



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

**SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**“SINDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO
PARA LA DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES Y
MÉDICOS ADSCRITOS DE LA ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL
GENERAL VILLA”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS
PRESENTA:**

LÍA ÁVILA HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. ALEXANDRE KORMANOVSKI KOVSOVA

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

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

**“SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN
MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS ADSCRITOS DE LA ESPECIALIDAD DE
URGENCIAS MÉDICAS QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL GENERAL VILLA”**

Presentada por la alumna:

Avila
Apellido paterno

Hernández
Apellido materno

Lía
Nombre(s)

Con registro:

A	0	8	0	8	1	6
---	---	---	---	---	---	---


aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

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

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis


Dr. Alexandre Kormanovski Kovsova


Dr. Eleazar Lara Padilla


Esp. Sergio Cordero Reyes


Esp. Patricia Ruiz Razo


M. en C. Evangelina Muñoz Soria

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES


Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I. P. N.
SECCION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 01 del mes febrero del año 2011, la que suscribe **Lía Ávila Hernández** alumna del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080816**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Dr. Alexandre Kormanovski Kovsova** cede los derechos del trabajo intitulado **“SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS ADSCRITOS DE LA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS MÉDICAS QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL GENERAL VILLA”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

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



Lía Ávila Hernández

AGRADECIMIENTOS

Estar aquí, en este momento de mi vida ha sido por la perseverancia no precisamente de mi persona sino de tantas aquellas que han compartido mi vida, a quienes debo mucho más de lo que he logrado y por tanto agradezco de todo corazón su presencia y apoyo en cada paso de mi vida. Gracias mamá Lupe por todo tu amor y educación que haya donde estas tu bendición siempre me ha alcanzado, sin ti yo no hubiera sido posible. A mi padre quien ha sido mi inspiración. A mis hermanos: Edgar, Arturo, Elías, Nadia y Anairis de quienes en una forma muy especial me han apoyado, los quiero. Y por supuesto a mis primos: Judith, Yalia, Luisito, Lupita, Yessy, Luis Mario, Janeth, Daniel, porque han sido como mis hermanos, mis compañeros de infancia, mis grandes amigos , y sobre todo a ti mi querido Ney que has sido mi apoyo, mi ejemplo, mi hermano, mi amigo, y aún más mi colega, gracias por estar siempre ahí, te quiero. A mis queridos tíos: José Luis, Nelly, Francisco, de quienes solo he recibido cariño, apoyo y aliento para seguir y que me han dado más allá de lo que poseen para lograr mis objetivos. Y por supuesto a mi mejor amiga: a ti Maura por todos estos años de apoyo, comprensión, por ser mi hermana y orientarme, te quiero. A ti mi madre, Graciela, por integrarte a mi vida y hacerme sentir lo que es el amor de madre, insuperable. Y a ti Ale, quien eres el amor de mi vida, por estos últimos cuatro años en los que me has dado todo, quien me levantaba cuando me caía, quien estuvo en mis noches de angustia, de enfermedad, en mis alegrías, eres mi impulso, mi energía, mi todo, gracias mi amor.

Gracias dios por darme estas hermosas personas en mi vida y por permitirme llegar hasta donde estoy.

INDICE

	Página
Relación de tablas y figuras	1
Abreviaturas	2
Resumen	3
Summary	4
Introducción	5
Antecedentes	10
Justificación	34
Objetivos	35
Material y métodos	36
Resultados	38
Discusión	47
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Bibliografía	52
Anexos	54

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Puntuación de corte del MBI para profesiones relacionadas con la medicina	32
Tabla 2. Características socio-demográficas de médicos adscritos	39
Tabla 3. Características socio-demográficas de médicos residentes	39
Tabla 4. Situación laboral de médicos adscritos	40
Tabla 5. Situación laboral de médicos residentes	40
Tabla 6. Burnout y depresión en médicos adscritos	42
Tabla 7. Burnout y depresión en médicos residentes	43
Tabla 8. Médicos adscritos según puntuación obtenida en la escala de MBI	43
Tabla 9. Médicos residentes según puntuación obtenida en la escala de MBI	44
Figura 1. Distribución de la población estudiada	38
Figura 2. Distribución entre médicos adscritos y médicos residentes por sexo	38
Figura 3. Burnout y depresión en el total de la población estudiada	41
Figura 4. Burnout y Depresión total y por sexo	41
Figura 5. Burnout y Depresión en la muestra estudiada y por sexo	44
Figura 6. Burnout y depresión en el sexo femenino en médicos adscritos	45
Figura 7. Burnout y depresión en el sexo Masculino en médicos adscritos	45
Figura 8. Burnout y depresión en el sexo femenino en médicos residentes	46
Figura 9. Burnout y depresión en el sexo masculino en médicos residentes	46

ABREVIATURAS

CE: Cansancio emocional

DP: Despersonalización

MBI: Maslach Burnout Inventory

RP: Reducida realización

SDS: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

UMQ: Urgencias Médico Quirúrgicas

RESUMEN

Introducción: El término síndrome de Burnout se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y sostenida con las personas, así como la relación directa que tiene para la depresión. Para este caso, nos propusimos realizar un estudio con médicos residentes de la Especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y médicos adscritos del Hospital General Villa.

Objetivos: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes, así como las variables sociodemográficas que están más relacionadas, así como si el síndrome de Burnout es factor de riesgo para la depresión.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, teniendo como instrumento de recolección la información de un cuestionario de variables asociadas y se midió Burnout mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español, así mismo se midió el grado de depresión mediante la encuesta de Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Resultados: Los resultados obtenidos muestran una prevalencia de este síndrome en un 100% siendo grado moderado y alto en un 80% (del cual un 47% fue moderado y un 33% alto, y un 20% bajo), en cuanto a la depresión se encontró en un 29% de los encuestados.

Conclusiones: Todos los sujetos encuestados presentaron Burnout y el 80% tenían un grado de afectación predominantemente moderado o alto.

La depresión se observó más en los médicos adscritos que en los médicos residentes y en igual relación entre los hombres y las mujeres, y de acuerdo a los resultados observados se considera que el Burnout es un factor de riesgo para la depresión entre mayor sea la despersonalización en el individuo.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, depresión, médicos adscritos, médicos residentes

SUMMARY

Introduction: The term Burnout syndrome refers to a situation that is increasingly common among professionals who provide their services through direct and sustained relationship with people, and is a direct relationship to depression. In this case, we decided to carry out a study of medical residents of the Emergency Medical and Surgical Specialty of the Ministry of Health of the Federal District General Hospital doctors attached Villa.

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence of burnout and its three components, as well as demographic variables that are most closely related, and if the burnout syndrome is a risk factor for depression.

Material and Methods: An observational descriptive cross, taking as a tool for gathering information from a questionnaire and measured variables associated with burnout by Maslach Burnout Inventory, as validated in Spanish, so it was measured the degree depression using the Self-Assessment Survey Scale for Depression, Zung (SDS)

Results: The results show a prevalence of this syndrome in 100% with moderate and high in 80% (of which 47% was moderate and 33% higher, and 20% lower), with regard to depression was found in 29% of respondents.

Conclusions: All subjects surveyed have Burnout and 80% had a degree of impairment predominantly moderate or high. Depression was observed more in the attached that residents and an equal relationship between men and women, according to the results observed is considered that Burnout is a risk factor for depression, the greater the anonymity in the individual.

Keywords: Burnout syndrome, depression, doctors attached, medical residents

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout es sinónimo de desgaste profesional, su traducción literal al castellano es “estar quemado”. En 1981 Maslach y Jackson definieron el Síndrome de Burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional. Un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría e impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo. (1)

El Síndrome de “Burnout” suele presentarse entre profesionales de los servicios sociales, resultado del estrés cotidiano de estar al cuidado de personas. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1974 y desde entonces su interés no ha dejado de crecer, o este padecimiento ha sido tomado como responsable de altas tasas de ausentismo, denuncias de mala práctica médica y pobre desempeño laboral. En la era moderna de atención en instituciones médicas, cuyos profesionales y prestadores de servicio se encuentran bajo “estrés”, que forma parte de nuestra vida cotidiana, hasta considerarse este como el “malestar de nuestra civilización” se afecta tanto a la salud y al bienestar personal, como a la satisfacción laboral y colectiva.

El Síndrome de Burnout está conformado por tres síntomas cardinales:

- Cansancio Emocional: Resultado de la exposición continúa a agobiantes demandas emocionales, donde los recursos emocionales se agotan y la persona experimenta el sentimiento de no poder dar más de sí misma y a los demás.
- Despersonalización: La persona desarrolla una actitud negativa hacia las personas que atiende.
- Baja Relación Personal: La persona experimenta la sensación de haber fracasado a nivel profesional y a nivel personal. Puede tener presente la idea de haberse equivocado de profesión.

Este conjunto de síntomas y signos clínicos se producen cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional, en el orden laboral, con la realidad de las condiciones del trabajo. Algunos ejemplos al respecto, se relacionan con la limitada cantidad de personal en las unidades de salud y los esfuerzos requeridos por estos por satisfacer la demanda de la población, situación que se exacerba con los niveles de desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, así como la ausencia de recursos tecnológicos y equipos médicos adecuados para realizar su trabajo. (2)

En pocas palabras la causa de dicho síndrome es la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, su presencia ocasiona graves daños en la calidad de vida del profesional, así como importantes repercusiones en la calidad de la asistencia médica.

Este síndrome constituye un problema para los sistemas de salud de cada país y en México, donde no existe como entidad patológica, se suma a los problemas con los que ya cuenta el sistema, el cual ha venido sufriendo deterioro año con año. Ya que, desde hace varios años se enfrentan a una falta de solvencia económica para cubrir las demandas de la población, teniendo como principal medida aumentar la carga asistencial sin una retribución económica justa, que satisfaga las demandas del personal asistencial.

Además, la depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes y tiene repercusiones significativas en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales, su prevalencia en la población general es del 3 al 5%. El síndrome de Burnout se vincula con depresión y afecta la estructura personal familiar, lo cual se refleja tanto en la calidad como en el desempeño laboral. Si los trastornos depresivos no se tratan adecuadamente se tenderá a la cronicidad y al incremento de la mortalidad debida al suicidio, con riesgo seis veces mayor al que se observa en la población general.

Se debe considerar que ser médico residente es un fenómeno social difícil de comprender, ya que están implicados aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa. Para el cual, es indispensable estudiar las condiciones de trabajo del médico de posgrado en formación y sus repercusiones en la salud física y mental. (3)

Sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta problemática; por tanto, el propósito de este trabajo es: identificar los factores de riesgo relacionados con depresión y evaluar la influencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México, así como en aquellos médicos que ya se encuentran ejerciendo por más de un año.

Al considerar todos los elementos descritos, se observa que en nuestro sistema de salud, este síndrome posee una importancia mayúscula para la sociedad en su conjunto, puesto que todas las condiciones están dadas para que la prevalencia de este síndrome sea muy elevada y que quizás sea una de las razones más importantes, es por eso que existe una deficiente atención en salud y no solamente por la falta de infraestructura y el inadecuado abastecimiento de insumos médicos como se ha creído hasta ahora.

La magnitud de este síndrome así como su relación con los diferentes factores que le influyen, está muy poco aclarada por la escasez de estudios en nuestro medio, por tal motivo nos introducimos en el estudio de éste realizándolo en los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como médicos adscritos de Urgencias del Hospital General Villa, determinando la afectación y factores socio demográficos relacionados en el personal de referencia.(2)

A nivel internacional este síndrome ha sido analizado en diferentes profesiones, y se han encontrado varios estudios en trabajadores de la salud a nivel internacional, los cuales se hallan dentro de la literatura que se exponen los siguientes ejemplos:

Se estudió el síndrome de Burnout en 130 trabajadores de la salud de la atención primaria. Realizado por el Dr. Julio Cabrera Rego en el Instituto de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba - 2006. – De los 130 trabajadores de la salud encuestados: 29 (22.3%) son portadores del síndrome siendo más afectados los médicos y personal de enfermería, Predomino un 29.3% en el grupo etáreo de 24 – 35 años. - Según sexo no hubo diferencias femenino 22.4% y masculino 21.7%.

