



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS II
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO**



**Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con el
Rendimiento Académico en médicos residentes de un
Hospital del IMSS**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
**MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS
DE LA SALUD**

PRESENTA

LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ALFREDO BRIONES ARANDA**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; SEPTIEMBRE 2014

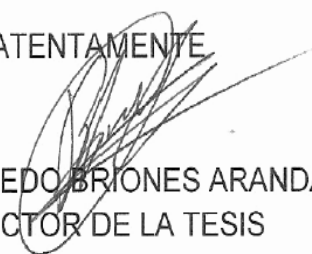
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 24 de Abril del 2014

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y POSGRADO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS II
PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que una vez revisado exhaustivamente el trabajo titulado **“Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con el Rendimiento Académico en médicos residentes de un Hospital del IMSS”**, presentado por el **DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN**, los integrantes del comité revisor designado por ese órgano colegiado conceden autorización para impresión.

Sin otro particular, reciba cordial saludo.

ATENTAMENTE



DR. ALFREDO BRIONES ARANDA
DIRECTOR DE LA TESIS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que ha puesto en mi camino y que me han ayudado a ser mejor persona.

A YUNIS

Mi cómplice y compañera en todas mis locuras. Por apoyarme durante esta etapa de mi formación académica, siempre has sabido aconsejarme en los momentos difíciles, cuando parecía no encontrar la fuerza y coraje necesarios para culminar este reto.

Gracias por ser parte de mi vida y ayudarme a mejorar en todos los aspectos de mi vida.

A MI FAMILIA

Gracias por tenerme confianza, por creer en mí y por supuesto por acompañarme en la celebración de mis triunfos.

Finalmente, gracias a todas las personas que ayudaron directa o indirectamente en la realización de este proyecto.

INDICE

Marco Teórico	
1. Estrés	4
1.1.- Definición	7
1.2.- Modelos Teóricos	11
1.2.1.- La Teoría de Cannon	11
1.2.2.- La Teoría de Selye	11
1.2.3.- El Estrés como estímulo	13
1.2.4.- El Estrés como proceso	15
1.3.- Aspectos Fisiológicos del Estrés	18
1.4.- Las fuentes de Estrés	22
2. Estrés Laboral	24
2.1.- Modelo de Karasek	25
2.2.- Modelo de Siegrist	26
2.3.- Consideraciones acerca de ambos Modelos	28
3. Síndrome de desgaste profesional (SDP) o Burnout	29
3.1.- Desarrollo de la Enfermedad	30
3.2.- Factores de Riesgo	31
3.3.- Manifestaciones del SDP	32
3.3.1.- Manifestaciones Mentales	32
3.3.2.- Manifestaciones Físicas	33
3.3.3.- Manifestaciones Conductuales	33
3.3.4.- Manifestaciones Emocionales	33
3.4.- El SDP y los Médicos	33
3.4.1- El SDP y los Médicos en Formación	36
3.5.- El SDP y el Rendimiento Académico	38
Planteamiento del problema	40

Objetivo General	41
Objetivos Específicos	41
Justificación	42
Material y Métodos	44
Diseño del Estudio	44
Periodo del Estudio	44
Lugar del Estudio	44
Universo	44
Muestra	44
Criterios de Inclusión	44
Criterios de Exclusión	45
Criterios de Eliminación	45
Instrumentos de Medición	45
Metodología	47
Resultados	49
Discusión	63
Conclusiones	70
Recomendaciones	72
Anexos	75
Cronograma de Actividades	84
Bibliografía	85

MARCO TEORICO

1.- ESTRÉS

La existencia del estrés data del surgimiento mismo de la humanidad, y está ligado al proceso de la vida, a la evolución del hombre y que gracias a él ha sobrevivido, obligándole a adaptarse a un mundo en transformación constante (Bensabat, 1994). En el hombre primitivo se presentaba en dos alternativas, luchar o huir, cualquiera de estas dos le permitía liberar la energía para responder al peligro. Tiempo después, el trabajo manual del artesano, creador y fuente de buen estrés; fue reemplazado por el trabajo especializado vinculado con la tecnología que si bien es menos fatigoso físicamente es causante de mayor estrés y de una mayor fatiga psicológica e intelectual debido a una constante confrontación en un mercado exigente, dominado por la competencia y la rentabilidad.

Respecto al término, estrés deriva del griego *stringere* que significa provocar tensión (Skeat, 1958). La palabra se usó por primera vez probablemente alrededor del siglo XIV, y a partir de entonces durante muchos años, se emplearon en textos en inglés numerosas variantes de la misma, como son *stress*, *stresse*, *strest* e *strsisse* (Lumsden, 1981) para referirse a las dificultades, luchas, adversidades o la aflicción.

Los estudios etimológicos que se han llevado a cabo sobre el término, tiene la raíz latina *Springer* como uno de sus más pretéritos ancestros. La evolución fonética que tuvo lugar con el paso del latín clásico al latín vulgar dio como resultado el término *strictire*. Esta palabra arribó al francés antiguo con la forma de *estricier*, *estrece*, *destrece*, *destresse* (encontrarse bajo estrechez u opresión) (Barredo, 2000)

Para poder comprender el estrés y su inserción en la biología debemos de abordar, por una parte, la evolución histórica de los conceptos fisiológicos, y por otra, la evolución del significado de la palabra en la biología.

Las nociones de homeostasis, estrés y equilibrio están presentes en los conceptos de salud y enfermedad desde hace más de 2000 años. Al comienzo de la era clásica fue Heráclitus el primero en señalar que un estado inmóvil o sin cambios no era la condición de los organismos vivos; por el contrario, éstos tenían capacidad de cambiar su estado (Lazarus y Folkman, 1984).

Luego, Empédocles expresó que todos los problemas de los organismos vivos consistían en elementos y cualidades en una oposición o alianza dinámica entre unos y otros, y que se necesitaba una armonía para la sobrevivencia. Unos años después, Hipócrates definía la salud como un balance armónico de los elementos y las cualidades de la vida, y a la enfermedad como a una falta de armonía sistemática de esos elementos. Reconociendo la existencia de una *vis medicatrix naturae*, o poder curativo de la naturaleza, compuesto de mecanismos inherentes al cuerpo y destinado al restablecimiento de la salud después de una exposición del cuerpo a agentes patógenos (Bensabat, 1994). Los romanos continuaron con estos análisis y lograron desarrollar más claramente el concepto de enfermedad como falta de armonía.

Ya en el renacimiento, Thomas Sydenham extendió la idea de Hipócrates respecto de la enfermedad sugiriendo que la respuesta adaptativa individual podría por sí sola producir cambios patológicos.

El término estrés aparece en escritos del siglo XIV para expresar dureza, tensión, adversidad o aplicación. Posteriormente, a fines del siglo XVIII y principios del XIX, es utilizado en el campo de la física para referirse a la fuerza generada en el interior de un cuerpo como consecuencia de la aplicación de una fuerza externa o “local” que tiende a distorsionarlo, y se menciona el término “strain” como la deformación o distorsión sufrida por el objeto.

Estos conceptos de estrés y strain persistieron en la física, y a fines del siglo XIX fueron tomados por la medicina como antecedentes de pérdida de salud. Un ejemplo de ello se puede apreciar en un comentario de Sir William Osler

(Hernández y Grau, 2005) cuando analiza las características de la personalidad del hombre de negocios judío de la siguiente forma:

“Viviendo una vida intensa, absorbido por su trabajo, dedicado a sus placeres, apasionadamente dedicado a su casa, la energía nerviosa del judío se ve tensada al máximo y su sistema nervioso sujeto a ese estrés y strain que parece jugar un papel básico en tantos casos de angina de pecho”.

Se puede apreciar que ésta es la primera utilización del término estrés como concepto médico. Se trata de una antigua versión del moderno patrón de conducta tipo A, con especial referencia a la relación entre el padecimiento de enfermedad cardiovascular y su tipo de conducta.

Unos años después, en 1932, Walter Canon imprime vitalidad al concepto de estrés al emplear el término *homeóstasis u homeostasis* (traducido como resistencia o aguante) para denotar el mantenimiento del medio interno y enfocó su investigación hacia reacciones específicas, esenciales para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia. Adoptó el término stress (estrés) considerándolo una perturbación de la homeostasis ante distintos estímulos, y aunque utilizó el término un poco por casualidad cuando se refiere a los sujetos que lo padecen, da a entender que el estrés tenía una gradación y que podría medirse (Álvarez, 1989). Se refirió a los “niveles críticos de estrés” definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos. Para 1935, este fisiólogo empezó a usar el término relacionándolo con la organización social e industrial.

A mediados del siglo XX comienza a reconocerse la implicación del estrés en la vida del ser humano como posible generador de enfermedades a mediano y largo plazo. A partir de este momento se potencia el estudio del estrés con una metodología científica y un enfoque positivista siendo Hans Selye el pionero en este campo. Este autor redefinió el estrés desde varias posiciones: inicialmente como estímulo, definiendo al estrés como “un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluyendo las amenazas

psicológicas)” y más adelante como respuesta, incluyendo conceptos claves como agente estresor (Bonet, 2003).

A finales del siglo XX se produce un giro radical en cuanto al enfoque empleado en el estudio del estrés, dirigiendo mayoritariamente las investigaciones al componente psicosocial. En este momento se reconoce la importancia del entorno y su relación con el individuo en el estrés (Selye, 1982).

Así pues, el término estrés se ha convertido en un vocablo habitual de nuestra sociedad actual. El estrés es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad moderna y prácticamente en todos los grupos poblacionales se está produciendo un aumento del estrés. Una mala adecuación entre las capacidades personales y las demandas genera insatisfacción y sentimientos de estrés.

1.1 - DEFINICIÓN

El estrés constituye una de las experiencias vitales más comunes y conocidas, sin embargo, es un término difícil de definir. Es un concepto complejo, extremadamente vigente e interesante, del cual no existe consenso en su definición. La palabra estrés, significa cosas distintas para diferentes personas. Son muchas las menciones que hoy en día se hacen a este término y a sus consecuencias sobre la conducta del individuo, e igualmente son muchos los autores que lo definen y lo intentan cuantificar.

Desde que Selye (Selye, 1973) introdujera el concepto de estrés en el ámbito de la salud, para este autor era la causa común de muchas enfermedades, este término ha sido muy utilizado tanto por los profesionales de ciencias de la salud como de otros ámbitos, así como también en el lenguaje coloquial. Sin embargo aún existe una gran controversia sobre su definición. Las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, respuesta, percepción o transacción.

En general, el estrés ha sido conceptualizado de tres maneras:

1.- Como un conjunto de estímulos (Cannon, 1932; Holmes y Rahe, 1967). Existen ciertas condiciones ambientales que nos producen sentimientos de tensión y/o se perciben como amenazantes o peligrosas. Se denominan estresores. Así pues, el estrés se define como una característica del ambiente (estímulo), hablándose entonces de estrés laboral, estrés de los estudios, etc. Esta idea de estrés como estimulación nociva que recibe un organismo se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y el bienestar. Tiene la ventaja de la medida objetiva de ese estrés y en este caso el estrés se considera variable independiente.

