



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3, IMSS, AGUASCALIENTES

**INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS
RESIDENTES DEL SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA 3, IMSS, AGUASCALIENTES**

**TESIS PRESENTADA POR AZALEA NAZARETH OLIVARES
PÉREZ PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA**

ASESORES:

DRA. SILVIA BERENICE FRÍAS VALENCIA

M. EN CIENCIAS KARINA ESMERALDA ESPINOZA MEJÍA

AGUASCALIENTES, AGS. MARZO 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101,
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONEDETICA CONEDETICA 01 CEI 001 2018082

FFCMa Viernes, 28 de septiembre de 2022

M.E. SILVIA BERENICE FRIAS VALENCIA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 3, IMSS, AGUASCALIENTES**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2022-101-027

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

IMSS

AVILA DE LOS RIOS 10000 AGUASCALIENTES, AGS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONASEC/ETICA CONASEC/ETICA 01 CEI 001 2018082

Fecha Viernes, 20 de septiembre de 2022

M.E. SILVIA BERENICE FRIAS VALENCIA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 3, IMSS, AGUASCALIENTES**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2022-101-027

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

CARTA DE VOTO APROBATORIO
INDIVIDUAL

DR EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS

PRESENTE

Por medio del presente como *TUTOR* designado de la estudiante **AZALEA NAZARETH OLIVARES PÉREZ** con ID **106591** quien realizó la tesis titulado: **INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 3, IMSS AGUASCALIENTES** un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que el pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 09 día de Enero del 2023

Dra. Silvia Berenice Frías Valencia
Tutor de Tesis

c.c.p.- Interesado

c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 26/01/23

NOMBRE: OLIVARES PÉREZ AZALEA NAZARETH **ID** 106591

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA **LGAC (del posgrado):** TÉCNICAS ANESTÉSICAS

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

TÍTULO: INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 3, IMSS, AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
- NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



Anales Médicos

Órgano Oficial de Comunicación Científica de la
Asociación Médica del Centro Médico ABC

Ciudad de México.
Enero 26, 2023.
Oficio No. AM-OEA/551

Dra. Azalea Nazareth Olivares Pérez
Presente.

Estimada Dra. Olivares:

Por éste conducto le comunico que su manuscrito titulado "**MANEJO ANESTÉSICO EN PACIENTE CON ECLAMPSIA SOMETIDA A OPERACIÓN CESÁREA**" se encuentra en proceso de revisión por Pares Editoriales de la revista Anales Médicos del Centro Médico ABC y del cual es usted la autora, con coautoría del Dr. Obed Alejandro Mauricio González.

Sin más por el momento aprovecho la ocasión para extenderle nuestro agradecimiento por considerar a la revista Anales Médicos para la expresión de su productividad científica.

Atentamente



Dr. Miguel Ángel Collado Corona
Editor en Jefe

DEDICATORIAS.

Con todo mi amor:

A mis padres, les quiero agradecer el no estar sola, el que estuvieran siempre a mi lado queriéndome sin condición. Gracias por las largas esperas pero sobre todo por darme la dicha de reflejarme en sus ojos llenos de amor cuando volvía a casa.

Por ustedes no me rendiría ni me rendiré jamás pues me dotaron de alas y con ellas del privilegio de poder volar. Blanca y Gonzalo.

A mi hermana, compañera de tantas horas, tantos sueños, tantas lágrimas pero sobre todo de tantas risas compartidas, a mi sol Alborada.

A mi maestra y amiga, por la paciencia y por nunca dudar de mí incluso cuando yo misma lo hacía. Berenice Frías.

“Nunca es demasiado tarde, porque cuando pensamos que lo es, aparece de nuevo la luz y resulta que es demasiado temprano. La paciencia es amarga pero el fruto es dulce”.

Azalea.

1. ÍNDICE GENERAL.

1. ÍNDICE GENERAL	1
2. ÍNDICE DE TABLAS	3
3. ÍNDICE DE GRÁFICAS	4
4. TÍTULO	5
5. INVESTIGADORES	5
6. RESUMEN	6
7. ABSTRACT	7
8. INTRODUCCIÓN	8
9. MARCO TEÓRICO	9
10. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO	17
10.1 Criterios diagnósticos e instrumento de medición	22
10.2 Validez y confiabilidad del instrumento de recolección Maslach Burnout Inventory en México	24
11. MARCO CONCEPTUAL	26
11.1 Síndrome de Burnout, definición	26
11.2 Estrés laboral, definición	26
11.2.1 Clasificación del estrés laboral según Slipack, 1996	27
11.2.1.1 Estrés laboral episódico	27
11.2.1.2 Estrés laboral crónico	27
11.3 Escala de Maslach (MBI)	27
12. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
13. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	38
14. JUSTIFICACIÓN	38
15. OBJETIVOS	42
15.1 Objetivo general	42
15.2 Objetivos específicos	42
16. MATERIAL Y MÉTODOS	43
17. TIPO DE INVESTIGACIÓN/DISEÑO	43
18. POBLACIÓN/UNIVERSO DE INVESTIGACIÓN	43
19. TAMAÑO DE LA MUESTRA	43

20. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	43
20.1 Criterios de inclusión.....	43
20.2 Criterios de exclusión.....	43
20.3 Criterios de eliminación.....	44
21. DISEÑO ESTADÍSTICO.....	44
21.1 Análisis estadístico.....	44
21.2 Fecha de inicio.....	44
21.3 Ámbito.....	44
21.4 Investigador.....	44
21.5 Participante.....	45
21.6 Intervención.....	45
21.7 Instrumento de evaluación.....	45
21.8 Recolección de datos.....	45
22. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	46
23. ASPECTOS ÉTICOS	50
24. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIAMIENTO.....	51
24.1 Recursos humanos.....	51
24.2 Recursos tecnológicos.....	51
24.3 Recursos materiales.....	51
24.4 Recursos de infraestructura.....	51
24.5 Recursos financieros.....	51
25. RESULTADOS.....	52
26. DISCUSIÓN.....	74
27. CONCLUSIONES.....	76
28. SUGERENCIAS.....	76
29. GLOSARIO	78
30. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
31. ANEXOS.....	87
31.1 Anexo A. Cronograma de actividades.....	87
31.2 Anexo B. Carta de consentimiento informado.	89
31.3 Anexo C. Instrumento de recolección de datos.....	93
31.4 Anexo D. Manual operacional.....	99

2. ÍNDICE DE TABLAS.

1. **TABLA NÚMERO 1.** Instrumentos para medición de Burnout.....12

2. **TABLA NÚMERO 2.** Incidencia de síndrome de Burnout en personal de salud según diversos autores.....18

3. **TABLA NÚMERO 3.** Cuestionario Maslach en el sector sanitario.....24

4. **TABLA NÚMERO 4.** Factores de riesgo y protección del síndrome de Burnout y posibles áreas de trabajo para la prevención.....35

5. **TABLA NÚMERO 5.** Operacionalización de variables.....46

6. **TABLA NÚMERO 6.** Estadísticos.....52

7. **TABLA NÚMERO 7.** Pruebas de normalidad.....53

8. **TABLA NÚMERO 8.** Estadísticos descriptivos.....54

9. **TABLA NÚMERO 9.** Mediana y percentiles.....56

10. **TABLA NÚMERO 10.** Tabla cruzada de diagnóstico de Burnout*año de residencia.....67

11. **TABLA NÚMERO 11.** Tabla cruzada grado de agotamiento emocional*año de residencia.....69

12. **TABLA NÚMERO 12.** Tabla cruzada grado de despersonalización*año de residencia.....70

13. **TABLA NÚMERO 13.** Tabla cruzada grado de realización personal*año de residencia.....71

14. **TABLA 14.** Primeras pruebas chi-cuadrado.....73

15. **TABLA 15.** Segundas pruebas chi-cuadrado.....74

3. ÍNDICE DE GRÁFICOS.

1. **GRÁFICA 1.** No. Horas trabajadas en turno nocturno y diagnóstico de Burnout.....55

2. **GRÁFICA 2.** Género del residente.....57

3. **GRÁFICA 3.** Edad del residente.....57

4. **GRÁFICA 4.** Lugar de nacimiento.....58

5. **GRÁFICA 5.** Estado civil.....58

6. **GRÁFICA 6.** Padece alguna enfermedad.....59

7. **GRÁFICA 7.** Año de residencia.....59

8. **GRÁFICA 8.** Hospital subsede.....60

9. **GRÁFICA 9.** Número de visitas a su familia.....61

10. **GRÁFICA 10.** ¿Se ha incapacitado durante la residencia?.....62

11. **GRÁFICA 11.** ¿Cómo calificaría la calidad de su lugar de descanso (residencia)?.....62

12. **GRÁFICA 12.** ¿Hace cuánto no toma vacaciones?.....63

13. **GRÁFICA 13.** Diagnóstico de Burnout.....64

14. **GRÁFICA 14.** Grado de agotamiento emocional.....65

15. **GRÁFICA 15.** Grado de despersonalización.....65

16. **GRÁFICA 16.** Grado de realización personal.....66

17. **GRÁFICA 17.** Año de residencia y diagnóstico de Burnout68

18. **GRÁFICA 18.** Año de residencia y agotamiento emocional.....69

19. **GRÁFICA 19.** Año de residencia y despersonalización.....70

20. **GRÁFICA 20.** Año de residencia y realización personal.....71

21. **GRÁFICA 21.** Burnout y su relación con lugar de nacimiento.....72

22. **GRÁFICA 22.** Burnout y calidad del lugar de descanso.....73

4. TÍTULO: “INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 3, IMSS, AGUASCALIENTES”

5. AUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Silvia Berenice Frias Valencia.
Matricula 98175417

Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 3, Jesús María Aguascalientes.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 3, Jesús María Aguascalientes.

Correo electrónico: tweety_hanna@hotmail.com

Teléfono 449 153 5900 Ext 41552.

INVESTIGADOR ASOCIADO:

M en C Espinoza Mejía Karina Esmeralda.
Matricula: 98071095

Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 1, Villa de Álvarez Colima.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 1, Villa de Álvarez Colima.

Correo electrónico: kar.espinoza04@hotmail.com

Teléfono: 3121164758.

INVESTIGADOR ASOCIADO (TESISTA):

Dra. Azalea Nazareth Olivares Pérez.
Matricula: 98010951

Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 1, Aguascalientes.
Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 3, Jesús María Aguascalientes, Domicilio: Av. General Prolongación Ignacio Zaragoza Núm. 905 Aguascalientes col. Ejido de Jesús María, Aguascalientes,

C.P. 20908. Correo electrónico: azalea.2902@gmail.com

Telefono: 4491007646.

6. RESUMEN.

ANTECEDENTES. El SBO se presenta principalmente en sujetos cuyo desempeño implica el trato directo con personas. Las extenuantes y largas jornadas laborales aunadas a calendarios de trabajo desequilibrados en los que existe desequilibrio entre horas trabajadas y horas de descanso sobre todo en el personal becario (residentes) al límite emocional que se prolonga en el tiempo hasta 3 años el caso de la especialidad de Anestesiología y que culmina en síndrome de Burnout con una incidencia que va del 30-60% según la evidencia

OBJETIVO. Determinar la incidencia de síndrome de Burnout en los residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3, IMSS Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se aplicó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) a 28 residentes (13 residentes de segundo año y 15 residentes de tercer año) de la especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona 3 del IMSS en el período comprendido entre septiembre y octubre de 2022. La información obtenida se analizó con estadística descriptiva.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Siguiendo el plan de análisis estadístico de los datos, se aplicó a las variables cuantitativas análisis estadístico de frecuencias para evaluar asimetría y curtosis y las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Esto con el propósito de determinar si las variables satisfacen los criterios de normalidad. Las variables categóricas se reportaron como frecuencia y porcentaje. Cualquier valor de p menor a 0.05 se consideró como estadísticamente significativo. Se aplicó la prueba estadística de Chi-Cuadrado de Pearson para evaluar asociación entre las variables categóricas y el diagnóstico de Burnout.

RESULTADOS: Se obtuvo una incidencia global del SBO de 64.29% con una incidencia por grupos de 53.8% en los residentes de segundo año y 73.3% en los de tercer año. Se encontraron como variables asociadas a la presencia del síndrome el ser foráneo con una $p = 0.022$ y la mala calidad del área destinada para el descanso $p = 0.046$.

7. ABSTRACT.

BACKGROUND. SBO occurs mainly in subjects whose performance involves direct contact with people. The strenuous and long working hours coupled with unbalanced work calendars in which there are imbalances between hours worked and hours of rest, especially in fellowship personnel (residents) to the emotional limit that lasts up to 3 years in the case of the specialty of Anesthesiology and culminating in Burnout syndrome with an incidence ranging from 30-60% according to the evidence

OBJECTIVE. To determine the incidence of Burnout syndrome in residents of the second and third year of the Anesthesiology specialty of HGZ3, IMSS Aguascalientes.

MATERIALS AND METHODS. The "Maslach Burnout Inventory" (MBI) questionnaire was applied to 28 residents (13 second-year residents and 15 third-year residents) of the specialty of Anesthesiology of the General Hospital of Zone 3 of the IMSS in the period between September and October of 2022. The information obtained was analyzed with descriptive statistics.

STATISTICAL ANALYSIS: Following the statistical data analysis plan, statistical frequency analysis was applied to the quantitative variables to assess asymmetry and kurtosis and the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk normality tests. This with the purpose of determining if the variables satisfy the normality criteria. Categorical variables were reported as frequency and percentage. Any p value less than 0.05 is considered statistically significant. The Pearson Chi-Square statistical test was applied to evaluate the association between the categorical variables and the diagnosis of Burnout.

RESULTS: A global incidence of BOS of 64.29% was obtained with an incidence by groups of 53.8% in second-year residents and 73.3% in third-year residents. Variables associated with the presence of the syndrome were found to be a foreigner with $p = 0.022$ and the poor quality of the rest area $p = 0.046$.

8. INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Burnout es sinónimo de desgaste laboral o profesional traduciéndose a nuestro idioma como “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto por el trabajo” (1).

Esta patología fue descrita por primera vez por Herbert J. Freudenberger en el año de 1973 después de observar cambios en él y en otros profesionales de la salud, señalando sobre todo la pérdida de simpatía hacia los pacientes. Este psicoanalista describe al síndrome como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosociales inespecíficos que se desarrollan como resultado de una demanda excesiva de energía (1).

El proceso para el desarrollo de esta entidad es multicausal y complejo por lo que se proponen distintas causas entre las que destaca la rutina, estrés, crisis en el desarrollo personal durante la carrera profesional, así como condiciones económicas precarias aunadas a sobrecarga de trabajo y falta de estimulación (2). Se mencionan también factores sociales como la necesidad de obtener un grado que otorgue prestigio para tener así consideración social y familiar así como asegurar un estatus económico (2).

Por otro lado encontramos también los factores ambientales que pueden verse potenciados por cambios significativos en la vida como la muerte de familiares, matrimonio, divorcio y nacimiento de hijos (2).

Según Horacio Cairo existen factores desencadenantes para presentar SBO (2):

- Falta de percepción de capacidad para desarrollarse dentro de la profesión.
- Exceso de trabajo asociado a falta de energía y recursos personales para responder a la demanda exigida.
- Conflictos de rol por incompatibilidad entre tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas creadas de manera personal sobre el mismo rol.
- Ambigüedad del rol o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo.
- Falta de justicia y/o equidad organizacional.
- Relaciones difíciles con los usuarios de la organización.
- Impedimentos por parte de las autoridades para poder desempeñar el trabajo.
- Falta de participación a la hora de la toma de decisiones.
- Imposibilidad de ascender a un mejor puesto de trabajo.
- Relaciones conflictivas con compañeros de trabajo.

9. MARCO TEÓRICO.

Actualmente el Síndrome de Burnout se presenta en estudiantes de medicina, internos, pasantes y residentes. La prevalencia a nivel mundial es entre 43 y 45% en médicos generales pero asciende hasta 60% en médicos especialistas y aún más en médicos residentes donde llega a ser hasta de un 76%. (3)

Esta patología fue considerada como riesgo de trabajo por la OMS por el impacto que tiene el desempeño laboral de personal médico dentro de las instituciones de salud. (4).

Dentro de los múltiples factores de riesgo mencionados en la literatura, el estrés continuo coincide como parte fundamental para desarrollar el síndrome generando respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamiento, documentándose incluso alteraciones a nivel inmunológico, digestivo, neuromuscular y cardiovascular mediadas por una respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal generando concentraciones elevadas de cortisol en plasma mientras que el estímulo persista. (3).

Con la elevación del cortisol sérico, se provoca una inhibición de la respuesta inflamatoria e inmune con una reducción de los niveles de citocinas entre otros mediadores de la inflamación. En una situación normal de estrés, el incremento del cortisol termina por retroalimentación negativa sin embargo en presencia de estrés crónico esto no se da pues los receptores de corticoesteroides que median esta retroalimentación presentan una disminución en la sensibilidad por lo que la actividad de este eje neuroendócrino no disminuye y al contrario, incrementa. Algunos autores mencionan que el cambio en la actividad de este eje es una vía común para el desarrollo de patologías como la depresión, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, justificando así los síntomas físicos y psicológicos característicos de estas entidades y su posible asociación con Burnout. (3)

En general, el personal médico cae dentro del grupo de mayor riesgo de contar con rasgos de personalidad caracterizados por sentirse responsables del final del desenlace de salud en un paciente (5). Es por todo esto que en series reportadas de incidencia del síndrome dentro de la población médica llega a ser hasta del 60% mostrando mayor incidencia en relación a las condiciones de trabajo y la especialidad desarrollada teniendo porcentajes más elevados (en orden decreciente) en Anestesiología, Cirugía general, Medicina crítica, Urgencias. (6, 7).

El Burnout es un proceso cíclico, presentando el sujeto afectado tres componentes que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo en el mismo o en otro trabajo (8):

- Cansancio o agotamiento emocional: como consecuencia del fracaso frente al intento de cambiar situaciones estresantes, clínicamente se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga, etc. (8)
- Despersonalización: considerada la característica nuclear del Burnout, se presenta como consecuencia del fracaso frente a la fase antes mencionada, siendo una defensa construida por el sujeto para protegerse frente a la sensación de impotencia, incertidumbre y desesperanza personal. (8)
- Abandono de la realización personal: se presenta cuando el trabajo pierde el valor que solía tener para el sujeto. (8)

Las manifestaciones clínicas del síndrome son variadas y pueden dividirse entre signos y síntomas como cefaleas, fatiga, agotamiento, insomnio y alteraciones gastrointestinales; manifestaciones psicológicas como apatía, falta de interés, dificultad para concentrarse, constante estado de alerta, irritabilidad, depresión, ansiedad, desesperanza y frustración.(9, 10, 3)

Hablando específicamente del personal de la salud, existen situaciones particulares que propician el desarrollo de la patología como lo son: (11)

- Constante enfrentamiento al sufrimiento o muerte del paciente así como el dolor de la pérdida dado en los familiares del mismo.
- Contacto continuo con enfermos, lo cual exige implicación personal para establecer una relación de ayuda.
- Frustración por no poder resolver o curar la patología del paciente.
- Alto número de enfermos a los que se tiene que atender.
- Escasez de orientación para manejo de las propias emociones.
- Horarios laborales irregulares por la realización de guardias.
- Burocracia e individualismo presente en las instituciones de salud.

El síndrome de Burnout puede clasificarse en tres grados (11):

- Leve: signos y síntomas inespecíficos, cansancio, dificultad para despertar por la mañana, el personal afectado disminuye su productividad operativa.

- Moderado: el afectado comienza a tener alteraciones del sueño, déficit de atención, poca concentración, tendencia a la automedicación, aislamiento y pensamientos negativos.
- Grave: sentimiento de aversión por el trabajo/profesión y los pacientes, aumenta el ausentismo laboral, hay enlentecimiento provocado generalmente por la automedicación con psicofármacos generalmente por problemas para dormir, abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias.

En cuanto a variables sociodemográficas estudiadas en publicaciones sobre Burnout, destacan el sexo, la edad, el estado civil, la antigüedad en el trabajo y la presencia de psicopatologías preexistentes. Respecto a la edad se menciona que existe una relación inversamente proporcional pues a mayor edad menor tensión laboral y por lo tanto menor grado de Burnout. Hablando del estado civil se ha visto que el estar casado puede ser un factor de riesgo para desarrollar Burnout mientras que el estar divorciado se asocia a tener altos puntajes en el rubro de baja realización personal. (12)

Destacan también variables organizacionales como lo son el ambiente laboral, la calidad de las instalaciones donde se desempeña el trabajo, el grado de autonomía, el apoyo social y la falta de reciprocidad. Cuanto más positivo es el ambiente y la satisfacción laboral, menor es el estrés percibido por los sujetos en el trabajo. (12)

Otras variables estudiadas en este síndrome son el número de horas laboradas, la realización de guardias nocturnas y el tipo de contrato con el que se cuenta pues sufren un mayor grado de desgaste los sujetos que laboran más horas de trabajo así como los que tienen contratos eventuales o son personal becario. (12)

En 1981 Christine Maslach y Susan Jackson definieron el síndrome de Burnout como un trastorno adaptativo o de respuesta inadecuada a la presencia de estrés crónico, que se manifiesta con un profundo cansancio físico y psicológico conocido como agotamiento emocional, así como un alto nivel de despersonalización o cinismo así como falta de logros y por lo tanto baja realización personal en el trabajo. (11)

Para la medición del síndrome de Burnout se han elaborado diversos instrumentos, los cuáles se pueden consultar en la tabla número 1. (13)

TABLA NÚMERO 1. INSTRUMENTOS PARA MEDICIÓN DE BURNOUT (13).

Instrumento de medida.	Autores.
Staff Burnout Scale.	Jones, 1980.
Indicadores del Burnout.	Gillespie 1980.
Emener-Luck Burnout Scale.	Emener y Luck, 1980.
Tedium Measure (Burnout Measure).	Pines, Aronson y Kafry, 1981.
Maslach Burnout Inventory.	Maslach y Jackson, 1981.
Burnout Scale.	Kremer y Hoffman, 1985.
Teacher Burnout Scale.	Seidman y Zager, 1986.
Energy Depletion Index.	Garden, 1987.
Mattews Burnout Scale for Employees.	Mattews, 1990.
Efectos psíquicos del Burnout.	García Izquierdo, 1990.
Escala de Variables Predictores del Burnout.	Aveni y Albani, 1992.
Cuestionario de Burnout del Profesorado.	Moreno y Oliver, 1993.
Holland Burnout Assesment Survey.	Holland y Michael, 1993.
Rome Burnout Inventory.	Venturi, Dell'Erba y Rizzo, 1994.
Escala de Burnout en Directores de Colegios.	Friedman, 1995.

De todas las escalas antes mencionadas, el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory, pues Maslach describe seis áreas críticas para prevenir e intervenir el manejo del estrés laboral: la carga de trabajo, el autocontrol, la remuneración, las redes comunitarias, un trato justo y escala de valores personal. La presencia de despersonalización ha sido reconocida como riesgo de trabajo en grupos donde se prestan servicios a terceros y ha sido ampliamente documentado en grupos de médicos de distintas especialidades así como médicos residentes e internos. (13)

El instrumento de Maslach consta de 22 ítems, que se evalúan con una escala tipo Likert es decir, se pide que se especifique el grado de acuerdo o desacuerdo con una puntuación que va de 0 a 6 puntos. De estas 22 preguntas, 9 de ellas son referentes al agotamiento emocional, 5 a la despersonalización y 8 a la realización personal. Se establece el diagnóstico de Burnout cuando se obtiene una puntuación alta en las escalas de agotamiento emocional y/o despersonalización así como baja en la realización personal. (13)

En México así como en otros países alrededor del mundo, existe una preocupación creciente por la presencia de este síndrome en personal de la salud, especialmente en médicos, pues destaca como la amenaza más importante para la salud de los mismos afectando no sólo su rendimiento laboral, sino su calidad de vida. (14)

La triada dada por largas jornadas de trabajo, falta de sueño/descanso y la consiguiente fatiga es muy común durante la residencia médica y se suma al constante contacto con el sufrimiento, enfermedad, muerte, necesidad de realización personal, aumento de las responsabilidades conforme se avanza en la especialidad así como otros factores que pueden desencadenar la presencia de este síndrome aún cuando no se ha completado la formación académica. (14)

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, se define como médico residente al profesional que ingresa a una unidad médica para realizar una especialización médica a tiempo completo. El estudiante de medicina de posgrado de residencias médicas de especialización, tiene un papel fundamental en la tríada funcional de las instituciones de salud: atención clínica, investigación y educación. En el caso de la especialidad de Anestesiología, el adiestramiento tiene un hospital sede en las áreas de ciencias básicas y práctica clínica con una duración de tres a cuatro años (15).

El Burnout llama la atención de las instituciones, gobiernos, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Mundial del Trabajo (OIT), sociedades de anesestesiólogos (Asociación Latinoamericana de sociedades de anestesiología ANCLA, 1975), las cuales buscan contribuir a establecer sus causas y prevenir su repetición, considerando como hipótesis la probable relación de la especialidad por sí misma con la aparición de este síndrome en los médicos residentes. (16, 17,18). El desarrollo de esta patología en el médico residente puede tener implicación en el desarrollo de comportamientos de maltrato hacia sus compañeros de menor jerarquía así como pacientes y familiares lo cual deteriora sus relaciones interpersonales y aumenta a su vez el desgaste emocional y profesional (14).