C. de las Cuevas. Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria: Ciudad de Santiago Sabinas 5 – 38 SC. De Tenerife, España, Agosto 1995. - Los valores médicos obtenidos fueron 20.33 para la subescala de agotamiento emocional, 6.75 para la subescala de despersonalización y de 36.6 para la de logros personales.

Se realizó un estudio por Juan Carlos Atance Martínez Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista especializada salud pública 1997:71:293 – 303. No.3, Mayo – Junio 1997. Guadalajara – México. - Reportaron el perfil epidemiológico de riesgo: sexo femenino, de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad, con 36 y 40 horas semanales. Prevalencia y los factores asociados al síndrome de Burnout en profesionales Serum de la Red de Servicio de Salud, Huamanga, Ayachucho, 2006.

O. Fernández Martínez. Realizó un estudio de Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencia en Granada, España. La edad media fue 26 años 72.4% mujeres. 48.3% MR I, 36.2% MR II y 15.5% MR III. 95% realizaban turnos. Los valores médicos fueron: despersonalización 11.0, cansancio emocional 34.0, y realización personal 30.2. El 60% presentó puntaje alto para despersonalización, 74% para cansancio emocional y el 70% baja para realización personal.

Romana Albaladejo analizó el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en el Hospital de la Facultad de Medicina, de la Universidad Complutense Madrid. Los valores obtenidos fueron: agotamiento: 19.60% despersonalización: 8.37% realización personal: 20.80% y Burnout: 46.97%.

A nivel nacional, aunque se encontró artículos sobre el Burnout, son pocos con respecto a estudios exclusivos en servicios de urgencia, para el caso de México se encontraron dos estudios principalmente, en los cuales se encontró lo siguiente:

En estudio realizado por el Dr. Jorge Loría Castellanos y el Dr. Guzmán Hernández Luís Edmundo sobre Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la Ciudad de México, Hospital General de México. Se obtuvo un total de 90 médicos del Servicio de Urgencias de los diferentes grados de la especialidad de medicina de urgencias. La edad fluctuó fue de 41.1 ± 12.21 . El 80% correspondió al género masculino. El 40% presentaba grado intermedio-alto de desgaste profesional, el 50% niveles intermedios-altos de agotamiento, 40% despersonalización y 25% alta realización personal. El análisis bivalente realizado sólo encontró correlación con significación estadística ($p < 0.05$) entre la especialidad y el laborar en otro Servicio de Urgencias, ambas en SDP, despersonalización y falta de desarrollo. La variable antigüedad se ubicó tan solo por fuera de la significación estadística ($p = 0.052$) para Burnout y realización personal.

Pérez Cruz E., también analizó el Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes de un hospital Juárez de México. La frecuencia de depresión en la población general fue del 16.3%; para los médicos residentes clínicos fue del 16% y para los quirúrgicos del 16.7%. El síndrome de Burnout se determinó en 35% de los médicos y predominó en el grupo clínico. El área más afectada fue la de despersonalización (25%), seguida del cansancio emocional (16.2%). El estudio mostró, como factores de riesgo para la depresión aunado al síndrome de Burnout, hipertensión, diabetes mellitus, cáncer ($p < 0.05$). Concluyeron que la depresión es un trastorno cada vez más frecuente en la población médica y tiene repercusiones en la salud y en el desempeño laboral. Este trastorno en ocasiones no se identifica; por lo tanto, es necesario realizar estudios longitudinales que permitan llevar a cabo estrategias de prevención en los programas de residencias médicas.

Además se encontró que en México se ha descrito el síndrome de Burnout en un artículo de revisión: *Síndrome de "Burnout" ¿El médico de urgencias incansable?*

Como se puede observar es muy escasa la información sobre este síndrome en los médicos residentes y especialistas de urgencias. Los pocos trabajos de investigación han sido enfocados en hospitales del IMSS, donde su población de pacientes son exclusivamente derechohabientes por lo que es más alto el índice de urgencias de tipo metabólico a las traumáticas. Por lo anterior, actualmente no se cuenta con una investigación en aquellos hospitales donde se atiende a la población abierta y se cuenta, por tanto, con el índice más alto de urgencias de tipo traumatológicas, puesto que las condiciones de trabajo son distintas, por lo que se desconoce la prevalencia del síndrome de Bournout y su relación como factor de riesgo para la depresión en los residentes y especialistas de urgencias médico quirúrgicas.

ANTECEDENTES

1. Descubrimiento del síndrome de Burnout

La historia del síndrome de agotamiento profesional, conocido como Burnout, por su origen del inglés Burnout, “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto”, es de uso reciente, pero ya utilizada por el psicoanalista alemán residente en Norteamérica Herbert J. Freudenberger, quien en 1974 lo definió por primera vez como: “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía”. En concreto se refirió a los profesionales denominados de “ayuda” cuya actividad va dirigida hacia otras personas, como las que mantienen fuertes y sostenido contacto directo. Para ese año también Von Ginsburg describe el cuadro aplicándolo al agotamiento psicofísico de los trabajadores de organizaciones de ayuda. (4)

En 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos, de la psicóloga Cristina Maslach, presentados públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación de sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban “quemándose”. Junto con su colega Susan Jackson estructuraron este síntoma como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionaron tres grandes aspectos:

- Cansancio emocional
- Despersonalización
- Sensación de falta de realización profesional

Maslach, inicialmente estaba interesada en comprender cómo podrían las personas que trabajan en situaciones de crisis, desarrollar su trabajo de manera calma y eficiente; las únicas referencias importantes que encontró a esta pregunta provenían de la literatura médica. A partir de su investigación en algunos temas de ética médica, Maslach dirigió el curso de su investigación hacia la comprensión de la experiencia del personal médico.

Ella realizó la primera investigación sobre el tema recolectando sistemáticamente datos de cientos de entrevistados de todos los campos de servicios humanos: médicos, enfermeras, maestros, policías, trabajadores sociales y psicólogos. Y luego basándose en estos datos estructuró la primera teoría y desarrolló el primer instrumento científico de medición del Burnout. (5)

A partir de estos trabajos iniciales, el cuadro fue recibiendo los aportes de otros estudiosos, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la Primera Conferencia Nacional sobre Burnout, que sirvió para aunar los criterios.

Si bien inicialmente se proponía una instauración secuencial, según los tres grandes aspectos antes enunciados (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), fue ganando terreno la idea de que no es necesario este orden secuencial y pueden darse formas agudas y crónicas del síndrome).

2. Datos epidemiológicos acerca del Burnout

Estudios y resultados

- Kyriacou (1980) 25% en profesores.
- Pines, Aronson y Kafry (1981) 45% en diversas profesiones.
- Maslach y Jacson (1982) 20 – 35% en enfermeras.
- Henderson (1984) 30 – 40% en médicos.
- Smith, Birch y Marchant (1984) 12 – 40% en bibliotecarios.
- Rosse, Jonson y Crown (1991) 20% en policías y personal sanitario.
- García Izquierdo (1991) 17% en enfermeras.
- Jorgesén (1992) 39% en estudiantes de enfermería.
- Price y Spencer (1994) 20% en policías y personal sanitario.
- Deckard, Meterlo y Field (1994) 50% en médicos.

Estas cifras son indicativas de que podemos encontrarnos ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas, justificadas por sí misma, que el desarrollo de la investigación haya crecido de manera considerable en estos últimos veinte años. (6)

El Burnout es padecido por los profesionales de salud y educadores principalmente, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre-exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

Así mismo, es importante destacar los significativos índices epidemiológicos que distintas investigaciones señalan cerca de la morbilidad o aparición de enfermedades a edades cada vez más tempranas en los profesionales de salud. (7)

Entre sus causas principales podemos mencionar:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte.
- La caída del valor social de la profesión médica.
- La sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.
- La merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo.
- La cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- El resolver el dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.

3. Aproximaciones teóricas

A continuación se presenta una taxonomía que integra diferentes modelos elaborados para explicar la etiología y consecuencias del síndrome (modelos explicativos). En esta taxonomía se distinguen entre modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del “yo”, modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y modelos elaborados desde la teoría organizacional.

El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del “yo”. Se caracterizan por otorgar a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para aplicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de éste grupo es el modelo de competencia social de Harrison, que relaciona estrechamente la motivación prosocial y las expectativas de autoeficacia percibida.

La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados por ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Está motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo.

Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunción del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse en el trabajo. (6)

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del Intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.

Con relación a los procesos de intercambio social, se identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa como debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones). En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas a ser tachado de incompetente.

Los profesionales de salud pueden rehuir al apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del síndrome de “quemar” los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros).

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura, y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

En burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud) el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

El apoyo social en el trabajo es considerado como una variable central en el modelo organizacional, ya que este afecta la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional. (8)

4. Definición del síndrome de Burnout

Burnout no es el nombre de ningún investigador, sino una palabra inglesa que significa estar “quemado”. El Burnout se caracteriza por ser un proceso progresivo provocado, más por la repetición y acumulación de pequeños acontecimientos estresantes, que por el desencadenamiento de grandes e incontrolables crisis. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991).

La definición más conocida de Burnout es la de Maslach y Jackson quienes afirman que “El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que ocurre en profesionales que trabajan al cuidado de personas” (Maslach, 1982; Maslach y Jackson, 1984). Lo esencial de esta definición es que ha sido la más aceptada por la validez que ha logrado demostrar el instrumento de medición Maslach Burnout Inventory (MBI) en la mayoría de las investigaciones realizadas, en este caso mientras el instrumento de medición sea válido el concepto también.

Feudenberger (1974) fue el primero en emplear el término Burnout lo define como “Un estado de fatiga o frustración producida por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo”.

Según Pines y Aronson (1988) define Burnout como “Un estado de cansancio físico, emocional y mental causado por la exposición durante largo tiempo a situaciones emocionalmente demandantes”.

Gil – Monte y Peiro (1999) Define Burnout como “El síndrome de quemarse en el trabajo se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional; se presentan dos perspectivas para su conceptualización: la primera, de tipo clínico, lo supone como un estado, y la segunda, de tipo psicosocial, lo valora como un proceso.

Existen otras definiciones particulares de Burnout que relacionan que el Burnout es un síndrome complejo, que muchas veces se superpone a otras enfermedades y que no es irigando por una causa única sino por una constelación causal. (9)

Es un síndrome padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que les exige una respuesta emocional continua. Son médicos, Psicólogos, Enfermeras (sobre todo de la especialidad de oncología), Maestros, Policías, Funcionarios de prisiones, Asistentes sociales, Abogados o Jueces). (10)

El Burnout es una enfermedad laboral y emocional y sobre afecta a quien sufra una demanda emocional. El Burnout claro está, ejerce efectos somáticos y mentales, pero no es una enfermedad somática.

Se caracteriza por una serie de efectos físicos y mentales, pero es básicamente una enfermedad emocional. Constituye un origen endógeno y uno exógeno. Su origen exógeno siempre va relacionado con el trabajo y el endógeno que se relaciona con la personalidad que predispone a adquirir el síndrome, pero no es el síndrome.

Si se interviene sobre las causas externas del Burnout, este tiende a desaparecer, lo cual supone un dato más que apoya su no organicidad. Sin embargo; a medida que dejamos transcurrir el tiempo sin aplicar un tratamiento adecuado el Síndrome se hace crónico, se “Enquista”. (10)

Se emplea Burnout y no la palabra “estar quemado”, porque en lenguaje normal se utiliza la expresión “estar quemado” o “quemarse” como algo muy diferente al sentido clínico de Burnout, se puede considerar “estar quemado” como un proceso de agotamiento físico y psicológico debido a un trabajo excesivo en tiempo o en intensidad, a lo cual se sobrepone las frustraciones de una expectativas previas no cumplidas, un ambiente de estrés o competitivo, conflictos personales o de poder, ambiciones excesivas, supeditación a un jefe exigente, labores complejas de resultados inciertos.