2.- Como una respuesta. Este enfoque se centra en cómo reaccionan las personas ante los estresores (Selye, 1960). Esta respuesta se entiende como un estado de tensión que tiene dos componentes: el psicológico (conducta, pensamientos y emociones emitidos por el sujeto) y el fisiológico (elevación del aurosal o activación corporal). En este caso el estrés actúa como variable dependiente.

3.- Como un proceso que incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos y además añade la interacción entre la persona y el ambiente (Lazarus y Folkman, 1986). Esta transacción supone una influencia recíproca entre la persona y el medio. El determinante crítico del estrés es cómo la persona percibe y responde a diferentes acontecimientos.

Aunque Hans Selye sentó las bases del concepto de estrés en el campo de la salud, las primeras aplicaciones del término a este campo tienen como antecedentes el concepto de equilibrio o constancia del medio interno corporal, propuesto por Claude Bernard en 1867 (Bernard, 1959), como esencial para el mantenimiento de una vida saludable, y la noción de homeostasis, que desarrolló Cannon, para denotar la vuelta constante al estado ideal de equilibrio de un organismo después de ser alterado por las demandas del medio. Por lo tanto, un organismo se hace más vulnerable a las enfermedades cuando su equilibrio se altera y, sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado. Para Cannon la homeostasis constituye el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de regular las influencias del medio externo y las respuestas

correspondientes del organismo. En este contexto el estrés se entiende como un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos.

Hans Selye, el médico que dirigió las primeras investigaciones sobre los efectos del estrés en el cuerpo, definió el estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico pero sin una causa particular”, “una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él”. Es un proceso psicofisiológico desencadenado por una situación de demanda. Aunque los factores estresantes varían, desencadenan la misma respuesta biológica. Estrés no es sinónimo de sufrimiento, ni de ansiedad, ni de tensión, ni de algo que debe evitarse a toda costa.

Es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos. El estímulo percibido puede ser agradable o desagradable. Así las continuas necesidades de ajuste interno y externo para la supervivencia, movilizan nuestros recursos físicos y mentales mediante esa respuesta general que es el estrés. El estrés no era para Selye una demanda ambiental, a la cual llamó estímulo agresor o estresor, sino un conjunto de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a esa demanda. Su modelo es el prototipo de las teorías basadas en la respuesta.

La mayoría de las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas, sin embargo, el estrés, en sí mismo, no es destructivo. El estrés se genera cuando respondemos a un nivel inapropiado de presión. Una presión excesiva puede causar tanto estrés como una presión demasiado baja, por lo que cierto grado de presión es realmente bueno para los individuos. La situación ideal se produce cuando podemos responder de manera apropiada a la presión y a sus exigencias. Cuando la exigencia se mueve por encima o por debajo del nivel de presión adecuado para cada persona, el equilibrio comienza a alterarse, y es entonces cuando experimentamos lo que llamamos estrés: la tensión entre la presión que percibimos y nuestra capacidad para hacerle frente. El estrés surge

ante una situación en la que hay un desequilibrio o una discrepancia significativa entre las demandas externas o internas sobre una persona y los recursos adaptativos de la misma.

La definición de estrés de Lazarus y Folkman de 1986 va en este sentido “el estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”, se centran en la relación entre la persona y su entorno, y en la apreciación por parte de la persona de que su entorno le exige demasiado o sobrepasa sus recursos y es perjudicial para su bienestar. Por lo tanto, la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante. Hay que tener en cuenta que las diferencias individuales juegan un papel significativo en los procesos de estrés. Los factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en los resultados de salud.

Cuando nos sentimos bajo presión, todo nuestro sistema responde a la situación, y cada parte del mismo puede mostrar una reacción. Cada persona responde de una manera diferente dependiendo de nuestra personalidad, porque el estado de estrés no es un fenómeno estático sino el producto de una apreciación que puede cambiar a medida que el sujeto también va cambiando y recurre a estrategias distintas.

El que se dispare la respuesta de estrés depende principalmente de aspectos perceptivos. La activación fisiológica desencadenada por la evaluación que el sujeto hace de la situación y de sus habilidades para hacerle frente (evaluación primaria y secundaria) (Lazarus y Folkman, 1984) pone de relieve, una vez más, la importancia de los aspectos cognitivos como determinantes de la respuesta de estrés (Labrador, 1992). La evaluación cognitiva es mediadora entre los estímulos y las reacciones de estrés. Según Sarafino (1999) estrés es el estado que aparece cuando las transacciones persona-ambiente dan lugar a que el individuo perciba

una discrepancia entre las demandas del ambiente y los recursos de la persona. El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles del sujeto, pudiendo ser definido como el proceso que se genera ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando esta demanda es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen se va a desarrollar una serie de reacciones adaptativas de movilización de recursos que implican activación fisiológica.

1.2.- MODELOS TEÓRICOS

1.2.1.- La teoría de Cannon

Es un modelo fisiológico del estrés. El fisiólogo Walter Cannon comenzó la investigación sobre el estrés a principios del siglo pasado (1929). La homeostasis es la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. En sus estudios sobre el proceso fisiológico implicado en el mantenimiento de la homeostasis corporal, Cannon observó la respuesta de ataque-huida, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos, la cual conlleva una serie de sucesos que activan el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino. Como consecuencia ocurre una elevación en los niveles de adrenalina y noradrenalina en la sangre, junto a un incremento de la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el azúcar en sangre, la tasa respiratoria y el movimiento de la sangre desde la piel hacia los músculos.

1.2.2.- La teoría de Selye: El Síndrome General de Adaptación (SGA). (Selye 1960, 1973, 1982)

El SGA es la forma en que un organismo se moviliza a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, que es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés, puede ser no solamente un estímulo físico, sino también

psicológico, cognitivo o emocional. Se considera al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que se denomina SGA. Sea cual sea la causa, el individuo responde con el mismo patrón de reacciones, es decir, la respuesta es inespecífica a la situación pero específica en sus manifestaciones. Para afrontar cualquier aumento de las demandas realizadas sobre él, el organismo responde de forma estereotipada, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo.

Este proceso ocurre en tres fases:

1.- Fase de alarma. El sujeto se enfrenta a la situación estresante. El organismo está en presencia de un estímulo, se halla en estado de alerta (aumenta la frecuencia y la intensidad cardíaca, aumenta la tensión arterial, se altera el ritmo y la frecuencia de la respiración) y se coloca en situación de huida o ataque para restablecer el equilibrio interno. Constituye el aviso claro de la presencia repentina de agentes estresores a los que el organismo no se está adaptando. No tiene lugar de manera rápida, sino paulatinamente. Esta fase tiene dos etapas: choque y contrachoque. En la etapa de choque las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que ha de ponerse en guardia, es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. Aparece taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La fase de contrachoque se caracteriza por la movilización de las defensas. Aparecen signos opuestos a los de la fase de choque e hiperactividad de la corteza suprarrenal. Muchas enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase de reacción de alarma (Sandín, 1995). Esta respuesta de alarma, como respuesta a una situación de emergencia, a corto plazo es adaptativa; pero muchas situaciones implican una exposición prolongada al estrés que no requiere una acción física.

2.- Fase de resistencia. Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, apartándose o adaptándose al estímulo estresante. En

esta fase desaparecen la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma, se observan signos de anabolismo, mientras que en la de alarma se observan procesos catabólicos (Sandín, 1995). El resultado de una resistencia prolongada al estrés es la aparición de una serie de enfermedades como las úlceras pépticas, las colitis ulcerosas, el asma bronquial, etc. Además, la resistencia al estrés produce cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones. Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase.

3.- Fase de agotamiento. Intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si el organismo no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma y la vida del organismo estará amenazada.

El modelo de Selye resulta intuitivo y atrayente, pero ha recibido las siguientes críticas: el concepto de inespecificidad, ya que existen evidencias de que estresores particulares pueden producir diferentes patrones de respuestas o cambios específicos en el funcionamiento neurofisiológico (Mason, 1971) y la poca relevancia que concede a los aspectos psicológicos, cuando la investigación demuestra que la evaluación de los acontecimientos es crucial en la determinación del estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

1.2.3.- El estrés como estímulo

Este grupo de modelos interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, asumiendo que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. El estrés se localiza fuera del individuo, a la persona le corresponde el efecto producido por el estrés.

El grupo de T. H. Holmes (1967), ha desarrollado un modelo que se conoce como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los acontecimientos vitales. Este modelo se encuadra dentro de las teorías de la especificidad estimular.

Consideran al estrés como una variable independiente definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo produciendo un malestar, es una fuerza externa o situaciones a las que son expuestos los individuos que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de éstos, le harían experimentar estrés. Los sucesos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. El procedimiento de construcción de los instrumentos de medida pretende ofrecer una estimación objetiva de los estresores-sucesos sobre el estado de salud del sujeto.

Más recientemente (Lazarus y Folkman, 1987; 1989) se ha estudiado el impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del individuo, son sucesos de menor impacto pero mucho más frecuentes y más cercanos al individuo, caracterizan la vida cotidiana y poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales.

En estudios posteriores (Chorot y Sandín, 1994) se ha comprobado que las molestias diarias y las dificultades crónicas pueden ser tan estresantes como los acontecimientos vitales mayores, además pueden ejercer un gran impacto sobre el bienestar físico y psicológico.

Un inconveniente de estos enfoques es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas estresantes, ya que una situación puede ser muy estresante para una persona, pero poco o nada para otra. La propuesta del modelo de estrés de la perturbación de la identidad nos indica que cuanto más cambia un suceso el modo en el que una persona piensa y siente sobre sí misma, mayor riesgo tiene de desarrollar una enfermedad. Por lo que los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud se limitan a los individuos que tienden a pensar de sí mismos en términos negativos (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

1.2.4.- El estrés como proceso

Según Richard Lazarus y su grupo (Lazarus y Folkman, 1986), el estrés puede ser comprendido en términos de las interpretaciones cognitivas que la persona hace sobre la capacidad estresora de los eventos. “Si bien ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas” (Lazarus, 1966). La relevancia de los factores psicológicos, especialmente cognitivos, que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés fue incorporada por la teoría de Lazarus y Folkman (1984, 1993).

El estrés fue concebido por estos autores como el resultado de que el individuo evalúe el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos poniéndose en este caso en peligro su bienestar.

La idea central de la perspectiva interaccional, transaccional, o también denominada aproximación mediacional cognitiva (Sandín, 1995), se focaliza en el concepto de evaluación. La evaluación cognitiva es un proceso mental universal mediante el cual el sujeto valora constantemente la significación de lo que está ocurriendo y lo relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a la situación. No es el agente estresor lo que define el estrés, sino la percepción que realiza el individuo de la situación estresante.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos de evaluación:

- a) Primaria. En la que la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación es que la situación sea considerada como: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. En este último caso se admiten tres modalidades: amenaza (anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aún no ha ocurrido), daño-pérdida (el individuo recibe un perjuicio real, ya se ha producido daño y lo puede volver a sufrir) y desafío (el individuo valora la situación como un reto, ve la

amenaza pero considera que es capaz de superarla si emplea adecuadamente sus recursos, se interpreta como la posibilidad de aprender o ganar). La amenaza y el desafío son evaluaciones anticipatorias.