El gobierno de México el 23 de octubre del 2018 expide la NOM 035, la cual establece los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (19), dicha norma entró en vigencia hasta octubre del 2020 la OMS acepta la importancia de establecer un código de la esta enfermedad en el Código de Clasificación Internacional de Enfermedades por lo que fue anexada a su versión número 11 (CIE 11), que entró en vigencia en el 2022. (20)

En nuestro país los médicos residentes deben cumplir con un horario laboral que consta de ocho horas diarias más las guardias que se se extienden desde las 16:00 horas, hasta las 8:00 horas del día siguiente en el cuál continúan trabajando hasta el fin del turno matutino nuevamente a las 16:00 horas, lo cuál se da con una frecuencia de dos a tres veces por semana a lo largo de los años en los que se realiza la especialidad, esto claramente ha presentado relación con el desarrollo de Burnout pues se encuentran jornadas laborales que llegan a ser mayores a 80 horas por semana. (21)

En Anestesiología la mayor parte de los reportes se enfocan en sobrecarga laboral, desgaste y conflicto emocional que se asocian a intentar realizar el trabajo rápido, a cometer errores y a sufrir estrés. (22)

No es de menor importancia los riesgos químicos a los médicos se exponen en este servicio, como sucede con los anestésicos inhalados que contienen partículas volátiles que contaminan el ambiente del quirófano y tienen repercusiones conductuales y fisiológicas como episodios depresivos, alteraciones en el ritmo del sueño, cansancio físico, carácter irritable, entre otros que a su vez forman parte del síndrome de Bornout que deriva en el consumo de antidepresivos o estimulantes, que puede terminar en la farmacodependencia. (23)

Otros gases (ahora históricos) como el halotano, enflurano y óxido nitroso inhalados prolongadamente en baja concentración producían síntomas que también encontramos en el síndrome de Burnout como consecuencia de riesgos psicosociales: apatía, sueño, cambios conductuales, mal genio, impaciencia, depresión, agresividad, mayor incidencia de aborto, inmunosupresión y neoplasias. El hecho de tratar pacientes con patologías infectocontagiosas condiciona un riesgo biológico por virus de la Hepatitis B y C, VIH, COVID 19, bacterias, hongos presentes en los fluidos, exponiendo al médico residente a padecer este tipo de infecciones por el paciente mismo, la contaminación del ambiente en el quirófano y la ausencia en ocasiones de los elementos de protección personal. (24)

En cuanto a riesgos físicos pueden ser por equipos, instrumental, condiciones locativas del quirófano: riesgo eléctrico por conexiones y equipos, descargas accidentales de varios tipos de voltaje; radiaciones ionizantes por equipos de rayos X o medios de contraste. (24)

Se realizó un estudio para analizar causas de deserción entre los residentes de primer año de la generación 2005 de Anestesiología y se encontró que desertaron 10 de 33 residentes lo que corresponde a un 29% y al interrogar los motivos de deserción se coincidió en causas personales, agotamiento y depresión. (22)

En el período de formación para residencias médicas se adquieren nuevas y grandes responsabilidades tanto en el ámbito profesional como personal, con alta incidencia de estrés laboral, altos porcentajes de depresión, conductas adictivas, conflictos en la familia que se asocian a extensas jornadas laborales, guardias nocturnas y excesiva autoexigencia. (22)

Se realizó un estudio en el que de 43 médicos residentes encuestados, cuatro presentaron disfunción familiar grave y de ellos tres tuvieron Burnout intermedio y uno bajo; mientras que en Veracruz un estudio arrojó que el 68% de los residentes con Burnout el síndrome se relacionaba con el grado de residencia, siendo más frecuente en el segundo y tercer año. (22)

Desde la aparición del Burnout como patología, han surgido múltiples explicaciones para el desarrollo del mismo, que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en este síndrome. En este sentido, los investigadores han asumido el estar quemado como un proceso secuencial por lo que se proponen distintas teorías para controlarlo pero también para explicar el resultado final. Tomando como referencia modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró en 1999 clasifican los grupos en tres modelos teóricos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional. (25)

En nuestro país se ha reportado una incidencia de signos depresivos en médicos residentes de hasta un 47%. (8)

Se identifican como principales factores de estrés laboral reportados entre los médicos residentes (8, 11):

- Factores físicos: jornadas laborales extenuantes (mayores a 24 horas), tiempo y áreas inadecuadas de descanso, falta de sueño.
- Factores ambientales: falta de respeto, maltrato emocional por mayores jerarquías, humillación.

- Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas para desarrollar el trabajo solicitado, carencia de materiales, burocratismo, mala remuneración económica.
- Factores personales: edad, sexo, estado civil, historia familiar, personal, etc.

Las autoridades responsables de los programas de residencias médicas deben trabajar por mejorar las cuatro áreas antes mencionadas pues son predisponentes para el desgaste profesional de su personal becario, propiciando así una detección temprana y referencia a recibir una atención psiquiátrica y psicológica eficaz de manera grupal e individual. (22)

La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología ANCLA, que mediante la Comisión permanente de riesgos profesionales, en 1975 elaboró la Guía de prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo, que en la práctica es una matriz de evaluación de riesgos y control de los mismos dentro de este gremio. (1, 26)

Se debe tomar en cuenta la estructura organizacional de los hospitales donde se establece la incompatibilidad de la vida familiar con los horarios de trabajo extensos, la pérdida del control de su tiempo por la cláusula de disponibilidad a la hora que se requiera sobre todo en los médicos residentes. (17)

La evaluación oportuna del síndrome es primordial para el cuidado físico y mental de los médicos en formación, lo que repercute en una mejoría en su proceso de aprendizaje y un incremento en la calidad global de los Servicios de Salud Pública. (22)

El trabajo es un derecho fundamental del ser humano y se considera básico que se provea de todas las condiciones necesarias para lograr el bienestar de quienes lo desempeñan las cuales son deficientes para el personal de salud, en específico los médicos residentes (27, 28). Es de suma importancia la intervención del departamento de recursos humanos de cada nosocomio otorgando el personal idóneo para brindar ayuda a los afectados de forma personalizada en caso de que se presentara un episodio de crisis psicológica, emocional o física orientándolos a mejorar hábitos como la alimentación, actividad física, ritmo de sueño y actividades recreativas (29, 30).

Por la importancia de este síndrome tanto para los residentes de Anestesiología del HGZ3 como para los pacientes que son tratados en el en esta sede del IMSS Aguascalientes, se pretende realizar este trabajo de investigación con el fin de determinar la incidencia de esta patología para poder prevenirla, tratarla y evitar desenlaces fatales por la facilidad que se encuentra dentro de dicha especialidad para tener acceso a fármacos psicotrópicos controlados.

Actualmente en otras instituciones alrededor del mundo se aplican programas con el fin de evitar el desgaste profesional y la fatiga en los residentes, los cuales incluyen mejora de horarios, lugares dignos de descanso y monitorización continua del síndrome de desgaste, consiguiendo tener un mejor rendimiento en sus residentes dentro del hospital así como una mejora en la calidad la atención al derechohabiente pero también de la vida personal de los profesionales (31, 32).

10. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO.

En la base de datos PubMed, al ingresar los conceptos de búsqueda: “anesthesia residents burnout syndrome” y “residency training burnout syndrome”, de 2010 a 2022 se tienen registradas 1134 publicaciones que hacen referencia al Burnout en residentes y en específico de la especialidad de Anestesiología.

Al utilizar el motor de búsqueda ScholarGoogle e ingresar los conceptos de búsqueda “Burnout anesthesia”, “Residentes de anestesiología y Burnout”, se tienen registrados de 2010 a 2022 un total de 940 publicaciones de las cuales se seleccionaron las que tuvieran mayor relevancia para este estudio.

En ambos motores de búsqueda las principales diferencias observadas entre las publicaciones competen a diferencia de metodología, procesamiento de datos y sobre todo en el tamaño de la muestra al tratarse algunos casos de centros médicos con gran afluencia de médicos residentes y otros tantos ser el caso contrario al contar con una población muy pequeña de ellos así como en el porcentaje reportado de incidencia en las diferentes latitudes en donde se ha estudiado este síndrome (Tabla 2).

TABLA NÚMERO 2. INCIDENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD SEGÚN DIVERSOS AUTORES.

Esquivel, <i>et al.</i> (2007) (33).	26.2% en Ciudad de México, México.
Gutiérrez, <i>et al.</i> (2008) (34).	45.4% en Pareira, Colombia.
Sousa Govêia, <i>et al.</i> (2018) (35).	27% en Ciudad de México, México.
Castañeda, <i>et al.</i> (2019) (36).	45.9% en Guadalajara, México.
Abdullah Nimer, <i>et al.</i> (2021). (15).	78% en Jordania, Amán.
Escarramán Martínez (2022). (37).	18% en Ciudad de México, México.
Barbolla y Domínguez (2007). (38).	45.4% en Tabasco, México.
Solano Lira (2009). (39).	7.6% en Aguascalientes, México.

Esquivel *et al.* En 2007 en la Ciudad de México, mencionan que “los residentes generalmente experimentan una alta carga de estrés y alteraciones emocionales durante su proceso formativo” (33). Por otro lado, Gutiérrez, *et al.*

En 2008 en Pereira, Colombia describen que “Es necesario comprender que las causas de que el síndrome aparezca son de conocimiento público y es bien sabido que están enfocadas sobre todo en aquellos profesionales de la salud en período de formación (médicos residentes)” (34).

Targut, *et al.* En 2016 publica un estudio de corte transversal cuyo objetivo fue el de estimar la incidencia del síndrome de Burnout y su correlación con el número de años cursados en la residencia médica así como distintas características sociodemográficas en el departamento de investigación, reanimación y anestesiología del Hospital de Istambul, Turquía. Los datos fueron analizados utilizando el programa NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 y fue aplicado el test de T de Student para la descripción estadística y la alfa de Cronbach para valorar la confiabilidad. La muestra total se obtuvo a partir de residentes de los cuatro años de la especialidad establecidos para cumplir con grado en ese país con un total de 127 médicos residentes.

En más de la mitad de los mismos había uso de tabaco y de los consumidores de esta sustancia, un 2% consumían también alcohol utilizando como razón de fondo el hecho de estar agotados después de largas jornadas de trabajo y tener una subjetiva sensación de relajación después de consumirlas al terminar la jornada.

Algunos otros coincidieron en otras conductas, por ejemplo el 32% reportó como actividad anti estrés el acudir a hacer compras mientras que un 61% prefirió reunirse y hablar un momento con sus amigos. En cuanto al instrumento utilizado para evaluar en SBO se usó el MBI resaltando en los resultados la presencia de altos puntajes en el apartado de desgaste emocional en el segundo año de la residencia, altos puntos en despersonalización en el segundo año a comparación del tercero y el cuarto sin encontrar diferencias significativas en el apartado de realización personal. Como conclusión de este estudio se menciona que el síndrome de Burnout es más común en los primeros dos años de residencia médica y que es necesario determinar y poner en práctica intervenciones para su detección y manejo, las cuales deberán ser aceptadas por las autoridades encargadas de la planeación de horarios, tareas, descansos, calidad de áreas de trabajo/descanso de manera tal que el problema sea identificado en sus inicios y no requiera tratamiento pues se realizaron a tiempo las intervenciones correspondientes. (40)

Sousa Govêia, *et al.* En 2018 en un estudio de corte transversal utilizando muestreo por conveniencia con el objetivo de estudiar la incidencia del síndrome de Burnout en los residentes y médicos adscritos del servicio de Anestesiología de un hospital de la Ciudad de México utilizando la prueba de Friedman para validar la posible asociación con la presencia de ansiedad. Se analizó una muestra total de 78 sujetos de los cuales 41 eran médicos adscritos al servicio de Anestesiología y 37 eran médicos residentes de esta especialidad, con predominancia del género masculino en un 57%. Se aplicó el test de Maslach Burnout Inventory analizando las tres esferas de este instrumento observando que las tres presentaban porcentajes más altos en el grupo de residentes comparado con el grupo de adscritos con un 35.13% de incidencia en el rubro de agotamiento emocional, 37.83% en el de baja realización personal y 32.43% e el de despersonalización concluyendo con un diagnóstico de Burnout establecido en un 2.7% en el grupo de médicos residentes y un 2.43% en el grupo de médicos adscritos. En cuanto a la correlación entre SBO y la presencia de ansiedad, se observó un aumento de la misma de 3.3 puntos cuando se presentaba agotamiento emocional, 3.5 puntos cuando se presentaba despersonalización y 0.7 puntos cuando se presentaba sensación de poca realización personal (35)

Abdullah Nimer, *et al.* En 2021 en Jordania, Amán. Realiza un estudio de corte transversal con el objetivo principal de evaluar la incidencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de este país y de manera secundaria se evaluaron también variables sociodemográficas como posibles factores de riesgo. Utilizaron una muestra total de 481 residentes de distintas especialidades a los cuales se les aplicó el Maslach Burnout Inventory para la detección del SBO utilizando para procesamiento de datos el STATA (Stata Statistical Software: release 15) y para el análisis de la relación de SBO y variables sociodemográficas se utilizó la prueba de chi-cuadrada definiendo como estadísticamente significativa una $p < 0.005$. Se concluye en el estudio una incidencia global de Burnout del 77% dentro de los médicos residentes siendo más alta en especialidades como ginecología y obstetricia y relacionándose más al género masculino en 53% y al estado civil casado en un 61%. Se recomienda en este estudio proteger a los médicos residentes con un seguro de salud mental además de incrementar beneficios como lo son las horas de descanso y días de vacaciones, pero también se exhorta a las autoridades a tener un mayor número de plazas para médicos residentes de todas las especialidades de manera tal, que el trabajo sea mejor distribuido promoviendo los derechos y condiciones de un trabajo digno. (15)

Escarramán Martínez en 2022 en la Ciudad de México publica un estudio de encuestas multivariado, realizado a médicos residentes y adscritos del servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades “La Raza” teniendo como objetivo valorar la incidencia del Riesgo Elevado de Burnout (REBO) así como la del síndrome de Burnout (SBO). Se utilizó un muestreo no probabilístico y por conveniencia, para el análisis estadístico todas se aplicó la prueba de T de Student de muestras independientes. La confiabilidad se analizó con alfa de Cronbach considerándose un valor mínimo de 0.5 y preferible mayor a 0.75. Se trabajó con una muestra de 101 participantes obteniendo como resultado una incidencia de SBO del 18.8% y del 25.7% en el caso del REBO, sin observar diferencia significativa en ninguna variable demográfica ni de estudio sin embargo sí existió diferencia entre los grados de presencia de los tres ítems valorados en el Maslach Burnout Inventory. Los indicios de SBO se presentaron con frecuencia de 31% siendo para el rubro de despersonalización un 63%, para el desgaste emocional 57% y para la realización personal 63%. Con una alfa de Cronbach de 0.48 en agotamiento emocional, 0.65 en despersonalización y 0.85 en despersonalización.

Se concluye que debido al estrés inherente de los médicos residentes de Anestesiología, el SBO es un riesgo latente y que existe una incidencia del mismo de hasta el 25.7% sin quedar clara su

asociación con variables demográficas pero sí con factores relacionados con el área y ambiente de trabajo así como el apoyo en el hogar, largas jornadas y escasez de personal los cuales ahora identificados se señalan como posibles áreas de trabajo para implemetar estrategias para reducir el riesgo y aparición de SBO. (41)

La inquietud por esta patología como de tipo profesional se ha centrado especialmente en el campo de la psicología, teniendo como antecedentes al psiquiatra Freudenberger psiquiatra norteamericano, quien en 1974 otorga la denominación de síndrome de Burnout para el síndrome de agotamiento profesional y lo define como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según este científico, los seres humanos más dedicados y comprometidos con el trabajo son más propensas a padecer esta patología y aún más lo son las que se desempeñan en profesiones que implican ayudar a otras personas citando al científico: “se desempeñan bajo una presión interna para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de sufrir una presión externa para ayudar y dar”. (42)

Según el documento publicado por Freudenberger otro factor importante para que este síndrome ocurre, es el hecho de que el profesional se vea involucrado en un ambiente laboral de rutina y monotonía lo cual aparece una vez perdido el entusiasmo inicial lo cual generalmente se presenta después de un año de haber iniciado un nuevo trabajo. (43)

En cuanto a los signos y síntomas según este autor el síndrome una vez establecido se manifiesta con signos físicos (agotamiento, fatiga, cefalea, alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria) y conductuales (sentimientos de frustración, signos de irritación ante la más mínima presión, estado paranoide) que pueden llevar al consumo excesivo de tranquilizantes entre los que destacan las benzodicepinas. (44)

Más tarde, en 1986 Christina Maslach, Jackson y otros colaboradores lo definen como desgaste emocional y elabora un cuestionario para su diagnóstico, basado en un trabajo realizado en 200 profesionales de servicios sociales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, etc.). (45)

Según Maslach, este síndrome ocasiona baja moral en el profesional, que a su vez desencadena ausentismo laboral y se correlaciona con el abuso de alcohol, tabaco y el desarrollo de enfermedades mentales, conflictos familiares y suicidio. (45)

Esta autora argumenta que el síndrome aparece con mayor frecuencia en personal que trabaja largas jornadas en contacto directo con sus pacientes o clientes. (45)

En 1981, Pines, Aronson y Kafry definen al síndrome como “estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. (46)

Finalmente en Maslach y colaboradores definen el Burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a factores laborales estresantes crónicos, mencionando que las tres dimensiones de esta respuesta son desgaste emocional (dimensión básica del Burnout) que se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o los sentimientos de cinismo (dimensión de contexto interpersonal del síndrome) y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia (dimensión de evaluación del Burnout) refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. (47)

Múltiples estudios en el campo de la salud y psicología organizacional han encontrado algunos factores promotores del Burnout, teniendo como primer factor de riesgo actividades laborales que vinculan al trabajador directamente con otras personas (clientes, pacientes) sin que esto signifique que no pueda presentarse en otro tipo de profesiones. Como segundo factor se encuentran los horarios excesivos, altos niveles de exigencia en aras de cumplir labores con objetivos irreales. (48)

Por otro lado, las características sociodemográficas para la aparición de este síndrome en el personal de salud tales como el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no se han visto involucradas como causas generales de Burnout ya que múltiples trabajos que centran la asociación de estos factores al desarrollo del mismo concluyen en dar más importancia a las características propias del entorno laboral. (41)

En cuanto a la temporalidad de aparición de signos y síntomas, los estudios concluyen que los primeros años de desempeño laboral son los más vulnerables para el desarrollo del mismo pues a medida que aumenta la experiencia profesional, disminuye el desgaste emocional. (49)

10.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Existen una serie de instrumentos de evaluación del síndrome de Burnout, sin embargo la prueba

utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual se tradujo a la lengua castellana por el Dr. José Carlos Mingote Adán de la Universidad Complutense de Madrid el cual contiene 22 ítems divididos en tres esferas (50):

- Desgaste emocional, ansiedad, depresión (9 ítems).
- Despersonalización (5 ítems).
- Realización personal (8 ítems).

La correlación entre el agotamiento y el Burnout parece ser relevante pues se hace evidente una amplia área de superposición entre el mismo y el establecimiento del síndrome como tal. (43)

Para evitar la presencia de este síndrome y de las entidades psiquiátricas asociadas a él, se debe reconocer la existencia de los factores de riesgo y por ello es importante la aplicación de este cuestionario al menos una vez al año pues es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda voluntaria debido a los prejuicios que aún existen alrededor de esta entidad. (43)

Maslach Burnout Inventory (MBI) la cual tiene alta consistencia y una fiabilidad cercana al 90% pretendiendo la medición de la frecuencia y la gravedad del padecimiento, considerando puntuaciones bajas a las que se encuentran por debajo de 34 puntos (globales) y como criterio diagnóstico se debe cumplir con altas puntuaciones en el rubro de desgaste emocional y despersonalización así como bajas en el de realización personal. El cuestionario se realiza en 10-15 minutos (43).

1. Subescala de despersonalización. Consta de 5 ítems, valora el grado que cada uno reconoce actitudes de frialdad y/o distanciamiento. Puntuación máxima 30 (ver desgloce en la Tabla 3).
2. Subescala de realización personal. Compuesta de 8 ítems. Evalúa la sensación de autoeficacia y realización personal. Puntuación máxima 14 (ver desgloce en la Tabla 3).
3. Subescala de desgaste emocional: 9 preguntas, valora la sensación de estar exhausto emocionalmente por las demandas laborales. Tiene una puntuación máxima de 54 (ver desgloce en la Tabla 3).

TABLA NÚMERO 3. CUESTIONARIO MASLACH EN EL SECTOR SANITARIO.

	Bajo	Medio	Alto
Desgaste emocional	Menor o igual a 18	19 - 26	Mayor o igual a 27
Despersonalización	Menor o igual a 5	6 - 9	Mayor o igual a 10
Realización personal	Mayor o igual a 40	34 - 39	Menor o igual a 33

La distribución de los ítems afirmativos dependiendo del parámetro a evaluar es:

- a) Desgaste emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- b) Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- c) Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala para medir los aspectos de cada ítem se puntúa de la siguiente manera:

- 0: Nunca.
- 1: Pocas veces al año o menos.
- 2: Una vez al mes o menos.
- 3: Unas pocas veces al mes o menos.
- 4: Una vez a la semana.
- 5: Pocas veces a la semana.

10.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN MASLACH BURNOUT INVENTORY EN MÉXICO.

Se realiza un estudio para estimar la validez de criterio esta escala en población mexicana por Francisco Javier Ortega Sánchez en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y se publica en diciembre de 2020 en la revista ConCiencia, donde se encuentran los siguientes resultados: para corroborar este ítem del instrumento Maslach Burnout Inventory se estimó el coeficiente rho de Spearman encontrando correlaciones altas con nuestra población respecto al rubro de agotamiento emocional y una relación con la aparición de síntomas emocionales psiquiátricos en esta población con una $p < 0.01$.

Por otro lado en cuanto al rubro de realización personal se encontró que a mayor puntaje de ella, menor presencia de trastornos emocionales psiquiátricos con una $p > 0.05$.

Finalmente en el rubro de despersonalización se encontró que a mayor presencia de la misma, mayor presencia de trastornos emocionales psiquiátricos con una $p < 0.01$. (51). Para la validez de constructo en nuestro país se publica por Gil-Monte, Pedro R, Sara Sandoval y Jorge I. un documento para el análisis de la misma en la revista Mexicana de Salud Mental en el mes de junio de 2009, donde se trabajó con una muestra de 698 mexicanos en los que se aplicó en Maslach Burnout Inventory y los datos fueron analizados con ayuda del programa SPSS 14 y para el análisis factorial confirmatorio se utilizó el programa LISREL 8.30, con el método de estimación de máxima verosimilitud para juzgar el ajuste global del modelo, además del índice Chi^2 se consideraron otros índices que no son afectados por el tamaño de la muestra como el *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) que mide la cantidad relativa de varianza explicada por el modelo; el *Non-Normed Fit Index* (NNFI) que habla del grado de ajuste de un modelo nulo. En ambos índices valores superiores a 0.90 se consideran indicadores de un ajuste aceptable del modelo. Finalmente el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) estima la cantidad global de error en el modelo y valores entre 0.05 y 0.08 indican ajuste adecuado del mismo. Como resultados se obtuvo una Chi^2 significativa con un valor de 481.91 y una $p < 0.001$, el índice AGFI alcanzó un valor aceptable de 0.91, indicando que la cantidad relativa de varianza explicada por el modelo fue adecuada. El RMSEA tuvo un valor de 0.055 lo que se interpreta como error adecuado de aproximación de los valores de matriz de covarianza en la población dándose el mismo caso según el índice de ajuste relativo del modelo NNFI con un valor arrojado de 0.91. Con estos valores se puede decir que el modelo de ecuaciones estructurales presenta un correcto ajuste de datos global y se confirma la validez del instrumento en nuestra población (52). Respecto a la confiabilidad del instrumento en nuestro país se publica en febrero de 2022 por Judith Banda Guzmán en la Revista Iberoamericana para la Investigación y el desarrollo un estudio cuya muestra fue constituida por 84 participantes, todos estudiantes mexicanos de El Bajío, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 10%, se utilizó el software SPSS V23 para el procesamiento de los datos y alfa de Cronbach para el análisis de la confiabilidad. El análisis de fiabilidad de acuerdo con Nunnally y Bernstein en 1994, arrojó en el estudio valores superiores a 0.7 para las tres subescalas evaluadas, lo que significa que los alfa

de Cronbach tuvieron buen nivel de confiabilidad desglosándose en 0.717 para realización personal, 0.856 para agotamiento emocional y 0.851 para despersonalización. (53)

11. MARCO CONCEPTUAL.

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez por el psiquiatra Hebert Freudenberger en el año de 1974 y desde entonces ha sido estudiado y despertado interés por numerosos autores desde inicios de la década de los ochenta (54,55).

11.1 SÍNDROME DE BURNOUT, DEFINICIÓN. El síndrome de desgaste profesional, también conocido como Burnout, se compone de tres elementos que son el desgaste emocional, la despersonalización y la baja realización personal dentro del trabajo por lo que se define como una respuesta a un estrés laboral crónico que afecta a los profesionales prestadores de un servicio. (9, 22) Se ha detectado principalmente en el marco laboral de profesionales que se centran en la prestación de servicios ya que mantienen una relación constante y directa con pacientes o personas que tienen una situación de desventaja y por lo tanto dependencia. Algunos ejemplos son los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, abogados, profesores que se enfrentan a distintos eventos que llevan consigo un grado variable de carga emocional confirmado por la OMS en el año 2000 quien define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados (56).

11.2 ESTRÉS LABORAL, DEFINICIÓN. El incremento de la carga de trabajo aumenta el número de empleados que pueden padecer problemas psicológicos con relación al estrés. Dicho estrés puede aumentar a su vez las tasas de hipertensión arterial, ansiedad, alteraciones del sueño, anhedonia y fatiga. Se ha definido al estrés como “esfuerzo agotador para mantener las funciones esenciales al nivel requerido, información que el sujeto interpreta como amenaza de peligro o como imposibilidad de predecir el futuro”.

En 1992, el autor Peiró señalaba al estrés como fenómeno adaptativo del ser humano que contribuye a su supervivencia así como un adecuado rendimiento y desempeño eficaz en los distintos aspectos de la vida. (57).