5. Parámetros del Burnout

Cansancio Emocional: Es el elemento central del Burnout, una persona llega a estar emocionalmente exhausta cuando se siente de forma permanente agobiada por las demandas emocionales impuestas por las personas que atienden. Las personas sienten que su energía emocional se consumió, no tiene fuerzas para enfrentar otro día de trabajo. “Su energía emocional se ha acabado y no dispone de fuente de reabastecimiento”. (Maslach, 1982)

Despersonalización: El desarrollo de una conducta fría, desinteresada, insensible a veces deshumanizada, hacia las necesidades de las personas que atiende a otros individuos es el segundo aspecto del síndrome de Burnout”. (Maslach, 1982).

Falta de realización personal: “El personal se siente ineficaz en su trabajo, se siente no competente para brindar atención a las personas que atiende, siente que ha fracasado profesionalmente y tiene el doloroso sentimiento de haberse equivocado de camino, como el resultado del desmoronamiento de su autoestima podría refugiarse en el alcohol y drogas. (13)

6. Desencadenantes del síndrome en profesionales de la salud

El estrés en los profesionales de salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, trato directo con la enfermedad, con el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflictos y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles:

- a) En el nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto cansancio emocional.
- b) En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo.
- c) Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las repuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol.
- d) Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (leyes y estatutos que regulan la profesión, cambios en perfiles demográficos de la población, etc.).(4)

7. Manifestaciones clínicas

Cuando se dice que un profesional esta “desgastado profesionalmente” se trata de reflejar que, como producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los “clientes” el trabajo se encuentra desbordado, estando agotada su capacidad de reacción adaptativa, no disponiendo de recursos adecuados para amortiguar el estrés que produce su trabajo y experimentando una constelación de síntomas ante las demandas de su entorno laboral.

El Burnout se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y por el desarrollo tanto de un auto concepto negativo como de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y los demás que se reflejan en un trato frío y despersonalizado hacia los demás y en un sentimiento inadecuación a las tareas que ha de realizar. El fenómeno del Burnout es más un proceso continuo que un evento discreto, que constituye al paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes. (14)

El rango fundamental del Burnout es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros de su equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral.

Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada de manera que al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación, aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos. El tercer rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo que surge al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para extenderlas debidamente. Este tercer factor puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia, ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión, a quienes le observan, de que su interés y dedicación son inagotables. (8)

Además de los síntomas cardinales este síndrome se caracteriza por unas manifestaciones asociadas que se dividen en cuatro grupos sintomáticos:

1. **Psicosomáticos.** Entre ellos se encuentran las cefaleas, dolores osteomusculares de espalda y cuello, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, sensación crónica de cansancio, insomnio, hipertensión arterial, asma, y alteraciones menstruales.
2. **Conductuales.** Se describen una serie de conductas anómalas que aparecen en el Burnout: Ausentismo laboral, dependencia del alcohol y de otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y conductas de alto riesgo como la conducción temeraria aficiones suicidas. Incluso un mayor riesgo de embarazos no deseados se ha relacionado con el incremento de estrés laboral.
3. **Emociones.** El característico de ellos es el distanciamiento afectivo con las personas a las que hay que atender. El sujeto puede volverse irritable, impactante y receloso hasta el punto de manifestar rasgos paranoides en sus relación con los pacientes, compañeros y jefes. Además aparece ansiedad, que conlleva una disminución de la concentración y el rendimiento en el trabajo.
4. **Defensivos.** Utilizados por el sujeto para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones anteriormente descritas y que le resultan desagradables. Desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con los pacientes. También puede utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable o el uso del cinismo o el menosprecio hacia aquellas personas para las que se trabaja. (9)

8. Desarrollo y etapas del síndrome de Burnout fases evolutivas

En 1980 Chernis, quien es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burnout, propone que el mismo se desarrolla de forma continua en el tiempo: “es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés.

Describiendo tres fases:

1. **Fase de estrés laboral.** Ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos tanto humanos como materiales, hay un exceso de demandas y una escasez de recursos, lo que ocasiona una situación de estrés.
2. **Fase de exceso o sobreesfuerzo.** El sujeto trata de dar una respuesta emocional al desajuste al que está sometido, realizando un

sobreesfuerzo, que motiva la aparición de síntomas emocionales como ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión y también signos o síntomas laborales tales como la aparición de conductas egoístas, alineación laboral, pérdida del altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas labores y falta de responsabilidad en su trabajo.

3. **Fase de enfrentamiento defensivo.** Hay cambio de actitudes y conductas empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a las que se ve sometido, así el sujeto aparecerá emocionalmente distanciado, con deseos o fantasías de cambio de trabajo, niveles elevados de ausentismo laboral y actividades cínicas y despreciativas con relación a los usuarios. Suele culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas. (9)

Según Samuel H. Klarreist y Edelwich y Broddky (De Dios Franco, 1988) el Burnout es un proceso que se desarrolla en cuatro fases:

- Primer estadio: Idealismo Entusiasta.
- Segundo estadio: Estancamiento.
- Tercer estadio: Frustración.
- Cuarto estadio: apatía.

Miller y Del Smith proponen cuatro etapas:

1. **Etapas: Luna de miel:** En esta fase que está entrando a su trabajo lo idealiza y lo considera maravillosa, posee una inacabable energía, entusiasmo y todas las cosas parecen posibles.
2. **Etapas: Despertar:** Esta ocurre cuando el trabajador empieza a darse cuenta que sus expectativas iniciales a cerca de su trabajo son irreales. El trabajo no satisface sus necesidades, empieza a sentirse confundido y comienza a forzarse más que alcanzar sus sueños y metas.
3. **Etapas: Despertar:** Si no mejora la situación se comienzan a perder las esperanzas, el entusiasmo y las energías iniciales se transforman en fatiga crónica e irritabilidad, se puede tratar de evadirse de la situación con conductas de escape, como alcohol, drogas, fiestas. La persona se vuelve indecisa y su trabajo se deteriora.
4. **Etapas: Quemado:** Desesperación es la característica dominante de la última etapa, la persona experimenta una agobiante sensación de fracaso, una devastadora pérdida de la autoestima y confianza en sí mismo, se siente solo y vacío. En estas circunstancias el colapso físico o mental o conductas suicidas puede sobrevenir y las conductas altamente destructivas.

En 1980 Cherniss comenta que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación personal e íntima de ineficacia, y describe su instalación en tres fases evolutivas:

- En la primera etapa, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica con diversas manifestaciones psicosomáticas.
- En la tercera, se suceden una serie de cambios de conducta, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, con un cariz pesimista, escéptico o disfrazado de cinismo, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

Niveles de Burnout. Teniendo en cuenta que la agresividad y la hostilidad van ganando terreno en las relaciones interpersonales (7)

- Nivel 0, Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, se topan de trabajo, se involucran excesivamente, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.
- Nivel 1, Falta de ganas de ir a trabajar, malestar inespecíficos, contracturas, cefaleas, cansancio. Preguntándose concretamente qué es lo que le pasa, la respuesta es “no me siento bien”
- Nivel 2, Cada vez se ve con más claridad que le molesta el trabajo y en particular relaciones con el entorno laboral. Al principio “con los pacientes todo bien”, “son los familiares, la administración, los sindicalistas, etcétera. Puede generarse sensación de persecución (“todos están en contra mío”), o de haber llegado al límite y no poder dar más de sí mismo, nada resulta suficiente, se incrementa el ausentismo, se fantasea o se solicita el traslado a otro puesto y se incrementa la rotación.
- Nivel 3, Disminución evidente en la capacidad y el rendimiento laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, psoriasis, traumatismos, hipertensión, cuadros de acidez o ulcerosos, etc.). en esta etapa se comienza la auto meditación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica. No suele acudir a ayuda profesional, en todo caso apenas a una consulta “de pasillo” con algún colega”.
- Nivel 4, Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, tabaquismo aumentado, trastornos importantes del apetito y la ingesta, drogadicción con fármacos diversos, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas). Hay una incapacidad para relajarse dentro o fuera del trabajo,

se tiende a adoptar conductas de riesgo y a jugar con los límites (velocidad al manejar, comportamientos agresivos y/o provocadores, aumento de conductas y reacciones violentas, fantasías de revanchismo, perjuicio, etc.). El ausentismo es marcado, suelen profundizarse cuatro previos o aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, generalmente ha fracasado el intento de cambio de puesto o se ha avanzado en una rotación improductiva y sin resultados, un recurso habitual en la tendencia a abandonar el trabajo y distintas maniobras, intencionales o no, para hacerse echar (8).

Otros aspectos característicos son:

- A. Progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir, va y viene, no es lineal y va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona, con días de claridad y otros oscuros. Más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo. A menudo es difícil establecer hasta qué punto se padece concretamente este síndrome, o se está atravesando una mala reactiva a una ambiente progresivamente más adverso más el desgaste propio de la profesión.
- B. Siempre inicialmente tiende a negarse, ya que el trasfondo de fracaso profesional y personal está al acecho defensivamente e impide que se concientice y asuma como tal. A menudo son los compañeros más próximos los que primero nota los cambios y sacan el tema o preguntan qué es lo que le está pasando.
- C. A partir de un contexto de reversibilidad, sobre todo en las tres primeras etapas, hay luego una fase irreversible que alcanza a un 5% al 10% de los médicos, donde el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. Sea de comienzo abrupto e insidioso, el proceso no siempre es lineal aunque si progresivo, una mente humana no se rinde ante el Burnout (ni ante nada) sin luchar, en muchas ocasiones el curso del síndrome se ve interrumpido en apariencia por excesos de euforias, omnipotencia, trabajo y simpatía incluso en exceso (10).

9. Perfil de riesgo

Ciertas personalidades padecen un riesgo mayor de sufrir Burnout, hay que recalcar que estos factores de riesgo no son la causa del Burnout, ni directa ni indirectamente.

Se debe que tener en cuenta que:

- La personalidad no es la causa del Burnout.
- Modificarla no lo curará.
- No hay manera de cambiar profundamente una personalidad innata. Se puede ayudar a que sea más adaptable, más flexible, más cómoda; pero lo que es cambiarla, es imposible.

10. Rasgos más característicos:

A. Perfil reactivo: Una de las características personales que incrementa la posibilidad de padecer Burnout es el llamado “perfil reactivo”. Algunas personas se caracterizan por la necesidad de obtener compensaciones de forma inmediata. Estas recompensas suelen ser básicamente de índole afectiva, pero también económicas, profesionales, de prestigio social, de autoestima o de cualquier otro tipo.

Los pacientes reactivos se caracterizan por sufrir más decepciones, frustraciones, no sólo en el ámbito laboral, sino casi en todos los órdenes de la vida. Y las frustraciones repetidas e intensas generan ansiedad y estrés, que debilitan las defensas de la psique frente al Burnout y otras enfermedades.

B. Perfeccionismo: preocuparse por detalles o preocuparse por cualquier cosa supone una cierta tensión psicológica que desgasta y que suman a otros factores, pueden originar estrés laboral. Y este a su vez, una de las causas principales del Burnout. Se generará frustración si al ser perfeccionista y nuestro entorno laboral no nos permite cumplir con las tareas cotidianas. Si las circunstancias impiden trabajar según el grado de perfeccionismo de la personalidad y esto produce estrés, angustia o pura y simple incomodidad se puede:

- Cambiar las circunstancias.
- Cambiar la actitud de perfeccionismo y adaptarla a la vida cotidiana.
- Cambiar de trabajo

C. Vocación y altruismo: Quien estudia Medicina con ideales humanistas o soñando ser feliz ejerciendo esta carrera, es posible que posea un nivel muy alto de expectativas, que fácilmente puedan verse

defraudadas entre la realidad del trabajo cotidiano y de la naturaleza un tanto desagradecida de los pacientes. Las expectativas excesivas y los ideales desconectados de la realidad suelen provocar una actividad compulsiva y agotadora, que cesará bruscamente dejando al sujeto exhausto y con el Burnout a punto de iniciarse.