- b) Secundaria. Se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles y un pronóstico de si cada opción tendrá o no tendrá éxito a la hora de abordar el estresor. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento (coping) y el apoyo social y material. Con la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento y las estrategias, habilidades y capacidades que exige la situación. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. Cuando las personas consideran que son capaces de hacer algo para manejar la situación y creen que van a tener éxito, se reduce el estrés (Brannon y Feist, 2001). La autoeficacia es una variable clave en el proceso de evaluación como mediador entre las estructuras cognitivas y el resultado de la situación estresante (Karademas y Kalatzi-Azizi, 2004).
- c) Reevaluación. Implica procesos de retroalimentación o feedback que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el proceso mismo de afrontamiento. La reevaluación se refiere por tanto al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno y es debida a que las apreciaciones cambian constantemente a medida que se dispone de nueva información.

En la actualidad, el grupo de Lazarus asimila estrés a emoción y el objetivo que persigue es mostrar que el estrés o la emoción es el mediador de las relaciones entre la personalidad y la enfermedad (Lazarus, 1990).

Cuando un organismo se enfrenta a una novedad, a una amenaza o a un desafío, agudiza sus sentidos, escruta el entorno en estado de alerta o vigilancia, y su amígdala empieza a descifrar el significado emocional de los estímulos sensoriales. A la vez el hipocampo refiere la información sobre el entorno a la memoria espacial disponible a partir de experiencias previas, y como resultado del procesamiento de ambos tipos de información, la corteza límbica establece una cognición. Las cogniciones son adaptativas o desadaptativas dependiendo de la atribución que hace el sujeto en cuanto a sus posibilidades de controlar la situación.

Las cogniciones adaptativas propician la reducción del estado de alerta y de vigilancia y permiten que los parámetros fisiológicos vuelvan a sus valores basales. Las cogniciones desadaptativas, no controlan el incremento en la activación biológica y conducen al organismo al estrés.

Se distinguen los siguientes tipos de cogniciones:

- 1.- Cognición de control, resulta de la apreciación de que la situación es manejable con los propios recursos.
- 2.- Cognición de amenaza, que implica la puesta en marcha de estrategias de lucha, acción y defensa, accesibles a las posibilidades adaptativas del sujeto.
- 3.- Cognición de indefensión o derrota, que parte de la apreciación de que la situación es incontrolable y no hay nada que hacer.

Cada cognición pone en marcha circuitos nerviosos centrales específicos, que suscitan patrones neuroendocrinos distintos (a partir de conexiones córtico-hipotalámico-hipofisarias) y respuestas inmunitarias diferentes.

La cognición de indefensión condena al organismo a un estado de alarma y de vigilancia que puede ser paliado mediante estrategias de afrontamiento.

En general, ante un cambio de situación externa que nos afecte (presión) se desarrolla una reacción orgánica (tensión). Así cuando cualquier estímulo exterior supone un factor de desequilibrio que trastorne la estabilidad de nuestro medio interno, se produce un estado de alerta, de preparación para controlar este cambio de situación. A este estado se denomina respuesta al estrés. Esta reacción consiste en un aumento de la activación fisiológica y psicológica y constituye un mecanismo para preparar el organismo para una intensa actividad motora, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible y una mejor selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación.

Al igual que la evaluación, el afrontamiento es el otro concepto central de esta teoría, considerándose como la suma de cogniciones y conductas que una persona emplea con el fin de valorar los estresores, reducir su cualidad estresora y modificar el arousal emocional que acompaña a la experiencia del estrés.

1.3.- ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL ESTRÉS

Desde un punto de vista fisiológico, el estrés es un estado de activación con un carácter adaptativo benéfico porque prepara al organismo para ofrecer una respuesta en la dimensión lucha-huida, ante una situación que representa un peligro o amenaza.

La respuesta de estrés a corto plazo es un afrontamiento estratégico que supone un rápido cambio de prioridades de la supervivencia a largo plazo a la supervivencia a corto plazo. Los recursos biológicos se encauzan hacia los sistemas que puedan necesitarlos para hacer frente a desafíos inminentes. Tanto si se tiene que huir o quedarse y luchar, el cuerpo necesita energía adicional y rápidamente (Palmero y Fernández, 1996).

Muchos de los cambios biológicos que acompañan a la respuesta de estrés están diseñados entonces para movilizar las reservas de combustible del cuerpo, convertirlas en una forma apta para el consumo inmediato y transportar ese

combustible, junto con el oxígeno adicional requerido para quemarlo en una forma selectiva, a los órganos que con toda probabilidad los necesitarán, en particular, cerebro (máxima actividad), corazón (alto gasto cardíaco para el bombeo suficiente de sangre) y músculos principales. Esto se realiza a costa de otros sistemas biológicos como la reproducción y la digestión, que aun siendo esenciales a largo plazo, no son decisivos para la supervivencia inmediata (Martin, 1996).

Los sistemas hormonales que regulan la reproducción se conectan a la respuesta de estrés y están profundamente influidos por ella. El estrés inhibe por ejemplo, la secreción de hormonas gonadotrópicas.

La respuesta del estrés a nivel central está mediada por una estructura del diencefalo: el hipotálamo. El hipotálamo recibe *inputs* de diferentes áreas del encéfalo, en particular de la corteza cerebral, la amígdala y partes de la formación reticular. Por lo tanto, el hipotálamo es un área de convergencia en el cual se integran formación cognitiva, emocional y activadora (Labrador y Crespo, 1995). A su vez el hipotálamo envía *outputs* principalmente al bulbo raquídeo localizado a nivel del tronco cerebral ocasionando por esta vía una activación general del sistema simpático, lo cual se refleja en piloerección, aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca, sudoración y dilatación de la pupila. Paralelamente, en la respuesta al estrés, el hipotálamo controla el sistema endocrino al secretar factores de liberación de las hormonas a secretarse por la hipófisis anterior, principalmente el factor liberador de corticotropina (CRF), el cual estimula la secreción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) por la hipófisis anterior.

Así tenemos que ante la situación percibida como amenazante y para la cual el organismo necesita una cascada de sustancias que le permitan romper su propia homeostasis interna con el fin de afrontar adecuadamente esta amenaza, el hipotálamo desempeña un papel crucial ya que a partir de él, se van a disparar dos ejes que terminarán por secretar las sustancias que el cuerpo, en forma

inmediata está necesitando: el eje Simpático-Adrenal y el eje Hipotálamo-Hipofisiario-Adrenal.

El eje Simpático-Adrenal es una vía de acción rápida que partiendo del núcleo lateral del hipotálamo termina por inervar directamente a la médula de las glándulas suprarrenales para que secreten catecolaminas: adrenalina, que es producida básicamente en éstas glándulas, y noradrenalina, que es producida tanto adrenalmente como a nivel central (Carlson, 1993).

Las consecuencias biológicas de la activación de este eje se concretan en el aumento de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la glucogenólisis y la lipólisis, la disminución en la secreción de insulina e incluso en un aumento de la secreción de ACTH, de hormona del crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales. Además hay un decremento de la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación vascular.

Se trata pues de todo un estado biológico de predisposición al consumo de energía, desde la presunción de que será necesario para la confrontación con el ambiente.

Durante el estrés agudo la concentración de noradrenalina varía en la mayoría de las regiones cerebrales dependiendo del tipo de estrés y de la cognición de control que el animal tenga sobre la situación. Esta correspondencia entre la secreción de noradrenalina y las apreciaciones que el organismo efectúa de la situación y de sus recursos para afrontarla, ha hecho que esta catecolamina se haya usado como marcador bioquímico de la capacidad adaptativa (Valdés y Florez, 1985).

Por su lado la adrenalina, ha sido considerada el indicador bioquímico de la actividad emocional por sus incrementos más significativos en el estrés psíquico, el predominio urinario de su excreción en estados emocionales pasivos y su incremento en los estados de ansiedad, impredecibilidad e incertidumbre.

Aunque desde la perspectiva fenomenológica y psicofisiológica, se acepta una mayor emotividad en el sexo femenino, de hecho hay una mayor activación

adrenérgica en el masculino. En efecto, las mujeres son menos propensas que los hombres a responder con altas excreciones de catecolaminas ante los estímulos emotivos y las demandas del ambiente, aunque la situación de reposo diluye estas diferencias. Tal parece que las mujeres difieren en función de motivaciones, mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento aprendidas socialmente, pues la excreción de catecolaminas no es la misma cuando adoptan el rol masculino en cuyo caso, la tasa secretora de catecolaminas se iguala a la de los hombres (Valdés y Florez, 1985).

El eje Hipotálamo-Hipofisiario-Adrenal es una vía más lenta. Se puede demorar minutos u horas en dispararse. Este es un eje neuroendocrino. Arranca del núcleo paraventricular del hipotálamo el cual secreta CRF, el cual a su vez por vía sanguínea, estimula a la hipófisis anterior para la secreción de ACTH, la cual termina por estimular a la corteza suprarrenal para la producción y secreción de glucocorticoides.

Los esteroides, que tienen una importante acción antiinflamatoria, a diferencia de las hormonas aminas (catecolaminas) y peptídicas, no necesitan de segundos mensajeros para su acción. Ejercen su acción uniéndose directamente a receptores intracelulares lo cual permite que modifiquen el metabolismo de las células de los órganos diana.

El principal glucocorticoide es el cortisol, el cual tiene efectos importantes a nivel fisiológico: Aumenta la liberación de glucagón, hiperglicemiante rápido, a partir de la célula alfa pancreática. También posee un importante efecto antagonista de la acción de la insulina, todo lo cual se traduce en un aumento de la glucosa en sangre.

El cortisol influye sobre el metabolismo del colesterol inhibiendo la captación y degradación de las LDL (lipoproteínas de baja densidad). A nivel gastrointestinal, el cortisol aumenta tanto el flujo sanguíneo en la mucosa gástrica como la secreción de ácido clorhídrico. (Labrador y Crespo, 1995)

A nivel cardiovascular, los efectos más notables del cortisol son los relacionados con la modificación del volumen plasmático, el equilibrio electrolítico y la síntesis de adrenalina, factores éstos que intervienen en el mantenimiento de la presión arterial y el volumen minuto normales. Además el cortisol actúa en forma sinérgica con las catecolaminas aumentando el efecto presor de las mismas. Y a nivel inmunológico, el cortisol efectúa una acción muy importante: a largo plazo, su secreción deprime la función inmune.

Se tienen entonces dos ejes que actuando en forma secuencial o a veces en una forma paralela y reforzándose mutuamente, definen las vías fisiológicas mediante las cuales el organismo se activa en función de consumir energía y responder activamente a la cognición de peligro o amenaza.

Posteriormente, ya sea que la amenaza real desaparezca o así mismo, la percepción de ella, el organismo, a través de mecanismos de retroalimentación negativa entre los diferentes niveles biológicos involucrados en el proceso de activación, restablece nuevamente su homeostasis interna, lo cual también es vital para la supervivencia (Zapata, 2003).

1.4.- LAS FUENTES DE ESTRÉS

Las experiencias estresoras que viven los sujetos provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos. Los agentes estresores pueden proceder del medio ambiente natural. Así, el entorno bombardea al sujeto constantemente con demandas de adaptación, como el ruido, las aglomeraciones, las relaciones interpersonales o los horarios rígidos.