Sin embargo no todos los sujetos reaccionan de la misma forma por lo que se puede pensar que contrario a lo dicho anteriormente, un excesivo grado de estrés ocasiona en el profesional debilitamiento de capacidades y valoraciones personales que lo llevarían a su vez a estados de

frustración o apatía dentro del entorno laboral que le impedirían realizarse de forma integral y obtener logros en el ámbito profesional (58).

11.2.1 CLASIFICACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL SEGÚN SLIPACK, 1996.

11.2.1.1 ESTRÉS LABORAL EPISÓDICO. Es el que se presenta de forma momentánea y es dado por una situación que no se va a prolongar por mucho tiempo, que se enfrenta o se resuelve

y una vez resuelta o enfrentada desaparecen todos los signos y síntomas desencadenados por la misma. Ejemplo de esto es cuando una persona es reasignada a una nueva área de trabajo (59).

11.2.1.2 ESTRÉS LABORAL CRÓNICO. Se presenta cuando el sujeto se encuentra sometido a situaciones como ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, alteración de ritmos biológicos, responsabilidad con toma de decisiones muy importantes. Puede presentarse de manera recurrente si el sujeto es sometido a este agente estresante de manera indefinida (59, 60).

El estrés laboral en general puede hacerse presente cuando las demandas laborales aumentan y el trabajador comienza experimentar el trabajo como una vivencia negativa que además suele ser una situación muy común en los profesionales que mantienen una relación de ayuda constante y directa con otras personas además de vivir una sobrecarga de trabajo constante con una exigencia de cumplir expectativas algunas veces irreales. Entre las variables asociadas a esta entidad se señalan factores ambientales, características de personalidad de cada individuo (29).

11.3 ESCALA DE MASLACH (MBI). Se define como un instrumento validado y además el más utilizado para evaluar y medir la presencia o no del síndrome de Burnout. Se conforma por 22 ítems divididos en tres categorías (50):

- **Desgaste emocional.** Sensación de monotonía, apatía, desinterés, no atracción pérdida de satisfacción en su profesión por causa de las tareas y su trabajo (50).
- **Despersonalización.** Se entiende como el desarrollo de actitudes negativas, frialdad y cinismo expresados hacia los receptores de algún servicio (50).

- **Falta de realización personal.** Se define como la tendencia de autoevaluar el propio trabajo de manera negativa (50).

12. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los médicos residentes de Anestesiología se encuentran sometidos a una alta carga de trabajo y a numerosos factores de estrés y por lo tanto pueden presentar diferentes grados de Síndrome de Burnout, el cual influye tanto en la calidad de vida del médico residente como en su función familiar.

Existen pocos estudios en México sobre el síndrome de desgaste profesional o Burnout entre los médicos residentes por especialidades, sin embargo en 2012 se publicó en la Revista Mexicana de Anestesiología un artículo con la finalidad de conocer la prevalencia de este síndrome en residentes de Anestesiología arrojando una prevalencia entre 28-44% (61).

No existe literatura en nuestro país que describa una frecuencia global del síndrome dentro de los médicos residente, sin embargo, un estudio publicado en la Rvista del Instituto Mexicano del Seguro Social en la que se incluyeron algunos hospitales de Veracruz con una muestra total de 143 médicos residentes a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach, obteniendo como resultado global una frecuencia mayor en las especialidades quirúrgicas ($p=0.035$) y una asociación a la variable de tener tres o más guardias a la semana ($p=0.003$).

Lo que resulta de importancia para el presente estudio debido a que la especialidad de Anestesiología se considera del ramo quirúrgico y se lleva a cabo con un sistema de guardias ABCD lo que implica que existen semanas en las que el residente lleva a cabo tres guardias (62).

Se reitera la magnitud del problema pues síndrome de Burnout se refiere a un problema de tipo psicosocial que se presenta con mayor frecuencia en los médicos que se encuentran en formación o entrenamiento para una especialidad (médicos residentes).

Se menciona en algunos estudios nacioanales que un 5-12% de los médicos residentes presenta un grado de deterioro suficiente como para afectar seriamente su práctica laboral; con todo el daño que de ello puede derivarse tanto para los pacientes a su cargo como para sí mismos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se estima que al menos un 10-20% de los médicos residentes en activo de nuestro país se encuentran emocional y físicamente agotados, sin embargo continúan con el trabajo diario por perseguir una meta personal y profesional que es terminar una especialidad médica (33).

Por otro lado, en cuanto a la distribución del síndrome dentro de nuestro país y específicamente dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra sólo una publicación del año 2007 en la revista de la misma empresa donde se menciona que la distribución del Burnout en ese año dentro de un grupo de hospitales estudiados fue de un 17.5% en la especialidad de medicina familiar, seguido de 12.6% en anestesiología, 9.1% en cirugía general, obteniendo el mismo porcentaje para medicina interna, 8.4% para medicina del trabajo, 7.7% en ginecología y 23% en otras. Se obtuvo un porcentaje global del síndrome del 51.08% que coincidía con la variable de que los residentes de este grupo laboraban más de 80 horas por semana y el resto laboraban menos de esta cantidad encontrando asociación estadísticamente significativa con una $p=0.002$ (62).

Hablando específicamente del estado de Aguascalientes es importante mencionar que se cuenta con sedes de campo clínico para realizar especialidades y subespecialidades médicas dentro de instituciones tanto públicas como privadas, teniendo un total de 190. Dentro de las instituciones públicas se cuenta con hospitales de segundo nivel como lo es el HGZ 1, HGZ 2 (ambos del IMSS), Hospital Tercer Milenio y Hospital de la Mujer. Por otro lado tenemos hospitales también de tercer nivel; uno perteneciente a Secretaría de Salud: Centenario Hospital Miguel Hidalgo y otro perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social: HGZ3. En el campo privado la Clínica Cardiológica de Aguascalientes es la única en este ámbito que cuenta con residentes de subespecialidad de Cardiología con un total de 4 residentes por año. (63)

En el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes se cuenta con un total de 132 médicos residentes, 119 residentes de especialidades básicas y 13 residentes de subespecialidad mientras que en el Instituto Mexicano del Seguro Social hasta la actualidad no se forman médicos subespecialistas. (31). Finalmente contamos con el Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del estado que alberga residentes de la especialidad de Anestesiología, Traumatología y Ortopedia y Pediatría, con un total de 9 residentes por año. (63)

Se encuentran dentro y fuera del Estado de Aguascalientes múltiples estudios donde se analizan los posibles factores de riesgo para el desarrollo de Burnout encontrando una incidencia general que ronda alrededor del 40%; sin embargo en ninguno de estos estudios (al menos en nuestro Estado) se ha realizado o propuesto alguna intervención para disminuir su incidencia, pese a reportar incrementos en la tasa de deserción y de abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas por parte de los médicos residentes (64).

En la mayoría de los estudios hechos en residentes de nuestro país, se reportan niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, aunque en algunos estudios se han reportado niveles severos principalmente de agotamiento emocional y despersonalización. Los resultados coinciden con la literatura que menciona como principales motores del síndrome de Burnout al agotamiento emocional y la despersonalización. Además que el componente más afectado es el cinismo en el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres. (61)

Se consideran como factores principales del síndrome de Burnout la excesiva carga laboral y el poco o ausente tiempo para la educación continua, por lo que parece lógico pensar en una estrategia de prevención que involucre el número de horas para sesiones de estudio aunado a la disminución de las horas de trabajo en los médicos residentes dejando de lado la idea del aprendizaje por “rebozamiento” y la de que el mejor residente es el que está más agotado. Dichas intervenciones no han sido realizadas debido a que sigue pensándose que la presencia de Burnout dentro de los hospitales es del 0% y porque no se cree que repercuta directamente en la productividad del sistema público de salud; sin embargo el otorgar tiempo para realizar otras actividades o incluso permitir al residente acudir a terapia, sí se considera como una merma en la productividad global así como una derrama económica “innecesaria” (61).

En cuanto a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años se encuentran como el grupo de mayor riesgo (61).

En cuanto a la pareja, se ha descrito que es más frecuente la presencia del síndrome en médicos residentes que no tienen pareja o que la tienen pero no es estable y en relación a los hijos, el síndrome se vuelve más frecuente en aquéllos que no tienen hijos (63).

Garduño Juárez. en la Ciudad de México publica un estudio descriptivo que tuvo como objetivo determinar factores predisponentes para el síndrome de desgaste profesional, en los residentes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y médicos de base del servicio de Anestesiología del Hospital General de México, encontrando como principal factor de riesgo la cantidad de horas trabajadas a la semana clasificando en este trabajo riesgo bajo si se trabajan menos de 50 horas a la semana, 10 horas consecutivas trabajadas al día y sin realización de turnos nocturnos ni extensión de estos turnos al siguiente día aunado todo a diez horas de descanso entre turnos de trabajo y dos días libres de trabajo a la semana.

Se clasifican a su vez en este estudio como riesgo significativo trabajar de 50-70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1-2 turnos nocturnos por la semana y extensión de los mismos al día siguiente, así como 10 horas de descanso entre períodos de trabajo y 1 día libre de trabajo a la semana. Finalmente se describe como riesgo alto trabajar más de 70 horas a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, trabajo 3 turnos nocturnos por semana y extensión de los mismos al día siguiente así como ausencia de día libre. (37)

En cuanto a factores predisponentes para el desarrollo de Burnout en médicos residentes se pueden mencionar los siguientes dentro de la literatura y se pueden encontrar resumidos en la Tabla 4.

Variables sociodemográficas:

- Género: los resultados son contradictorios sin embargo Low et al. En 2019 realiza una revisión sistemática donde el género masculino fue un factor de riesgo para Burnout al igual que tener una edad mayor a 35 años; mientras que Rodríguez et al. En 2018 tiene resultados similares pero relacionados a ser mujer y tener una edad menor a 30 años. Pese a lo anterior, los estudios longitudinales parecen ratificar mayor riesgo para las mujeres. También hay estudios que muestran que las mujeres presentan puntajes más altos en el rubro de desgaste emocional y los hombres en el de despersonalización (33).
- Diferencias culturales: Low et al. En 2019 mencionan que en un estudio que incluye a varios países asiáticos, la prevalencia del síndrome alcanza un 60% frente a un 30% reportado en países europeos (33).

Rasgos de personalidad.

- Personalidades neuróticas e introvertidas se asocian a mayor riesgo de Burnout. Por otro lado la carencia de inteligencia emocional o la ausencia de empatía son fuertes predictores

para el desarrollo del síndrome así como la aimentación de sentimientos de autoculpa, enfado y preocupación (61).

Tipo de especialidad y año de residencia.

- En 2019 Low et al. Menciona en una revisión sistemática que especialidades como Neurología, Anestesiología, Urgencias y Cirugía General fueron las especialidades con mayor prevalencia del síndrome de Burnout en sus médicos residentes (>60%).
- En relación al año de residencia se ha descrito que tanto el primer año como el último se consideran como de mayor riesgo para el desarrollo de Burnout debido a la aparición de otros acontecimientos estresantes y posiblemente a la no satisfacción con la especialidad elegida (33).

Condiciones de trabajo.

- En los residentes se ha descrito que una elevada carga laboral, exceso de horas de trabajo, ambiente laboral hostil y en general malas condiciones en el lugar de trabajo son factores de riesgo para la aparición de estrés y Burnout, así como mala relación con sus superiores y disminución de la percepción de apoyo con sus compañeros (61).
- Guardias nocturnas, un aspecto importante en la formación sin embargo para algunos residentes podrá resultar estiumulante mientras que para otros es una fuente de ansiedad elevada por el hecho de representar una dificultad profesional extrema y por el temor a cometer errores que serán sancionados a la mañana siguiente. Diversos estudios han descrito que las guardias son una de las situaciones que crea más estrés en los residentes por lo mencionado anteriormente y por la alteración periódica del ritmo circadiano que representan (33).

En cuatno a los factores protectores para no desarrollar el síndrome en médicos residentes, destacan los siguientes dentro de la literatura y se pueden encontrar resumidos en la Tabla 4.

- Estado civil: estar asado o tener una pareja estable se considera un factor protector al igual que el tener hijos (en contra de lo que podría presuponerse por la responsabilidad que implica) (65).
- Horas de sueño y calidad de sueño: se considera un factor que puede contribuir e incluso predecir la aparición del síndrome es el dormir menos de seis horas al día y la alteración del ritmo circadiano dada por las guardias realizadas en residentes de distintas especialidades. En el año 2018 en toda cataluña se vio que antes de empezar la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

residencia solo un 10% de los residentes dormía menos de 6 horas al día, al año de residencia ocurría en un 50% y al finalizar la misma alcanzaba un 60%. La disminución de horas de sueño estaba relacionada directamente con el incremento de las horas de trabajo. La privación del sueño y la fatiga, se sabe que producen alteraciones a nivel metabólico y fisiológico por lo que prestar atención a este aspecto podría sugerir una forma de disminuir el riesgo de Burnout en los residentes (65).

- Ejercicio físico y alimentación: realizar ejercicio físico de manera regular así como practicar técnicas de relajación como el *mindfulness* se ha demostrado que son factores protectores para no desarrollar Burnout en los residentes. La práctica de ejercicio de manera regular fue la única actividad protectora demostrada para Burnout en un estudio de casi 5 000 residentes de norteamérica, sin embargo diversos estudios ponen de manifiesto que los residentes disminuyen su actividad física durante el período de formación de un 60% al inicio de la residencia a menos del 40% al término de la misma. Estos datos van de la mano con resultados arrojados en una muestra de 2 623 médicos, enfermeras y residentes de 5 países europeos en donde se demostró que la actividad física insuficiente y el mayor consumo de comida rápida se relacionan con la aparición del síndrome. El mantenimiento de ambos hábitos saludables debería considerarse una prioridad para el correcto desempeño del personal de salud (65).
- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas: los residentes que consumen alcohol con una frecuencia igual o mayor a 4 veces por semana, tienen un incremento de riesgo de *odds* de 3.3 de desarrollar el síndrome. El consumo de alcohol u otras sustancias puede producir inicialmente una sensación de alivio del estrés sin embargo empeora la fisiología cerebral a largo plazo, favoreciendo la presencia de ansiedad, depresión y Burnout por lo que el identificar el consumo en niveles de riesgo de estas sustancias dentro de los médicos residentes puede considerarse como un área de oportunidad para la prevención del desarrollo del síndrome (33).
- Actividades sociales y de ocio: un soporte social adecuado, realizar actividades sociales y mantener equilibrio entre trabajo y vida personal se han descrito como factores protectores para no desarrollar Burnout en médicos residentes. Los residentes mencionan en ciertos estudios que sociaban a momentos de relajación aquellos en los que existía la posibilidad de revisar expedientes clínicos mientras platicaban con otros residentes o

incluso con los pacientes; pero también mencionaban sentirse relajados al saber que tendrían tiempo para revisar artículos o estudiar así como contar con espacios dignos y adecuados para realizarlo; lo cual se relacionaba a mejorar el estrés laboral y por lo tanto el desarrollo del síndrome. Lamentablemente cada vez se tiende más a eliminar este tipo de espacios en los centros de trabajo de salud pública (63).

Cebriá , *et al.* En 2014 realizan un estudio descriptivo, observacional y transversal con el objetivo de determinar la incidencia del SBO en médicos residentes de Anestesiología de primer, segundo, tercer y cuarto año de la especialidad.

Teniendo como objetivo determinar la incidencia del SBO en médicos residentes así como analizar posibles factores determinantes. Se trabajó con una muestra. Los resultados arrojados fueron una incidencia del síndrome del 17.2% con una asociación significativa entre el factor de descansar anualmente al menos 15 días y la presencia de SBO así como el escaso descanso semanal asociado a altos niveles de desgaste emocional. (66)

York, 912 publicaciones) que después de los filtros de duplicado e irrelevancia culminaron en 19 publicaciones analizadas con un total de 2030 residentes. La intervención dada con más frecuencia dentro de los estudios fue la disminución de horas en la jornada laboral las cuales se asociaron con una disminución del desgaste emocional (rubro evaluado en cuestionario Maslach) con una $P < 0.001$, el cual además había sido el más común dentro de todas las publicaciones analizadas. Por otro lado la misma intervención mostró disminución en el rubro de despersonalización del cuestionario ya mencionado con una $P = 0.008$; sin mostrar diferencias significativas con dicha intervención para el apartado de realización personal (49).

Tabla 4. Factores de riesgo y protección del síndrome de Burnout en residentes y posibles áreas de trabajo para la prevención (65).

Factores de riesgo	Factores de protección	Áreas de posible intervención
<p>Individuales:</p> <p>Rasgos de personalidad (neuróticos e introvertidos).</p> <p>Historia de depresión/ansiedad.</p> <p>Factores estresantes tempranos.</p> <p>Factores estresantes en año previo.</p> <p>Elevada percepción de estrés.</p> <p>Disestrés emocional.</p> <p>Altas expectativas.</p> <p>Uso de sustancias.</p>	<p>Individuales:</p> <p>Estar casado/pareja estable.</p> <p>Capacidad de empatía.</p> <p>Inteligencia emocional.</p> <p>Horas suficientes de sueño.</p> <p>Ejercicio regular.</p> <p>Actividades de ocio.</p> <p>Relaciones sociales.</p> <p>Conciliación laboral/familiar.</p> <p>Apoyo social.</p>	<p>Individuales:</p> <p>Educación sobre la asociación de profesión y Burnout.</p> <p>Fomento a la empatía.</p> <p>Habilidades de manejo de estrés.</p> <p>Formación de habilidades psicosociales.</p> <p>Ayudar a crear expectativas adecuadas.</p> <p>Manejo eficaz del tiempo.</p> <p>Potenciar hábitos saludables.</p>
<p>Laborales:</p> <p>Primer año de residencia.</p> <p>Jornadas largas.</p> <p>Guardias.</p> <p>Falta de autonomía.</p> <p>Atención a pacientes graves.</p>	<p>Supervisión.</p> <p>Tutorías estructuradas.</p> <p>Apoyo entre compañeros.</p> <p>Espacios de descanso para residentes.</p> <p>Reconocimiento/compensación.</p>	<p>Organización de tutorías.</p> <p>Disminuir horas de guardias.</p> <p>Facilitar comunicación adscrito/residente.</p> <p>Feed-back positivo.</p> <p>Facilitar actividades grupales.</p>

La residencia médica es un sistema jerárquico donde se cuenta con compañeros de la misma especialidad que también son médicos residentes pero que tienen mayor grado dentro de la misma y por lo tanto representan una figura de autoridad año con año; por otro lado se encuentra la figura de los médicos adscritos quienes crean espacios de diferenciación controlada dentro de modelos de disciplina jerarquizada que terminan formando parte de ambientes autoritarios disfrazados de reformas educativas. Estos modelos lejos de ser señalados y criticados, han sido aplaudidos y prolongados por el resto de los residentes y médicos adscritos, simetiando a los residentes de menor jerarquía a un ambiente laboral hostil y de maltrato que los llevan a la renuncia de su objetivo inicial de ser médico especialista, al abuso de sustancias o incluso en algunos casos a atentar contra su propia vida. (55).

Debido a que el presente estudio es de tipo descriptivo, no se realizará ninguna intervención de prevención o tratamiento del síndrome sin embargo se informará a las autoridades correspondientes a cerca de los resultados que arroje el mismo para implementar alguna estrategia de prevención o tratamiento (según sea el caso) debido que hasta ahora no se cuenta con ninguna acción de ningún tipo frente a esta patología dentro del Hospital General de Zona número 3 del IMSS Aguascalientes. Se enlistan algunas posibles acciones ciudad en la literatura a continuación:

Intervenciones preventivas: al igual que cualquier otro problema de salud, la prevención es esencial en el Burnout en el cual la profilaxis puede estratificarse en tres niveles; optimización de las estructuras organizacionales y procesos de trabajo, facilitación de la integración de cada residente a su lugar de trabajo particular y abordaje de aspectos personales de cada residente (67).

En el punto de estructuras organizacionales e incluyen las jerarquías y roles de trabajo dentro de la residencia así como normativas, políticas y responsabilidades específicas para cada año de la misma. Aspectos como estilos de supervisión persecutorios y punitivos así como la falta de autonomía se identifican como promotores de SBO mientras que la participación activa en la toma de decisiones y disponibilidad de reconocimiento prevendrían la aparición del síndrome (67).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Igual de importante se considera el integrar a los residentes a su lugar de trabajo siendo prioritario el mantener equilibrio entre el trabajo y el tiempo libre así como la disponibilidad de atención de

salud mental apropiada para los residentes promoviendo actividades de crecimiento personal, talleres de manejo de estrés y resolución de problemas así como brindar el tiempo necesario para acudir a ellos por parte de la institución (67).

El principal enfoque de la prevención es la construcción de la resiliencia en el médico residente, para este objetivo las intervenciones serán dirigidas a la discusión de las actitudes dadas hacia la propia profesión, la valoración social del médico, conocimiento de interés pero también de las propias limitaciones (67).

Como intervenciones terapéuticas la literatura menciona que una vez establecido el SBO en el personal médico, toman relevancia acciones adicionales a las preventivas como rescate, enfocadas en el residente afectado (67).

Una vez identificado el caso es importante intentar resolver las principales fuentes de estrés laboral relacionadas con el residente afectado a corto y largo plazo, se debe contactar a los servicios psicológicos, psiquiátricos y de trabajo social necesarios para proveer atención inmediata y especializada en salud mental. La creación de relaciones duraderas y fructíferas entre residentes y adscritos o compañeros afines a sus intereses profesionales parece ser una alternativa con datos anecdóticos muy prometedores para el abordaje terapéutico del SBO (67).

Posiblemente se considere un tema sumamente estudiado tanto en otras latitudes del mundo como en nuestro país, se han identificado posible factores de riesgo así como áreas de oportunidad para la prevención del síndrome sin embargo pese a toda esta información que incluso podría hacer pensar que el presente estudio es redundante, cabe la pena mencionar que en nuestro ambiente local no se tienen estadísticas a cerca de la incidencia del síndrome y hablando específicamente del Hospital General de Zona número 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social es importante resaltar que dentro de sus médicos residentes en activo dentro de la especialidad de Anestesiología, más de la mitad de ellos ha desertado en el primer año desde que esta sede fue abierta para realizar dicha especialidad, además de que se han encontrado casos de consumo de fármacos controlados por parte de los residentes de esta especialidad precisamente por mencionar sentirse agotados y buscar una falsa fuente de energía en ellos. El síndrome de Burnout es cierto ha sido ampliamente estudiado pero no en nuestro ambiente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

interno, e incluso a nivel mundial pues a pesar de que cuando se realizan estudios experimentales para probar la disminución de su aparición en residentes y demostrar que sí son efectivas intervenciones como la disminución de horas de trabajo o el tener tiempo libre;

una vez terminado el estudio estas acciones terminan con él y no vuelven a aplicarse, por lo que sigue siendo una interrogante el por qué sigue menospreciándose la incidencia del síndrome, sus causas y su posible prevención.

En nuestro ambiente local, hablando específicamente del HGZ3 no se cuenta hasta la actualidad con ningún estudio que hable de la incidencia del síndrome y dado que es una entidad prevenible, es de suma importancia disponer de estos datos en nuestra localidad, (Hospital General de Zona 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes); para poder elaborar planes de prevención bien estructurados y no sólo dejarlo en cuestionarios anuales que se realizan y quedan archivados sin ninguna intervención.

Cabe mencionar que esta sede de especialidades médicas específicamente en Anestesiología cuenta cada año con un alto índice de deserción la cual fue del 50% en 2019, 50% en 2020 y nuevamente del 50% en 2021 (presentando su renuncia tres de seis residentes en los tres años), siendo en las tres generaciones médicos residentes de primer año los que abandonaron la especialidad, lo que llama la atención pues en Aguascalientes se cuenta con otras dos subsedes para la realización del primer año de residencia médica que son conformadas por el HGZ1 y el HGZ2 donde la deserción en los mismos tres años ha sido del 0%.

De lo anteriormente mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación.

13. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál será la incidencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3 IMSS Aguascalientes?

14. JUSTIFICACIÓN.

En México así como en otros países alrededor del mundo existe una creciente preocupación por la presencia del Síndrome de Burnout en el personal médico pues representa la amenaza más importante en el mundo actual que acecha la salud de estos profesionales, teniendo repercusiones en su función familiar y rendimiento laboral.

Tradicionalmente se ha considerado al médico como una figura poco vulnerable dentro de su profesión y protegida del estrés laboral; sin tomar en cuenta que las características de su trabajo demandan alto poder intelectual pero también un alto control emocional y manejo de actitudes.

Esta patología preocupa aún más cuando se ha empezado a hablar de esta ya no sólo en médicos sino también en estudiantes de los últimos grados de la carrera de medicina y en médicos recién egresados o que han iniciado la residencia médica como parte de su formación académica. Cabe mencionar que la transición de la vida universitaria hacia la vida laboral es una de las fases más críticas de la profesión médica pues implica la presentación de una triada conformada por largas jornadas de trabajo, privación de sueño y fatiga que llega a afectar a la mayor parte de los jóvenes médicos al inicio de su carrera. A lo anterior hay que sumar variables como la angustia dada por el constante contacto con el sufrimiento, enfermedad y muerte humana, la constante presión por formarse y las responsabilidades que se adquieren año con año conforme se avanza dentro de la residencia médica que en conjunto pueden dar lugar a los primeros signos de fatiga.

El médico residente está especialmente expuesto debido a las horas trabajadas que se acumulan por semana así como el ambiente de estrés laboral constante y la personalidad que se desarrolla durante esta etapa de su formación académica. Todo lo anterior hace que la residencia médica que es un período de estrés constante donde se desarrolla conocimiento de manera exponencial dentro de una especialidad de la medicina en un corto lapso de tiempo lleve al residente a generar diversos grados de responsabilidad, estrés y probablemente sensación de poco o mínimo control de su vida, haciéndolo más susceptible a la adquisición de Burnout.