D. Personalidad responsable: si el sentimiento de responsabilidad es demasiado elevado, sea por causas objetivas o porque es así la personalidad, puede generarse angustia o estrés. Hay cargos en los que la responsabilidad es, desde todo los puntos de vista, muy grande. De un pequeño error quirúrgico puede derivarse graves secuelas e incluso la muerte; no experimentar este tipo de responsabilidad sería inhumano. Si no podemos disminuir de forma objetiva nuestra responsabilidad y ésta nos daña, hemos de transformar la manera que tenemos de vida (10).

11. Factores que intervienen en el desarrollo del Burnout

Entre los factores epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe determinado nivel de conciencia para algunas variables.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debida a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales, y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas (1).

Según el sexo, serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable quizás en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongan el rol de mujer. Aunque cabe mencionar que existen autores que encuentran mayores niveles de Burnout en mujeres, otros en hombres y otros no encuentran la diferencia.

El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tiene mayor cansancio emocional, menos realización personal, y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome,

debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La turnocidad laboral y el horario laboral de estos profesionales puede con llevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio. (1)

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe acuerdo. Algunos encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un nivel de asociación con el síndrome.

Otros autores encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. Aunque para algunos autores la relación es inversa o negativa a más años de ejercicio menos grado de Burnout. Otros autores encuentran una relación directa. (9)

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativos como cuantitativos. (1)

El apoyo social, familiar o incluso religioso se ha visto que se comportan como atenuadores del estrés laboral, ejerciendo un efecto negativo sobre la aparición del Burnout.

En relación a las profesiones de riesgo, el Burnout se produce en profesiones de ayuda en las que se prestan servicios humanos directos y de gran trascendencia para el individuo que los demanda. (9)

La mayoría de los autores coinciden en la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, las oportunidades de aprendizaje continuando y el desarrollo de carrera profesional. El desarrollo de Burnout puede llevar a dejar el trabajo, evitar el trato directo con los pacientes a través de labores administrativas o de investigación. También puede resultar un reto positivo, que fomenta el desarrollo personal. (1)

Los sujetos predispuestos a desarrollar el síndrome se caracterizan por ser motivados pero obsesivos, entusiastas, entregadas a su trabajo, tienen una

personalidad de tipo emocional y esto es algo que con frecuencia encontramos en individuos que empiezan a trabajar en profesiones humanitarias. (8)

Hay que tener en cuenta los importantes cambios socioculturales que se han producido en las últimas décadas que juegan sin duda un papel importante en la aparición de este síndrome. Los avances científicos y tecnológicos, el consecuente envejecimiento de la población y multiplicación de las patologías crónicas e invalidantes en una sociedad donde impera el consumismo y la satisfacción sin límites donde el cuidado de la salud se ha convertido en un artículo más de consumo. Todo esto ciertamente influye en la frustración y desencanto sistemático que sufren muchos profesionales en relación a su trabajo. (9)

12. Consecuencias del síndrome de Burnout

En los sujetos el Burnout se produce como un deterioro de su calidad de vida. Entre las consecuencias del síndrome se describen alteraciones emocionales y conductuales, sicosomáticas y sociales y alteraciones leves de la vida familiar. Además se justificaría el alto nivel de ausentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo tóxico, alcohol y otras drogas. (1)

Las consecuencias extremas pueden conducir al abandono del trabajo y conductas suicidas. El deterioro de la salud física y psíquica, así como las actitudes y conductas laborales alteradas inciden directamente en el rendimiento y funcionamiento de la institución, predicándose un empeoramiento de la atención al paciente con una deshumanización y deterioro en la calidad de los servicios prestados y un aumento de los costos económicos y humanos.(8)

13. Depresión

Desde las épocas antiguas se hacía mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado. Se había constatado una posible relación entre el estado de locura delirante y la melancolía, e incluso describió los episodios mixtos. Pero fue Areteo de Capadocia (siglo I d. C.) el que hizo la conexión entre la melancolía y la manía. Se siguen estudiando y definiendo los grandes cuadros clínicos a través del tiempo.

Es Galeno quien un siglo más tarde, se refiere los síntomas depresivos con la afectación del cerebro por el humor negro. En la Edad Media, Alejandro de Tralles (525-605) refiere que no siempre la tristeza y el temor son las síntomas

que predominan sino que en ocasiones aparece la ira y la ansiedad. Durante el Renacimiento, Paracelso se aparta de la teoría hipocrática y galena de los humores y como causa de la melancolía recurre a factores anímicos. Es en esta época en la que hay evidencias de ser una de las etapas más marcadas por la melancolía o depresión.

Jacques Dubois, médico francés, describe esta enfermedad y recomienda las siguientes terapias: mejora del aire, contacto con la naturaleza y esparcir en los aposentos rosas, violetas y nenúfares. Se habla ya, en algunos de estos textos, del riesgo del suicidio si se sufre de este padecimiento. Otro médico de la época, Francesco Gerossa, en su libro *Magia*, hace un análisis prolijo de los síntomas y propone la utilización de un jarabe hecho con cerca de 100 ingredientes. Se puede corroborar que desde esos tiempos existía la idea de curar la depresión desde el punto de vista farmacológico.

El inglés Robert Burton, un clérigo filósofo y profesor estudiaba en su libro *Anatomía de la melancolía*, a los hipocondríacos y su relación con la depresión. Describe esta modalidad, y señala que, para él, es una forma de depresión. Poco después, Right, describió, a finales del siglo XVI, un tratado sobre la melancolía; o sea que es el primer estudio serio que se escribe sobre este problema.

Francisco Vallés, del mismo siglo, señala que las causas ambientales también influyen en la depresión. En el siglo XVIII, un médico de origen árabe, Rufat, realiza varias tesis doctorales en España, en las cuales describe la enfermedad de Fernando VI como: manía melancolía. Fernando VI pasaba temporadas muy activo, con verborrea, sin parar de hablar, con una gran fuerza, y otras temporadas durante las que se metía en la cama. Rufat describió dicha enfermedad, que sabemos que se llamó posteriormente como maniaco depresiva y que, en la actualidad conocemos como depresión bipolar, que posteriormente se explicará con mayor detalle.

Los siglos siguientes se revelan definidos por una intensa actividad por definir los cuadros clínicos y las cuestiones etiológicas. Pinel (1745-1826) ya hace la diferencia entre cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia. Falret realiza la primera descripción específica de ciclos depresivos. Se van dando grandes cambios en la medicina y la melancolía se va perfilando hacia el término de depresión. Es posible encontrarlo en diccionarios médicos desde 1860.

En el año de 1899, Kraepelin, describe por primera vez la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Paralelamente “Freud, en “Duelo y Melancolía” (1917) sentó las bases de las concepciones psicoanalíticas sobre estos trastornos.” A partir de la tercera revisión que se hizo del DSM los trastornos

del estado del ánimo aparecen separadamente de las psicosis y de otros trastornos. Por otra parte en el CIE (1992) aparece el grupo de los trastornos del humor.

14. Situación actual de depresión

Sentirse melancólico o deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental o un estado patológico. Sólo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a ser valorados como patológicos. Muchas personas atraviesan por períodos de tristeza, de soledad o de infelicidad. Los sucesos cotidianos, y nuestras reacciones ante ellos, afectan a veces a nuestra paz interior. Pero cuando estos sentimientos duran semanas o incluso meses, imposibilitando que volvamos a retomar una visión sana de la realidad, es posible que nos encontremos ante una depresión.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. La sensación de no valer nada y de culpa, persiste a pesar de lo que digan o hagan los demás. Perturba cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad.

Los términos depresión y melancolía, y otros emparentados con ellos, han sido utilizados durante más de dos milenios en relación con toda una serie de diferentes estados de aflicción. Desde una perspectiva clínica, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad.

La depresión como síntoma es una afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos tales como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad, inutilidad, y puede formar parte de la clínica de otros trastornos psíquicos. En un sentido amplio puede ser caracterizado por la vivencia de tristeza o de “sentirse deprimido”.

La depresión como síndrome agrupa un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico. “La depresión como enfermedad configura una entidad nosológica que es definida a partir del síndrome clínico y en la que puede ser delimitada una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico”. (14)

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio

previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas.

Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. Ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor. Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. (15)

15. Tipos de depresión

Depresión severa. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida. Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y esta le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Distimia. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a lo largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos Depresión severa. Cuando la persona

presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria. Depresión moderada. Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria. Depresión leve. Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

El síntoma que más se presenta en la depresión es que el paciente se siente como vencido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su energía que cada vez lo entorpece más y más para vivir íntegramente.

16.Causas de la depresión

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen.

Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

El Burnout no es igual que la depresión, pero los dos se relacionan de cerca y pueden compartir criterios diagnósticos o coexistir. Esta relación no es simple, es compleja y multidireccional. A través de la historia se ha mencionado que el Burnout puede contribuir a la depresión (Maslach, 1982), la depresión puede contribuir al Burnout (Glass y otros., 1993) o que una predisposición para la depresión, según se refleja por una historia personal familiar de depresión, podría aumentar el riesgo para el Burnout. (16)

17.Estrategias de intervención y prevención

No hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de Burnout. Se utilizan modelos complementarios que tratan al individuo, al grupo social y a la administración.

En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de estrés (entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en la asertividad, y

entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo) y ensayo conductual. En este sentido se enfatiza la idea de que se pueden aumentar las posibilidades de afrontamiento efectivo a través tanto de las propias percepciones del problema en cuestión, cuanto del grado de seguridad percibido en las propias capacidades. Pueden utilizarse también técnicas de entrenamiento en relajación y autocontrol. (17)

Otras formas de abordar la tarea de prevención/intervención es el desarrollo en la organización de asesoramiento de carrera. Con ellas se trata de ayudar al individuo a examinar y ser más consciente de sus objetivos, intereses, recursos y debilidades. De hecho los profesionales con más éxito en la superación del Burnout parecen desarrollar antes este insight de carrera: saber que les gusta más y que hacer mejor, resulta un factor clave en las decisiones a tomar.

Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales que empiezan la carrera, pues suelen presentar una negación parcial del riesgo que padecen debido a la inexperiencia y al optimismo de controlar la situación. Sería interesante para estos profesionales contar con programas de entrenamiento frente al estrés, ya desde su pregrado.

En todos los casos es fundamental establecer cursos de formación continuada, mejora de recursos instrumentales y aumentar la competencia psicosocial del profesional.

Son así mismo importantes las relaciones interpersonales y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores.

Por último, a escala institucional deberá fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos capaces de ofrecer la ayuda necesaria. (18)

18. Diagnóstico y medidas del síndrome de Burnout y depresión

Los instrumentos de medida de este síndrome se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales. Es importante además destacar que esta entidad clínica no se concibe como una variable dicotomizada, que está ausente o presente, sino que está presente con un alto, moderado, o bajo grado intensidad.