La segunda fuente de estrés se relaciona con el propio cuerpo, es fisiológica, como los cambios que suceden en las distintas etapas del ciclo vital, la enfermedad o los accidentes. Las amenazas que provienen del ambiente también nos producen en nuestro cuerpo unos cambios que son estresantes por sí mismos. Así, nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros viene determinada todavía por una actitud innata de “lucha o huida”

heredada de nuestros antecesores más primitivos. Ellos, a través de un proceso de selección natural, fueron transmitiendo todas aquellas características físicas que pudieran representar, en un mundo competitivo y hostil, una ventaja sobre sus enemigos. Como resultado de este proceso, poseemos dentro de nuestro entramado bioquímico la tendencia innata a prepararnos para luchar o para huir siempre que nos sintamos amenazados.

Cada vez que se emite una respuesta de este tipo, tienen lugar en nuestro organismo los siguientes cambios: cuando los estímulos son interpretados como amenazantes, los centros de regulación dan al organismo la información que le conducirá a enfrentarse o a escapar de la amenaza.

La tercera fuente de estrés proviene de nuestros propios pensamientos. El modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos.

2. – ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es causa frecuente de manifestaciones en la salud y bienestar de los trabajadores. Los factores responsables de este estrés provienen tanto de los medios como de los modos de producción incluyendo a la propia organización. (Goncalves, 2002)

El estrés laboral u ocupacional y sus implicaciones en la salud y en la calidad de vida se han convertido en uno de los temas más relevante y de mayor preocupación en la actualidad. Este término se refiere a los estados en los cuales vive el sujeto debido a su interacción con su contexto organizacional, laboral y ocupacional, y que es considerado como una amenaza de peligro para su integridad física y psíquica (Buendía y Ramos, 2001). Al igual que ocurre con el término estrés, el estrés laboral debe ser considerado como el resultado de la relación o transacción entre el individuo y el entorno laboral. El afrontamiento es considerado en las investigaciones sobre el estrés laboral como una variable moderadora entre las demandas del trabajo y los resultados positivos o negativos de esta interacción (Martínez-Correa y cols., 2006; Salanova, Grau y Martínez, 2005), participando también en esta interacción variables personales como las expectativas de autoeficacia.

Este tipo de estrés es un fenómeno eminentemente de nuestro tiempo y de nuestra sociedad, ya que se da una sobrecarga vital excesiva tal, que sobrepasa nuestras posibilidades autorregulativas normales. El estrés laboral es un fenómeno que afecta a un alto porcentaje de trabajadores en el mundo industrializado y que conlleva una alto coste personal, psicosocial y económico. La población ocupada sufre síntomas psicosomáticos frecuentes que en buena medida son atribuibles al estrés laboral (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2003). El 28% de los trabajadores europeos padece estrés, siendo la segunda causa de baja laboral, después de los trastornos musculoesqueléticos, y afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores, suponiendo unos 20.000 millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad (Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003), provoca el 55% del absentismo

laboral y tiene su origen en las precarias formas de contratación, en la inseguridad, en el desarrollo intenso de la actividad, en una excesiva exigencia emocional, en la violencia que se genera en el trabajo y en el desequilibrio entre las vidas profesional y personal.

Los estudios indican que la competitividad y los profundos y rápidos cambios en las organizaciones están aumentando, dando lugar a la aparición de estrés laboral entre los trabajadores (McGowan, 2001; Shader, Broome, West y Nash, 2001).

A nivel social, esto se ha reflejado en el énfasis dado desde la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) a los factores psicosociales, muchos de los cuales son precursores del estrés laboral y facilitadores de sus consecuencias.

Los estresores laborales pueden ser definidos como todo evento, situación o cognición que puede evocar emociones negativas en el individuo y están implicados en la etiología de la salud psicológica y física y de algunos resultados comportamentales relacionados con la salud. El modelo transaccional concibe el estrés laboral como un estado de tensión personal o *displacer* que padece un individuo como consecuencia de realizar un tipo de trabajo o de estar inmerso en un determinado ambiente laboral (O'Brien, 1998).

En la actualidad dos modelos de estrés laboral reciben particular atención: el modelo exigencias-control-apoyo (Karasek y Theorell, 1990) y el modelo esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996).

2.1.- MODELO DE KARASEK

El modelo exigencias-control propuesto por Karasek (1979) se caracteriza por interrelacionar dos aspectos básicos en el contexto laboral: las demandas que perciben los empleados y el control que tienen para hacer frente a ellas.

En este modelo se consideran como estresores el exceso de exigencias psicológicas (volumen de trabajo, presión de tiempo e interrupciones), el bajo control sobre el trabajo (oportunidad de desarrollar las habilidades y autonomía

sobre el trabajo) y el bajo apoyo de los compañeros y de los superiores. Dentro del bajo control sobre el trabajo también puede incluirse la creencia de baja autoeficacia (Salanova, Grau y Martínez, 2005). El grado de control en el trabajo se ha relacionado con la sintomatología cardiovascular, la tensión laboral favorece el aumento de la presión arterial, contribuyendo de esta manera a la aparición de patologías como la hipertensión o las enfermedades cerebrovasculares (Karasek, 1979). Se ha sugerido que el modelo de Karasek debería tener más en cuenta las diferencias individuales (Fernet, Guay y Senécal, 2004) considerando el género, además de la edad, el estatus socioeconómico, algunos aspectos de la personalidad, las formas de afrontar el estrés y el apoyo social o el propio ambiente laboral como factores moduladores de dicha relación. Estas variables ya han sido incluidas en el modelo exigencias-control-apoyo (Karasek y Theorell, 1990).

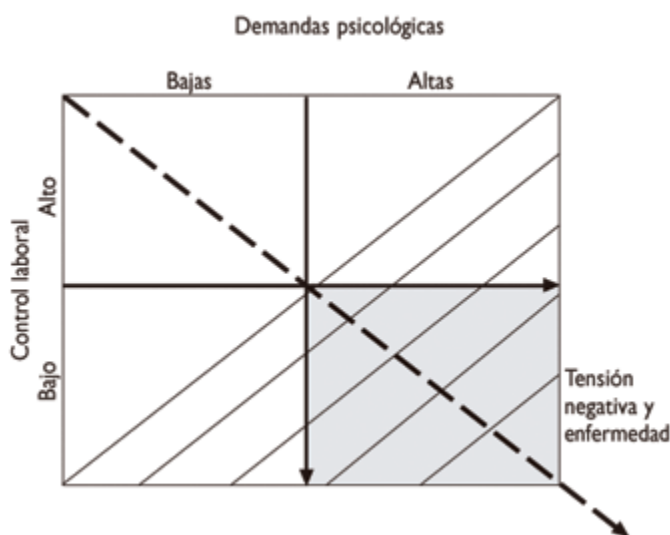


Figura 1. Modelo de Karasek

2.2.- MODELO DE SIEGRIST

El modelo esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996) asume que el esfuerzo en el trabajo es parte de un contrato basado en la reciprocidad social, donde las recompensas se proporcionan en términos de reconocimiento, salario y oportunidades en la carrera profesional. Las amenazas a la carrera profesional

incluyen la inestabilidad laboral, la falta de perspectivas de promoción, los cambios no deseados y la inconsistencia de estatus (trabajar por debajo de la propia cualificación) (Siegrist, 2004). El modelo asume que los contratos de trabajo a menudo no proporcionan un intercambio simétrico con una completa equivalencia entre el esfuerzo y las compensaciones. De acuerdo con este abordaje, la experiencia de una falta de reciprocidad, de altos costes y bajas ganancias, provoca emociones negativas en las personas expuestas. El sentimiento de no ser valorado de forma adecuada o de ser tratado de forma injusta se acompaña de reacciones sostenidas de tensión.

A largo plazo el desequilibrio entre el alto esfuerzo y las bajas recompensas en el trabajo, incrementa la susceptibilidad a las enfermedades como resultado de la continua reacción de tensión (Schnall y cols., 2000; Vegchel, De Jonge, Bakker y Schaufeli, 2002). Desde el modelo esfuerzo-recompensa se ha sugerido que un alto esfuerzo y un bajo refuerzo, junto con una alta necesidad de control, produce cambios en las respuestas fisiológicas y psicológicas y la propensión a desarrollar eventualmente patologías cardiovasculares (Siegrist, 1996).

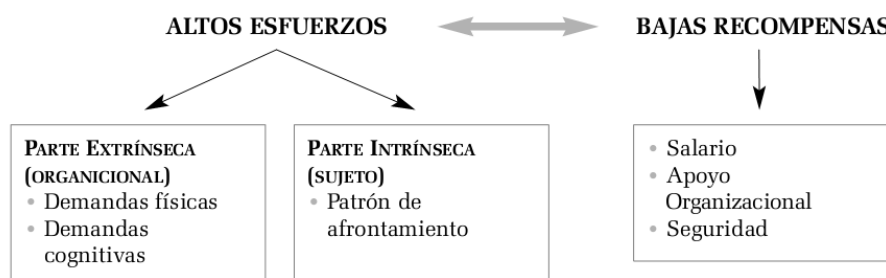


Figura 2. Modelo de Siegrist

El modelo esfuerzo-recompensa, no sólo se limita a considerar variables estructurales del ambiente de trabajo, como en el caso del primer modelo, sino que también integra variables personales. Propone que las personas caracterizadas por un patrón motivacional de excesivo compromiso con el trabajo y una alta necesidad de aprobación tienen mayor riesgo de tensión.

En las sociedades occidentales las características del mundo laboral están cambiando, el esfuerzo físico en el trabajo ha sido suplantado, en gran medida, por el esfuerzo intelectual, y la población en activo envejece progresivamente al tiempo que crece la proporción de mujeres que ingresan en el mercado laboral. Además, no hay que olvidar la influencia de la inteligencia emocional que en fechas recientes se ha introducido como una variable relacionada con el estrés ocupacional (Bar-On, Brown, Kirkcaldy y Thomé, 2000). En este contexto, que ya es una realidad en el momento actual, el ambiente psicosocial desfavorable en el trabajo se está convirtiendo en algo muy prevalente en las formas de vida laboral modernas y la relación entre el estrés laboral y diversos tipos de enfermedad ha sido demostrada en diferentes investigaciones (Shirom, 2003; Smith, Sulsky y Uggerslev, 2002).

2.3.- CONSIDERACIONES ACERCA DE AMBOS MODELOS

Numerosos estudios, basados en los dos modelos recogidos anteriormente en este apartado, han puesto de manifiesto que la exposición a largo plazo a factores de riesgo psicosocial en el trabajo tiene efectos negativos, sobre todo en la salud cardiovascular y en la salud mental, entre un amplio abanico de trastornos de salud menos estudiados como los inmunológicos, así como también da lugar a la adopción de hábitos de vida poco saludables como consumir drogas o no realizar actividad física (Fernández y Siegrist, 2005; Karasek y Theorell, 1990; Moya-Albiol y cols 2005; Ursin y Eriksen, 2004). Además se ha demostrado que ambos modelos no son excluyentes sino complementarios (Bosma, Peter, Siegrist y Marmot, 1998).

