continuar con su adiestramiento.

La primera misión del médico es el cuidado de la salud incluso de la propia.

Maslach << Si todo el conocimiento acerca de cómo superar el agotamiento pudiera resumirse en una palabra, esa palabra seria *balance*; balance entre dar y recibir, entre estrés y calma, balance entre el trabajo y el hogar>>.

15. Recomendaciones o sugerencias.

El estrés laboral es el principal factor o elemento para el desarrollo de síndrome de burnout en el residente de urgencias.

Por lo que se recomienda

- Implementar nuevas técnicas de recursos humanos con mayor humanización en las relaciones laborales
- Incrementar la cantidad de personal tanto médico como administrativo.
- Implementar un programa de actividad física planeada y dosificada, que ofrezca una protección laboral frente a las demandas de trabajo de los médicos residentes, ya que de lo contrario la profesión médica se convierte en un probable factor de riesgo cardiovascular importante de forma indirecta que demerita la atención del paciente, disminuye la calidad de vida del residente, inclusive lo pueden llevar a sufrir graves consecuencias por el síndrome de Burnout.
- Valoración por el servicio de psicología y psiquiatría cada 4 meses. De manera individual

- Modificar horarios para trabajar por turnos más espaciados y cómodos, proveyendo al residente de mayores herramientas para un correcto desempeño, para hacerlo sentir satisfecho de su desempeño laboral.
- El horario del comedor hospital sea más accesible para los residentes de urgencias para mejorar la alimentación.

16. Bibliografía.

1. Hall K, Wakeman M, Levy R, Khoury J. Factors associated with care erlongevity in residency-trained emergency physicians. *Ann Emer Med* 1992; 21(3):291-297.
2. Hernández C, Dickinson M. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev Fac Med UNAM*. 2008; 51(1):11-14.
3. Rocha LJM. Síndrome de “Burnout” ¿El médico de urgencias incansable?. *Rev Mex Med Urgen* 2002; 1(2):48-56.
4. Bakker, A.; Demfrouiti, E. Y Schaufeli, W. “ Validation of theMaslach Burnout Inventory – General Survey : An internet study”, *Anxiety, Stress and Coping* 2002; 15(3):245 – 260.
5. Barnett R, Brennan R, Gareis K. “A Closer Look at the Measurement of Burnout”, *Journal of AppliedBiobehavioralResearch* 1999; 4(2): 65 – 78.
6. Gil-Monte P. “Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Aproximaciones Teóricas, Explicación y Recomendaciones Para su Intervención. Documento Elaborado Para la OMS” 2002. *Revista electrónica de Psicología Científica*.
7. Gil-Monte P, Peiró J. “Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, *Anales de Psicología*, 1999^a; 15(2): 261-268.
8. Gil-Monte P, Peiró J. “Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una Muestra Multiocupacional”, *Psicothema* 1999b; 11(3): 679-689.
9. Gil-Monte P, Peiró J. “A Study on a Significant Sources of the Burnout Syndrome in Workers at Occupational Centers for Mentally Disabled”, *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1998; 12(1): 67-80.
10. Maslach C, Leiter P. Schaufeli. “Job Burnout”, *Annual Review of Psychology* 2001; 52:397- 422.
11. Brenninkmeijer V, Vanyperen N, Buunk B. “Burnout And Depression Are Not Identical Twins: Is Superiority a Distinguishing Feature?”, *Personality and Individual Differences*, 2001) Vol. 30, pgs. 873-880.
12. Brenninkmeijer V. “A Drug Called Comparison: The Pains and Gains of Social Comparison Among Individuals Suffering From Burnout”, Ed. Plantijn Casparie, Almere, Holanda(2002).
13. Hwang C, Schere R, Ainina M. “Utilizing the Maslach Burnout Inventoy in Cross Cultural Research”, *International Journal of Management* 2003; 20(1) 3-8.

14. Jackson S, Schwab R, Schuler R. "Towardan Understanding of the Burnout Phenomenon", *Journal of Applied Psychology* 1986; 71(4):630-640.
15. Halbesleben J, Buckley M. "Burnout in Organizational Life", *Journal of Management* 2004; 30(6): 859-879.
16. Hillhouse J, Adler C, Waltwers D. "A Simple Model of Stress, Burnout, and Symptomatology in Medical Residents: A Longitudinal Study", *Psychology, Health Medicine* 2000; 5(1): 63 –73.
17. Camacho- Ávila Anabel, Juárez-García Arturo, Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes, *Ciencia y Trabajo*, Año 2010; 12(35):251-256.
18. Gutiérrez AG, Celis LMA, Síndrome de Burnout, *Arch Neurocien (Mex)*, 2006; 11(4):305-309.
19. Kasl S, Cooper C. "Stress and Health: Issues in Research Methodology (Studies in Occupational Stress)" ed. John Wiley&Sons, E.U.A. (1987).
20. McEwen BS. Plasticity of the hippocampus: Adaptation to chronic stress and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 933: 265–77.
21. Llanque NPA. Rangos de personalidad y síndrome de Burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del "Hospital de Clínicas" de la ciudad de La Paz. *Revista de Psicología La Paz*, Año,2014;.n.12.
22. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141 (3).
23. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Healthbenefits of physical activity: The evidence. *Can Med Assoc J* 2006; 174: 801–809.
24. Escribà A, Artazcoz V, Pérez LS. Efecto del ambiente psicosocial y de la Satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit* 2008; 22:1-3.
25. Álvarez Méndez-Cerez, Síndrome de burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *Ann Med (Mex)* 2011; 56(2):79-84.