Dada la dificultad para comprender el síndrome han sido varios los intentos para elaborar un medio o instrumento para evaluar todos los aspectos relacionados con este. El instrumento más utilizado es la escala de Maslach (**Maslach Burnout Inventory**) y es el que nosotros utilizamos en nuestra

investigación, por ser el instrumento de mayor aceptación en el ámbito internacional dentro de la comunidad científica dada su comprobada sustentación científica, alta consistencia interna fiabilidad.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986) en su versión válida al español para los profesionales sanitarios en un inventario de 22 ítems, en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos con relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto ha de contestar a cada enunciado a partir de la pregunta, ¿Con que frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones desde nunca hasta diariamente. En la versión original era preciso completar dos veces el inventario, ya que al individuo se le hacía una segunda pregunta ¿Con que intensidad siente usted esto?, puesto que el instrumento medía la frecuencia y la intensidad, sin embargo en la versión del 1986 no se presenta la pregunta acerca de la intensidad, porque las autoras consideran que no habían encontrado correlaciones altas entre ambas dimensiones de evaluación, mientras que la frecuencias si se mantiene.(19)

El inventario se divide en tres escalas, cada una de las cuales miden las tres dimensiones que se suponen configuran el Burnout: **Cansancio Emocional** (9 ítems), **Despersonalización** (5 ítems), y **Reducida Realización Personal** (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de Burnout. Además las autoras ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental, y del grupo de “otras profesiones”.

Para interpretar las puntuaciones conviene decir que tanto CE como DP apunta a un mayor estrés ocupacional, mientras que la escala RP tiene una incidencia inversa en el síndrome (ya que una mayor puntuación apoya la existencia de un menor estrés). En concreto altas puntuaciones en las subescalas de Cansancio emocional y Despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de Realización personal son reflejo de un alto grado de Burnout. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias entre las tres subescalas. La presencia de baja puntuaciones en las subescala de Cansancio Emocional y Despersonalización y altas puntuaciones en la escala de Realización Personal son indicativas de bajo grado de Burnout o que no existe Burnout.(20)

Las variables que establece la escala de Maslach son las siguientes:

Cansancio Emocional: Cuya puntuación máxima es 54. Considerándose alta, mayor de 27, y baja, menor de 18. Preguntas relacionadas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización: Puntuación máxima 30. Alta mayor de 10 y Baja si es menor de 5. Preguntas relacionadas: 5, 10, 11, 15 y 22.

En cuanto más alta sean las puntuaciones, mayor es el cansancio emocional y la despersonalización, respectivamente.

Falta de Realización Personal: Puntuación máxima 48. Alta si es mayor de 40 y Baja si es menor a 33. Cuanta más baja sea la puntuación, menor es la realización personal en el trabajo y mayor el Síndrome de Burnout. Preguntas relacionadas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

TABLA 1. Puntuación de corte del MBI para profesiones relacionadas con la medicina.

Dimensión	Baja	Medio	Alto
Despersonalización	< 6	6 – 9	> ó = 10
Falta de Realización Personal	> ó = 40	39 – 34	< 34
Cansancio Emocional	< 19	19 – 26	> ó = 27

FUENTE: Gil-Monte P. *Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional*. *Psicothema*1999; 11(3): 679-689

Normalmente las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información sobre la salud, etcétera, como de hecho se suelen hacer en las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario.

Por lo que se refiere a la confiabilidad del MBI Maslach y Jackson hallan los siguientes índices: 0.90 para la escala de Cansancio Emocional; 0.71 para

reducida Realización Personal; y 0.79 para Despersonalización. En lo referente a la consistencia interna de todos los ítems es de 0.80. (17)

19. Tedium Measure (Burnout Measure)

El Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry se creó originalmente como un instrumento de medida del Tedium. Este inventario se transformó posteriormente en el **Burnout Measure**, tras un replanteamiento conceptual por parte de los autores.

El Burnout Measure es una escala tipo Likert de 21 ítems con siete opciones de respuesta (desde nunca a siempre) que mide las tres dimensiones del burnout que los autores conceptualizaron: Agotamiento Físico, Agotamiento Emocional, Agotamiento Mental.

Cada uno de los factores anteriores está compuesto por siete ítems, señalándoseles los siguientes índices de confiabilidad:

De Agotamiento Emocional 0.82.

De Agotamiento Físico 0.84.

De Agotamiento Mental 0.86.

Además de esos dos instrumentos existen una serie de instrumentos de medida del Burnout que no han tenido la aceptación necesaria y que por tanto se han quedado rezagados con respecto a los dos anteriores. (17)

También se aplicó en una segunda parte la escala auto aplicada de depresión de Zung, la cual es un instrumento conformado por 20 frases formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en negativos. El paciente cuantificó la intensidad y la frecuencia de los síntomas con una escala de Likert de 4 puntos, que va desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La escala de Likert de cada frase otorga puntos del 1 al 4 para el sentido negativo o del 4 al 1 para el positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado es la suma de estas puntuaciones y con la puntuación normalizada se realizaron los siguientes puntos de corte: a) < 40 puntos, sin depresión, b) 41 a 47 puntos, depresión leve c) 48 a 55 puntos, depresión moderada y c) > 55 puntos, depresión grave. (21)

Lo cual nos ayuda a definir si el Burnout es un factor de riesgo para la depresión.

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout, se traduce como “estar quemado en el trabajo”, es una entidad patológica que no se encuentra registrado como tal en nuestro sistema de salud y tampoco se ha reconocido de forma oficial como factor de riesgo de depresión en médicos residentes y médicos especialistas en Urgencias Médico Quirúrgicas, ya que pocos son los estudios que se han realizado, y aun mas en que aquellas unidades de urgencia que están expuestas a un estrés aún más elevado por el alto índice de pacientes con trauma.

La importancia de reconocer la presencia de dicho síndrome es evitar tanto la depresión como los errores o negligencias en la atención del paciente, así como la deserción e incluso tener criterios para una adecuada selección de los aspirantes a residentes de Urgencias Medico Quirúrgicas.

Por tanto, teniendo este síndrome diversos grados de presentación y siendo posible identificar las variables que lo precipitan, nos proponemos conocer la prevalencia y características del mismo en médicos residente y especialistas de urgencias de la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal, y determinar si es el principal factor de riesgo para la depresión, con la finalidad de servir como punto de partida para la elaboración de estrategias que ayuden o mejoren la salud mental y con ello mejorar la calidad de atención brindada por los mismos, evitando que se siga manifestando de forma “invisible” ante las autoridades involucradas.

OBJETIVOS

General

Establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout y determinar si se presenta como factor importante de riesgo de depresión en médicos residentes y médicos adscritos de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas del Hospital General Villa en el periodo de octubre a noviembre del 2010.

Específicos

1. Determinar la tasa de prevalencia del Síndrome de Burnout en la población de estudio.
2. Establecer los factores socio demográficos asociados a la aparición del Síndrome de Burnout.
3. Determinar los grados de las subescalas del Burnout en la población en estudio.
4. Relacionar este síndrome como factor de riesgo para la depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para lograr los objetivos planteados se diseñó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Para este estudio se considero como población de estudio a todos los médicos residentes de la Especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas (UMQ) pertenecientes a la Secretaria de Salud del Distrito Federal, así como a los médicos adscritos del Hospital General la Villa con especialidad en UMQ del servicio de urgencias.

Considerando que es una población reducida se incluyó a todos los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas y médicos adscritos de UMQ del Hospital General la villa que desearon participar por lo que se trata de un censo. El total de personas estudiadas fueron 49, se utilizó el método de encuesta el cual se aplicó por medio de cuestionario auto administrado en el lugar de trabajo, de forma anónima, y voluntaria, obteniéndose previamente el consentimiento verbal, el total de la población estudiada se distribuyó de la siguiente manera:

- Residentes: 35
- Médicos adscritos: 14

Se incluyeron el estudio a residentes de urgencias de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, que tuvieran por lo menos 6 meses de experiencia laboral para los residentes y un año para los especialistas adscritos al servicio, ser especialista en urgencias en el Hospital General Villa, encontrarse laborando en el periodo de aplicación de los cuestionarios.

No incluyeron a quienes no desearon participar en el estudio, no pertenecer a la residencia o no ser especialista en urgencias médico quirúrgicas, no encontrarse laborando en el periodo de aplicación.

Se aplicó la encuesta de Maslach Bournout Inventory en su versión valida al español para los profesionales de salud, con un acápite que recogió la información sociodemográfica y laboral, así como la encuesta para medir depresión de Zung.

La recolección de información se realizó en una sola sesión y el cuestionario se entregó a cada médico, los cuales lo respondieron de manera anónima.

El analisis de los datos del MBI (Inventario "Burnout" de Maslach) se hizo teniendo en cuenta la categorización en forma de puntuaciones baja, media, y

alta obtenida a partir de los puntos de corte para cada subescala (Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal) y que la suma de estas tres no dio como resultado el puntaje total del Burnout.

En nuestro estudio se observó el comportamiento del Síndrome de Burnout en relación con las variables sociodemográficas y laborales haciendo especial énfasis en el comportamiento de cada una de las subescalas en relación con las variables citadas. Así como los resultados valorados por la encuesta escala autoaplicada de depresión de Zung,

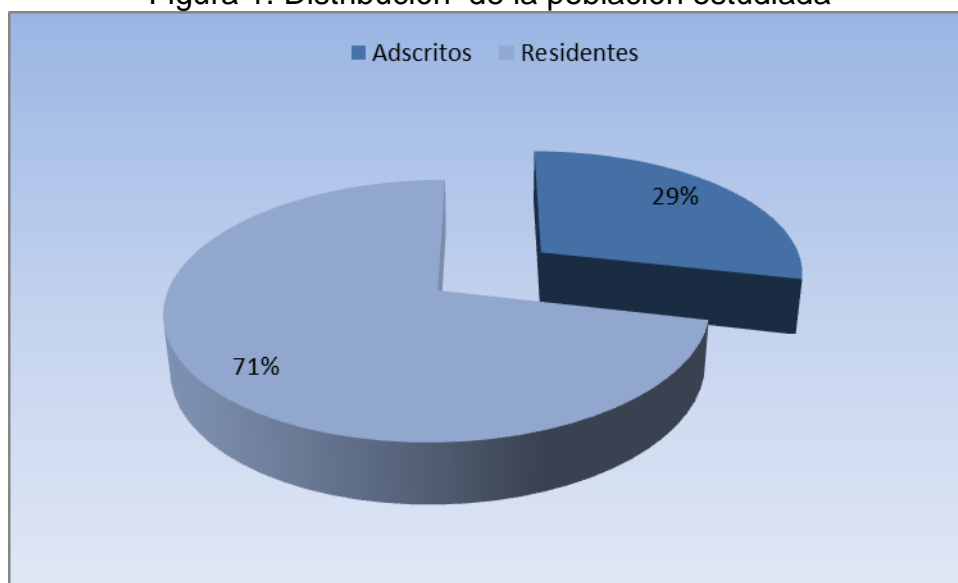
El procesamiento de los datos se hizo utilizando el programa Computarizado Excel 2007.

Los datos cualitativos fueron presentados en tablas de porcentajes y frecuencias.

RESULTADOS

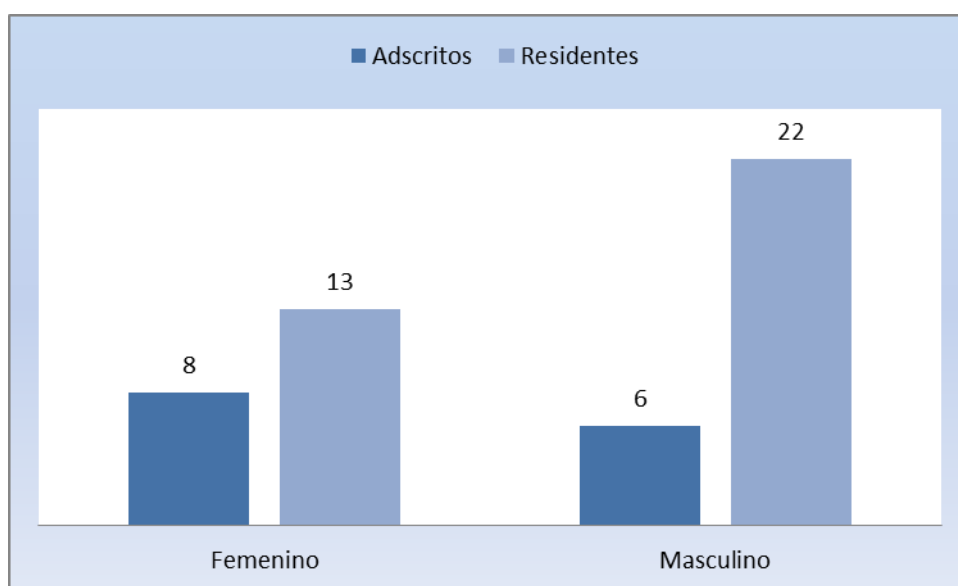
Del universo en estudio se obtuvo una población de 49 individuos, de los cuales 14 (29%) son médicos adscritos al servicio de urgencias del Hospital General la Villa con especialidad en UMQ, y los 35 (71%) restantes pertenecen a médicos residentes de la especialidad de UMQ de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Fig.1), de los cuales se reportó una población femenina de 42.8% (21) y masculina 57.2% (28) (Fig.2).