Dentro de la residencia médica el estrés es casi inevitable pues será parte de la formación diaria del que se encuentre dentro del ámbito hospitalario; sin embargo este estrés puede llevar al desarrollo de sentimientos de insuficiencia en el trabajo y soledad, sentimientos de incapacidad, falta de apoyo y desesperanza.

La detección del síndrome cobra importancia debido a que la instalación de éste en el médico residente, puede reducir la calidad de la educación del mismo al propiciar conductas poco motivacionales y un bajo compromiso con el trabajo.

La presencia del síndrome de Burnout afecta no solamente la salud del personal médico residente sino que también puede mermar la calidad de atención médica que el médico en formación otorga al residente y a sus familiares. Un médico quemado puede además desarrollar

conductas de maltrato hacia sus compañeros de menor jerarquía, pacientes y familiares, lo que provoca deterioro de sus relaciones interpersonales y mayor desgaste a nivel profesional.

Los factores de riesgo psicosocial a consecuencia de las condiciones de trabajo inciden en la salud de los médicos residentes a través de respuestas tanto psicológicas como fisiológicas que conducen finalmente a crear estrés laboral definido por la literatura como la respuesta del organismo al desequilibrio entre lo que se exige y lo que se espera de él así como su capacidad de responder. Si esta situación se prolonga en el tiempo puede producir alteraciones emocionales, cognitivas, de comportamiento y fisiológicas negativas como respuesta a dicho estrés.

En el caso específico de los médicos residentes de Anestesiología, diversas referencias bibliográficas encuentran como posible origen del estrés laboral dentro de su área al hecho de que no se les proporciona tiempo ni espacio para el descanso así como carencia de equipos adecuados de protección, diagnóstico, el inapropiado funcionamiento de los procesos de cada institución y al ambiente de subordinación con las especialidades quirúrgicas.

A consecuencia del estrés laboral en médicos residentes de México se han realizado diversos trabajos centrados en las respuestas negativas que se tienen para afrontar el mismo tales como: consumo de cigarrillo, alcohol, café, marihuana, bebidas energizantes, fentanilo y benzodiacepinas entre médicos residentes de esta especialidad.

Otro estudio en México en residentes de Anestesiología cuyo objetivo era identificar las características de aparición del síndrome de Burnout y su incidencia, encontró que la mayoría trabajaba en promedio 99.6 horas a la semana, concluyendo que este síndrome afectaba al 33% de los participantes siendo mayor la incidencia en los residentes de tercer año (R3) y la modalidad con mayor presencia fue el desgaste emocional.

La OMS en su 72ª asamblea en Ginebra, reconoce oficialmente como enfermedad al Burnout en la revisión del CIE 11, que entro en vigencia el 1º de enero del 2022. En el CIE se define la totalidad de enfermedades conocidas y reconocidas asignando un código, es el estándar universal de la clasificación de diagnósticos con la finalidad de contar con una herramienta para notificar enfermedades y patologías con finalidad clínica, estadística, investigación, siendo la base para hacer el seguimiento al desarrollo mundial de la enfermedad. Tomando en cuenta todo lo anterior, se considera de la mayor relevancia afrontar esta problemática en los residentes de anestesiología del Hospital General de Zona 3 del IMSS, pues repercute en su salud, bienestar,

convivencia laboral y familiar así como en su desempeño profesional que puede afectar la salud y vida de los pacientes que se encuentran bajo su responsabilidad.

La finalidad que tiene este estudio y los resultados que arroje será el intentar dar una posible respuesta a la problemática de deserción que presenta este nosocomio como sede de residencias médicas, la cual es del 50% en la especialidad de Anestesiología desde el primer año en el que se ofertó realizar dicha especialidad en el mismo (año 2019).

Lejos de pensar que es un tema muy estudiado y analizado en múltiples latitudes del mundo y que por ello pierde peso estudiarlo una vez más, en este estudio tomamos en cuenta el ambiente local en el que se vive dicha problemática pues a pesar de ser una sede de residencia médica relativamente pequeña si se compara con los grandes institutos de salud, se encuentra en ella un considerable nivel de presión psicológica que se muestra en las estadísticas como disciplina y alto rendimiento académico.

A los médicos residentes de esta sede se les realizan test psicológicos cada año de manera obligatoria, sin embargo los resultados de dichos exámenes nunca son notificados ni al propio paciente (en este caso el médico residente) y mucho menos se ha sugerido una posible solución pues resultaría un tanto absurdo buscar soluciones a un problema que hipotéticamente no existe.

Con el presente estudio se persigue hacer un reporte real de qué es lo que está sucediendo con los médicos residentes de Anestesiología de esta sede a nivel de desgaste emocional, realización personal y despersonalización englobando los resultados como lo que se conoce como síndrome de Burnout y valorar las posibles variables que pueden intervenir en el desarrollo del mismo en nuestro ambiente local para posteriormente informar a las autoridades de enseñanza de esta delegación la incidencia real de este problema, informarlos de la situación psicológica actual de sus médicos residentes de Anestesiología y de esta manera hacerles ver que una evaluación psicológica anual que ni siquiera reporta resultados, no ha sido una buena estrategia pues después de tres años la deserción sigue siendo la misma, el consumo de sustancias lícitas e ilícitas sigue creciendo y sus residentes siguen trabajando y tratando pacientes olvidando la misma institución que sus médicos también necesitan ser tratados y tomar acciones sobre la problemática; pero para que esto suceda es necesario hacerles ver a las autoridades que dicho problema aunque suene tan estudiado alrededor del mundo, también forma parte de su ambiente local, mostrarles la incidencia a este nivel pues aunque no se estudie y se ignore no deja de tener repercusiones en la vida de los residentes y los pacientes día con día.

Un estudio de Burnout como el que se presenta, se fundamenta en la necesidad de sensibilizar al personal que forma parte del ambiente del HGZ3, IMSS, Aguascalientes a cerca de la repercusión sobre la integridad psicosocial y física de este síndrome y el posible impacto en el sistema de salud. De esta manera no solo serán favorecidos los médicos residentes sino también el sistema de salud tal cual y por supuesto los pacientes en beneficio de la comunidad toda.

Es importante recordar que una línea de investigación una vez abierta se considera una puerta para obtener conocimiento a nivel local que nunca debe considerarse despreciable, pues forma parte de pequeños cambios que precisamente deben iniciarse a nivel local para después tener repercusión global.

Al ser parte del cuerpo de médicos residentes se permite transferir rápidamente el conocimiento obtenido en este estudio al ámbito académico del IMSS Aguascalientes, presentando los resultados en actividades de formación en un futuro dentro del HGZ3 así como en alguna sesión general del mismo para involucrar a todo el personal que labora en este nosocomio y poder considerar la posible implementación de un equipo de intervención para el problema en el futuro.

La problemática de los riesgos psicosociales en los médicos residentes no solo se presenta a nivel México, América o Europa; es de carácter mundial por lo que organismos internacionales como la OMS y la OIT se encuentran en franca y abierta lucha por su diagnóstico, erradicación y prevención.

15. OBJETIVOS.

15.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia del síndrome de Burnout en los residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3 IMSS Aguascalientes.

15.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer la prevalencia de desgaste emocional en los residentes de segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3 IMSS Aguascalientes.
- Describir la prevalencia de despersonalización en los residentes de segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3 IMSS Aguascalientes.
- Describir la prevalencia de realización personal en los residentes de segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3 IMSS Aguascalientes.

16. MATERIAL Y MÉTODOS.

Previa autorización de este protocolo por el comité local de ética e investigación, así como después de contar con carta de consentimiento informado se llevó a cabo el presente estudio en el Hospital General de Zona 3 del IMSS, Aguascalientes.

17. TIPO DE INVESTIGACIÓN/DISEÑO. Observacional, descriptivo, de corte transversal.

18. POBLACIÓN/UNIVERSO DE INVESTIGACIÓN. Se realizó un estudio de septiembre a octubre de 2022 a médicos residentes de segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del Hospital General de Zona 3 IMSS de Aguascalientes, México, los cuales comprenden un un total de 28 médicos residentes de Anestesiología con 13 residentes de segundo año (G1) y 15 residentes de tercer año (G2) que tuvieron la libertad de decidir aceptar o no participar, sin afectar su desarrollo en la especialidad firmando el formato de consentimiento informado.

19. TAMAÑO DE LA MUESTRA: El muestreo fue no probabilístico por conveniencia con la finalidad de recabar la mayor cantidad de encuestas posibles y dado que se tiene un número limitado de posibles participantes, (28 médicos residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología) determinado por la plantilla del personal del HGZ3 IMSS, Aguascalientes.

20. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

20.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Médicos residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología adscritos al Hospital General de Zona 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes.
- Cualquier género y edad.
- Que se encontraran de pre guardia.
- Que aceptaran participar en el estudio bajo consentimiento informado.
- Que se encontraran en el Hospital Sede en el período de captura del estudio.

20.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Médicos residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología adscritos al Hospital General de Zona 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes que se encontraran de vacaciones durante la aplicación del instrumento.
 - Médicos residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología adscritos al Hospital General de Zona 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes que se encontraran realizando rotación clínica en otro hospital durante la aplicación del instrumento.
 - Médicos residentes de tercer año de la especialidad de Anestesiología adscritos al Hospital General de Zona 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes que se encontraran realizando rotación de campo (servicio social) durante la aplicación del instrumento.
 - Negativa del médico a participar en el estudio, no encontrarse en la sede en ningún momento del tiempo marcado para la recolección de datos.
 - Médicos residentes que se encontraran post guardia.

20.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Ausencia de firma en consentimiento informado
- Letra ilegible al llenar el instrumento.
- Que no se completara el llenado del cuestionario de manera correcta.
- Médico residente que solicitó de manera voluntaria su eliminación del estudio.

21. DISEÑO ESTADÍSTICO.

21.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se empleó el programa SPSS 22 comercial para Windows, se realizó estadística descriptiva para conocer la distribución de las variables, aquellas que no cumplieron criterios de normalidad con Kolmogorov Smirnov y pruebas de asimetría y curtosis se reportaron como mediana y percentiles. Las variables categóricas se reportaron como frecuencia y porcentaje. Cualquier valor de p menor a 0.05 se consideró como estadísticamente significativo. Cualquier valor de p menor a 0.05 se consideró como estadísticamente significativo. Se aplicó la prueba estadística de Chi-Cuadrado de Pearson para evaluar asociación entre las variables categóricas y el diagnóstico de Burnout.

21.2 FECHA DE INICIO. Desde el momento en que se aprobó el presente trabajo por parte del comité responsable y se contó con el folio correspondiente.

21.3 ÁMBITO. El estudio se realizó en el espacio físico comprendido por el auditorio del Hospital General de Zona 3 del IMSS, Aguascalientes; que cumplió con las dimensiones, seguridad y comodidad para la realización del cuestionario.

21.4 INVESTIGADOR. Acompañó al participante durante este proceso para resolver dudas en caso de no comprender alguna pregunta.

21.5 PARTICIPANTE. Firmó el consentimiento informado y contestó el cuestionario en el tiempo que él o ella necesitó de manera totalmente anónima.

21.6 INTERVENCIÓN. Inició en el momento en el que el participante una vez que fue explicado el trabajo que se pensaba realizar, decidió participar en él y accedió a contestar el cuestionario. Se otorgó entonces el consentimiento informado junto con el cuestionario impresos, además de bolígrafo para la firma del primero y el llenado del segundo, se explicó al participante que durante el llenado del cuestionario sería acompañado por el investigador en caso de que surgiera alguna duda para el llenado sin embargo no existiría algún límite de tiempo para llenar el instrumento.

21.7 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN. Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión en español previamente validado, traducido a esta lengua por el Dr. José Carlos Mingote Adán, de la Universidad Complutense de Madrid, compuesto por 22 ítems con respuestas tipo Likert (0-6) con los que se evaluaron los elementos de desgaste emocional, despersonalización y realización personal, de los cuales 9 se englobaron dentro del desgaste emocional, 5 en la despersonalización y 8 en la realización personal. En el desgaste emocional se valoró la vivencia de estar agotado emocionalmente debido a las exigencias del trabajo, con una puntuación máxima de 54 puntos, puntuaciones mayores a 27 se tomaron como nivel alto, entre 19 y 26 moderado y al ser inferiores a 19 bajo. La despersonalización valoró el grado en que se reconoce por cada individuo la presencia de actitudes de frialdad y distanciamiento con puntuación máxima de 30 puntos, superiores a 10 se tomaron como puntaje alto, de 6-9 moderado e inferiores a 6 bajo.

Finalmente la realización personal evaluó los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo con puntaje máximo de 48 puntos tomando como realización personal alta puntajes por arriba de 40, de 34 a 39 intermedia y menor a 33 baja.

En caso de obtener puntuaciones compatibles con desgaste emocional bajo, despersonalización baja y realización personal alta se consideró que NO existe Burnout pero en el resto de los casos se dio diagnóstico positivo del mismo.

21.8 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Todos los sujetos implicados fueron invitados a participar en el estudio, quedando plasmada su voluntad de hacerlo por medio de su firma en el consentimiento informado y se les entregó una encuesta basada en el MBI. La aplicación del cuestionario se realizó en el auditorio de usos múltiples del Hospital General de Zona 3 del IMSS, Aguascalientes.

El investigador principal y asociado otorgaron el consentimiento informado para que los participantes lo firmaran, en caso de estar de acuerdo en participar se entregó el instrumento Maslach Burnout Inventory haciéndole saber a los participantes que la información era totalmente confidencial a menos que requieran ayuda profesional, la cual se ofertará siempre y cuando aceptara el participante ser enviado con el servicio correspondiente para su evaluación completa y especializada.

El investigador principal y asociado estuvieron durante todo el proceso de recolección de información para aclarar cualquier duda con el llenado del instrumento.

La recolección de datos se realizó de la segunda semana de agosto 2022 a la segunda semana de Octubre, de Lunes a Domingo en el auditorio de usos múltiples del Hospital General de Zona 3 del IMSS, Aguascalientes, en un horario de 8:00 hrs a 14:00 hrs dependiendo de la disponibilidad de los participantes y se aplicó a todos los médicos residentes de pre guardia, excluyendo a los que se encuentren post guardia, a los cuales se les realizó el cuestionario cualquier otro día que no se encuentren post guardia.

Al concluir con la recolección de datos se continuó con el análisis estadístico de la información.

22. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

TABLA NÚMERO 5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Codificación de respuestas
----------	--------------------------	---------------------------	---------------------	-------------------------------

Residente de Anestesiología.	Médico graduado que se encuentra realizando la especialidad en Anestesiología, para lo cual realiza su etapa de entrenamiento durante 3 años dentro de alguna institución de salud de México (30).	Tipo de contratación en IMSS.	Cualitativa ordinal	Residente 2 (R2). Residente 3 (R3).
Sexo	Características orgánicas específicas del género que diferencian al hombre de la mujer (68).	Sexo registrado.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Mujer 2.Hombre
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el tiempo presente (69).	Años cumplidos.	Cuantitativa Discreta	Años 1.Menos de 25 años 2.26-30 años 3.31-35 años 4.36-40 años
Estado civil	Concepto legal en la legislación mexicana dentro del Código Civil Federal (68).	Condición de una persona en cuanto a relaciones de familia.	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Concubinato
Lugar de nacimiento	Entidad federal, país o territorio extranjero donde nació la persona empadronada.	Estado de la república de donde es originario.	Cualitativa Nominal.	Estados de la República Mexicana.
Visita a la familia	Persona o conjunto de personas que van a ver a otra u otras.	Con qué frecuencia visita a su familia.	Cualitativa Ordinal.	Diario. Semanal. Mensual.

				Otro.
Enfermedad	Alteración del funcionamiento de un órgano o del organismo animal o vegetal causada por algún factor externo o interno.	Se ha presentado alguna enfermedad durante la realización de la residencia.	Cualitativa Nominal.	Sí No
Incapacidad	Falta de capacidad para hacer, recibir o aprender.	Se ha presentado incapacidad alguna vez durante la residencia.	Cualitativa Nominal	Sí No
Calidad de la residencia	Conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan a una cosa o persona.	Calificación otorgada a la infraestructura, cuarto de residencia, enseñanza, alimentación, uniformes.	Cualitativa Ordinal	Excelente Buena Regular Mala Deficiente
Guardias	Servicio obligatorio que se realiza por turnos y que se hace fuera del horario normal de trabajo del profesional de ciertas áreas.	Sumatoria de días de guardia realizadas en el último mes.	Cuantitativa Discreta	Número de guardias hechas en el mes
Número de horas trabajadas en la última semana	Suma total de las horas trabajadas en una semana dentro del hospital.	Número de horas trabajadas en la última semana.	Cuantitativa Discreta	Número de horas trabajadas en la semana
Hospital Subsele	Hospital donde se realiza el primer año de la residencia médica que cuenta con instalaciones y personal adecuados para el desempeño de la misma.	Hospital donde se realizó el primer año de residencia.	Cualitativa nominal	Hospital General de Zona 1 Hospital General de Zona 2

				Hospital General de Zona 3
Vacaciones	Los médicos residentes tendrán derecho a dos períodos vacacionales al año compuestos por 10 días hábiles (70).	Días hábiles disfrutados, divididos en dos períodos anuales.	Cuantitativa Discreta	Días primer periodo. Días segundo periodo.
<p>Síndrome de Burnout.</p> <p>Se integra por tres dimensiones:</p> <p>Se deberán reunir puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera.</p>	<p>DESGASTE EMOCIONAL .</p> <p>Sensación de monotonía, apatía, desinterés, no atracción pérdida de satisfacción en su profesión por causa de las tareas y su trabajo. Se define de manera operacional como la intensidad del trastorno que se valora en bajo, medio y alto de acuerdo con el puntaje correlacionado con otras variables (61)</p>	<p>9 Preguntas, valora la sensación de estar exhausto emocionalmente por las demandas laborales.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Bajo (0-16 puntos).</p> <p>Medio (17-26 puntos).</p> <p>Alto (más de 27 puntos).</p>
	<p>DESPERSONALIZACIÓN.</p> <p>Conceptualización e interpretación de los problemas de manera superficial y ordinaria, sentimientos de culpa por la situación, pérdida de empatía con los pacientes, desinterés en sus actividades. Se define de manera operacional por su intensidad en bajo, medio y</p>	<p>Consta de 5 ítems, valora el grado que cada uno reconoce actitudes de frialdad y/o distanciamiento.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>Bajo (0-8 puntos).</p> <p>Medio (9-13 puntos).</p> <p>Alto (más de 14 puntos).</p>

	alto de acuerdo con el puntaje correlacionado con otras variables (61).			
	<p>REALIZACIÓN PERSONAL.</p> <p>Se siente capaz para realizar su trabajo profesional. Se define de manera operacional como bajo, medio y alto correlacionando el puntaje con otras variables. (61).</p>	<p>Compuesta de 8 ítems. Evalúa la sensación de autoeficacia y realización personal</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Bajo (38-47 puntos). Medio (31-36 puntos). Alto (menor a 30 puntos).</p>

23. ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio se desarrollará en estricto apego a los principios expuestos en la declaración de Helsinki, además respetando los principios éticos de respeto por las personas (autonomía), beneficencia (no maleficencia) y justicia plasmados en el reporte de Belmont. Destacamos también la importancia capital de contar con el consentimiento informado voluntario de los participantes.

El presente protocolo se rige por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que de acuerdo con la clasificación del riesgo establecida en el artículo 17 quedaría dentro de la siguiente: investigación sin riesgo (33).

Los datos de los participantes serán manejados en estricto apego a Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Se recabará consentimiento informado (Anexo 2) de todos los participantes previa explicación de la justificación y objetivo de estudio, el procedimiento, los posibles riesgos (posible presentación de una crisis emocional al momento de contestar el cuestionario, para lo cual se tendrá el apoyo del personal de psicología de SPPSTIMSS del HGZ3) beneficios entre los que destacan el hecho de hacer una detección oportuna de este síndrome en el personal becario del servicio de anestesiología (médicos residentes) para así mejorar la calidad de la atención del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

derechohabiente. Se explicará que de obtener resultados patológicos se buscará la forma de referir a que reciban la atención médica y/o psicológica necesaria con el beneficio de disminuir riesgos laborales y mejor ambiente de trabajo. No existirán formas de coerción para la participación en el proyecto, siendo libre y voluntaria su decisión.

24. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.

24.1 RECURSOS HUMANOS.

1. Médico residente de la especialidad de Anestesiología (tesista).
2. Investigador responsable (asesor de tesis).

24.2 RECURSOS TECNOLÓGICOS.

1. Equipo de cómputo con acceso a internet.
2. Software estadístico SPSS V22.
3. Software Microsoft Office.
4. Equipo para impresión.

24.3 RECURSOS MATERIALES.

1. Hojas de máquina tamaño carta.
2. Bolígrafos.
3. Carpeta organizadora.

24.4 RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA.

- Auditorio de usos múltiples del Hospital General de Zona 3, IMSS, Aguascalientes.

24.5 RECURSOS FINANCIEROS.

- Paquete de 500 hojas blancas tamaño carta \$49.00
- Caja de 12 bolígrafos punto fino \$48.00
- Carpeta organizadora \$114.89
- Financiado por el tesista.

25. RESULTADOS.

Siguiendo el plan de análisis estadístico de los datos, se aplicó a las variables cuantitativas análisis estadístico de frecuencias para evaluar asimetría y curtosis y las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Esto con el propósito de determinar si las variables satisfacen los criterios de normalidad. Las variables evaluadas fueron “No. de guardias de 24 horas en el último mes”, “No. de guardias de 36 horas en el último mes”, “No. de horas trabajadas en turno nocturno”, “horas trabajadas en fin de semana y días festivos en el último mes” y “horas en total trabajadas en la última semana”.

En el caso de la prueba de asimetría y curtosis todas las variables presentaron un error estándar tanto de asimetría como de curtosis por encima del -2 y por debajo del 2. Razón por la cual se asume que la distribución de frecuencias se encuentra dentro de los rangos aceptables de normalidad (Tabla 6).

TABLA NÚMERO 6. ESTADÍSTICOS.

		No. de guardias de 24 horas en el último mes	No. de guardias de 36 horas en el último mes	No. de horas trabajadas en turno nocturno (22:00 - 6:00 hrs)	Horas trabajadas en fin de semana y días festivos en el último mes	Horas en total trabajadas en la última semana
N	Válido	28	28	28	28	28
	Perdidos	0	0	0	0	0
Asimetría		1.332	-.912	-.175	.867	-.889
Error estándar de asimetría		.441	.441	.441	.441	.441

Curtosis	2.983	3.844	1.321	-.640	.608
Error estándar de curtosis	.858	.858	.858	.858	.858

En el caso de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk el análisis se llevó a cabo de la siguiente manera. Se postuló como hipótesis nula la homogeneidad de la distribución de las variables analizadas y como hipótesis alterna la diferencia en dicha distribución.

Tanto en la prueba Kolmogorov-Smirnov como en la prueba Shapiro-Wilk, sólo se halló un $p > 0.05$ en la variable “No. de horas trabajadas en turno nocturno”, por lo cual fue la única en la que no se rechazó la hipótesis nula (ver Tabla 7). En consecuencia, la variable “No. de horas trabajadas en turno nocturno” se acepta con distribución normal. Las variables restantes serán consideradas como variables cuantitativas sin distribución normal.

TABLA NÚMERO 7. PRUEBAS DE NORMALIDAD.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
No. de guardias de 24 horas en el último mes	.433	28	.000	.661	28	.000
No. de guardias de 36 horas en el último mes	.271	28	.000	.831	28	.000
No. de horas trabajadas en turno nocturno (22:00 - 6:00 hrs)	.153	28	.093	.949	28	.190
Horas trabajadas en fin de semana y días festivos en el último mes	.264	28	.000	.804	28	.000

Horas en total trabajadas en la última semana	.173	28	.032	.916	28	.027
---	------	----	------	------	----	------

a. Corrección de significación de Lilliefors

Así, siguiendo el plan de análisis estadístico de datos, sólo se realizaron estadísticos descriptivos a la variable con distribución normal, los cuales se muestra en la tabla número 8.