Un trabajo considerado tradicionalmente como muy estresante es el del personal sanitario que está muy expuesto a diferentes factores de riesgo psicosocial como la falta de apoyo social, los horarios irregulares, la violencia en el trabajo o el contacto con el sufrimiento o la muerte. Estos factores de riesgo tienen consecuencias importantes en su salud mental (Escribá-Agüir y Pérez-Hoyos, 2003; Ramírez y cols., 1996).

3. – SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP) O SINDROME DE BURNOUT (SB)

El Burnout es un tipo de estrés laboral. Burnout significa quemado, agotado, sobrecargado, exhausto. Con esta palabra en ingles se ha designado al Síndrome de Desgaste Profesional, un trastorno adaptativo crónico que disminuye la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en el desempeño de su actividad profesional.

En los últimos años, el burnout ha resultado uno de los temas que mayor atención ha acaparado por parte de los investigadores en el tema del estrés laboral. Se estima que siete de cada diez trabajadores se sienten quemados por su trabajo. La necesidad de explicarlo ha conducido a preguntarse por los antecedentes, consecuentes, facilitadores, factores protectores y una gran variedad de variables que ayuden a delimitar y a definir mejor este constructo sobre el que parece existir un consenso al considerarlo como una respuesta del individuo al estrés laboral crónico (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El SDP fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. (Méndez 2004; Palmer 2005; López 2004; Dueñas 2003; Aranda y Pando 2003). En las mismas fechas (1976), la psicóloga social Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California en los Estados Unidos, y su colega Jackson estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, retoma el término utilizado por Freudenberger y calificó a los afectados de “Sobrecarga emocional” o síndrome de burnout . (Palmer, 2005; López, 2004; Albaladejo, 2004)

Este síndrome es consecuencia del estrés laboral e institucional y que se ve en profesionales que tengan contacto con personas de manera continua, y en donde frecuentemente hay una carga afectiva en la interacción del que presta ayuda y el

ayudado. El SDP se desarrolla de manera progresiva y constante. (Goncalves, 2002)

El SDP es visto como un trastorno adaptativo crónico. Y fue hasta el año de 1982 que se desarrollan los primeros estudios cuando Maslach y Leiter desarrollan un instrumento para medir el síndrome y desarrollan un cuestionario compuesto de 22 ítems, basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivizar y valorar las tres características básicas del síndrome: (Goncalves, 2002; Méndez, 2004; Campbell, 2001; Palmer, 2005; Aranda, 2003).

- a) Agotamiento emocional caracterizado por una disminución o pérdida de los recursos emocionales.
- b) Despersonalización o deshumanización, caracterizada por el desarrollo de actitudes negativas o de insensibilidad hacia los clientes, subordinados o consumidores del servicio prestado.
- c) Falta de realización personal caracterizada por la percepción del trabajo en forma negativa; hay reproches por no alcanzar objetivos propuestos con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

3.1.- DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

Según Gil-Monte (2005) de forma continua y fluctuante en el tiempo, el Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

- a) En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- b) En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.
- c) En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y

mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

En general el Síndrome se caracteriza por:

1. Ser insidioso: Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde está la frontera entre una cosa y la otra.
2. Se tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa una base importante para el diagnóstico precoz.
3. Tener una fase irreversible: En un 5% a 10 % de los pacientes resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. Por esta razón merece la pena realizar medidas preventivas ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil.

3.2.- FACTORES DE RIESGO

Varios investigadores han aceptado que el SDP ocurre en individuos que trabajan con servicios proporcionados a otras personas y que se caracterizan por altos niveles de presión. (Rocha, 2002; Shanafelt, 2002; Díaz, 2001)

El ambiente laboral caracterizado por una pobre autopercepción de capacidad técnica y la de cuidar a otros, pobre comunicación entre el personal y falta de recursos materiales son factores que se asocian con la presencia del síndrome de agotamiento profesional. (Goncalves, 2002; López, 2004)

Existen otros factores de riesgo que se asocian a este síndrome como son: sexo femenino, personas jóvenes, personas solteras, mayores turnos laborales y rasgos de personalidad relacionados a idealismo y expectativas altruistas exageradas,

casi como los altos deseos de prestigio e ingresos (Goncalves, 2002; Rocha, 2002; López, 2004).

Existe una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tales como depresión, trastornos de ansiedad, alcoholismo y farmacodependencia; las consecuencias directas del síndrome son el ausentismo, dificultad para trabajar en equipo, disminución de satisfacción general, movilidad laboral y baja significativa en los niveles de calidad en la atención médica por despersonalización y pobre rendimiento. (Rocha, 2002)

Por ejemplo podemos mencionar el trabajo de Olmedo Montes y cols.; que encontraron una mayor asociación de la dimensión de agotamiento emocional con problemas de salud mental como depresión ($r= 0,392$), obsesión-compulsión ($r= 0,273$), sensibilidad interpersonal ($r= 0,242$), ansiedad ($r= 0,222$), hostilidad ($r= 0,294$) e ideación paranoide ($r=0,262$). Despersonalización aparece relacionada significativamente con hostilidad ($r= 0,262$), ideación paranoide ($r= 0,266$) y psicoticismo ($r= 0,233$), factores que pueden estar relacionados con conductas de frialdad y distanciamiento. Finalmente, la dimensión de realización personal presenta ausencia de relaciones significativas con la sintomatología psicopatológica. (Olmedo, 2001)

3.3.- MANIFESTACIONES DEL SDP

Las manifestaciones del SDP pueden ser muy variadas y se pueden agrupar a cuatro grupos:

3.3.1.- MANIFESTACIONES MENTALES

Según Mújica (2000) citando a Gil-Monte, los sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

3.3.2.- MANIFESTACIONES FÍSICAS

Cefaleas, insomnio, dolores osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia etc.

3.3.3.- MANIFESTACIONES CONDUCTUALES

Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos inter personales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia, incapacidad para vivir de forma relajada, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas, bajo rendimiento personal, etc.

3.3.4.- MANIFESTACIONES EMOCIONALES

Según Gil-Monte (2005) el distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos. En ambiente laboral la persona demuestra detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia, comunicaciones deficientes.

3.4.- EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y LOS MEDICOS

El personal médico ha considerado estar libre del riesgo de patologías psiquiátricas e inmunes a los efectos de la ansiedad y presión a la que está sometido el público en general.

Sin embargo la profesión médica lejos de ser una protección contra el estrés y la fatiga coloca al sujeto en el principal grupo de riesgo para padecer síndrome de desgaste profesional.

Se han realizado múltiples trabajos que estudian la prevalencia del SDP y de sus tres dimensiones en personal sanitario, especialmente médicos y enfermeros, tanto de atención primaria como especializada.

En atención primaria uno de cada tres médicos y enfermeros sufre SB, y así lo manifiestan múltiples estudios realizados que miden la prevalencia del SDP en estos profesionales. Uno de estos trabajos se realizó en personal sanitario de varias categorías laborales (pediatras, médicos generales, auxiliares de enfermería), que trabajaban en centros de salud de atención primaria de Santa Cruz de Tenerife (De las Cuevas y cols., 1995)

Los resultados mostraron un grado moderado de desgaste profesional en estos trabajadores (en la dimensión de cansancio emocional sólo un 27% de los participantes registró puntuaciones altas, en despersonalización el porcentaje fue algo mayor, el 30%, y en la escala de realización personal el 24% registró puntuaciones bajas). Otro estudio similar se ha realizado en un área sanitaria de Madrid (Caballero y cols., 2001).

En ambos estudios se han utilizado los mismos puntos de corte para las tres dimensiones del burnout, y los niveles de desgaste en los profesionales madrileños han sido ligeramente superiores en comparación con el estudio anterior: en un 30,6% de la muestra aparecieron puntuaciones altas de cansancio emocional, el 31% puntuó alto para despersonalización, y el 24% presentó puntuaciones bajas de realización personal.

Si el grupo de estudio se reduce únicamente al personal médico, la prevalencia del síndrome de burnout oscila entre el 25 y casi el 70% (Cebriá 2003).

Varios son los trabajos realizados en médicos de atención primaria españoles (Molina y cols., 2003).

En Barcelona, más de un 40% de los encuestados presentó niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización, y el 30% niveles bajos de realización personal. En un Área Sanitaria de Madrid, un 69,2% de los médicos presentó

niveles altos en al menos una de las tres dimensiones del burnout, un 33,8% en dos dimensiones, y en las tres escalas simultáneamente, un 12,3%. Igualmente, en atención especializada se han publicado múltiples artículos.

A nivel hospitalario, se ha estudiado el burnout en trabajadores de diversos centros. En el hospital de León (Ramos y cols., 1999) se realizó un estudio en el que se incluyeron coordinadores, médicos, enfermeros, auxiliares, celadores y otros. De estos trabajadores el 46,5% obtuvieron una puntuación media o alta en agotamiento emocional, el 43% en despersonalización y el 59,4% de los participantes obtuvieron puntuaciones medias o altas en realización personal. Los trabajadores de los servicios centrales tuvieron puntuaciones menores en despersonalización y en realización personal, en comparación con los que trabajaban en contacto con el público. En el hospital de Mataró (Pera y cols., 2002), se estudió la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de trabajadores de distintas categorías laborales (médicos, enfermeros, administrativos, celadores, etc.). En este hospital se encontraron niveles inferiores a los anteriores en las tres dimensiones de burnout y aparecieron puntuaciones mayores en los médicos que en los enfermeros.

Respecto a la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos mexicanos, los reportes son escasos. En un estudio reciente realizado en 92 médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional fue de 44% sin reportar una diferencia significativa en relación al sexo como variable de presentación (Palmer, 2005).

Otros estudios realizados en nuestro país sobre la prevalencia de los componentes del síndrome de desgaste profesional en personal de atención a la salud de hospitales de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de Durango integro a 73 médicos.

Encontrando en los trabajadores del IMSS y el ISSSTE, respectivamente, la prevalencia de despersonalización fue de 43.2 y 14.5 %; la de fatiga emocional, de

41.4 y 19.4 %; la de alto rendimiento laboral, de 99.1 y 96.8. Concluyendo que si bien: existe elevada prevalencia de despersonalización y fatiga emocional en el personal de atención a la salud del IMSS que participó en el estudio, mantiene un alto desempeño laboral. Sugiere este hallazgo que dicho personal realiza un mayor esfuerzo para mantener las exigencias que demanda la atención del paciente. (Curiel, 2006)

Podríamos mencionar además estudios realizados en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Guadalajara, Jalisco que reportan que de 163 medios un 42.3% con al menos uno de los tres componentes del síndrome afectado. Las cifras de prevalencia encontradas en este caso para cada uno de los componentes corresponden al 16% en agotamiento emocional, 84.7% en baja realización personal en el trabajo y el 1.8 en la despersonalización. Reportando una asociación de estar o no enfermo en los últimos seis meses con la presencia del síndrome de desgaste profesional hasta en un 64.8%. (Aranda, 2003)

3.4.1- EL SDP Y LOS MEDICOS EN FORMACION

La Residencia Medica se define como: El conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas (NOM-090-SSA1-1994)

Sabemos que la residencia medica; es una etapa de mucha exigencia y presión sobre el médico en periodo de formación.