Figura 1. Distribución de la población estudiada



Fuente: Encuestas.

Figura 2. Distribución de médicos adscritos y médicos residentes por sexo



Fuente; Encuestas

La distribución entre médicos adscritos y médicos residentes por sexo: se observa una población femenina de 13 (37%) y masculina de 22 (63%) en médicos residentes y una población femenina de 8 (57%) y masculina de 6 (43%) en médicos adscritos.

Se presentan datos socio-demográficos en médicos adscritos (Tabla 2) y médicos residentes (Tabla 3)

Tabla 2. Características socio-demográficas de médicos adscritos

Variables	n = 14	
	No.	%
Sexo		
Masculino	6	42.8
Femenino	8	57.2
Edad en años		
< 30	0	0
31 - 40	7	50
41 - 50	4	28.5
50 o más	3	21,4
Si tiene pareja		
Sin pareja	4	28
Con pareja	10	72
Presencia de hijos		
Sin hijos	7	50
Con hijos	7	50

Tabla 3. Características socio-demográficas de médicos residentes

Variables	n = 35	
	No.	%
Sexo		
Masculino	22	62.8
Femenino	13	37.2
Edad en años		
< 25	5	14.2
26 - 30	24	68.6
31 - 40	6	17.2
41 o más	0	0
Tiene pareja		
Sin pareja	21	60
Con pareja	14	30
Presencia de hijos		
Sin hijos	32	91.5
Con hijos	3	8.5

FUENTE: Encuestas

La diferencia principal entre médicos adscritos y médicos residentes en las características socio-demográficas es la edad y la presencia de hijos.

En la Tabla 4 se presentan datos de la situación laboral de los participantes (médicos adscritos) del estudio y en la Tabla 5 de los médicos residentes.

TABLA 4. Situación laboral de médicos adscritos

Variable	n = 14	
	No.	%
Años de ejercicio profesional		
< de 10 años	7	50
10 a 20 años	4	28.5
> De 21 años	3	21.5
Realización de turno nocturnos		
Si	11	78.5
No	3	21.5
Realización de jornadas de más 24 horas		
Si	9	64.2
No	5	35.8

Fuente: Encuestas.

TABLA 5. Situación laboral de médicos residentes

Variable	n = 14	
	No.	%
Años de ejercicio profesional		
< de 1 años	10	28.6
2 a 2.9 años	9	25.7
> De 3 años	16	45.7
Realización de turno nocturnos		
Si	35	100
No	0	0
Realización de jornadas de más 24 horas		
Si	35	100
No	0	0

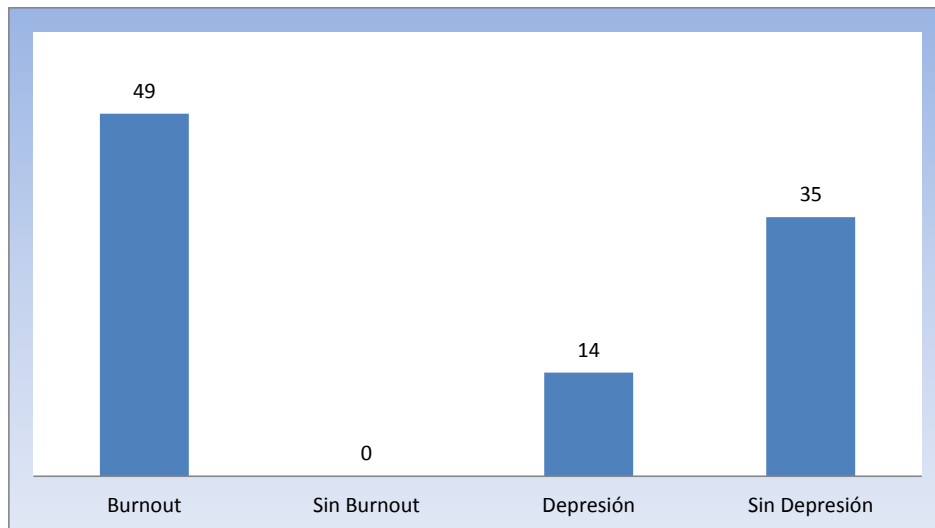
Fuente: Encuestas

Principal diferencia en la situación laboral entre médicos adscritos y médicos residentes está en su experiencia: más larga en médicos adscritos.

Todos los encuestados presentaron el síndrome de Burnout de los cuales solo el 29% presento depresión y el 71% no (Fig. 3). En cuanto a la distribución por el grado de Burnout y su relación con depresión (Fig. 4) se reportó el 20%

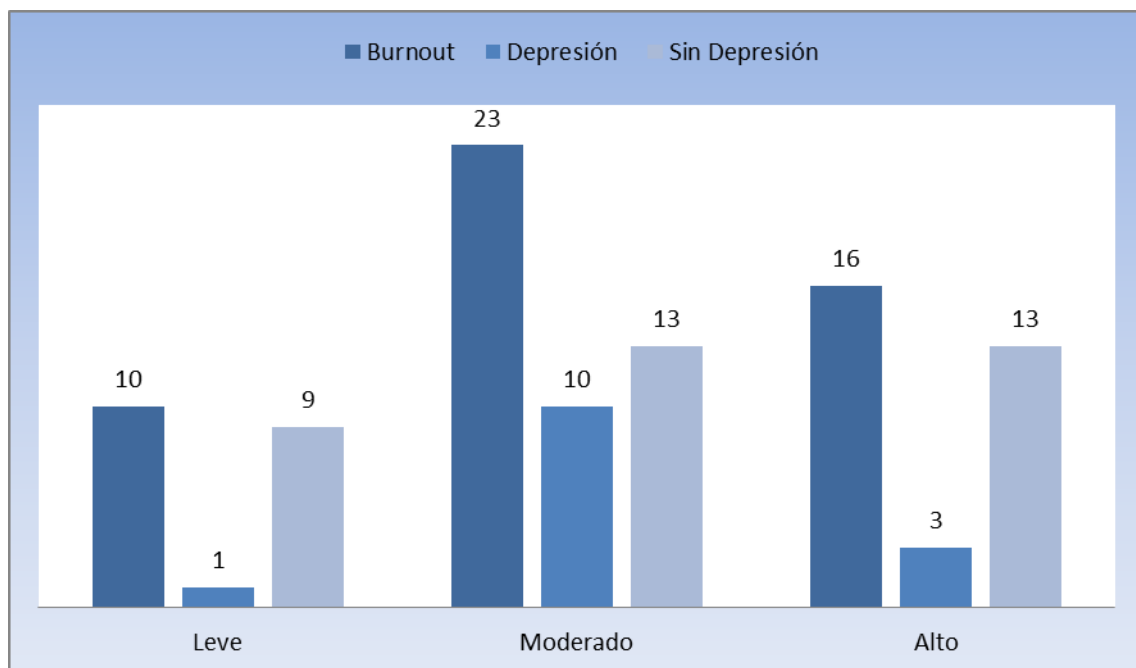
como leve, el 47% moderado y 33% alto y de estos los que presentaron depresión fue 2% en leve, 20% en moderado y 6% en alto.

FIGURA 3. Burnout y depresión en el total de la población estudiada.



Fuente: Encuestas

Figura 4. Burnout y Depresión total y por sexo.



FUENTE: Encuestas

En la comparación de las variables presentadas con el grado de Burnout y la presencia de depresión en médicos adscritos, se encuentra que el grado de Burnout que prevalece es el moderado en todos los rubros y las cifras de depresión se mantienen similares en cada una de las variables (Tabla 6).

TABLA 6. Burnout y depresión en médicos adscritos.

Variables	Grado Alto	BURNOUT		DEPRESION
		Grado Moderado	Grado Bajo	
Sexo				
Masculino	1	5	0	3
Femenino	0	7	1	3
Años de trabajo				
<10	1	9	1	4
11-20	0	1	0	0
>21	0	2	0	0
Turnos nocturnos				
Si	1	9	1	4
No	0	3	0	1
Jornada de más 24 horas				
Si	0	8	0	3
No	1	4	0	3
Presencia de hijos				
Sin hijos	1	5	1	4
Con hijos	0	7	0	2
Estado civil				
Con pareja		10	1	3
Soltero	1	3	0	3

FUENTE: Encuestas.

En médicos residentes la relación Burnout y depresión con las mismas variables se encuentra que el grado de Burnout que predomina es el alto y la presencia de depresión es mínima (Tabla 7).

TABLA 7. Burnout y depresión en médicos residentes

Variables	Grado Alto	BURNOUT		DEPRESION
		Grado Moderado	Grado Bajo	
Sexo				
Masculino				
Femenino	9	1	3	1
Años de trabajo				
<1	4			
2-2.9	3		1	1
>3	2	1	2	
Turnos nocturnos				
Si	9	1	3	1
No				
Jornada de más 24 horas				
Si	9	1	3	1
No				
Presencia de hijos				
Sin hijos	5	1		
Con hijos		1		1
Estado civil				
Con pareja	2			
Soltero	7	1	3	1

FUENTE: Encuestas.

En la Tabla 8 se presentan datos del grado de parámetros del escala MBI en médicos adscritos: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Destaca alto nivel de RP en médicos adscritos.

Tabla 8. Médicos adscritos según la puntuación obtenida en la escala de MBI

ESCALA MBI	BAJO	MODERADO	ALTO
Cansancio emocional	7	4	3
Despersonalización	3	0	11
Realización personal	6	5	3

FUENTE: Encuestas

En la Tabla 9 se presentan datos del grado de parámetros del escala MBI en médicos residentes. A parte que es alto nivel de DP igual como en médicos adscritos los médicos residentes muestran alto nivel de CE.