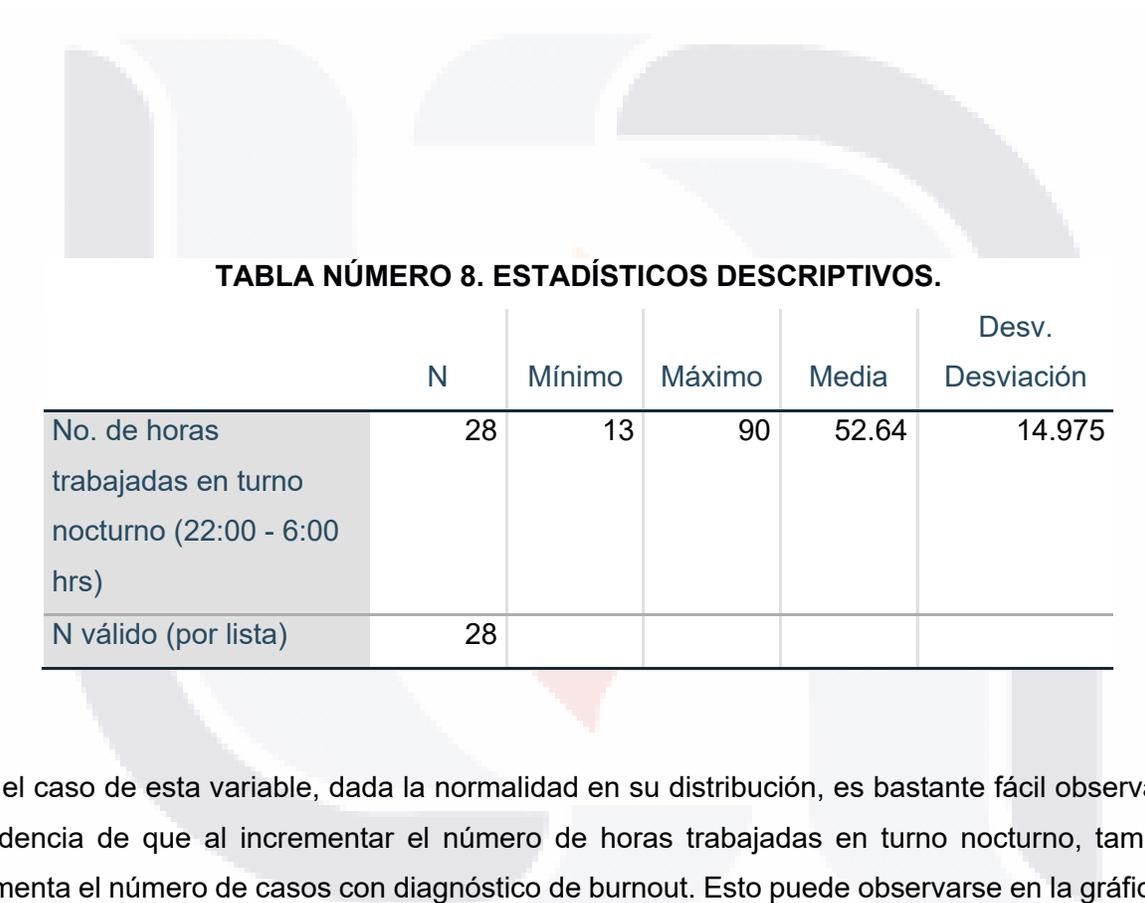
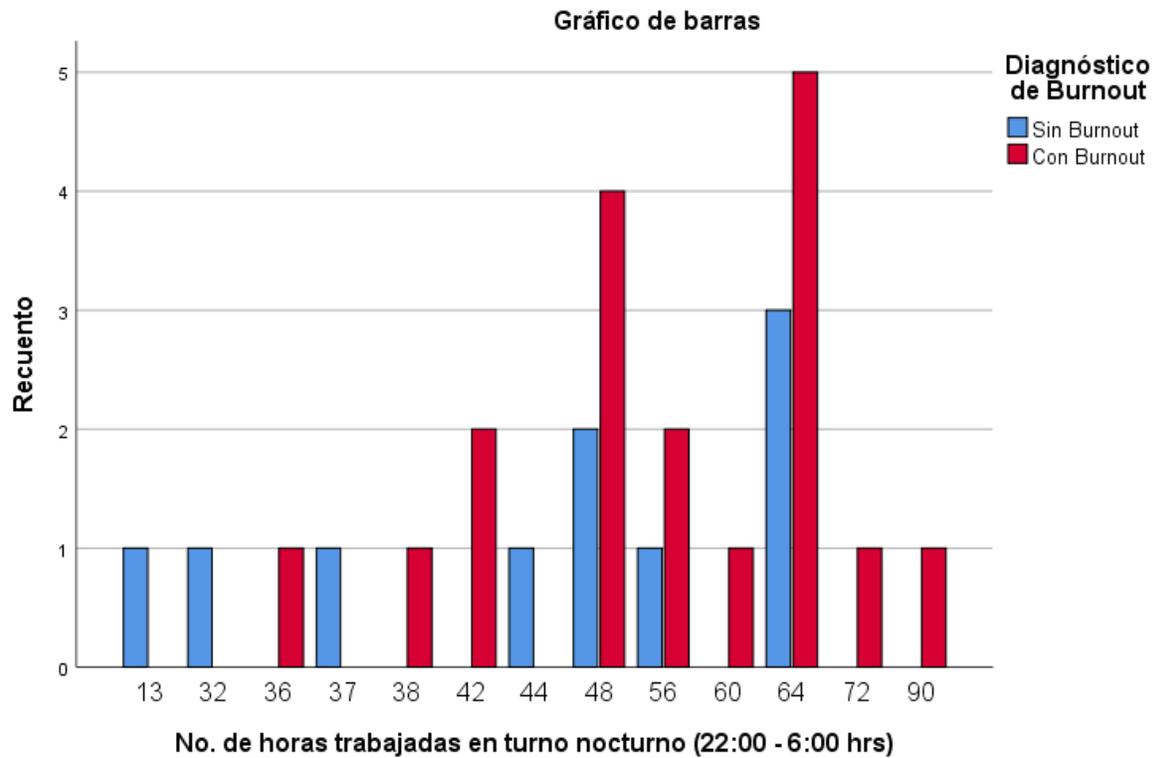


TABLA NÚMERO 8. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
No. de horas trabajadas en turno nocturno (22:00 - 6:00 hrs)	28	13	90	52.64	14.975
N válido (por lista)	28				

En el caso de esta variable, dada la normalidad en su distribución, es bastante fácil observar la tendencia de que al incrementar el número de horas trabajadas en turno nocturno, también aumenta el número de casos con diagnóstico de burnout. Esto puede observarse en la gráfica 1.

GRÁFICA 1. NO. HORAS TRABAJADAS EN TURNO NOCTURNO Y DIAGNÓSTICO DE BURNOUT.



En el caso de las variables restantes sólo se determinaron la mediana y percentiles, los cuales se muestran a continuación en la tabla número 9.

TABLA NÚMERO 9. MEDIANA Y PERCENTILES.

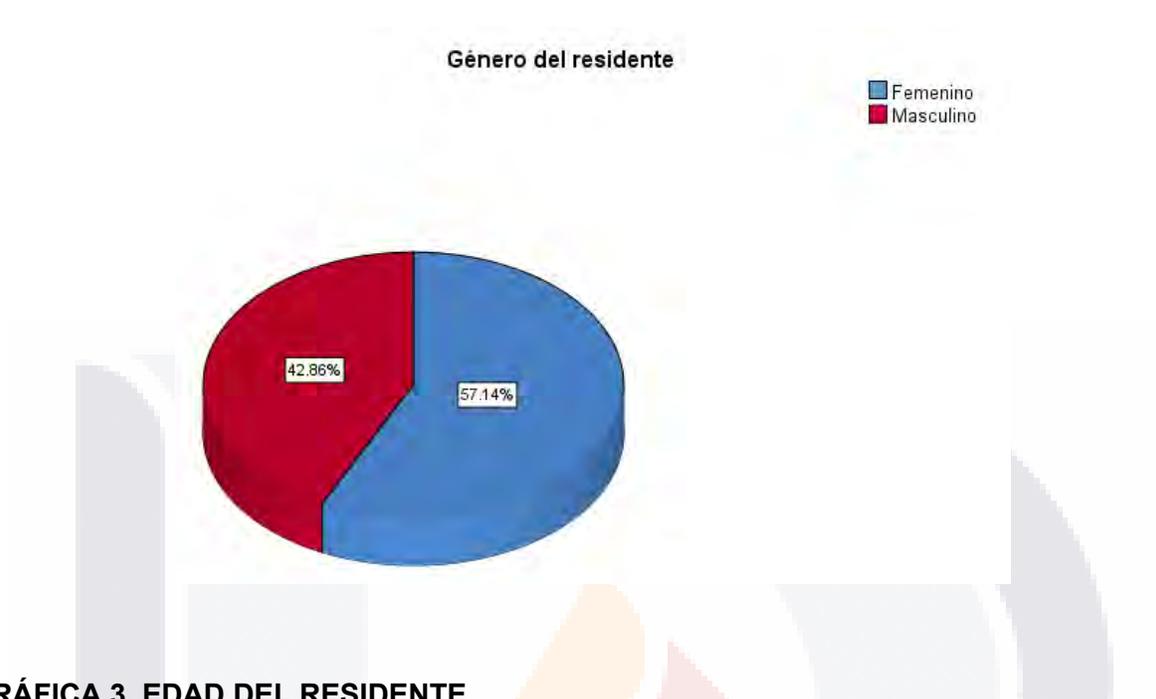
N		No. de guardias de 24 horas en el último mes	No. de guardias de 36 horas en el último mes	Horas en total trabajadas en la última semana	Horas trabajadas en fin de semana y días festivos en el último mes
		Válido	28	28	28
	Perdidos	0	0	0	0

Mediana		2.00	6.00	83.50	49.00
Percentiles	10	2.00	4.90	63.90	48.00
	20	2.00	5.00	72.00	48.00
	30	2.00	5.00	74.80	48.00
	40	2.00	6.00	78.60	48.00
	50	2.00	6.00	83.50	49.00
	60	2.00	6.00	88.20	54.80
	70	2.00	6.00	90.00	63.60
	80	3.00	6.00	90.00	72.00
	90	3.00	7.10	94.20	72.80

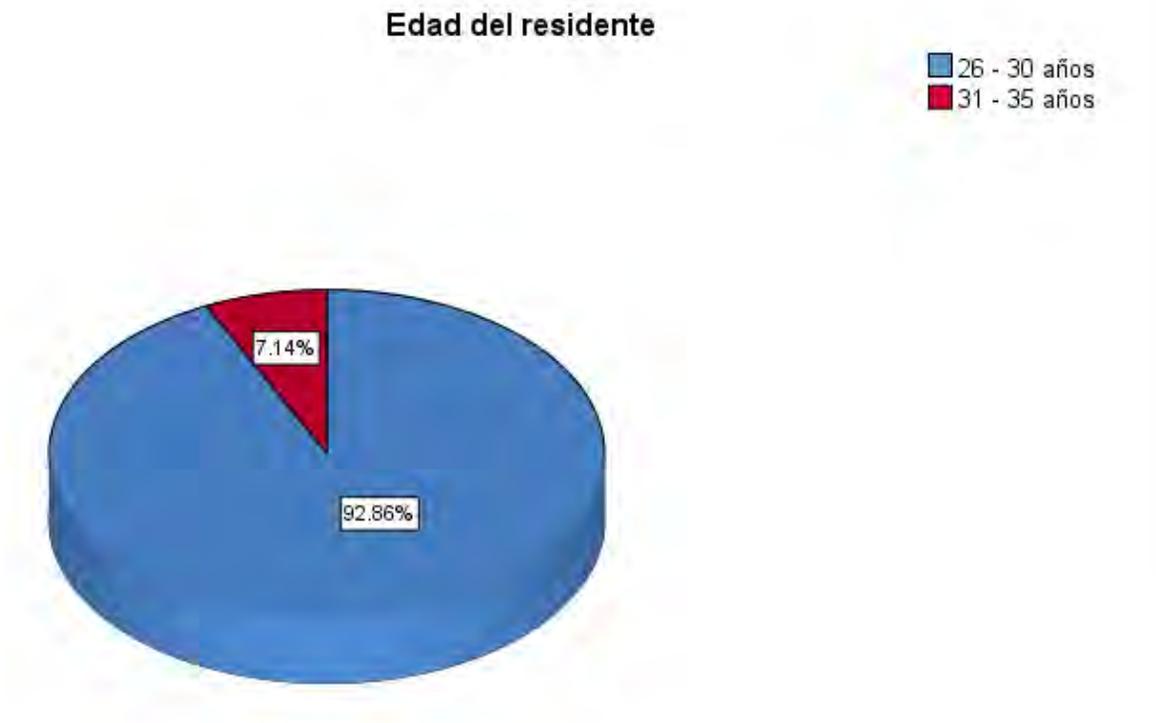
Para las variables cualitativas se aplicó análisis estadístico de frecuencias para determinar frecuencias de distribución y porcentajes. Se comenzó con las variables consideradas de carácter sociodemográfico: “género del residente”, “edad del residente”, “lugar de nacimiento”, “estado civil” y “padece o no alguna enfermedad”. De la muestra total de 28 residentes, 16 fueron mujeres (57%) y 12 fueron hombres (43%) (ver Gráfica 2), 26 tuvieron edades de entre 26 y 30 años (93%) mientras que los dos restantes tuvieron edades de entre 31 y 35 años (7%) (ver Gráfica 3). Respecto al lugar de nacimiento, siete fueron de Jalisco, cinco de Aguascalientes, cuatro de Guanajuato, dos de la Ciudad de México, dos de Chiapas, dos de Oaxaca, uno de Guadalajara, uno de Nayarit, uno de Saltillo, uno de San Luis Potosí, uno de Veracruz y uno de Zacatecas (ver Gráfica 4)

En relación al estado civil y el padecimiento de alguna enfermedad, 25 manifestaron estar solteros (89%) y 3 dijeron estar casados (11%) (ver Gráfica 5), 24 reportaron no tener ninguna enfermedad (86%) mientras que los cuatro restantes dijeron sí tener alguna enfermedad (14%) (ver Gráfica 6).

GRÁFICA 2. GÉRNERO DEL RESIDENTE.



GRÁFICA 3. EDAD DEL RESIDENTE.



GRÁFICA 4. LUGAR DE NACIMIENTO.



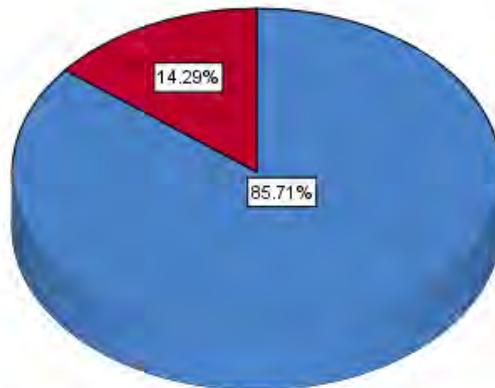
GRÁFICA 5. ESTADO CIVIL.



GRÁFICA 6. PADECE ALGUNA ENFERMEDAD.

Padece alguna enfermedad

■ No
■ Sí

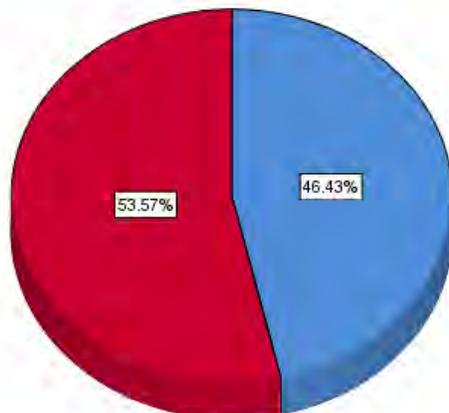


Posteriormente, se analizaron las variables cualitativas relacionadas con la residencia de los médicos que participaron en el estudio. Las variables consideradas dentro de este rubro fueron “año de residencia” y “hospital subsede” (donde se realizó el primer año de residencia). De la muestra total de 28 residentes, 13 fueron de segundo año (46.4%) y 15 de tercer año (53.6%) (ver Gráfica 7), 12 realizaron el primer año de residencia (subsede) en el Hospital General de Zona 1 (43%), 10 Hospital General de Zona 2 (36%) y 6 en el Hospital General de Zona 3 (21%) (ver Gráfica 8).

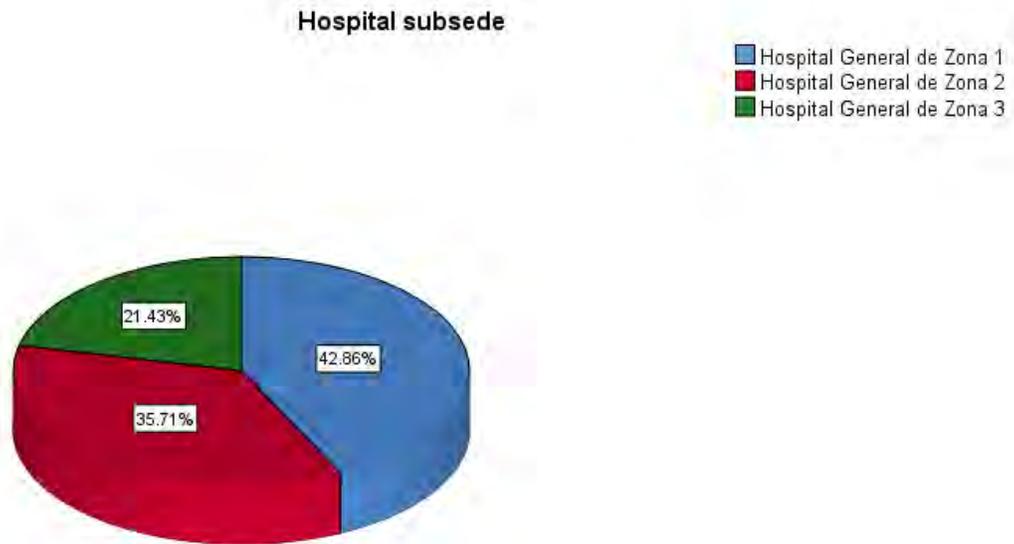
GRÁFICA 7. AÑO DE RESIDENCIA.

Año de residencia

■ Segundo año
■ Tercer año



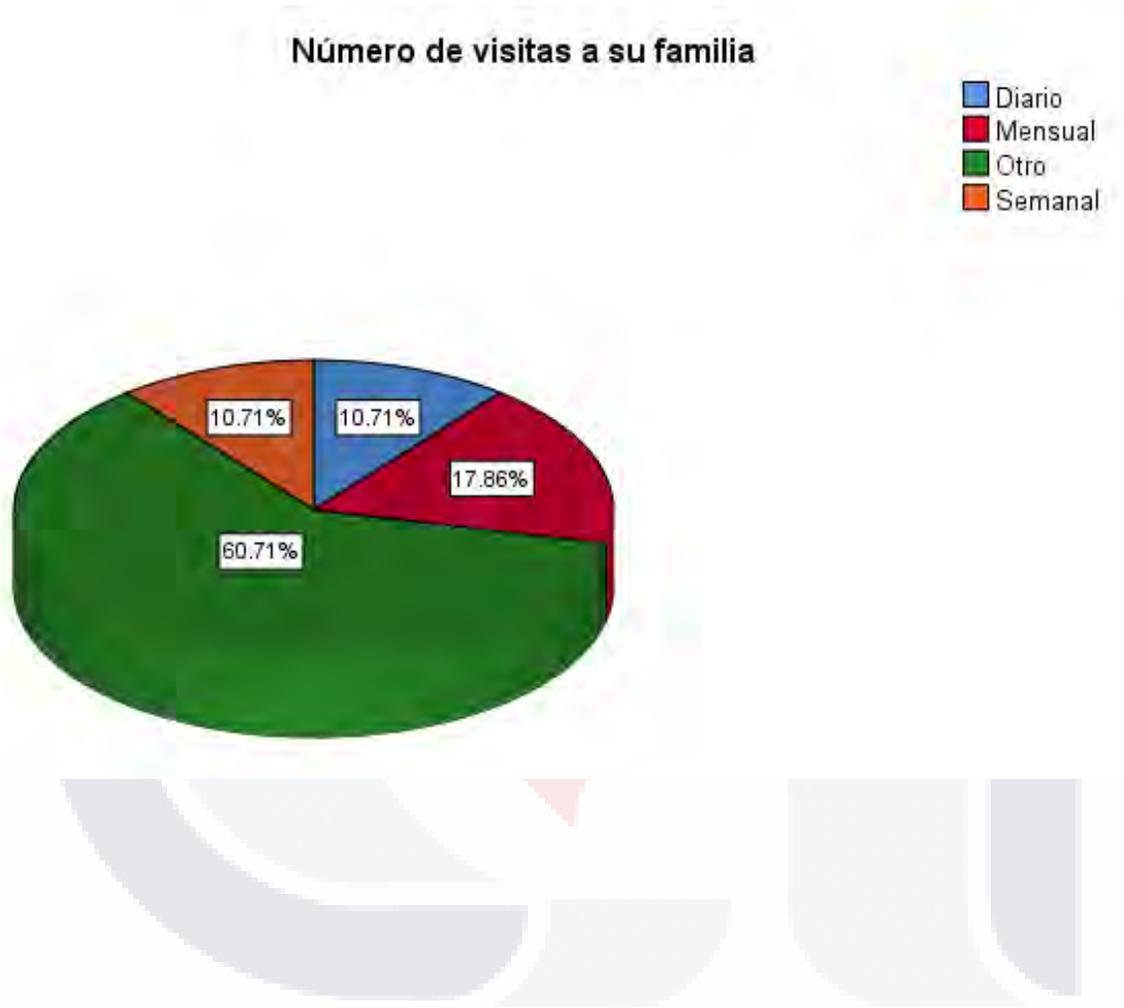
GRÁFICA 8. HOSPITAL SUBSEDE.



Finalmente, se analizaron algunas variables categóricas adicionales que podrían tener relación con el diagnóstico de Burnout, las cuales fueron “número de visitas a su familia”, “¿Se ha incapacitado durante la residencia?”, “¿Cómo calificaría la calidad de su lugar de descanso?” y “¿Hace cuanto no toma vacaciones?” Del total de muestra, tres mencionaron visitar a su familia diariamente (11%), tres lo hacen semanalmente (11%), cinco de manera mensual (18%) y los 17 restantes reportan otro tipo de frecuencia (60%) (ver Gráfica 9). Por otra parte, 19 dijo haberse incapacitado durante la residencia (68%) mientras que nueve lo negaron (32%) (ver Gráfica 10). Respecto a la calidad del lugar de descanso en la residencia, 13 dijeron que era mala (46%), siete que era deficiente (25%), siete que era regular (25%) y sólo uno dijo que era buena (3%) (ver Gráfica 11). Finalmente, seis residentes dijeron no tomar vacaciones desde hace 4 meses (21%), seis desde hace 5 meses (25%) y también seis desde hace seis meses (25%). Cuatro dijeron no tomar vacaciones desde hace dos meses (14%), tres desde hace siete meses (11%),

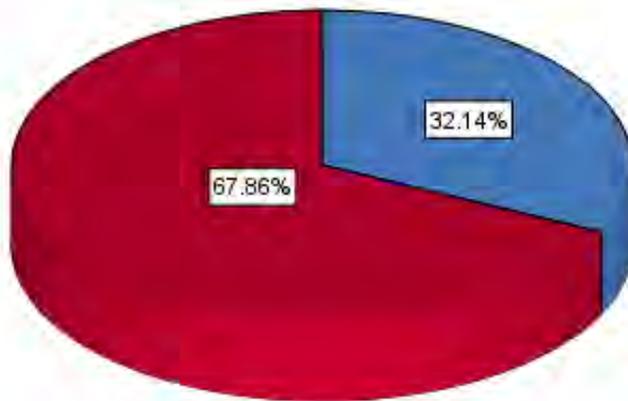
uno desde hace tres meses (4%) y uno desde hace un mes (4%). Por último, un solo residente reportó haber tomado vacaciones en ese mismo mes (4%) (ver Gráfica 12).

GRÁFICA 9. NÚMERO DE VISITAS A SU FAMILIA.



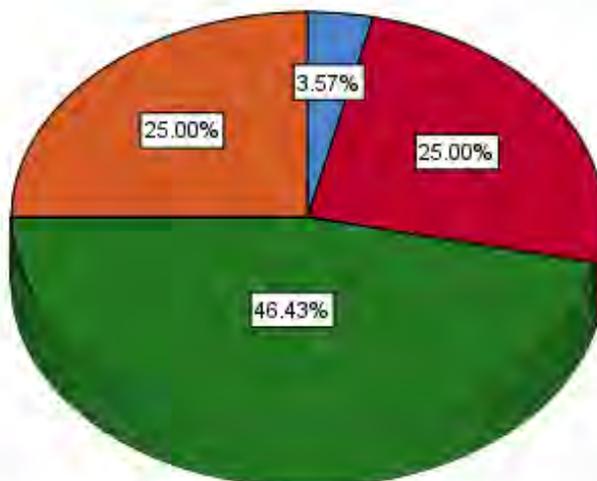
GRÁFICA 10. ¿SE HA INCAPACITADO DURANTE LA RESIDENCIA?

¿Se ha incapacitado durante la residencia?



GRÁFICA 11. ¿CÓMO CALIFICARÍA LA CALIDAD DE SU LUGAR DE DESCANSO (RESIDENCIA)?

¿Cómo califica la calidad de su lugar de descanso (residencia)?



GRÁFICA 12. ¿HACE CUÁNTO NO TOMA VACACIONES?



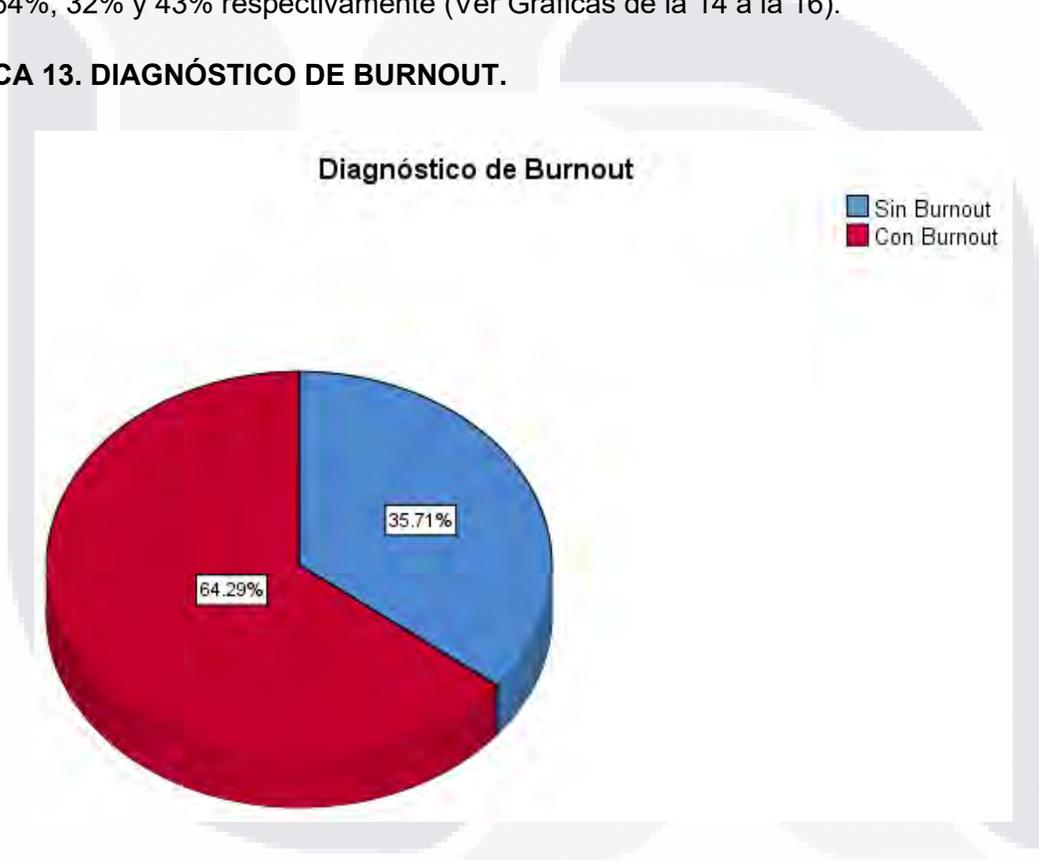
Con miras a satisfacer los objetivos propuestos por nuestra investigación, procedimos a realizar el análisis inferencial a partir de nuestras variables de estudio. Para determinar la tasa de incidencia en el total de la muestra tanto del diagnóstico de Burnout como de los tres indicadores asociados “grado de agotamiento emocional”, “grado de despersonalización” y “grado de realización personal” se aplicó a las variables análisis estadístico de distribución de frecuencias con porcentaje. No obstante, era de especial interés para nuestro estudio también conocer la incidencia de dichas variables en cada uno de los dos grupos constituídos por la variable “año de residencia”, razón por la cual también se llevó a cabo un análisis de tablas cruzadas con porcentaje.