17. Anexos.

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(ADULTOS)</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>Nombre del estudio: PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.251 IMSS.</p>						
	<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>						
	<p>Lugar y fecha: <u>Metepac, Toluca, Estado de México a 25 de enero de 2018</u></p>						
	<p>Número de registro:</p>						
	<p>Justificación y objetivo del estudio: <u>Síndrome de Bunout en los residentes de urgencias , consecuencias y persecuciones a nivel psicológico y físicas.</u></p>						
	<p>Procedimientos: <u>No aplica</u></p>						
	<p>Posibles riesgos y molestias: <u>No aplica</u></p>						
	<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: <u>Identificar cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de síndrome de burnout en los residentes de urgencias HGR251 IMSS</u></p>						
	<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: <u>No aplica</u></p>						
	<p>Participación o retiro:</p>						
	<p>Privacidad y confidencialidad: <u>No aplica</u></p>						
	<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p>						
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.					
	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.					
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p>							
<p>Beneficios al término del estudio: <u>Información y orientación en salud</u></p>							
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>							
<p>Investigador Responsable: _____</p>							
<p>Colaboradores: _____</p>							
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a, correo electrónico _____</p>							
<p>Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal _____</p>	<p>Dra. Karen Sandoval Plascencia. _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>						
<p>Testigo 1 Dr. Emmanuel Alejandro Mendoza Martínez _____</p>	<p>Testigo 2 Dr. Cesar Arreguin Hernández _____</p>						
<p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Nombre, dirección, relación y firma</p>						
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p>							
<p>Clave: 2810-009-013</p>							

Instrumento de recolección

Marca con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior.

- 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
- 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
- 4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.}
- 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- 7. Tratamiento eficazmente los problemas de los pacientes.
- 8. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.
- 9. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- 10. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente.
- 11. Me siento muy activo.
- 12. Me siento frustrado en mi trabajo.
- 13. Creo que estoy trabajando demasiado.
- 14. Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes.
- 15. Trabajar directamente con las personas me produce estrés
- 16. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.
- 17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.
- 18. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
- 19. Me siento acabado.
- 20. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.
- 21. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6

- Sexo:

Mujer

Hombre.

- Edad :

- Estado civil:

Soltero

Casado

Unión libre.

- Familia a cargo

Si

No.

- Enfermedad crónica.

Si

No.

- Si la respuesta es si especifique:

- Año de residencia:

R1

R2

R3.

**Escala de Maslach Burnout
Inventory.**

No.	GENERO	EDAD	ESTADO CIVIL	FAMILIA A CARGO.	GRADO DE RESIDENCIA.	ASPECTO EVALUADO DEL SINDROME DE BURNOUT		
						CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
1	Hombre	29 años	Casado	Si	R3	Si	No	Si
2	Mujer	27 años	Soltera	No	R3	No	No	Si
3	Hombre	34 años	Soltero	No	R3	No	No	Si
4	Hombre	32 años	Soltero	No	R3	No	Si	Si
5	Hombre	29 años	Soltero	No	R3	No	No	Si
6	Hombre	29 años	Soltero	No	R3	Si	No	No
7	Hombre	29 años	Soltero	No	R3	Si	No	Si
8	Mujer	28 años	Soltera	No	R2	No	No	Si
9	Mujer	28 años	Soltera	No	R2	No	No	Si
10	Hombre	29 años	Soltero	No	R2	No	No	Si
11	Hombre	33 años	Soltero	No	R2	No	No	Si
12	Hombre	29 años	Casado	Si	R2	Si	Si	Si
13	Hombre	28 años	Soltero	No	R2	Si	No	Si
14	Hombre	31 años	Soltero	No	R2	No	No	Si
15	Hombre	28 años	Soltero	No	R2	Si	No	Si
16	Hombre	31 años	Casado	No	R1	No	No	No
17	Hombre	27 años	Soltero	No	R1	No	No	Si
18	Hombre	28 años	Soltero	No	R1	Si	No	No
19	Mujer	28 años	Soltera	No	R1	No	No	Si
20	Mujer	29 años	Casada	No	R1	Si	No	No

21	Mujer	27 años	Soltera	No	R1	Si	No	No
22	Mujer	27 años	Soltera	No	R1	Si	No	No
23	Mujer	28 años	Soltera	No	R1	No	No	Si
24	Hombre	29 años	Soltero	No	R1	Si	No	No
25	Hombre	31 años	Soltero	No	R1	Si	No	Si
26	Hombre	29 años	Soltero	No	R1	Si	Si	No