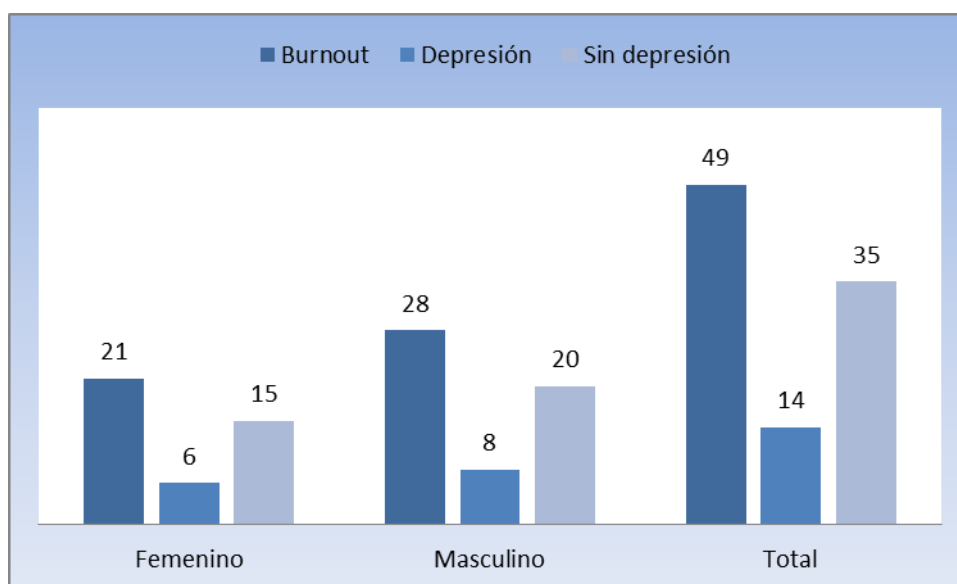
Tabla 9. Médicos residentes según la puntuación obtenida en la escala de MBI

ESCALA MBI	BAJO	MODERADO	ALTO
Cansancio emocional	18	1	16
Despersonalización	8	10	17
Realización personal	22	3	10

FUENTE: Encuestas

Del total de Individuos con Burnout (leve, moderado y alto) se encontró (Fig.4) en el sexo femenino 43% de las cuales 29% presentaron depresión con Burnout y el 71% no presento depresión pero si Burnout, en el sexo masculino se reporto un 57% con Burnout, y de estos un 29% con depresión y Burnout, un 72% no presento depresión pero si Burnout.

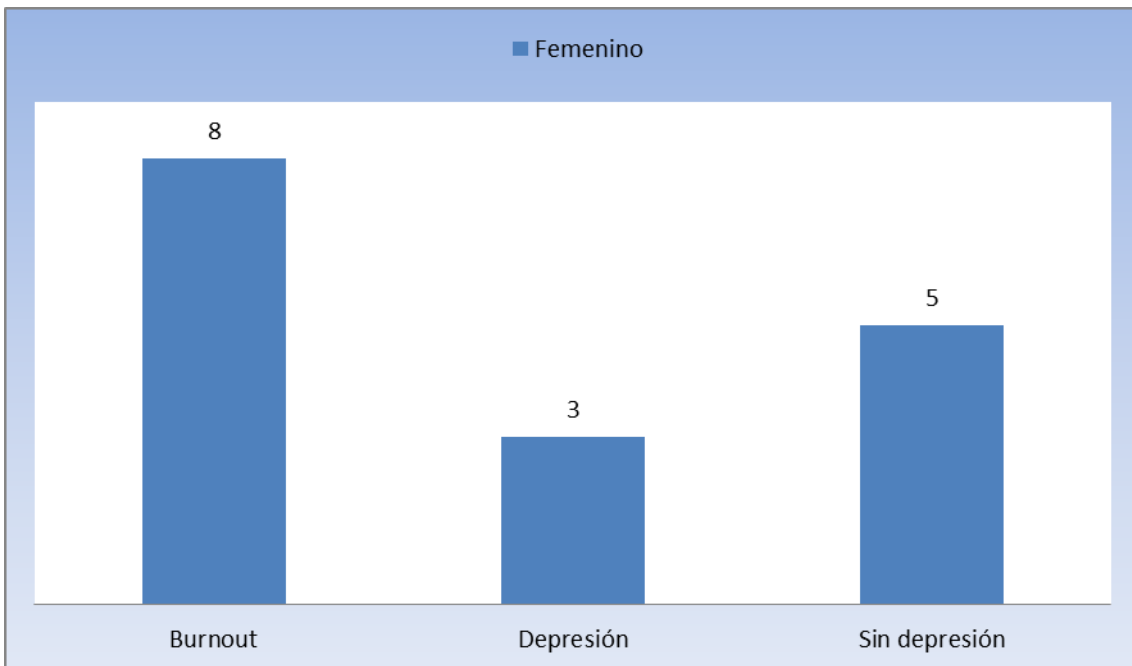
Figura 5. Burnout y Depresión en la muestra estudiada y por sexo.



Fuente: Encuestas.

Dentro de la distribución del total de médicos adscritos del sexo femenino se encontró 100% con Burnout de las cuales 38% con depresión y 62% sin depresión (Fig.5).

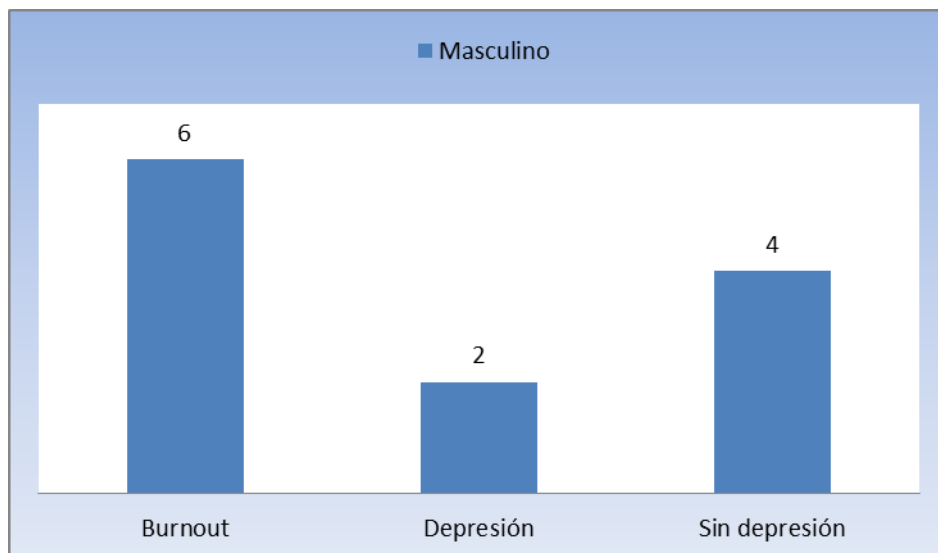
Figura 6. Burnout y depresión en el sexo femenino en médicos adscritos.



Fuente: Encuestas

Dentro de la distribución del total de médicos adscritos del sexo masculino se encontró 100% con Burnout de las cuales 33% con depresión y 67% sin depresión (Fig.6).

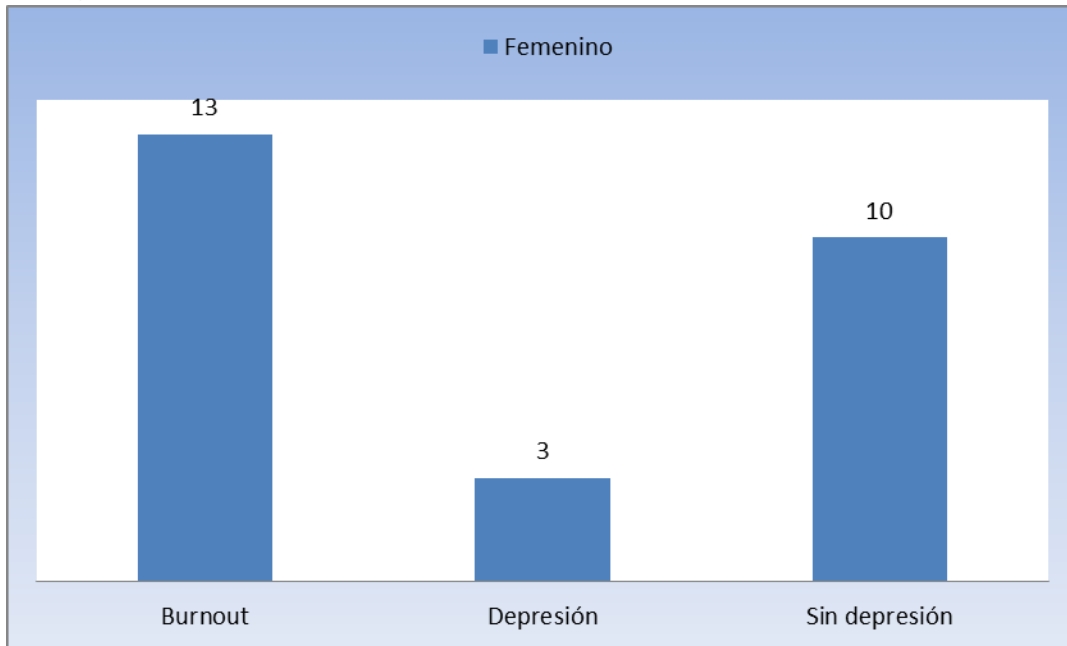
Figura 7. Burnout y depresión en el sexo Masculino en médicos adscritos



Fuente: Encuestas

Dentro de la distribución del total de médicos residentes del sexo femenino se encontró 100% con Burnout de las cuales 23% con depresión y 77% sin depresión (Fig.7).

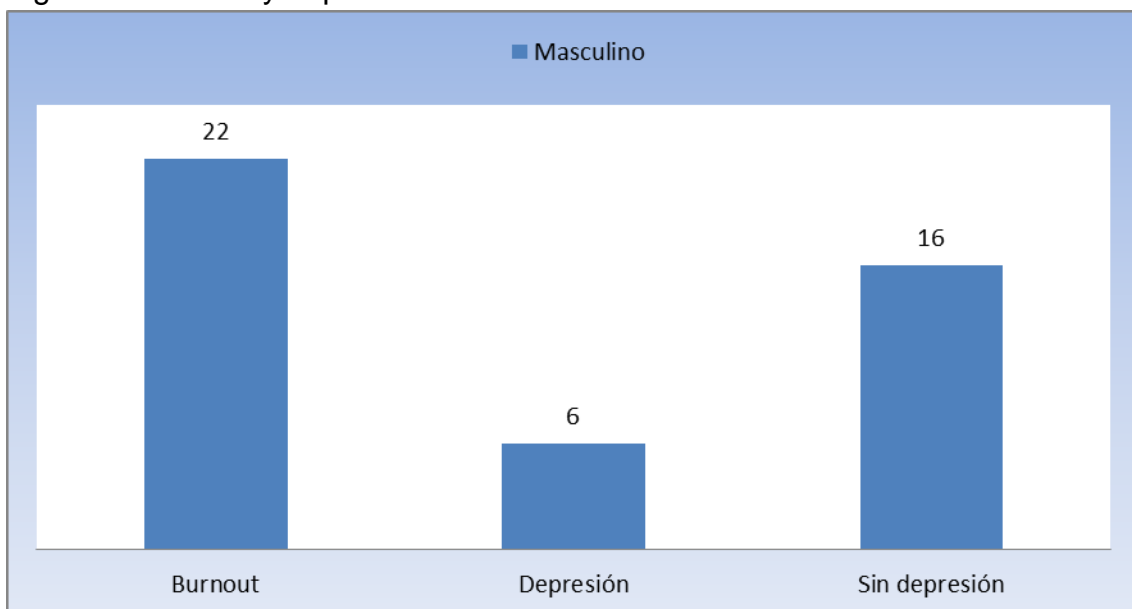
Figura 8. Burnout y depresión en el sexo femenino en médicos residentes.



Fuente: Encuestas

Dentro de la distribución del total de médicos residentes del sexo masculino se encontró 100% con Burnout de las cuales 27% con depresión y 73% sin depresión (Fig.8).

Figura 9. Burnout y depresión en el sexo masculino en médicos residentes.



Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Este estudio tiene una muestra de 49 individuos los cuales se dividieron en dos grupos: los médicos adscritos y médicos residentes siendo 14 en los primeros y 35 en los segundos, en cuanto al sexo, se observa una mayor población masculina, en cuanto al Burnout se obtuvo que el sexo femenino presento Burnout en 43% y masculino 57% y a pesar de que existen más hombres que mujeres la prevalencia de Burnout en mujeres es alta, lo cual coincide con la literatura de que el Burnout se presenta más en la mujer que el hombre (10). La diferencia entre sexos, en cuanto a la distribución por grupos en los médicos adscritos en el sexo femenino reporto un 57% y en el sexo masculino 43%, en médicos residentes se encontró 37% y 63% respectivamente, lo cual coincide con altos niveles de Burnout en el sexo femenino (Fig.2).