Se ha reportado, que en los médicos residentes es frecuente que cursen con cambios conductuales extremos, como periodos depresivos o incrementos de la irritabilidad, así como algunas conductas obsesivo-compulsivas.

En esta misma línea, existe una alta comorbilidad entre el SDP y los diversos trastornos psiquiátricos tales como depresión, trastornos de ansiedad, alcoholismo y farmacodependencia. En consecuencia, los médicos residentes con el SDP pueden presentar periodos de ausentismo laboral, dificultad para trabajar en equipo, disminución de satisfacción general y baja significativa en los niveles de calidad en la atención médica por despersonalización y pobre rendimiento académico.

Hay estudios realizados en esta etapa de formación médica; como el realizado en médicos residentes de medicina interna de la Universidad de Washington, los cuales reportaron una prevalencia del SDP de hasta 76%, en donde el componente de despersonalización era el más significativo (Shanafelt, 2002). García en el año 2000, reportó la presencia del SDP en 56 médicos residentes de diversas especialidades médicas en el Hospital La Fe, en Valencia, España con un reporte de agotamiento emocional en 7.1%, despersonalización 17.8% y el 23.2% pérdida del logro profesional.

Por otra parte, una revisión de la bibliografía sobre médicos residentes señala que la depresión y el incremento de la irritabilidad son frecuentes en médicos ya desde el periodo de entrenamiento y aprendizaje e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivocompulsivas, problemas de aprendizaje, emocionales, depresión y desorden bipolar (Butterfield, 1988; Takakuwa, 2002; Sweet, 2003).

Otro estudio es el efectuado en el Hospital Universitario del Valle en Cali Colombia en donde evaluaron a 150 médicos (63 internos y 87 residentes) englobando tanto áreas clínicas como quirúrgicas con resultados interesantes con una prevalencia del síndrome de desgaste profesional del 85.3% catalogándolo entre moderado severo.

Siendo el componente de desgaste emocional el más afectado con un 76%; además sin reporte de diferencias significativas entre médicos internos y residentes de las áreas clínicas o quirúrgicas. Cabe mencionar además que este

estudio se encontró una alta asociación de la presentación del síndrome con el número de horas de actividades médicas realizadas a la semana. (Guevara, 2004)

Estos resultados nos orientan a que los médicos residentes por la misma naturaleza de su trabajo, están sometidos a un estrés sostenido y crónico, comprometidos con los pacientes y bajo presiones de la organización de la Institución donde laboran, constituyendo un grupo de riesgo elevado para presentar el SDP, con las consiguientes consecuencias de detrimento en su salud, disminución de la calidad de la atención a sus pacientes y disminución de su rendimiento académico.

3.5.- EL SDP Y EL RENDIMIENTO ACADEMICO

El rendimiento académico es un indicador del aprendizaje alcanzado por el alumno y da cuenta de su trayectoria escolar. Si la medida del rendimiento es adecuada, expresará el nivel de conocimientos previos que posee el alumno. Para algunos autores, el rendimiento previo es un predictor del éxito académico.

La asociación entre el SDP y el rendimiento académico aun no es clara. Es posible encontrar estudios que señalan la ausencia de relaciones y, en el otro extremo, estudios que encuentran claras asociaciones entre ambos. Entre estos últimos, algunos entienden el bajo desempeño como una variable predictora del SDP, mientras que otros lo entienden como una consecuencia del mismo. Los dos puntos de vista son coherentes, y posiblemente debemos aceptar la presencia de interacciones mutuas entre ellos.

Inicialmente, se encuentran estudios que coinciden en señalar que los estudiantes que presentan SDP, tienen como consecuencia un bajo rendimiento académico. En esta línea, Martínez & Marques (2005), señalan que los estudiantes con elevado agotamiento, alto cinismo, y baja eficacia académica obtienen resultados más bajos en sus exámenes. De manera contraria, se han encontrado estudios que señalan la falta de capacidad predictiva del SDP en el rendimiento académico. Sin embargo, los estudios anteriores coinciden en señalar que el SDP se

correlaciona negativamente con la satisfacción frente a los estudios, con la madurez profesional, la intención de abandonar los estudios, la felicidad frente a los estudios y las menores expectativas de éxito en los mismos. Estos datos muestran que, si bien es poco clara la consecuencia del SDP en el rendimiento académico, este sí desempeña un papel importante por su valor predictivo respecto a diversas variables relacionadas con la calidad de vida del estudiante.

A pesar de ello, en nuestro medio son pocos los estudios enfocados a la relación SDP y el rendimiento académico en estudiantes de postgrado, por esto consideramos adecuado y relevante efectuar este proyecto para aportar nuevos conocimientos y dejar abierta la posibilidad de que en un futuro otros puedan prevenir la aparición de este síndrome y aumentar el rendimiento académico de los médicos en formación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los grandes avances en la ciencia y tecnología han acompañado la exacerbación de diversas patologías que afectan la salud humana cuya etiología se ha relacionado con las nuevas condiciones medioambientales.

Como ya se ha mencionado, el estrés laboral está relacionado con el medio ambiente en donde se desarrolla el trabajo así como con el grado de responsabilidad que implican la ejecución de las diversas tareas de los trabajadores.

Algunos autores han reportado una prevalencia creciente del SDP en la población médica. Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico. A pesar de esto en nuestro medio son pocos los estudios realizados en los médicos que se encuentran en periodo de adiestramiento (residencia médica). Considerando que en estos años son especialmente vulnerables a esta entidad dado que sería el periodo que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiendo en este tiempo que las recompensas personales, económicas y profesionales, no son ni las prometidas ni las esperadas. Es mas no existe ningún estudio que revele datos acerca de la relación que guarda el SDP con el rendimiento académico en el personal médico en periodo de adiestramiento. Por lo anterior nos hemos planteados la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con el Rendimiento Académico en médicos residentes de un Hospital del IMSS?

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la posible relación entre SDP y el rendimiento académico de médicos residentes adscritos al Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia del SDP en los médicos residentes de las diversas especialidades que están adscritos al hospital del IMSS.
- Determinar el rendimiento académico de los médicos residentes mediante el sistema de evaluación institucional basado en tres áreas (cognitiva, psicomotora y afectiva)
- Correlacionar los diversos grados del SDP que presenten los residentes con posibles afectaciones en el rendimiento académico.

JUSTIFICACION

El SDP es consecuencia del estrés laboral e institucional y se ha relacionado con los profesionales que tienen contacto con personas de manera continua, en donde frecuentemente hay una carga afectiva en la interacción del que presta ayuda y el ayudado. El SDP es visto como un trastorno adaptativo, progresivo y crónico. Dentro de las distintas profesiones, las relacionadas con las distintas áreas de la salud, tienen mayor vulnerabilidad para padecer este síndrome.

Dentro de los factores asociados al SDP en los médicos, podrían destacar: el ambiente laboral caracterizado por una pobre autopercepción de capacidad técnica, el deber implicado en el cuidado de otras personas, la pobre comunicación entre el personal, la falta de recursos materiales, etc.

Se ha reportado, que en los médicos residentes es frecuente que cursen con cambios conductuales extremos, como periodos depresivos o incrementos de la irritabilidad, así como algunas conductas obsesivo-compulsivas. En esta misma línea, existe una alta comorbilidad entre el SDP y los diversos trastornos psiquiátricos tales como depresión, trastornos de ansiedad, alcoholismo y farmacodependencia. En consecuencia, las personas con el SDP pueden presentar periodos de ausentismo laboral, dificultad para trabajar en equipo, disminución de satisfacción general y baja significativa en los niveles de calidad en la atención médica por despersonalización y pobre rendimiento académico.

El rendimiento académico es un indicador del aprendizaje alcanzado por el alumno y da cuenta de su trayectoria escolar. La asociación entre el SDP y el rendimiento académico aun no es clara. Es posible encontrar estudios que señalan la ausencia de relaciones y, en el otro extremo, estudios que encuentran claras asociaciones entre ambos. Entre estos últimos, algunos entienden el bajo desempeño como una variable predictora del SDP, mientras que otros lo entienden como una

consecuencia del mismo. Los dos puntos de vista son coherentes, y posiblemente debemos aceptar la presencia de interacciones mutuas entre ellos.

Algunos estudios que coinciden en señalar que los estudiantes que presentan SDP, tienen como consecuencia un bajo rendimiento académico. En esta línea, Martínez & Marques (2005), señalan que los estudiantes con elevado agotamiento, alto cinismo, y baja eficacia académica obtienen resultados más bajos en sus exámenes.

Sabemos que la residencia medica; es una etapa de mucha exigencia y presión sobre el médico en periodo de formación. Hay estudios realizados en esta etapa de formación médica; como el realizado en médicos residentes de medicina interna de la Universidad de Washington, los cuales reportaron una prevalencia del SDP de hasta 76%, en donde el componente de despersonalización era el más significativo. García en el año 2000, reportó la presencia del SDP en 56 médicos residentes de diversas especialidades médicas en el Hospital La Fe, en Valencia, España con un reporte de agotamiento emocional en 7.1%, despersonalización 17.8% y el 23.2% pérdida del logro profesional.

Estos resultados orientan a que los médicos residentes por la misma naturaleza de su trabajo, están sometidos a un estrés sostenido y crónico, constituyendo un grupo de riesgo elevado para presentar el SDP.

Por todo lo anterior, este proyecto permitirá conocer tanto la prevalencia como la posible relación con el rendimiento académico de los residentes, lo que permitirá discernir nuevas estrategias que permitan incidir positivamente en la prevención, diagnóstico y tratamiento de este trastorno que no solo afecta a la formación académica de los médicos especialistas sino también a los propios pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del Estudio: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

Período de Estudio: El estudio se realizó en el período de Noviembre de 2012 a Octubre de 2013

Lugar del Estudio: El estudio se realizó en el Hospital General de Zona Número 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Universo: Médicos residentes (en periodo de adiestramiento) adscritos a la Delegación Chiapas del Instituto Mexicano del Seguro Social en el ciclo comprendido del 1 de Marzo de 2012 al 29 de Febrero de 2013.

Muestra: Efectuamos muestreo por conveniencia, por lo que se encuestó a todos los médicos residentes adscritos al Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social; que hicieron un total de 76 médicos.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Ser médico residente de cualquier especialidad
2. Médicos que se encuentran laborando como residentes con un mínimo de 6 meses
3. Médicos que acepten voluntariamente llenar la encuesta
4. Realizar labor asistencial sistemática (contacto directo y frecuente con el paciente y sus familiares)

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Médicos residentes que al momento de realizar la encuesta se encuentren de vacaciones
2. Médicos en periodo de adiestramiento que no se encuentran en contacto directo con pacientes o sus familiares

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Médicos en periodos de formación que hayan renunciado a su plaza
2. Médicos residentes que se encuentran rotando fuera de la Ciudad donde se realizara el estudio
3. Que el médico haya sido transferido a otra sede

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El instrumento estuvo integrado por dos áreas, el área Sociodemográfica la cual estudio los siguientes rubros: sexo, edad y estado civil; así como variables de la historia laboral: puesto laboral, tiempo de desempeño de su profesión y tiempo que el profesional lleva en su actual situación laboral.