Respecto al diagnóstico de Burnout en el total de la muestra, se reportó que 18 residentes fueron diagnosticados con burnout mientras que los diez restantes no tuvieron ese diagnóstico.

En consecuencia, el porcentaje de incidencia de burnout en el total de la muestra fue de 64.3%, tal como se muestra en la gráfica número 13.

Por su parte, en los indicadores asociados al diagnóstico de burnout la distribución de frecuencias fue la siguiente: 18 residentes tuvieron alto grado de de agotamiento emocional, seis medio y cuatro bajo; nueve residentes tuvieron alto grado de despersonalización, seis medio y 13 bajo; 12 residentes tuvieron alto grado de realización personal, diez medio y seis bajo. Por lo cual, asumiendo el grado “Alto” como la ocurrencia efectiva del indicador, los porcentajes de incidencia de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el total de la muestra fueron 64%, 32% y 43% respectivamente (Ver Gráficas de la 14 a la 16).

GRÁFICA 13. DIAGNÓSTICO DE BURNOUT.



GRÁFICA 14. GRADO DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL.



GRÁFICA 15. GRADO DE DESPERSONALIZACIÓN.



GRÁFICA 16. GRADO DE REALIZACIÓN PERSONAL.



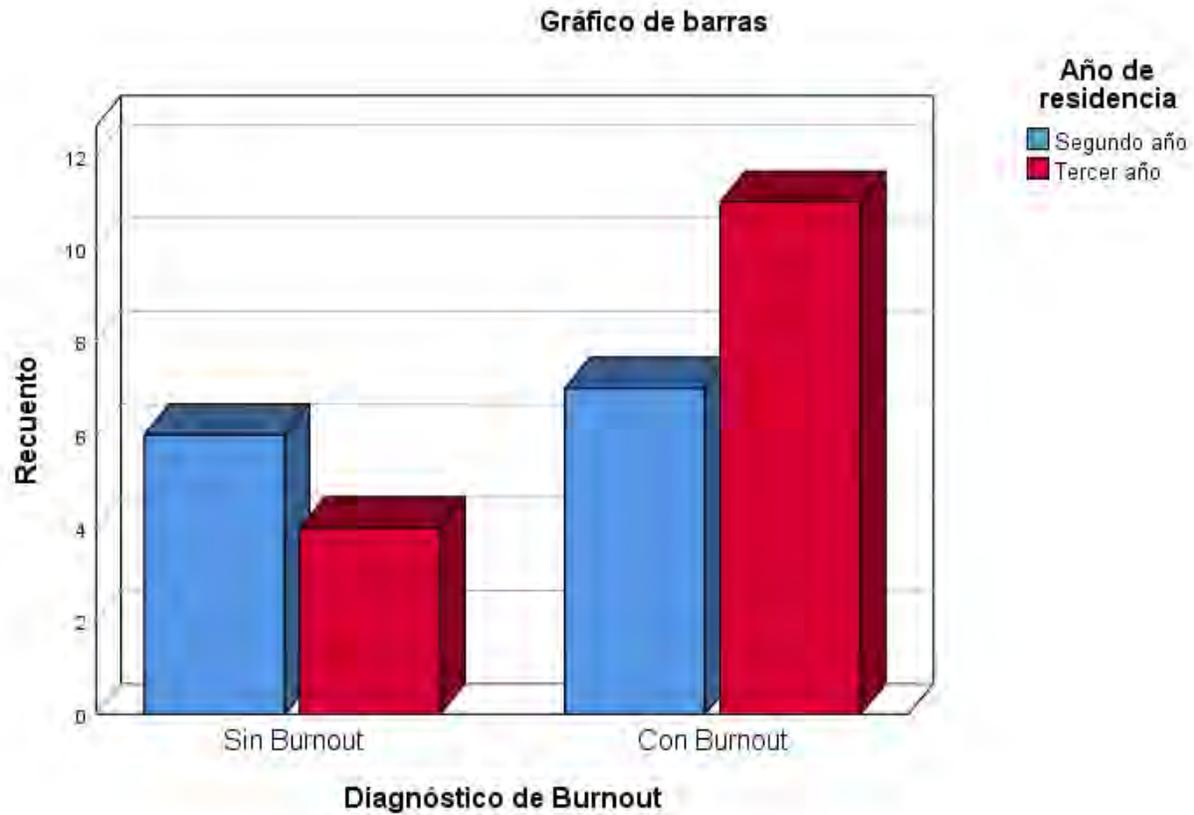
Omitiremos describir la distribución de frecuencias de las variables de diagnóstico de burnout en los grupos de “segundo año” y “tercer año” ya que estos datos no son de interés ni de relevancia para los propósitos de nuestra investigación. De cualquier manera, las frecuencias aparecen representadas en la gráfica 17. En cambio, nos ocuparemos de señalar los porcentajes de incidencia hallados en cada uno de los grupos.

En lo que respecta al diagnóstico de burnout, como puede observarse en la tabla número 10, la tasa de incidencia en los residentes de segundo año fue de 53.8%, mientras que en los residentes de tercer año fue de 73.3%.

TABLA NÚMERO 10. TABLA CRUZADA DE DIAGNÓSTICO DE BURNOUT*AÑO DE RESIDENCIA

		Año de residencia			
		Segundo año	Tercer año	Total	
Diagnóstico de Burnout	Sin Burnout	Recuento	6	4	10
		% dentro de Diagnóstico de Burnout	60.0%	40.0%	100.0%
		% dentro de Año de residencia	46.2%	26.7%	35.7%
		% del total	21.4%	14.3%	35.7%
	Con Burnout	Recuento	7	11	18
		% dentro de Diagnóstico de Burnout	38.9%	61.1%	100.0%
		% dentro de Año de residencia	53.8%	73.3%	64.3%
		% del total	25.0%	39.3%	64.3%
Total		Recuento	13	15	28
		% dentro de Diagnóstico de Burnout	46.4%	53.6%	100.0%
		% dentro de Año de residencia	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	46.4%	53.6%	100.0%

GRÁFICA 17. AÑO DE RESIDENCIA Y DIAGNÓSTICO DE BURNOUT.



Por su parte, en relación a los indicadores asociados al diagnóstico de burnout, asumiendo que “alto” corresponde a la ocurrencia del indicador, los porcentajes de incidencia fueron los siguientes: 53.8% de agotamiento emocional para residentes de segundo año y 73.3% para residentes de tercer año (ver Tabla 11 y Gráfica 18), 23.1% de despersonalización para residentes de segundo año y 40% para residentes de tercer año (ver Tabla 12 y Gráfica 19), 38.5% de realización personal para residentes de segundo año y 46.7% para residentes de tercer año (ver Tabla 13 y Gráfica 20).

TABLA 11. TABLA CRUZADA GRADO DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL*AÑO DE RESIDENCIA.

		Año de residencia		Total	
		Segundo año	Tercer año		
Grado de agotamiento emocional	Alto	Recuento	7	11	18
		% dentro de Grado de agotamiento emocional	38.9%	61.1%	100.0%
		% dentro de Año de residencia	53.8%	73.3%	64.3%
		% del total	25.0%	39.3%	64.3%

GRÁFICA 18. AÑO DE RESIDENCIA Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL.

Gráfico de barras

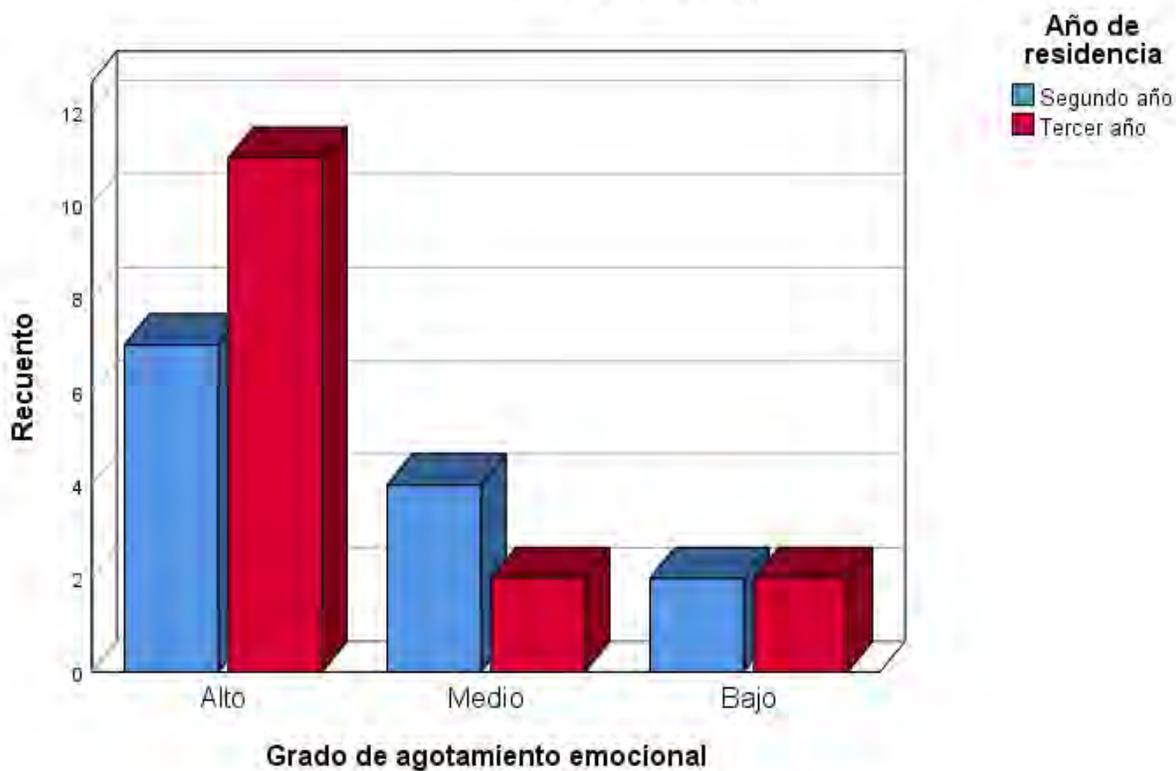


TABLA 12. TABLA CRUZADA GRADO DE DESPERSONALIZACIÓN*AÑO DE RESIDENCIA.

		Año de residencia		Total	
		Segundo año	Tercer año		
Grado de despersonalización	Alto	Recuento	3	6	9
		% dentro de Grado de despersonalización	33.3%	66.7%	100.0%
		% dentro de Año de residencia	23.1%	40.0%	32.1%
		% del total	10.7%	21.4%	32.1%

GRÁFICA 19. AÑO DE RESIDENCIA Y DESPERSONALIZACIÓN.

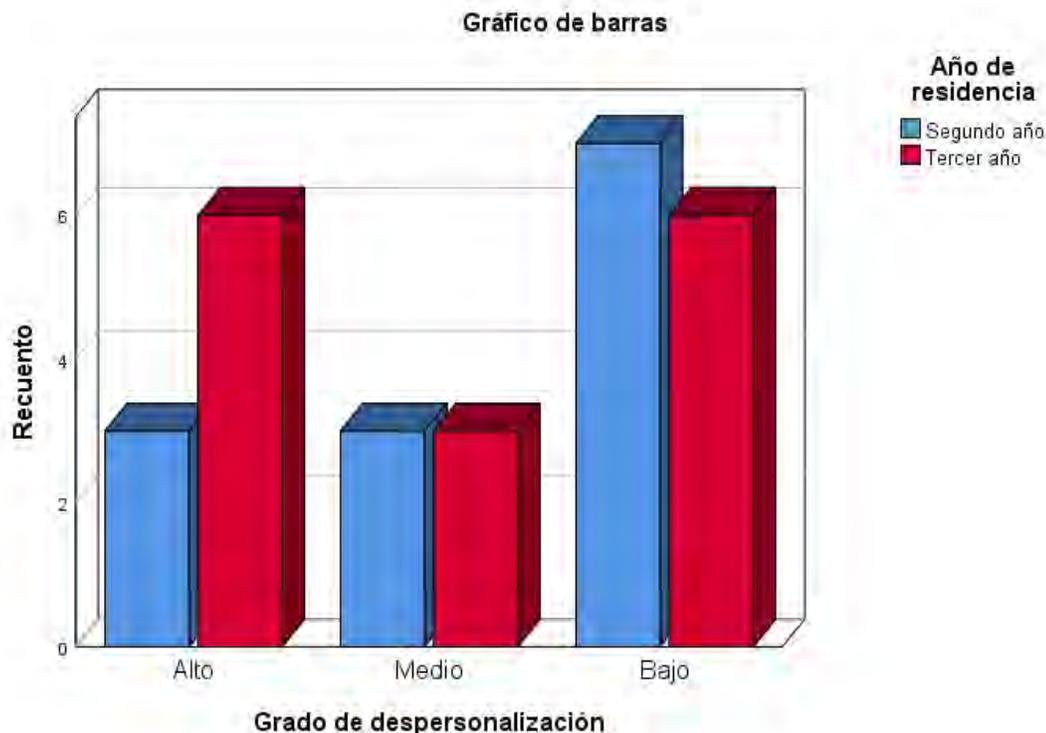
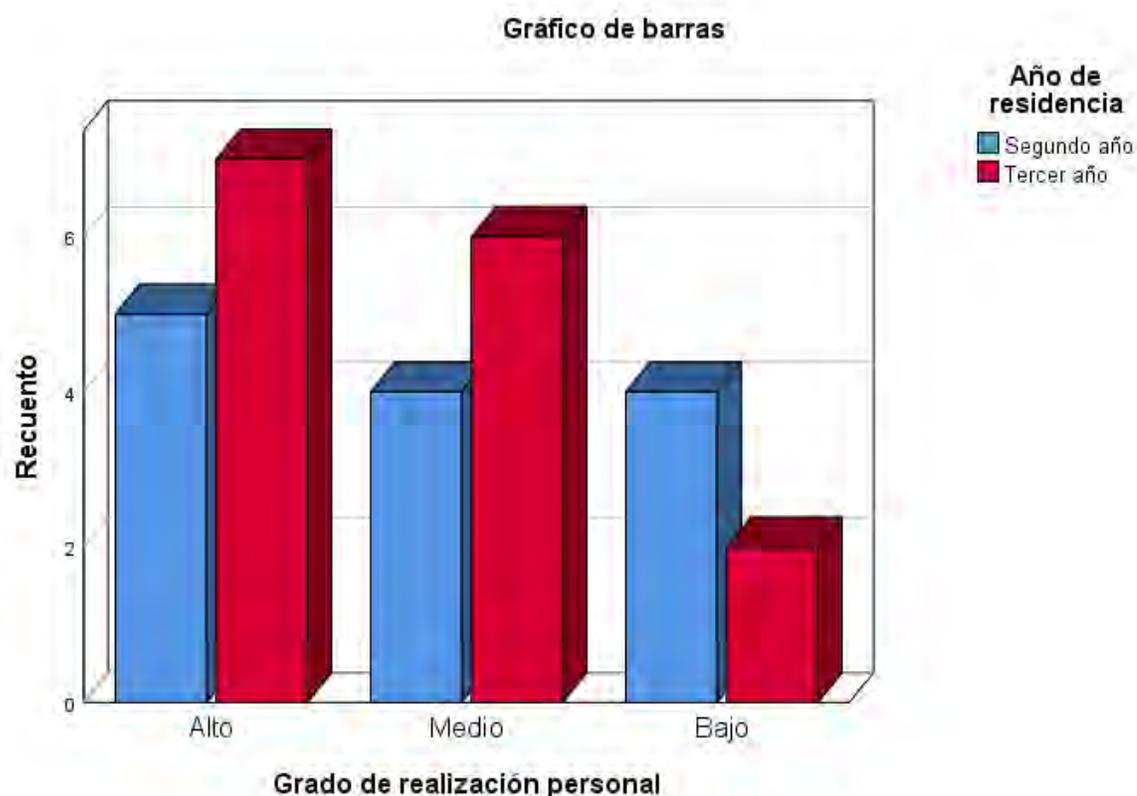


TABLA 13. TABLA CRUZADA GRADO DE REALIZACIÓN PERSONAL*AÑO DE RESIDENCIA.

			Año de residencia		Total
			Segundo año	Tercer año	
Grado de realización personal	Alto	Recuento	5	7	12
		% dentro de Grado de realización personal	41.7%	58.3%	100.0%
		% dentro de Año de residencia	38.5%	46.7%	42.9%
		% del total	17.9%	25.0%	42.9%

GRÁFICA 20. AÑO DE RESIDENCIA Y REALIZACIÓN PERSONAL.



Finalmente, a manera de análisis inferencial complementario, se realizó análisis de tablas cruzadas de frecuencias con prueba estadística de Chi-Cuadrado de Pearson a todas las variables categóricas consideradas para el estudio contra el diagnóstico de burnout. Esto con el propósito de identificar posibles asociaciones entre las variables cualitativas y la ocurrencia del diagnóstico. Como puede apreciarse en las tablas número 14 y 15, sólo se halló una diferencia estadísticamente significativa en la variable “Lugar de nacimiento” ($p = 0.022$) y en la variable “¿Cómo califica la calidad de su lugar de descanso?” ($p = 0.046$). El contraste entre la distribución de frecuencias puede observarse en las gráficas número 21 y 22.

GRÁFICA 21. BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LUGAR DE NACIMIENTO.

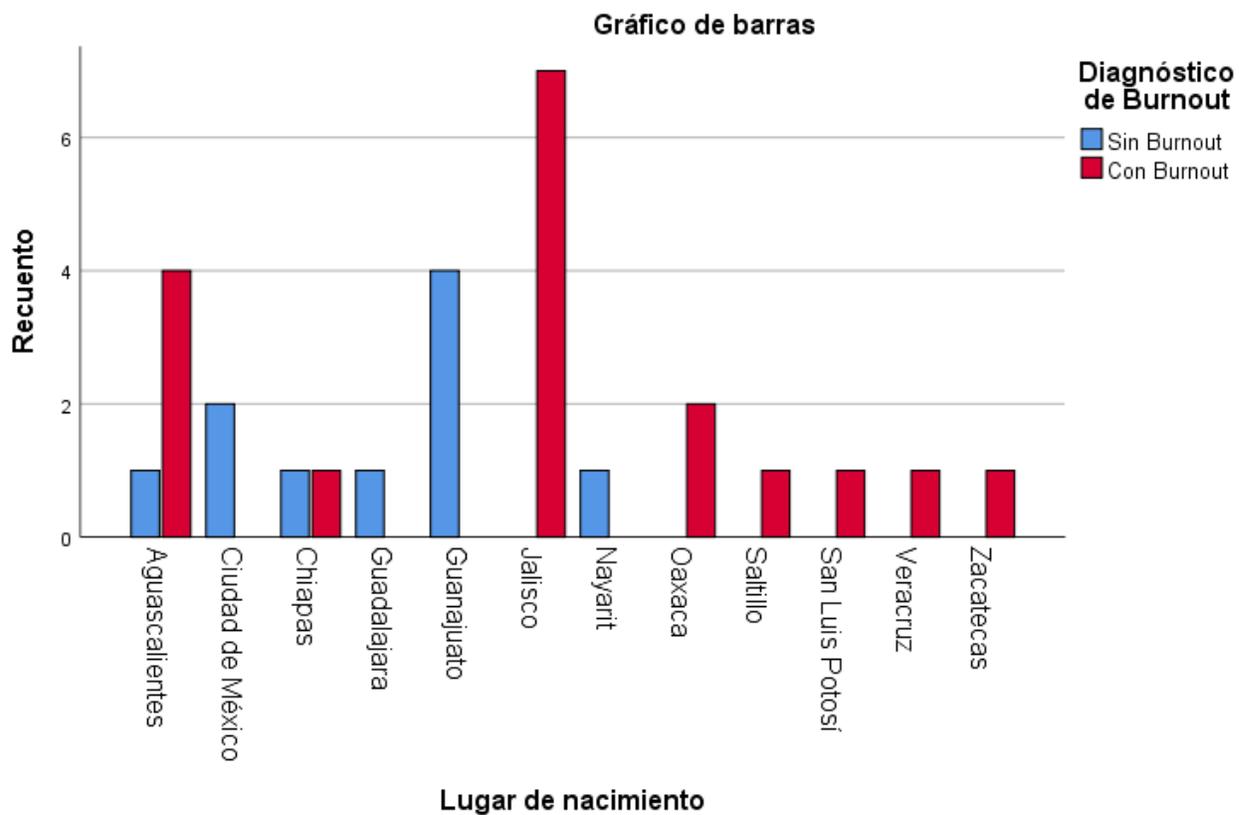


TABLA 14. PRIMERAS PRUEBAS CHI-CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.338 ^a	11	.022
Razón de verosimilitud	28.722	11	.003
N de casos válidos	28		

a. 24 casillas (100.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .36.

GRÁFICA 22. BURNOUT Y CALIDAD DEL LUGAR DE DESCANSO.

Gráfico de barras

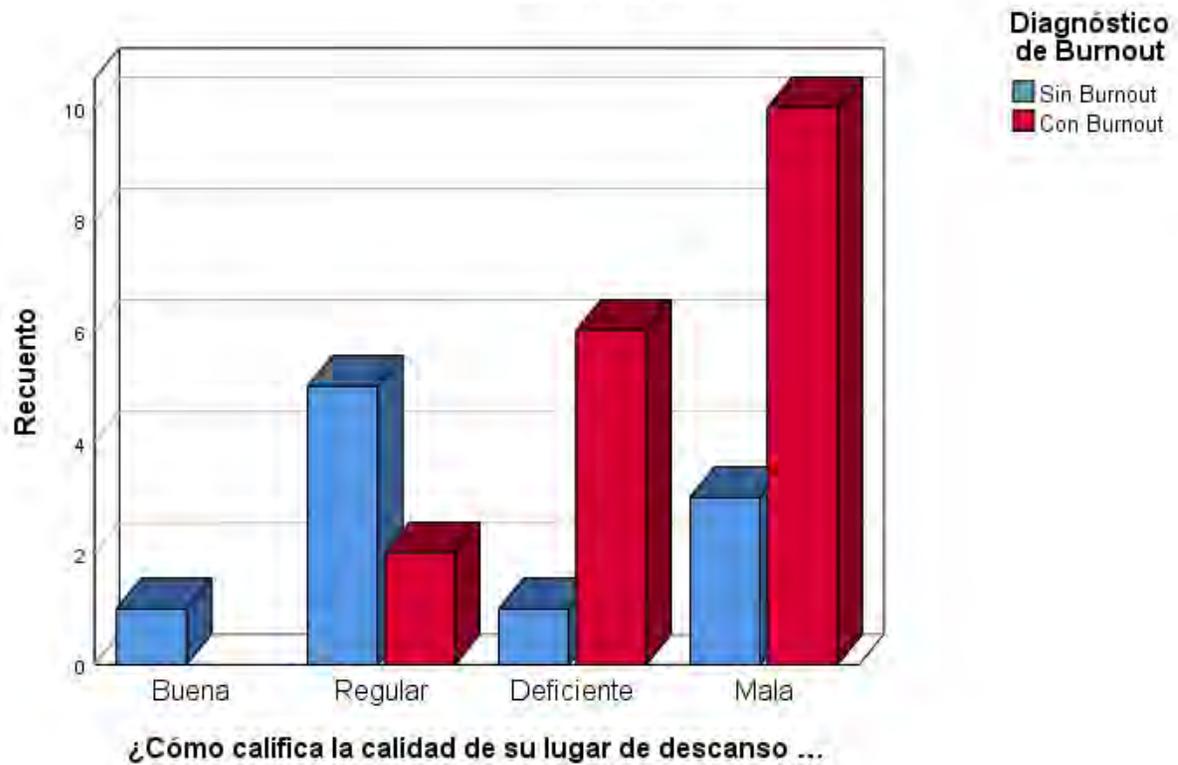


TABLA 15. PRUEBAS CHI-CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.993 ^a	3	.046
Razón de verosimilitud	8.336	3	.040
N de casos válidos	28		

a. 7 casillas (87.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .36.

26. DISCUSIÓN.

Durante la realización de la residencia médica se ha observado que se puede presentar una entidad caracterizada por la pérdida paulatina y progresiva de energía que puede llegar hasta el agotamiento y relacionarse con síntomas de ansiedad y depresión; que derivan en falta de motivación para seguir realizando las tareas diarias y en hastío y falta de empatía con los pacientes. Esta entidad ha sido ya catalogada como Síndrome de Burnout o desgaste profesional.