De acuerdo a la edad, en médicos adscritos se estratificó en cuatro niveles, encontrando el mayor porcentaje en el grupo de 31–40 años y en los médicos residentes la edad promedio es de 26-30 años con esto coincide con otros estudios donde la población joven es la más afectada (18), porque tienen más expectativas laborales, porque están en la etapa inicial de su carrera; este estudio no difiere a otros estudios igualmente encontramos Burnout en esta población (19).

Se encontró que en los médicos adscritos en 57% tenían pareja y un 47% no contaban con ella, de los cuales el 50% tenían hijos y 50% no tenían, pero se observó que aquellos que contaban con hijos tenían un grado de Burnout más elevado. Contrario a otros estudios en donde la presencia de hijos es un factor protector contra el Burnout, este estudio demuestra que en los sujetos el tener hijos no los protege contra el Burnout; en cuanto a los médicos residentes se encontró sin pareja un 23% y un 73% con pareja, sin embargo se observó que aquellos que no contaban con pareja se presentaban Burnout más alto. Y en cuanto a los hijos se reportó un 92% sin hijos y el 8% restante con hijos son los que presentaron Burnout de moderado a alto (20).

En los médicos adscritos se encontró que aquellos con jornadas de más de 24 horas presentaron Burnout un 57% y en médicos residentes en el 100%. Coincidiendo con la literatura que dice que se presentan Burnout cuando se laboral más de lo que estipula la Ley de Trabajo (6).

Se demostró que el 100% de los encuestados mostraba características agudas de síndrome de Burnout, con mayor frecuencia el grado moderado con 47%, seguido de un grado alto con un 33% y el leve con 20%. Este resultado difiere al compararlo con la literatura que dice que el grado más frecuente es el bajo y

moderado, probablemente debido a mejores condiciones laborales y económicas, ya que son estudios realizados en Europa.

En relación a los años de trabajo en los adscritos, se encontró Burnout en 64% de todos los encuestados que tienen menos de 10 años de laborar y en un 36% de los que tienen más de 10 años. Y en los residentes aquellos con menos de un año presentan 34% con grados moderado y alto y el resto (más de 1 año) 64% con Burnout bajo y moderado. Lo cual coincide con la literatura de que con más de 6 meses de tiempo laborado ya puede presentarse el Burnout (7) y además en esta población estudiada se encontró que dentro de los primeros 10 años de labores es más alto el grado y la prevalencia del Burnout.

Al analizar estos datos nos damos cuenta que el total de la población encuestada presenta síndrome, de Burnout, pero con afectación en grado moderado y alto en 80%, por lo que consideramos imprescindible analizar las características referentes a estos dos grupos. Pero debido a que el nivel de bajo grado no está presente de forma importante, solo se analizó el Burnout de medio y alto grado para sugerir el manejo apropiado.

De los 49 encuestados, 80% cumplían con los criterios de Burnout de grados moderado y alto. En cuanto a la realización de turnos nocturnos se reportó en adscritos el 64% presento Burnout moderado y en residentes un 34% con Burnout.

En relación a la distribución de sujetos en los diversos grados de afectación de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI), se encontró que en los médicos adscritos se reporta una alta despersonalización al igual los residentes y a nivel de la subescala de cansancio emocional solo se observa alta en residentes. Lo que refleja que los adscritos y residentes se encuentran despersonalizados por el estrés constante al que se enfrentan, en cuanto al cansancio emocional, probablemente por el tiempo ya de experiencia del médico adscrito y por el hecho de que descansa sus responsabilidades en el médico residente, es que es menor el cansancio emocional a diferencia del médicos residente, lo cual coincide con la literatura en cuanto a que son las dos principales subescalas que más se ven afectadas. (19)

En relación al efecto de algunas variables en la puntuación del cuestionario, observamos que ambos sexos no difieren en relación al cansancio emocional y la despersonalización, con presencia de grado moderado, pero si encontramos diferencia en la realización personal, ya que el hombre tiene alto grado de realización personal y la mujer medio, lo cual concuerda con la literatura revisada en la cual se atribuye a que la mujer desempeña un doble roll: como madre y como mujer trabajadora (12).

En cuanto a la depresión del total de los 49 encuestados se encontraron 14 individuos con depresión y 35 no presentaron depresión y de los 14 casos con depresión 1 se reportó dentro del Burnout grado leve, y 10 en el grado moderado y solo 3 en el grado alto. Pues todos los encuestados presentaron varios grados de Burnout, se puede concluir que 14 individuos presentaron depresión y Burnout, y que el 35 restante no presento depresión pero si Burnout.

Dentro de la distribución por sexo no se encontró diferencia entre la depresión, puesto que el sexo femenino reporto un 29% al igual que el sexo masculino, en cuanto a su distribución por grupo se reportó que los adscritos presentaron mayor depresión que los residentes con 35%, y los residentes 25%, aunque existe una distribución mayor de residentes que adscritos la presencia de depresión ha sido proporcional a la cantidad por grupo. Por lo tanto, se observó un grado mayor de Burnout en los médicos residentes y mayor número de casos de depresión en los médicos adscritos.

A pesar de que en los médicos residentes es más alto del Burnout y en un grado de moderado a alto son menos los casos de depresión, probablemente se deba a que en los adscritos con más tiempo laborando se encuentren con un grado mayor de despersonalización y sea un factor de riesgo para la depresión en dicho grupo.

De acuerdo a los resultados obtenidos y en comparación con el estudio realizado en México en un hospital de tercer nivel(19), donde se encontró que los médicos residentes presentaron una frecuencia de depresión del 16.3% y solo el 35% presento Burnout y que el área más afectada fue la despersonalización en un 25%, mostrando al Burnout como factor de riesgo para la depresión, por tanto podemos observar que el Burnout es más frecuente en la población estudiada ya que se presento un 100% y se encontró que el 26% se encontraba con depresión por tanto se confirma que el Burnout es un factor de riesgo para la depresión y la prevalencia de Burnout es mayor en una institución con las características que presenta la Secretaria de Salud del Distrito federal (19).

CONCLUSIONES

- Todos los sujetos encuestados presentaron Burnout y el 80% tenían un grado de afectación predominantemente moderado o alto.
- Tanto los médicos adscritos y residentes presentaron alto puntaje en Despersonalización.
- En relación a los resultados podría ser un perfil sociodemográfico de riesgo para la presencia de Burnout en los adscritos tener al menos 10 años de laborados, tener entre 30 y 40 años, no contar con pareja, tener hijos, realizar turnos nocturnos y laborar más de 24 horas, en los residentes contar con hijos, ser soltero, encontrarse en el primer año de la residencia y realizar jornadas de más de 24 horas así como turno nocturnos.
- La depresión se observó más en los adscritos que en los residentes y en igual frecuencia entre los hombres y las mujeres, y de acuerdo a los resultados observados se considera que el Burnout es un factor de riesgo para la depresión.
- Datos de este estudio muestran que alto nivel de Despersonalización observado en adscritos es un factor importante desencadenar la depresión aparte de otros factores incluyendo genéticos (no todos con depresión tienen Burnout).
- El Burnout es un factor de riesgo para la depresión y la prevalencia de Burnout es mayor en una institución con las características que presenta la Secretaría de Salud del Distrito federal

RECOMENDACIONES

Instar a las autoridades correspondientes (SSDF) el estudio de esta entidad patológica la cual afecta de manera importante al personal asistencial.

Diseñar estrategias para prevención, detección y tratamiento de las consecuencias de este síndrome con el fin de mejorar la salud mental y física del personal asistencial y con ello mejorar la calidad de atención.

Realizar intervenciones educativas y terapéuticas (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en relajación y psicoterapia). Grupos de apoyo para el manejo del estrés laboral y del desgaste profesional sobre todo para los médicos residentes quienes son la fuerza de trabajo para nuestras instituciones.

Limitante: los subgrupos del estudio son heterogéneos en cantidad y no se categorizaron por niveles académicos los subgrupos de médicos adscritos y médicos residentes la muestra fue pequeña de cada subgrupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atance MJ. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997;71:393-303
2. Braham J. Temas gerenciales escogidos: Como controlar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles. Colombia: Nomos: 1998.
3. Davis K. Comportamiento humano en el trabajo. México: McGraw Hill: 2000.
4. Gil-Montes P. El Síndrome de quemarse en el trabajo: aproximaciones teóricas para su explicación. (sitio en internet) *Psicología*. Disponible en: <http://www.psicología.com>. Acceso el 22 de marzo de 2011.
5. López, RM. El Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Medicina paliativa* 2000;7:94-100.
6. Montalbán FM, Durán MA, Bravo M. Autorreferencialidad y síndrome de Burnout. Apuntes de psicología. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/organ45.pdf>. Acceso el 22 de marzo de 2011.
7. Mingote A, Pérez C. Estrés medico: Manual de autoayuda. México: Editorial Díaz de Santos: 1999.
8. Obando J, García N. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera. (tesis). Nicaragua: Hospital de la Universidad de Nicaragua; 2002.
9. Pérez UA. Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999;27:4-7
10. Ríos A, Morales K. Prevalencia de Síndrome de Burnout y las características que presentan en el personal médico afectado de los Hospitales Alemán Nicaragüense, Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón Roque (tesis). Nicaragua: Hospital de la Universidad de Nicaragua; 1999.
11. Fernández MO, Hidalgo CC, Martín TA, Moreno SS, García del Río GB. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de Urgencias. *Emergencias* 2007;19:116-121
12. Romana A. Síndrome de Burnout en el Personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de salud pública*. 2004, 78:505 – 516.
13. Cabrera J. El Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la atención primaria de la Habana (tesis). Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 2006
14. *Psychology Today* 2005;38(4):
15. American Psychological Association. El Manual de estilo de publicaciones. El Manual Moderno. México, 2001.

16. Nyklick I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal affect disord* 2005; 88(1):63-68
17. Gil-Montes P. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999;11(3):679-689
18. Loría CJ, Guzmán HL. Síndrome de desgaste profesional en personal médicos (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de Urgencias de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Interna de Emergencia* 2006;5(3):432-443
19. Pérez CE. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Medicina Interna de México* 2006;22:282-6.
20. Rocha LM. Síndrome de "Burnout" ¿El médico de urgencias incansable? *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias* 2002;1(2):48-56.
21. Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965;12:63-70.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta realizada a los médicos adscritos y médicos residentes de Urgencias Médico Quirúrgicas

SÍNDROME DE BURNOUT

Edad en años (y fecha de nacimiento): _____

Sexo: F _____ M _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____

Tiene pareja? _____

¿Tiene hijos? Sí _____ No _____

Años de ejercicio profesional _____

Realiza turnos nocturnos: Si _____ No _____

Realiza jornadas de más de más de 24 horas: Si _____ No _____

Maslach Burnout Inventory adaptado al español.

Coloque con los siguientes números la frecuencia con que le sucede cada una de las siguientes afirmaciones en relación a su trabajo. Piense bien y sea completamente sincero.

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| (0) Nunca. | (4) Una vez a la semana. |
| (1) Pocas veces al año o menos. | (5) Pocas veces a la semana. |
| (2) Una vez al mes o menos. | (6) Todos los días. |
| (3) Unas pocas veces al mes o menos. | |

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo ().
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo ().
3. Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que ir a trabajar ().
4. Comprendo fácilmente 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. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes ().
8. Me siento quemado por mi trabajo ().
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas ().
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión ().
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente ().
12. Me siento muy activo ().
13. Me siento frustrado en mi trabajo ().
14. Creo que estoy trabajando demasiado ().
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes ().
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés ().
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes ().
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes ().
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión ().
20. Me siento acabado ().
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma ().
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas ().

MASLACH, C. JACKSON, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. University of California. Consulting Psychologist Press. Palo Al

Anexo 2.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado que describe la forma

Por favor marque (i) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

en que usted se ha sentido en los últimos días.

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70.