La siguiente área estuvo constituida por el Test de Maslash Burnout Inventory (MBI), con el fin de conocer la prevalencia del SDP en el personal médico en periodo de adiestramiento. Este es el instrumento más utilizado en todo el mundo, cumple criterios de validez convergente y divergente, mostrando una consistencia interna y una fiabilidad con alfa de Cronbach entre 0.79 y 0.90 para las diferentes dimensiones que lo conforman.

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos o actitudes del profesional de la salud en su trabajo y hacia los pacientes: Está conformado por tres dimensiones; AE (Agotamiento Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal).

Para evaluar el AE se tomaron en cuenta nueve ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) y valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas de trabajo.

El DP está formado por cinco ítems (5,10,11,15,22) y mide el grado en que puede reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La escala de despersonalización solo puede utilizarse para valorar la relación con el paciente, y no es válida para evaluar las actitudes hacia los compañeros colaboradores del trabajo.

El RP se compone de ocho ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

Los diversos puntos a evaluar se efectuaron con una escala tipo Likert midiendo los grados de intensidad como a continuación se menciona:

- | | |
|---|----------------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Pocas Veces al año o menos |
| 2 | Una Vez al mes o menos |
| 3 | Pocas veces al mes |
| 4 | Una vez a la semana |
| 5 | Pocas veces a la semana |
| 6 | Todos los días |

La evaluación del Test se efectuó de la siguiente manera: Para el AE las calificaciones de 27 o más son indicativas de un alto nivel de desgaste, el intervalo 19-26 corresponderá a puntuaciones intermedias, las calificaciones por debajo de 19 serán indicativas de niveles muy bajos.

Para el DP puntuaciones de 10 o más son de nivel alto, el intervalo 6-9 puntos intermedio y menos de 6 puntos bajo.

La escala RP en contraparte de los dos puntos anteriores funciona en sentido opuesto: De 0-33 puntos indican bajo realización, de 34 a 39 son intermedios y 40 o más son indicativos de una sensación de logro o satisfacción profesional.

Para evaluar el rendimiento académico se emplearon las listas de cotejo (escalas evaluativas) del Instituto Mexicano del Seguro Social; que se aplican de manera mensual a cada médico residente y que incluyen la Evaluación cognoscitiva (Formato CEM 1), Evaluación Psicomotora (Formato CEM 2), Evaluación del área afectiva (Formato CEM 3) y Concentrado de calificaciones Finales (Formato CEM 4). Tomando en cuenta la calificación ponderal acumulada en el concentrado total de calificaciones por categoría (cognoscitiva, psicomotora o afectiva) al momento del estudio.

METODOLOGÍA

El primer paso consistió en elaborar la hoja de primera intención, esta fue sometida a revisión de la Coordinación de Posgrados de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Una vez autorizada se giraron los oficios correspondientes para que el director de la unidad médica brindara todas las facilidades para la realización del estudio. La población de estudio estuvo integrada por la totalidad de médicos residentes (76) adscritos al Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Posteriormente previa autorización de la Jefatura de Enseñanza de este Hospital, se efectuó una reunión informativa con los médicos residentes de las diversas especialidades para solicitar su colaboración en esta investigación. A continuación, se les indicó que su participación era voluntaria, que el estudio no

tendrá ningún riesgo para su salud y que se garantizaba la confiabilidad de sus respuestas, agradeciendo de antemano su colaboración.

En seguida, se aplicó el instrumento de recolección de datos a todos los médicos residentes que aceptaron participar previa selección en base a los criterios de inclusión del estudio.

Una vez superada la etapa de recolección de datos, se procedió a elaborar una base de datos en Excel para la captura de datos y hacer el cruce de variables.

Posteriormente se realizó el análisis de la información recabada para la interpretación posterior de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado. Incluyendo la estimación de las medidas de tendencia central y dispersión, así como razones y proporciones, se estimaron asociaciones no causales con la prueba chi cuadrada para variables cualitativas.

RESULTADOS

Durante el período de Noviembre del 2012 a Octubre del 2013, se llevó a cabo un estudio en el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. De un total de 76 médicos residentes invitados a participar en el estudio, aceptaron hacerlo 62, quienes contestaron de manera adecuada todos los instrumentos de medición y fueron considerados como la muestra final para el análisis estadístico una vez que se verificó que cumplían con los criterios de inclusión, obteniéndose los siguientes resultados:

a) Características Sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por 38 hombres (61.3%) y 24 mujeres (38.7%), con una edad mínima de 26 años y una máxima de 41 años, con una media de edad de 33.11 (desviación estándar [de] = $\pm$ 3.68). Para facilitar el análisis estadístico los médicos residentes se agruparon en rangos de edad, siendo el grupo de edad más destacado el de 31 a 35 años (48.4%).

En cuanto al estado civil se observó que, el 38.7% eran solteros, divorciados el 4.8%; sin embargo se evidenció que la mayor parte de los encuestados tenían una pareja sentimental estable con casados 54.8% y en unión libre 1.6%.

Con respecto a la especialidad, fueron encuestados médicos residentes de 5 especialidades diferentes, de los cuales corresponden: Urgencias Médicas 5 médicos residentes (8.1%), cirugía general 10 médicos (16.1%), medicina familiar 31 médicos (50%), anestesiología 4 médicos (6.5%), pediatría 12 médicos (19.4%). Según el año de residencia (grado académico), encontramos que 32 médicos corresponden al primer año (51.6%), segundo año 29 médicos (46.8%) y tercer año 1 médico (1.6%). Tabla 1

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Variables	n	%
Edad en años		
26 a 30	17	27.4
31 a 35	30	48.4
36 a 40	14	22.6
41 a 45	1	1.6
Género		
Femenino	24	38.7
Masculino	38	61.3
Estado Civil		
Soltero	24	38.7
Casado	34	54.8
Unión Libre	1	1.6
Divorciado	3	4.8
Especialidad		
Urgencias Medicas	5	8.1
Cirugía General	10	16.1
Medicina Familiar	31	50.0
Anestesiología	4	6.5
Pediatría	12	19.4
Grado Académico		
Primero	32	51.6
Segundo	29	46.8
Tercero	1	1.6

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Se observó que el número de hijos de los encuestados tenía un rango de cero a tres hijos, y en su mayoría refieren no tener hijos (46.8%), un hijo (32.3%), dos hijos (17.7%) y tres hijos (3.2%). Tabla 2

TABLA 2. NUMERO DE HIJOS

Número de Hijos	n	%
Cero	29	46.8
Uno	20	32.3
Dos	11	17.7
Tres	2	3.2

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

b) Características del ambiente laboral

Teniendo en cuenta la parte de la encuesta donde se pregunta acerca de datos relacionados con las características del ámbito laboral de los médicos residentes, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 3):

Al preguntar acerca del número de horas diarias que dedican los médicos residentes a trabajar dentro del hospital (sin contar los días de guardia), encontramos 6 horas como mínimo y 12 horas como máximo, con una media de 10.08 horas (desviación estándar [de] = ± 1.81).

La mayoría de los médicos residentes prefiere el trabajo en equipo (77.4%). El 75.8% de los médicos tiene la percepción de que el trabajo que desempeñan tiene un prestigio adecuado dentro de la sociedad.

Por otra parte, al indagar acerca si realizan actividades no relacionadas con su perfil académico-laboral dentro del hospital, encontramos que 22 médicos (35.5%) refiere hacerlo de manera constante, 16 médicos (25.8%) a menudo y 24 de ellos (38.7%) a veces. Estos resultados parecen influir en la percepción que tiene la mayoría de los médicos residentes (58.1%) al considerar que el salario que reciben es escaso por las actividades que desempeñan dentro del hospital.

Por último, al preguntar si el trabajo interfiere con su vida diaria el 27.4 % considera que lo hace constantemente, el 29% a menudo, el 24.2% a veces y el 19.4% nunca.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE LABORAL

Variables	n	%
Preferencia Laboral		
Individual	14	22.6
En Equipo	48	77.4
Prestigio Social del Trabajo		
Excesivo	4	6.5
Adecuado	47	75.8
Escaso	11	17.7
Realiza Trabajo de Otra Categoría Contractual		
Constantemente	22	35.5
A Menudo	16	25.8
A Veces	24	38.7
Salario Acorde al Trabajo Desempeñado		
Adecuado	26	41.9
Escaso	36	58.1
Interfiere el Trabajo con tu vida diaria		
Constantemente	17	27.4
A Menudo	18	29.0
A Veces	15	24.2
Nunca	12	19.4

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

c) Características del Burnout

Luego de evaluar el nivel de desgaste profesional, según la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), se puede observar que la mayoría de los médicos encuestados (51.6%) presentaron niveles leves de Desgaste Profesional, el 21 % niveles moderados y el 27.4% severo. Tabla 4

TABLA 4. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE BURNOUT

Grado de Burnout	n	%
Leve	32	51.6
Moderado	13	21.0
Severo	17	27.4
Total	62	100

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Si se discrimina por especialidad tenemos que: En Urgencias Médicas de 5 médicos residentes tienen, Burnout Leve 2 (40%), Moderado 1 (20%), Severo 2 (40%). En Cirugía General de 10 médicos residentes: Burnout Leve 5 (50%), Moderado 2 (20%), Severo 3 (30%). En Medicina Familiar de 31 médicos: Burnout Leve 15 (48.38%), Moderado 7 (22.58%), Severo 9 (29.03%). En la especialidad de Anestesiología encontramos que de 4 médicos residentes tienen, Burnout Leve 3 (75%), Moderado 1 (25%) y no se encontraron casos severos. Por ultimo, en el caso de Pediatría encontramos que de los 12 residentes: Tienen Burnout Leve 7 (58.33%), Moderado 2 (16.66%) y Severo 3 (25%). Tabla 5

TABLA 5. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE BURNOUT POR ESPECIALIDAD

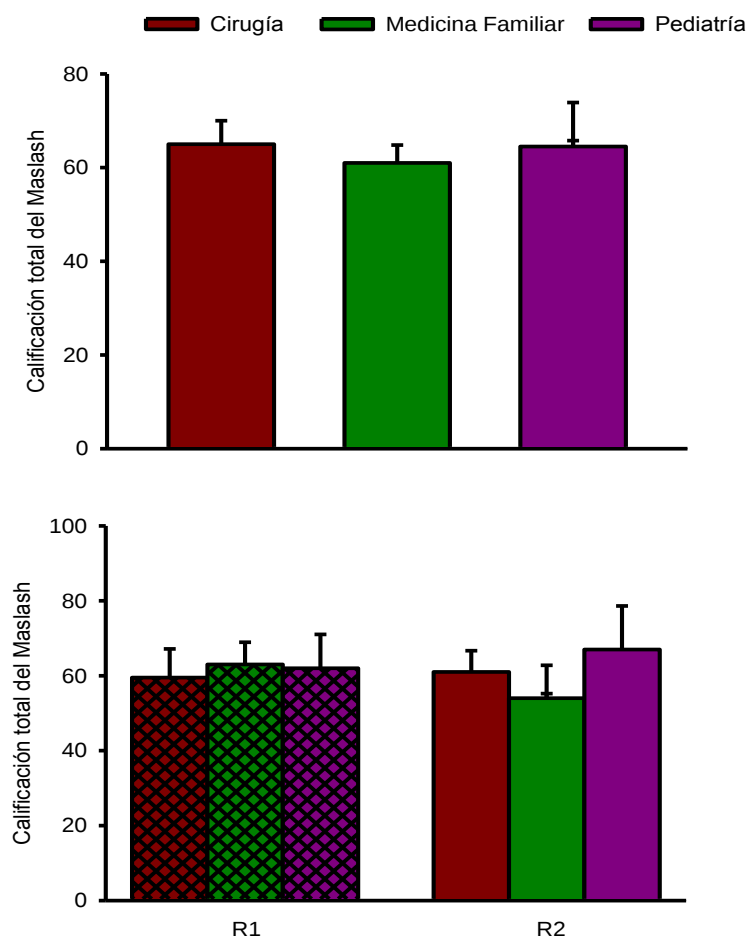
Especialidad	Grado de Burnout					
	Leve		Moderado		Severo	
	n	%	n	%	n	%
Urgencias Médicas	2	40	1	20	2	40
Cirugía General	5	50	2	20	3	30
Medicina Familiar	15	48.38	7	22.58	9	29.03
Anestesiología	3	75	1	25	0	0.0
Pediatría	7	58.33	2	16.66	3	25

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Tomando en cuenta que la especialidad de Urgencias Médicas no contaba con médicos residentes de segundo año y que la especialidad de Anestesiología, tenía un número reducido de médicos encuestados, se decidió comparar a las

especialidades de cirugía general, medicina familiar y pediatría por ser las que agrupaban al mayor número de médicos residentes además de que contaban con médicos tanto en el primero como segundo año de la especialidad. Los resultados son presentados en la figura 1.