En nuestro estudio dentro del Hospital General de Zona 3 del Estado de Aguascalientes, se presentó una incidencia global en los médicos residentes de Anestesiología del 64.29% resaltando que las jornadas laborales pueden superar las 36 horas continuas con frecuencia ABCD presentando una mediana de 6 guardias de este tipo al mes; lo cual puede llegar a mermar la calidad de atención brindada a los pacientes y aún más el posible desarrollo de las actividades académicas programadas para los residentes dentro de la institución, las cuales llegan a ser de poca calidad y con poco impacto por el cansancio extremo y la poca estabilidad tanto emocional como física.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es importante resaltar dentro de nuestro estudio el evidente aumento de incidencia del SBO conforme se avanza dentro del curso de residencia ya que se reporta para este estudio una incidencia del 53.8% en los residentes de segundo año contra un 73.3% en los residentes de tercer año, demostrando que se trata de un Síndrome progresivo. Respecto a los tres rubros evaluados dentro del cuestionario Maslach cabe comparar el grado alto de agotamiento emocional de los residentes de segundo año (53.8%) con el de los residentes de tercer año (73.3), el grado de despersonalización en el segundo año (23.1%) comparado con el tercero (40%) y finalmente el grado de realización personal del segundo año (38.5%) y del tercero (46.7%). Los valores anteriores llevan a la reflexión, pues es evidente que el agotamiento emocional aumenta significativamente del segundo al tercer año pero lo más preocupante es que la incidencia de la despersonalización prácticamente se duplica en el tercer año y finalmente el grado de realización personal alcanza casi el 50% en el grupo de los residentes de tercer año, por lo que es fácil observar que dentro de la institución se cuenta con médicos residentes comprometidos con su trabajo, que conforme pasa cada año de la especialidad se sienten más realizados con el trabajo que desarrollan pero que a su vez son cada año más indiferentes con sus pacientes y son inestables emocionalmente; todo por la excesiva carga de trabajo y cansancio que se refleja en estos resultados conforme pasan los años dentro de su formación clínica.

De los residentes involucrados en este estudio, solo el 18% son originarios de Aguascalientes mientras que el resto son foráneos, variable importante dentro de este estudio pues ser foráneo se asocia con la presencia del Síndrome con una $p=0.022$ lo que resalta la importancia del apoyo de red social/familiar para el médico residente en formación pues algunos tardan alrededor de un mes o más en visitar a sus familias.

Finalmente otra variable que resultó importante en este análisis fue la calidad del lugar físico destinado para el descanso (residencia) ya que más del 70% la califica como mala/deficiente. Esta variable no ha sido mencionada en ninguno de los estudios consultados para realizar este trabajo, y por lo tanto no ha sido estudiada sin embargo es importante tomarla en cuenta pues a pesar de que el tiempo disponible para el descanso dentro de las actividades realizadas en el hospital es poco, es importante considerar el impacto psicológico y emocional de contar con un espacio digno para esta actividad ya que muchas veces los médicos se exponen a lugares sucios, extremadamente pequeños e incluso muchas veces sin ventilación o luz apropiada así como baño, regadera o suministro de papel y jabón $P = 0.046$.

La presencia de este Síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes de Anestesiología del HGZ3 es un problema real que puede presentar repercusiones a gran escala dentro de la atención brindada a los pacientes y en el poco interés de los médicos residentes en formación ante este problema pues se deja de lado para seguir trabajando, e incluso se consideran “pérdida de tiempo” algunas actividades como ir al psicólogo/terapia pues la prioridad de dormir siempre está por encima de todo debido al agotamiento global de cada uno de los becarios.

Es importante nuevamente hacer énfasis en que la magnitud del problema es muy grande pues afecta la psicoestructura y calidad de los becarios pero también afecta a nivel institucional pues la calidad de los servicios prestados por este personal se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran. Lo que trasciende en dar un nuevo enfoque para mejorar nuestros servicios de salud, enfatizando el mejorar la calidad de vida del personal operativo y con ello mejorar la calidad de atención de los usuarios de las instituciones públicas.

27. CONCLUSIONES.

- Se encontró una incidencia del Síndrome de Burnout del 64.29%.
- Los factores de riesgo relacionados con este Síndrome encontrados en el presente estudio fueron: ser originario de otro estado (foráneo) y la mala calidad del lugar destinado para el descanso médico.
- Los residentes de tercer año fueron los más afectados por el Síndrome de Burnout.
- Los residentes de tercer año son los que presentan mayor grado de agotamiento emocional.
- Los residentes de tercer año son los que presentan mayor grado de despersonalización.
- Los residentes de tercer año son los que presentan mayor grado de realización personal.

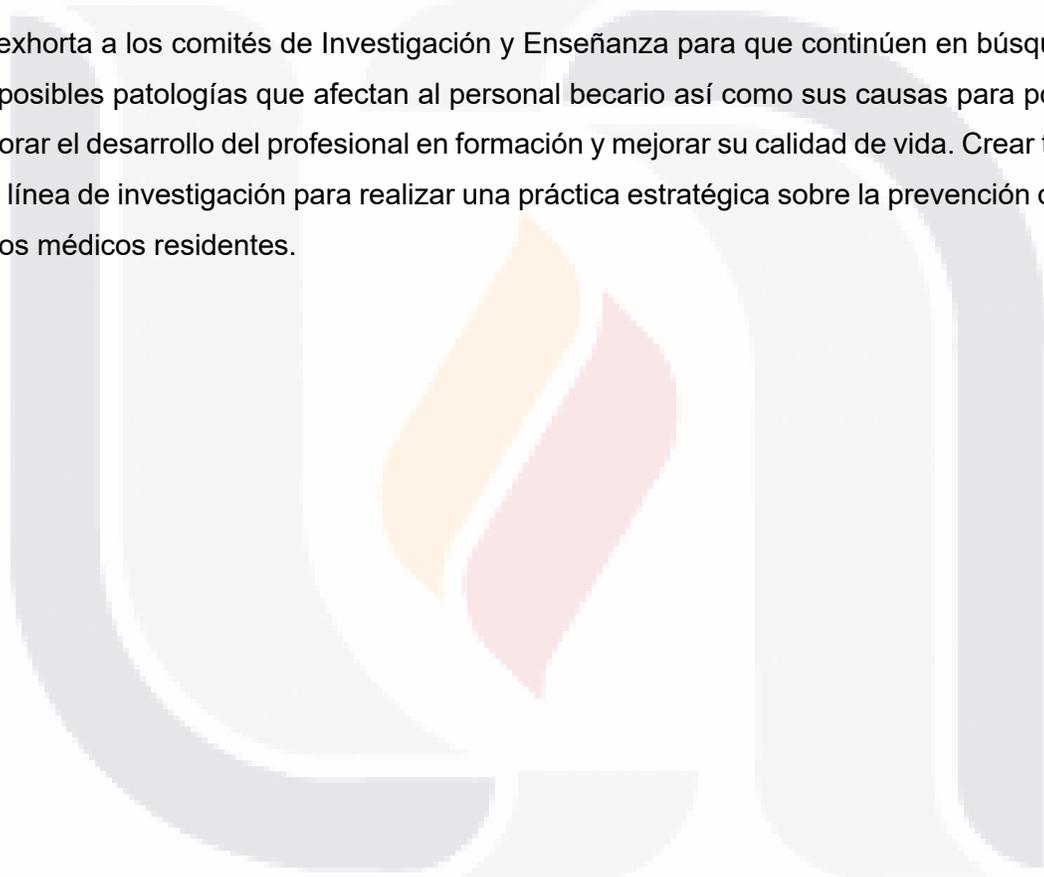
28. SUGERENCIAS.

Según los resultados del presente estudio, resulta útil realizar algunas sugerencias como que se realice una valoración psicológica de los prospectos a residencia médica por parte de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) ya que hasta el momento la única evaluación que se realiza para ingresar a una especialidad médica es la académica (Examen Nacional de Residencias Médicas).

Esto con la finalidad de elegir médicos residentes que cumplan con criterios para poder otorgar una atención adecuada a los usuarios y desempeñar un buen papel académico/educativo.

Se sugiere al Hospital General de Zona 3 de Aguascalientes que se tomen medidas preventivas para evitar este Síndrome y no solo detectar, sino tratar y dar seguimiento psicológico/psiquiátrico a los residentes que se encuentren afectados por el mismo así como crear espacios de entretenimiento/ejercicio físico, sesiones grupales psicológicas y de superación personal.

Se exhorta a los comités de Investigación y Enseñanza para que continúen en búsqueda de las posibles patologías que afectan al personal becario así como sus causas para poder así mejorar el desarrollo del profesional en formación y mejorar su calidad de vida. Crear también una línea de investigación para realizar una práctica estratégica sobre la prevención del SBO en los médicos residentes.



29. GLOSARIO.

Agotamiento: fatiga caracterizada por la falta de energía y motivación. Puede estar acompañado de sensación de somnolencia y apatía. Se trata de una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o la falta de sueño.

Ansiedad: emoción normal asociada a sentimientos de preocupación o miedo intensos que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Es posible que se produzca taquicardia, respiración agitada, sudoración y sensación de cansancio.

Autoeficacia: es la confianza en la propia capacidad para alcanzar los resultados pretendidos y hacer frente ante diversas situaciones. Posee una estrecha relación con la motivación a emprender ciertas acciones.

Burnout: también llamado “síndrome de desgaste profesional”, es la respuesta que da un trabajador cuando percibe una diferencia importante entre sus propios ideales y expectativas y la realidad de su vida laboral. Dicha respuesta se caracteriza por una cronificación del estrés laboral que da lugar a una sensación de agotamiento generalizado.

Desgaste emocional: es un estado de fatiga y frustración que ocurre como consecuencia de una sobrecarga de esfuerzo mental y emocional.

Despersonalización: sensación persistente de observarse a sí mismo desde fuera del cuerpo o tener la sensación de que lo que nos rodea no es real.

Depresión: afección emocional caracterizada por una tristeza persistente y la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como la incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.

Entorno laboral: refiere a todo lo que ocurre alrededor de la experiencia dentro de los lugares de trabajo. Así, incluye tanto a las relaciones laborales con los compañeros de trabajo como al espacio físico donde se llevan a cabo las actividades laborales y demás elementos involucrados.

Estrés: conjunto de reacciones físicas y mentales que la persona sufre cuando se ve sometida a diversos factores externos que superan su capacidad para enfrentarse a ello.

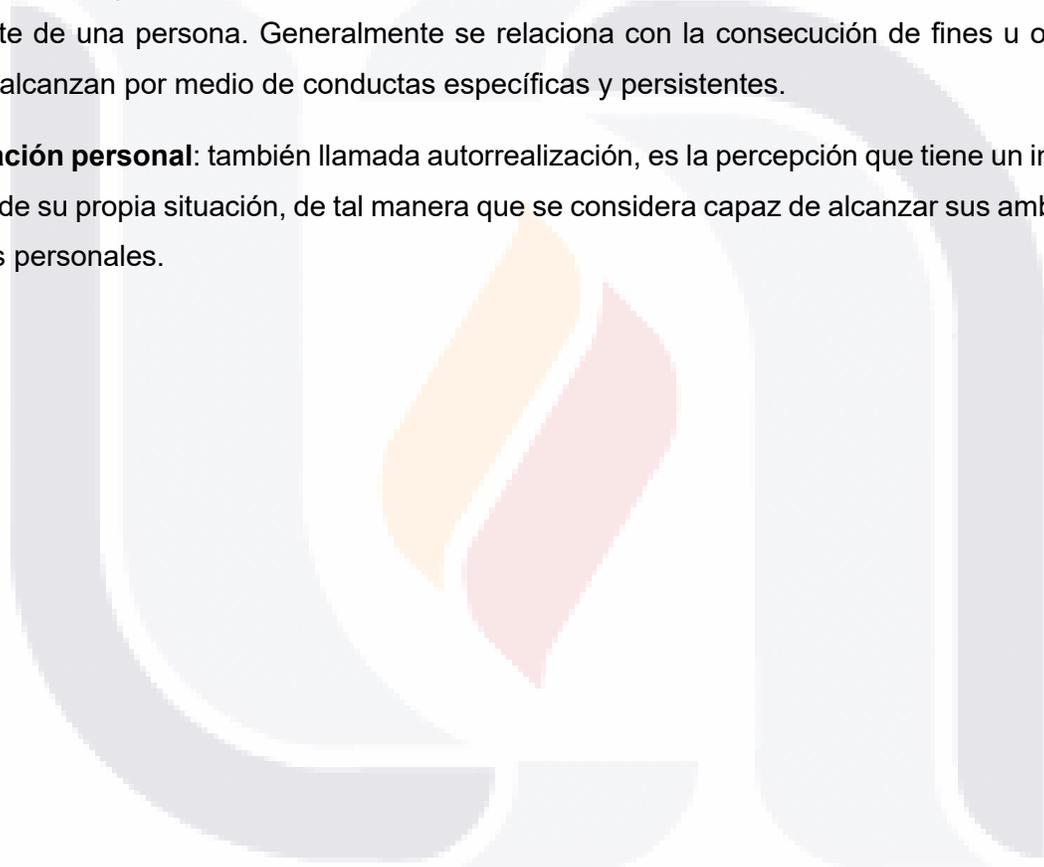
Estrés laboral: tipo de estrés en donde la creciente presión en el entorno laboral puede provocar la saturación física o mental del trabajador, generando así diversas consecuencias que pueden afectar su salud y entorno más próximo.

Estrés laboral episódico: refiere a un episodio breve y esporádico de estrés en el contexto laboral o en relación con éste. Es ocasionado generalmente por un causante claro, de modo que cuando éste desaparece el estrés también lo hace.

Estrés laboral crónico: refiere a una situación y sensación persistente de estrés que el trabajador relaciona directamente con su entorno laboral, actividades o responsabilidades en el trabajo. Así, el entorno laboral es valorado por la persona como “amenazante y desbordante”, por lo que la reacción de estrés es continua.

Motivación: conjunto de factores internos o externos que determinan la realización de una acción por parte de una persona. Generalmente se relaciona con la consecución de fines u objetivos que se alcanzan por medio de conductas específicas y persistentes.

Realización personal: también llamada autorrealización, es la percepción que tiene un individuo acerca de su propia situación, de tal manera que se considera capaz de alcanzar sus ambiciones y metas personales.



30. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cáceres Pallavidino, Echeverría Avellaneda, Ghildarucci de Martínez, Pomares. Síndrome de Burnout en médicos residentes del NEA: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas? Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 201. Junio 2010.
2. Thomae, Ayala, Sphan y Storti. Etiología y prevención de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 153. Enero 2006.
3. Méndez-Cerezo A. Síndrome de burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. An Med (Mex) 2011; 56 (2): 79-84.
4. Pereda-Torales, Márquez Celedonio, Hoyos Vásquez, Yánes Zamora. Síndrome de burnout en médicos y personal médico. Salud Mental 2009; 32: 399-404.
5. Calanrese, G., Informe preliminar sobre encuesta de riesgos profesionales del anesthesiólogo en Latinoamérica. Comisión de riesgos profesionales. Confederación de riesgos profesionales. Confederación Latinoamericana de la sociedad de anestesiología. XXI Asamblea de delegados CLASA. San Salvador, El salvador, 2021.
6. Garduño Juárez María. (2007). Incidencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de Anestesiología del Hospital General de México. junio 2022, de Repositorio UNAM Sitio web: https://repositorio.unam.mx/contenidos/incidencia-del-sindrome-de-burnout-en-residentes-y-medicos-de-base-de-anestesiologia-del-hospital-general-de-mexico-127348?c=rOwA1z&d=false&q=*&i=45&v=1&t=search_1&as=0.
7. Embriaco. N., Papazian, L., Kentish Barnes, N., Frederic, P., Azoulay, E., Burnout Syndrome critical care health care workers. Curropin. Critical Care 2007. Volumen 13. Páginas 482-488.
8. Reyes J.M, Soloaga G. Pérez Quintana, Dos Santos Antola. El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital “Juan Ramón Gómez” de la localidad de Santa Lucía, corrientes. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 167, marzo 2007.
9. Román HJ. Estrés y Burnout en profesionales de la salud en el primer y segundo nivel de atención. Revista Cubana de salud pública, 2003. 29 (2). 103-120.
10. Caboblanco Muñoz, et al. Clima laboral en el primer nivel de atención, puntos a mejorar. Calidad en atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunidad del ISSN 02126567, Vol. 32. 2003. 288-295.

11. Clara Ivette Hernández Vargas et al. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Departamento de medicina familiar. Facultad de Medicina. UNAM 2007.
12. Sosa Oberlin E. N. Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos. Revista médica Rosario 73: 12-20, 2007.
13. T.J. Hernández García et al. El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, modelos explicativos y de medición, Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, España. Año 3, N° 5, Julio-Diciembre 2007.
14. Camacho- Ávila Anabel, et al. Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. Ciencia y trabajo. Año 12, N° 35 enero-marzo 2010. 251-256.
15. Secretaría de Salud. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.. Diario Oficial de la Federación , 20-32.
16. Asociación Latinoamericana de sociedades de anestesiología ANCLA. (1975). Guía de prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo. montevideo, Uruguay. Recuperado el 25 de octubre de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732005000200002
17. OMS. (25 de marzo 2019). Recursos humanos para la salud Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Noviembre 2021, de OMS Sitio web: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_24-sp.pdf
18. OIT (2018). La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: Una mirada de género. *Hoja informativa* (3). Recuperado el 23 de noviembre de 2021, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227402.pdf
19. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (23 de octubre de 2018). NOM-035-STPS. México, México: Diario Oficial. Recuperado el 25 de octubre de 2021 OMS. (25 de marzo 2019). Recursos humanos para la salud Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Noviembre 2021, de OMS Sitio web: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_24-sp.pdf
20. Organización Mundial de la Salud OMS. (1997). *CIE 11* (2 ed., Vol. I). Washington, Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la salud. Recuperado el 25 de Octubre de 2021

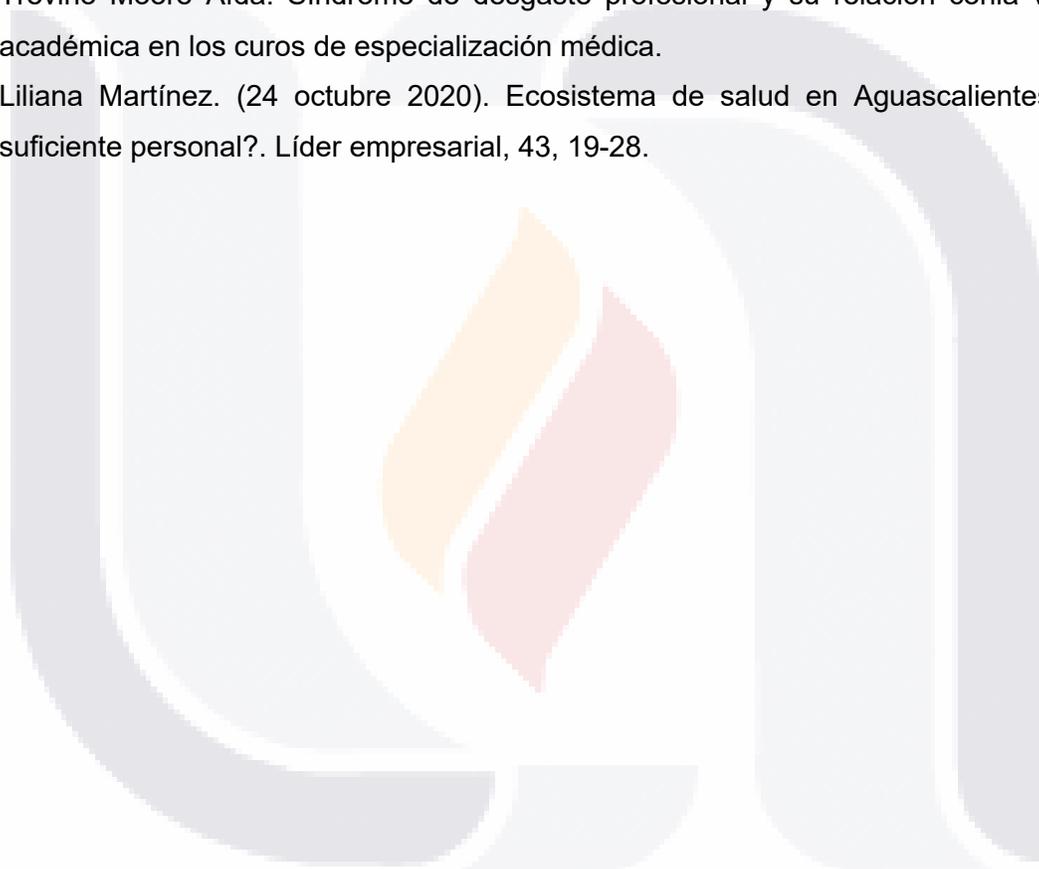
21. Arturo López Morales, Felipe González Velázquez, Margarita Isabel et al. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007;45 (3): 233-242.
22. Vesta Richardson López Collada. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?. *Bol. Med. Hospital General de México*. Volumen 63, mayo-junio 2006.
23. Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos. (6 de enero de 2005). NOM-234-SSA1-2003. Mexico, México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de <http://legismex.mty.itesm.mx/normas/ssa1/ssa1234-05.pdf>
24. Forcadell López, E. F. (29 de enero de 2019). Trastornos de ansiedad. *Clinic Barcelona Hospital Universitario*. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>
25. Ortega Ruiz y López Ríos. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 4, Nº 1, 14.
26. Onen Sertoz O, et al, The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome, *Prog. Neuro-psychopharmacology, biology and psychiatry* (2010).
27. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (Noviembre 2016). Derecho humano al trabajo y derechos humanos en el trabajo. *CNDH*, 1, 3-33.
28. Mendoza Castillo, C. I. (2014). Incidencia del Síndrome de Burnout en Residentes de Anestesiología de Hospitales de Segundo Nivel del ISEM. Toluca, México. Recuperado el octubre de 2021, de <file:///C:/Users/User/OneDrive/Documentos/trabajom%20burnout%20mexico.pdf>
29. Doval, Y., Moleiro, O., Rodríguez, R. (2004). Estrés laboral, consideraciones sobre las características y formas de resolución. Recuperado el 12 de junio de 2022, fuente <http://www.psicologiacientifica.com>
30. Foucault. M. Vigilar y castigar la prisión. *Siglo XXI México* 2001. Página 314.
31. OMS. (25 de marzo 2019). Recursos humanos para la salud Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Noviembre 2021, de OMS Sitio web: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_24-sp.pdf
32. Sinha, A., Sing, A., Tewari, A., The fatibue and the anesthesiologist and threat to patient safety. *J. Anesthesiol. Clin. Pharmacol.* 2013, Vol 29. Páginas 151-159.
33. Gutiérrez J, Peña J, Montenegro J, Osorio D, Caicedo C, Gallego Y. Incidencia y factores asociados a Burnout en médicos especialistas docentes de la Universidad Tecnológica de Pereira 2006. *Revista Médica Risaralda*. 2008; 14 (1): 15-22.

34. Ana Laura Cebriá¹, Leticia Turconi¹, Juan Pablo Bouchacourt¹, Fernando Medina², Juan Riva¹, Pablo Castromán¹. (Febrero 2014). Incidencia y factores asociados al síndrome de burnout en residentes de anestesiología de Uruguay. *Revista de la Facultad de Anestesiología de la República de Uruguay*, 2, 23-30.
35. Enrique Castañeda-Aguilera* y Javier Eduardo García de Alba-García. (Diciembre 2019). Incidencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas y factores de riesgo. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58, 161-173.
36. Abdullah Nimer 1 , Suzan Naser 1 , Nesrin Sultan 1 , Rawand Said Alasad 1 , Alexander Rabadi 1 , Mohammed Abu-Jubba 1 , Mohammed Q. Al-Sabbagh 2 , Khaldoon M. Jaradat 3 , Zaid AlKayed 4 , Emad Aborajoo 5 , Salam Daradkeh 6 and Mohammad Abufaraj. (Marzo 2021). Burnout Syndrome during Residency Training in Jordan: Prevalence, Risk Factors, and Implications. *International Journal of Environmental Research and public Health*, 18, 2-10.
37. Borbolla-Sala ME, Domínguez-Sánchez M. Síndrome de burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco*. 2007;13(1):577-83.
38. Solano Lira Verónica. (2009). Burnout en médicos residentes del estado de Aguascalientes . Junio 2022, de Repositorio UAA Sitio web: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/622>
39. Namigar Turgut¹, Serap Karacalar¹, Cengiz Polat¹, Özlem Kiran¹, Fethi Gültop¹, Seray Türkmen Kalyon¹, Betül Sinoğlu¹, Mehmet Zincirci¹, Ender Kay. (Marzo 2016). Burnout Syndrome During Residency. *Turk Anesthesiology and Intensive Care Society*, 44, 258-264.
40. Kiran R. Busireddy, MD Jonathan A. Miller, MD Kathleen Ellison, MD Vicky Ren, MD Rehan Qayyum, MD, MHS, FAHA Mukta Panda, MD, FACP. (Enero 2017). Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 10, 294-301.
41. Mendoza Castillo, C. I. (2014). Incidencia del Síndrome de Burnout en Residentes de Anestesiología de Hospitales de Segundo Nivel del ISEM. Toluca, México. Recuperado el octubre de 2021, de <file:///C:/Users/User/OneDrive/Documentos/trabajom%20burnout%20mexico.pdf>
42. Tejero González, C. M., Fernández Díaz, M. J. y Carballo Santaolalla, R. "Medición y incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)", *Rev. Med UV*, Julio-Diciembre 2011.

43. López Maya, L. L.-M.-H. (abril-junio de 2012). Adicciones en anestesiólogos ¿Por qué se han incrementado? ¿Debemos preocuparnos? *Revista Mexicana de Anestesiología*, 35(2), 95-106. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cma122b.pdf>
44. Rodríguez, S. (2018). Cuestionario Maslach Burnout ltry (MBI) para detección de riesgos profesionales. Recuperado el 27 de abril de 2022, de https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf
45. Pines A, Aronson E, Kafry D. PBurnout: Fromtedium to personal growth. New York: Free Press; 1981.
46. Maslach, C.; Leiter, P. y Schaufeli (2001) "Job Burnout", *AnnualReview of Psychology*, Vol. 52, pag. 397-422.
47. Sinha, A., Sing, A., Tewari, A., The fatibue and the anesthesiologist and threat to patient safety. *J. Anesthesiol. Clin. Pharmacol.* 2013, Vol 29. Páginas 151-159.
48. Moncada S, L. C.-I. (2014). Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. 2. Barcelona, Cataluña, España. Recuperado el 25 de octubre de 2021, de <http://www.copsoq.istas21.net/ficheros/documentosmanualCopsoq2.pdf>.
49. Diego Escarramán Martínez. (2022). Incidencia del síndrome de Burnout y del riesgo elevado de Burnout en el servicio de Anestesiología en un hospital de la ciudad de México: factores de riesgo y validación de la escala Maslach Burnout Inventory. Junio 2022, de ANESTESIAR Sitio web: <https://anestesar.org/2022/incidencia-del-sindrome-de-burnout-y-del-riesgo-elevado-de-burnout-en-el-servicio-de-anestesiologia-en-un-hospital-de-la-ciudad-de-mexico-factores-de-riesgo-y-validacion-de-la-escala-maslach-burnout/>
50. Christina Maslach, Susan E. Jackson, and Michael P. Leiter. (2018). Maslach Burnout Inventory™ Manual 4th Edition. 10 de abril 2022, de Mind Garden Sitio web: <https://www.mindgarden.com/maslach-burnout-inventory-mbi/685-mbi-manual.html>
51. Francisco Javier, Ortega Sánchez. (Diciembre 2020). Validez del Maslach Burnout Inventory en México. *ConCiencia*, 5, 70-89.
52. Gil-Monte, Pedro R.; Unda Rojas, Sara; Sandoval Ocaña, Jorge I.. (Junio 2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en población mexicana. *Revista Salud Mental* , 32, 205-214.

53. Judith Banda Guzmán. (Febrero 2022). Validación del Maslach Burnout Inventory en estudiantes universitarios de El Bajío mexicano. *Revista Iberoamericana para la Investigación y del Desarrollo Educativo* , 12, 299-319.
54. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press 1986.
55. Cabezas C. Síndrome de desgaste Profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional *FMC* 1998; 5:491-2
56. Peiró, J.M., Salvador A. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. 1^a Ed. España: Editorial UDEMA S.A.
57. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, pediatricians, and anesthesiologist: who has more risk?. *Support Care Cancer* 2009 Jun 4.
58. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5). 16-22
59. Slipack, O. E. (1996). Estrés laboral. Recuperado 12 junio de 2022, fuente http://www.drwebsa.com.ar/app/alcmeon/19/al19_03.htm
60. Acad. Dr. Jaime Rivera-Flores. (Julio-Septiembre 2013). Estrés laboral y sus repercusiones. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36, 173-175.
61. Esquivel C, Buendía F, Martínez O, Martínez J, Martínez V, Velasco V. Síndrome de agotamiento profesional en personal de médicos de un hospital de tercer nivel. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007; 45 (5): 427-36
62. Arturo López-Morales,¹ Felipe González-Velázquez,² Margarita Isabel Morales-Guzmán,³ Carlos Ernesto Espinoza-Martínez. (Marzo 2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Mexicana del Seguro Social* , 45, 233-242.
63. Pera G, Serra-Prat M. Incidencia del síndrome de Burnout y estudio de los factores asociados al mismo. *Gacsanit* 2002: 16 (6): 480-486.
64. Hernández González, A. &. (2015). Estrés laboral en anesthesiólogos, reflejo del ambiente hospitalario del sector público. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 5 (2) 65-71. Recuperado el 24 de octubre 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283048874005>
65. Ricard Navinés, Victoria Olivé, Francina Fonseca y Rocío Martín-Santos. (Mayo 2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Elsevier*, 157, 130-140.

66. Govêia CS, et al. Associação entre síndrome de burnout e ansiedade em residentes e anesthesiologistas do Distrito Federal. Rev Bras Anesthesiol. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.02.007>
67. Widerhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Widerhold M, Riva G. Intervention for physician burnout: a systematic review. Open Med. 4 de julio 2018; 13, 253-263.
68. Hernández Vargas y Dickison. Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos. UNAM. Primer foro de las Américas en investigación sobre los factores psicosociales. “Estrés y salud mental en el trabajo”.
69. Treviño Moore Aída. Síndrome de desgaste profesional y su relación con la violencia académica en los cursos de especialización médica.
70. Liliana Martínez. (24 octubre 2020). Ecosistema de salud en Aguascalientes: ¿Hay suficiente personal?. Líder empresarial, 43, 19-28.



31. ANEXOS.

ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Mes	Abril 2022				Mayo 2022				Junio 2022				Julio 2022				Agosto 2022				Septiembre 2022				Octubre 2022				Noviembre 2022			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Elección tema de investigación		■																														
Selección de título del protocolo		■																															
Redacción del protocolo			■	■	■	■	■																										
Revisión del protocolo por asesores						■	■																										
Correcciones del protocolo por asesores						■	■																										
Registro protocolo en SIRELCIS								■																									
Autorización por comité de bioética								■																									
Realización de correcciones de SIRELCIS										■	■	■		■	■	■		■	■	■													
Autorización metodológica del protocolo																						■	■										

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Nombre del estudio: Incidencia del síndrome de Burnout en médicos residentes del segundo y tercer año del servicio de Anestesiología del Hospital General de Zona 3, IMSS, Aguascalientes.

Patrocinador externo: No aplica

Lugar y fecha: Jesús María, Aguascalientes

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio: Incidencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes del segundo y tercer año del servicio de Anestesiología del Hospital General de Zona 3, IMSS, Aguascalientes. ya que es necesario afrontar esta problemática en el personal becario pues repercute en su salud, bienestar, convivencia laboral y familiar. Pero no de menor importancia las consecuencias y repercusiones de su actividad profesional, pudiendo afectar la salud y vida de los pacientes que se encuentran bajo su responsabilidad.

Procedimientos: El estudio se realizará en el auditorio de usos múltiples del Hospital General de Zona 3 del IMSS Aguascalientes en un ambiente privado. Si usted decide participar debe saber que se le aplicará un cuestionario que se contestará un cuestionario de manera anónima pues no tendrá que proporcionar ningún dato personal sino únicamente un número que le será asignado dentro del protocolo. Una vez terminado el cuestionario usted lo entregará y los resultados obtenidos serán

recolectados en una base de datos que al final se procesará para obtener resultados.

Posibles riesgos y molestias:

Tiempo otorgado por el entrevistado.

Posibilidad de desencadenar crisis emocional que en caso de presentarse será canalizado al servicio de psicología de SPPSTIMSS del HGZ3.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al participar en este estudio usted podrá beneficiarse de detectar si tiene síndrome de Burnout y podrá acudir a recibir atención previniendo posibles complicaciones de estas enfermedades.

Ayuda también al participar a mejorar la calidad de atención dada por el IMSS a sus propios trabajadores y con ello de manera indirecta a mejorar la atención dada a los pacientes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados del instrumento utilizado le serán ofrecidos y proporcionados a usted si es que usted así lo desea para saber si tiene Burnout.

Participación o retiro:

En cualquier momento, durante la realización del estudio, si así lo considera usted puede de manera voluntaria retirarse del ensayo sin que esto afecte la calidad de la atención que le será proporcionada.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos de los participantes serán manejados en estricto apego a Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, DOF 05-07-2010.

La información que se recabada durante el ensayo será manejada de forma exclusiva para fines de análisis estadísticos y para la clasificación de la información.

Debe saber que no se registraran datos personales y la información y documentos que sean generados serán archivados con acceso a ellos solo para el manejo de la información propia del estudio, o al alcance de cada participante para los fines que le convengan.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Silvia Berenice Frías Valencia. Matricula 98175417, Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 3, Jesús María Aguascalientes. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 3, Jesús María Aguascalientes, Domicilio: Av. General Prolongación Ignacio Zaragoza Núm. 905 Aguascalientes col. Ejido de Jesús María, Aguascalientes, C.P. 20908. Teléfono 449 153 5900 Ext 41552, Celular 4777879964 Correo electrónico: tweety_hanna@hotmail.com.

Colaboradores: Dra. Azalea Nazareth Olivares Pérez. Matricula: 98010951 Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 1, Aguascalientes. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 3, Jesús María Aguascalientes, Domicilio: Av. General Prolongación Ignacio Zaragoza Núm. 905 Aguascalientes col. Ejido de Jesús María, Aguascalientes, C.P. 20908. Teléfono: 4491007646. Correo electrónico: azalea.2902@gmail.com

M en C Espinoza Mejía Karina Esmeralda. Matricula 98071095, Adscripción: Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 1, Villa de Álvarez Colima. Lugar de trabajo:

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Zona 1,
Villa de Álvarez Colima. Domicilio: Av. Lapslázuli 250
Fraccionamiento el Haya, CP 28984, Villa de Álvarez Colima.
Teléfono: 3121164758, Correo electrónico:
kar.espinoza04@hotmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330
4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720.
Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Número de registro institucional: R-2022-101-027

ANEXO C. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) (15). ADAPTADO PARA MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA DEL HGZ 3, IMSS, AGUASCALIENTES.

CUESTIONARIO.

Información general		
Residente	R2 _____	R3 _____

Género F___ M___

Edad Menor de 25 años___ 26-30 años___ 31-35 años___ 36-40 años___

Lugar de nacimiento _____

¿Cuál fue su hospital subsede para realizar el R1? HGZ1___ HGZ2___ HGZ3___

Número de visitas a su familia Diario___ Semanal___ Mensual___ Otro___

¿Usted padece alguna enfermedad? Sí___ No___

¿Se ha incapacitado durante la residencia? Sí___ No___

¿Cómo calificaría la calidad de su lugar de descanso (residencia)? Buena___ Regular___ Mala___
Deficiente

Estado civil Soltero___ Casado___ Divorciado___ Viudo___ Concubinato___

Número de guardias de 24 horas realizadas en el último mes N° Guardias___

Número de guardias de 36 horas realizadas en el último mes N° Guardias___

Número de horas trabajadas en turno nocturno (22:00 hrs – 06:00 hrs) en el último mes N°
Hrs___

Horas trabajadas en fin de semana y días festivos en el último mes N°Horas_____

¿Cuánto hace que no toma vacaciones? Meses_____

¿Cuántas horas en total trabajó la última semana?

N° _____

CUESTIONARIO.

Frecuencia	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces a la semana	Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
Señale el número que crea oportuno sobre frecuencia según el enunciado							
1 Me siento emocionalmente agotado/a por la residencia. AE.							
2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. AE.							
3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. AE.							
4 Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes. RP.							
5 Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. D.							
6 Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa. AE.							

7 Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes. RP.							
8 Siento que la residencia me está desgastando. Me siento quemado por la residencia. AE.							
9 Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes. RP.							
10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que me encuentro en la residencia de Anestesiología. D.							
11 Pienso que la residencia me está endureciendo emocionalmente. D.							
12 Me siento con mucha energía en el hospital. RP.							
13 Me siento frustrado/a en el hospital. AE.							
14 Creo que trabajo demasiado. AE.							
15 No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes. D.							

<p>16 Trabajar directamente con pacientes me produce estrés. AE.</p>							
<p>17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes. RP.</p>							
<p>18 Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes. RP.</p>							
<p>19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en la residencia. RP.</p>							
<p>20 Me siento acabado en en la residencia, me lleva al límite de mis posibilidades. AE.</p>							
<p>21 En el hospital trato los problemas emocionales con mucha calma. RP.</p>							
<p>22 Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. D.</p> <p>*AE: Agotamiento emocional.</p> <p>*D: Despersonalización.</p> <p>*RP: Realización personal.</p>							

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluirán en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

La subescala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización ("despersonalization") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención; la subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

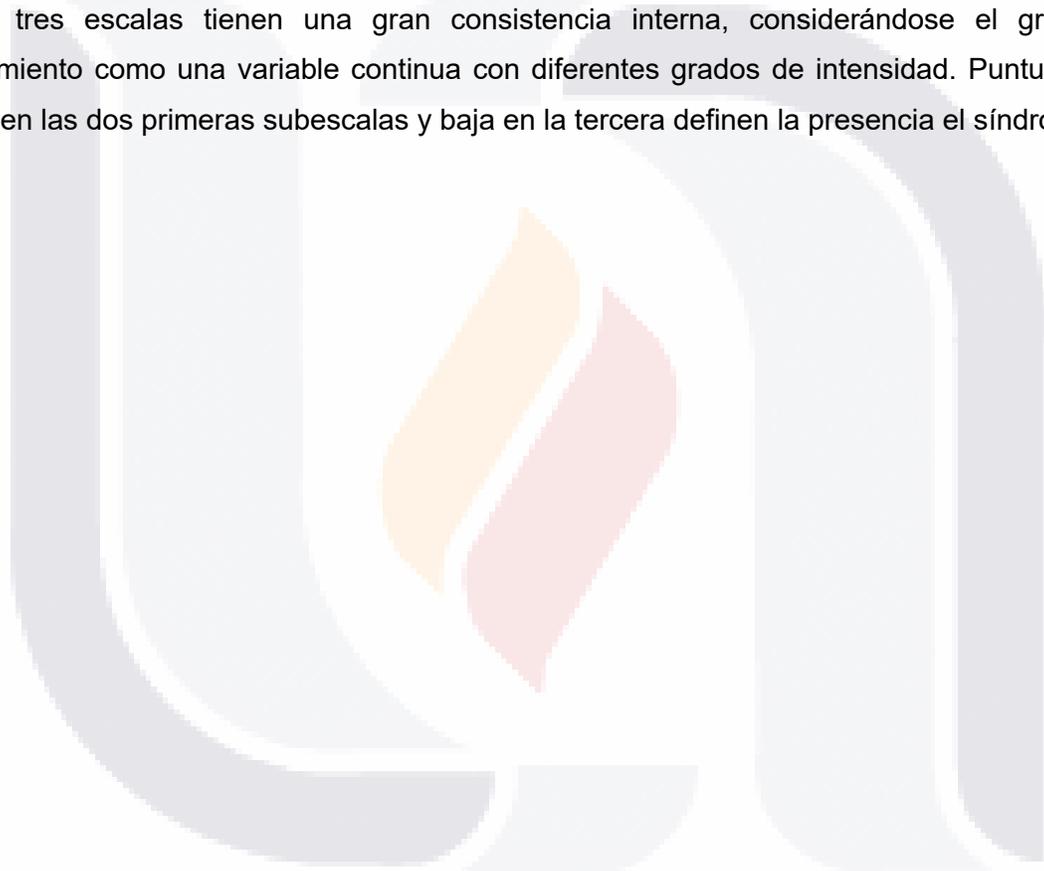
MÉTODO PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO: aspecto evaluado respuesta a sumar.

Aspecto evaluado.	Preguntas a evaluar.	Valor total obtenido.	Interpretación.
Agotamiento emocional.	1,2,3,6,8,13,14,16,20		Alto >27. Medio de 17-26. Bajo de 16-0.
Despersonalización.	5,10,11,15,22		Alto >14. Medio 9-13 Bajo 8-0.
Realización personal.	4,7,9,12,17,18,19,21		Alto <30. Medio 36-31. Bajo 38-47).

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

- Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.



ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL.

Se solicita su participación en el trabajo de investigación con título “Incidencia de Síndrome de Burnout en residentes de segundo y tercer año de la especialidad de Anestesiología del HGZ3, IMSS Aguascalientes” con el objetivo de determinar la incidencia de Burnout en los residentes de segundo y tercer año de esta especialidad.

Se le aplicará el instrumento de recolección Maslach Burnout Inventory que se le proporcionará de manera impresa y se le otorgará un bolígrafo para responderlo en el auditorio de usos múltiples del HGZ3 donde podrá tener un ambiente de privacidad durante el proceso de llenado. Usted debe saber que será acompañado por el encargado del trabajo de investigación todo el tiempo que usted requiera para llenar el instrumento y que podrá apoyarse en el investigador para resolver cualquier duda de llenado.

A continuación encontrará una serie de preguntas de carácter demográfico o información general que deberá llenar con los datos que se le solicitan marcando con una “X” la opción que corresponda a usted o bien escribiendo su respuesta sobre la línea en las preguntas abiertas según sea el caso. Posteriormente encontrará una serie de enunciados acerca de su residencia médica y de sus sentimientos en ella. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo sienta.

Cabe mencionar que no existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que exprese verídicamente su propia experiencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas, usted podrá tener acceso a sus resultados e incluso ser derivado a recibir atención si así lo desea.

Agradecemos su participación en este proyecto. En la primera parte del cuestionario encontrará una serie de datos a los cuales deberá responder con una X según sea su caso, por ejemplo en el caso de ser residente de primero o segundo año marcará dicha línea según corresponda, igualmente en el apartado de antigüedad donde marcará con una X lo correspondiente al número de años dentro de la especialidad hasta el día de hoy que usted se encuentra respondiendo este cuestionario. Por ejemplo si usted se encuentra en el segundo año de la residencia marcará con una X el apartado de R2 y si se encuentra en el tercer año marcará con una X el apartado correspondiente a R3.

Posteriormente encontrará el apartado de género donde marcará con una X el correspondiente a usted.

En el apartado de edad marcará con una X el rango de edad que le corresponda según el número de años cumplidos hasta el día de hoy que usted se encuentra respondiendo este instrumento de recolección de datos. Por ejemplo si usted hoy tiene 27 años de edad, marcará con una X el rango correspondiente a 26-30 años.

En la casilla de lugar de nacimiento encontrará una línea donde deberá escribir con su propia letra la entidad federativa en la cual nació, por ejemplo si usted nació en la ciudad de Aguascalientes deberá escribir sobre la línea "Aguascalientes". En la casilla de subselección deberá marcar con una X el hospital en el cual realizó su primer año de residencia médica según corresponda. Por ejemplo si usted realizó su primer año en el HGZ2, marcará con una X la línea correspondiente a este nosocomio.

En cuanto al número de visitas que realiza a su familia encontrará varias opciones en donde podrá marcar la que le corresponda según sea su caso, por ejemplo si usted se encuentra viviendo con sus padres podrá marcar que realiza visita diaria, sin embargo si su familia se encuentra en algún otro estado del país podrá marcar por ejemplo una vez al mes o tal vez una vez a la semana según sea su caso personal.

En el apartado de incapacidad marque si ha usted estado incapacitado por cualquier razón durante la residencia médica sin importar el número de días de dicha incapacidad, o el número de veces que se haya incapacitado, simplemente marque sí o no se le ha otorgado algún tipo de incapacidad durante su residencia. Por ejemplo si usted sufrió una caída y tuvo una esguince de tobillo por lo que fue incapacitado/a 15 días, marcará con una X la opción correspondiente a "sí" de igual forma si tuvo una gastroenteritis que sólo ameritó 3 días de incapacidad, marcará también la opción correspondiente a "sí".

Para la casilla de calificación de su residencia debe saber que nos referimos al lugar físico de descanso que le fue otorgado por la sede, califique las instalaciones de este lugar según su consideración y marque con una X su respuesta. Por ejemplo si usted considera que esta área física y/o funcionalmente se encuentra en mal estado, marque con una X la opción correspondiente a "malo".

En estado civil marque con una X el que corresponda a su estado actual hoy respondiendo este cuestionario. Por ejemplo si usted el día de hoy es soltero, marque con una X la opción correspondiente a esta respuesta, si está casado marque con una X la opción de “casado”, etc.

En la casilla para el número de guardias escriba con su propia letra el número de guardias que ha realizado usted en el último mes sin importar si fueron dentro de la sede o en alguna rotación externa, simplemente cuéntelas y escriba el número en la línea que encontrará. Por ejemplo si el mes pasado usted tuvo guardia los días 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26 y 30; las sumará todas obteniendo un total de 8 guardias en el mes, lo cual deberá escribir con su letra sobre la línea correspondiente.

En la casilla para el número de guardias de 24 horas cuente las guardias que se realizan de viernes a sábado, de sábado a domingo o bien las que se realizan en días festivos y anote sobre la línea el número de guardias de este tipo que ha realizado en el último mes. Por ejemplo si en el último mes usted realizó una guardia de viernes a sábado, otra de sábado a domingo y otra festiva, sumará un total de 3 guardias, que deberá ser el número que anotará sobre al línea con su propia letra.

En la casilla para el número de guardias de 36 horas cuente las guardias que se realizan de lunes a martes, de martes a miércoles, de miércoles a jueves, de juees a viernes y de domingo a lunes; anote sobre la línea el número de guardias de este tipo que ha realizado en el último mes.

Por ejemplo si usted realizó el último mes una guardia de martes a miércoles (1), otra de miércoles a jueves (1), otra de domingo a lunes (1), otra de jueves a viernes (1), otra de lunes a martes (1) y otra de martes a miércoles (1) al sumarlas todas $(1+1+1+1+1+1=6)$ da un total de 6 guardias que será el número que deberá poner sobre la línea correspondiente.

Para el apartado de número de horas trabajadas en fines de semana en el último mes deberá contar las horas que se trabajan de viernes a sábado, de sábado a domingo y de domingo a lunes, sume las horas que ha trabajado los días antes mencionados y anote el número en la línea correspondiente.

Por ejemplo si tuvo guardia de sábado a domingo, usted entró a esta guardia a las 7:00 hrs del sábado y terminó a las 7:00 hrs del domingo por lo que serán 24 horas y si el siguiente fin de semana trabajó desde el domingo a las 7:00 hrs hasta el lunes a las 19:00 hrs serían 36 horas

por lo que se deberán sumar las 24 horas del primer fin de semana más las 36 horas del segundo teniendo un total de 60 horas que deberá ser el número que anotará en la línea correspondiente.

En la casilla de prestación de servicios deberá marcar si usted tiene que estar disponible para acudir al hospital independientemente de si tiene o no guardia, es decir si recibe una llamada para atender algún asunto de sus pacientes usted debe estar disponible y acudir a atenderlo, o bien si recibe otra llamada de alguno de sus maestros o compañeros residentes de mayor jerarquía para que acuda a resolver algún tema, si usted considera que sí tiene que estar disponible y ha acudido a situaciones como las antes mencionadas, entre otras, marque con una X la respuesta sí y si en alguno de los ejemplos antes mencionados u otros usted considera que no acude porque usted no tiene que estar disponible si no está de guardia marque una X la respuesta no.

En la pregunta de ¿hace cuánto no toma vacaciones? Anote con su propia letra el número de meses, semanas o días que han transcurrido desde su último período vacacional.

En la casilla de número de horas trabajadas la última semana, deberá sumar todas las horas que usted ha estado laborando en el hospital aunque sea fuera del supuesto horario establecido por enseñanza, es decir si el lunes trabajó de 7:00 hrs a 17:00 hrs, sumarían 10 horas, el martes de 7:00 hrs a 21:00 hrs serían 14 horas, el miércoles de 7:00 hrs a 17:00 hrs serían 10 horas, el jueves de 7:00 hrs hasta el viernes a las 14:00 hrs serían 31 horas y suponemos que el fin de semana no tuvo guardia, solo fue el domingo a valorar pacientes y tardó 2 horas haciéndolo entonces sumaríamos $10+14+10+31+2 = 67$ horas laboradas, que será el número que deberá escribir en la línea correspondiente .

Finalmente encontrará una serie de frases que debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, marcando la casilla correspondiente con X:

Nunca (0) Algunas veces al año (1) Algunas veces al mes (2) Algunas veces a la semana(3) Diariamente (4).

A continuación, encontrará un ejemplo de llenado del cuestionario.

CUESTIONARIO.

Información general		
Cargo	R2 _____	R3 <u>X</u>
Tiempo que lleva laborando en la institución dentro del servicio de anestesiología	DE 1 a 2 años ___ De 2 a 3 años <u>X</u>	

Género F X M ___

Edad Menor de 25 años ___ 26-30 años X 31-35 años ___ 36-40 años ___

Lugar de nacimiento Aguascalientes

¿Cuál fue su hospital subsede para realizar el R1? HGZ1 ___ HGZ2 X HGZ3 ___

Número de visitas a su familia Diario X Semanal ___ Mensual ___ Otro ___

¿Usted padece alguna enfermedad? Sí X No ___

¿Se ha incapacitado durante la residencia? Sí X No ___

¿Cómo calificaría la calidad de su lugar de descanso (residencia)? Buena ___ Regular ___ Mala X Deficiente ___

Estado civil Soltero X Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Concubinato ___

Número de guardias realizadas en el último mes N° Guardias 7

Número de guardias de 24 horas realizadas en el último mes N° Guardias 2

Número de guardias de 36 horas realizadas en el último mes N° Guardias 5

Horas trabajadas en fin de semana y días festivos en el último mes N° Horas 72
horas ___

Disponibilidad en prestación de servicios Sí X No ___

¿Cuánto hace que no toma vacaciones? Meses 10 meses

¿Cuántas horas en total trabajó la última semana?

N°_80_

Frecuencia	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces a la semana	Todos los días
Señale el número que crea oportuno sobre frecuencia según el enunciado	0	1	2	3	4	5	6
1 Me siento emocionalmente agotado/a por la residencia.							X
2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							X
3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							X
4 Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes.						X	
5 Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.						X	
6 Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.							X
7 Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							X

8 Siento que la residencia me está desgastando. Me siento quemado por la residencia.							X
9 Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.							X
10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que me encuentro en la residencia de Anestesiología.							X
11 Pienso que la residencia me está endureciendo emocionalmente.							X
12 Me siento con mucha energía en el hospital.		X					
13 Me siento frustrado/a en el hospital.				X			
14 Creo que trabajo demasiado.							X
15 No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.	X						
16 Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.						X	

17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							X
18 Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes.						X	
19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en la residencia.				X			
20 Me siento acabado en en la residencia, me lleva al límite de mis posibilidades.							X
21 En el hospital trato los problemas emocionales con mucha calma.		X					
22 Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.			X				