Fig. 1 Calificación de la prueba de Maslach de acuerdo al tipo de especialidad y al grado de estudios



La barras representan la media $\pm$ el error estándar de la calificación en la prueba de Maslach que obtuvieron los médicos residentes de acuerdo a la especialidad (panel superior) o al grado académicos (panel inferior); R1= médicos residentes de primer año, R2= médicos residentes del segundo año.

En la figura uno se puede observar en el panel superior la designación de las diversas especialidades (eje de las X), con relación a la calificación total que los médicos residentes obtuvieron en la prueba de Maslach (eje de las Y). De izquierda a derecha se observan las barras de distintos colores que representan la media de la calificación $\pm$ el error estándar. Cuando se analizaron los distintos grupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos estudiados ($H_{2,50} = 2.4$; $p > 0.05$). Por lo anterior se puede decir que pertenecer a cualquier tipo de especialidad al parecer no influye en la calificación de la prueba de Maslach que determina el grado de Burnout.

En el panel inferior de esta misma figura cuando se analizaron la influencia del grado académico que cursaban los residentes se pudo constatar que tuvo nula influencia sobre la calificación del Maslach ($H_{5,50} = 3.75$; $p > 0.05$).

Se buscó identificar la posible relación entre el grado de desgaste profesional y el género de los médicos residentes, los resultados parecen orientar a que el género masculino es más propenso a padecer el síndrome ya que presentó niveles más altos de Burnout Moderado (23.68%) y Severo (31.57%), sin embargo no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.394$). Tabla 6

TABLA 6. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE BURNOUT POR GENERO

Género	Grado de Burnout						χ²	p
	Leve		Moderado		Severo			
	n	%	n	%	n	%		
Masculino	17	44.73	9	23.68	12	31.57	1.864	0.394
Femenino	15	62.5	4	16.66	5	20.83		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Al indagar acerca de la relación existente entre el grado de desgaste profesional y el estado civil de los médicos residentes, no fue posible identificar diferencias

estadísticamente significativas ($p= 0.106$) entre las diferentes categorías que se incluyeron en el estado civil de los participantes. Tabla 7

TABLA 7. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE BURNOUT POR ESTADO CIVIL

Estado Civil	Grado de Burnout						x²	p
	Leve		Moderado		Severo			
	n	%	n	%	n	%		
Soltero	13	54.16	2	8.33	9	37.5	10.480	0.106
Casado	18	52.94	9	26.47	7	20.58		
Divorciado	1	33.33	2	66.66	0	0.0		
Unión Libre	0	0.0	0	0.0	1	100		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Se ha mencionado a la sobre carga laboral como un factor asociado a la presencia de síndrome de desgaste profesional en profesionales de la salud, a este respecto se buscó identificar la posible relación entre los niveles de Burnout y la carga laboral de los médicos residentes.

Como primer punto, se dicotómizo la variable realiza trabajo de otra categoría contractual en Si y No, incluyendo para la opción Si a las categorías constantemente y a menudo; mientras que para la opción No a las categorías a veces y nunca. Así mismo, se dicotómizo el grado de Burnout en Bajo y Alto (incluyendo en esta opción a los médicos que reportaron grados moderados y severos de burnout). En la tabla 8 podemos observar que los resultados estadísticos no reflejaron ninguna significancia con un valor $p=0.281$, lo que demuestra que en nuestro estudio el realizar actividades laborales fuera de las marcadas en su programa académico no estuvo relacionada a la presencia de desgaste profesional en los médicos residentes.

TABLA 8. BURNOUT Y TRABAJO REALIZADO

Realiza Trabajo de otra categoría contractual	Grado de Burnout				χ²	p
	BAJO		ALTO			
	n	%	n	%		
SI	18	47.36	20	52.63	0.708	0.281
NO	14	58.33	10	41.66		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Se consideró a las horas diarias que dedican los médicos residentes a trabajar dentro del hospital como parte de la sobrecarga laboral que podrían tener, por lo que se dicotomizó la variable en menos de ocho horas y más de ocho horas dedicadas al trabajo hospitalario, lo anterior sin contar las guardias clínicas complementarias. También se dicotomizó el grado de Burnout en Bajo y Alto (incluyendo en esta opción a los médicos que reportaron grados moderados y severos de burnout). Los resultados estadísticos no reflejaron ninguna significancia con un valor $p=0.138$, lo que demuestra que en nuestro estudio el número de horas que dedican diariamente a las actividades laborales hospitalarias los médicos residentes no tiene relación con el nivel de desgaste profesional que presentan. Tabla 9

TABLA 9. BURNOUT Y NUMERO DE HORAS LABORALES

Número de Horas Laborales	Grado de Burnout				χ²	p
	BAJO		ALTO			
	n	%	n	%		
8 Horas y Menos	4	33.33	8	66.66	1.991	0.138
Más de 8 Horas	28	56	22	44		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

d) Características de las dimensiones del Burnout

Con respecto a las subescalas o dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional, encontramos que la despersonalización en los médicos residentes en la mayoría era baja (64.5%), los niveles de agotamiento emocional también fueron

bajos en la mayoría de los médicos residentes (40.3%); sin embargo los niveles de realización personal eran altos en poco más de la mitad de los médicos residentes (51.6%). Los resultados completos se muestran en la tabla 10.

TABLA 10. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT

Dimensión del Burnout	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Despersonalización	40	64.5	10	16.1	12	19.4
Realización Personal	16	25.8	14	22.6	32	51.6
Agotamiento Emocional	25	40.3	17	27.4	20	32.3

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Cuando discriminamos por especialidad cada una de las dimensiones que conforman el Síndrome de Desgaste Profesional encontramos que el agotamiento emocional en niveles altos fue notorio en una tercera parte de los médicos encuestados, siendo más evidente en las especialidades quirúrgicas como cirugía general y anestesiología. En la tabla 11 podemos ver que a pesar de esto, no existió correlación estadística significativa ($p=0.719$)

TABLA 11. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DIMENSION AGOTAMIENTO EMOCIONAL POR ESPECIALIDAD

Especialidad	Agotamiento Emocional						X ²	p
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%		
Urgencias Médicas	2	40	2	40	1	20	5.358	0.719
Cirugía General	2	20	3	30	5	50		
Medicina Familiar	15	48.38	8	25.80	8	25.80		
Anestesiología	2	50	0	0	2	50		
Pediatría	4	33.33	4	33.33	4	33.33		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

Para la despersonalización (Tabla 12) la mayoría de los médicos residentes (64.51%) tuvieron niveles bajos en esta dimensión, lo pone de manifiesto su capacidad de autorregulación de sus relaciones interpersonales con los pacientes y sus compañeros de trabajo. Sin embargo no existe una correlación estadística significativa ($p=0.310$)

**TABLA 12. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DIMENSION
DESPERSONALIZACION POR ESPECIALIDAD**

Especialidad	Despersonalización						χ²	p
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%		
Urgencias Médicas	4	80	0	0	1	20	9.396	0.310
Cirugía General	7	70	1	10	2	20		
Medicina Familiar	22	70.96	3	9.6	6	19.35		
Anestesiología	2	50	2	50	0	0		
Pediatría	5	41.66	4	33.33	3	25		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

En el caso de la realización personal fue notorio que la autopercepción de los médicos residentes acerca de la autoestima profesional tiene niveles altos, sin embargo al igual que en las otras dos dimensiones no existió significancia estadística ($p=0.939$). Ver tabla 13

**TABLA 13. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA DIMENSION
REALIZACION PERSONAL POR ESPECIALIDAD**

Especialidad	Despersonalización						X²	p
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%		
Urgencias Médicas	1	20	2	40	2	40	2.918	0.939
Cirugía General	3	30	2	20	5	50		
Medicina Familiar	9	29.03	7	22.58	15	48.38		
Anestesiología	0	0	1	25	3	75		
Pediatría	3	25	2	16.66	7	58.33		

Fuente: Encuesta aplicada a médicos residentes del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS

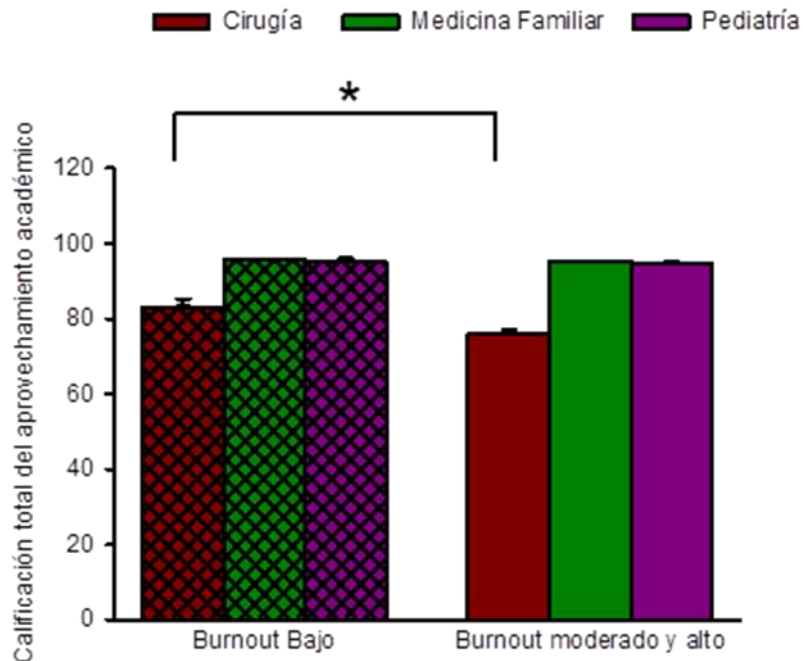
e) Burnout y Rendimiento Académico

Para medir la posible asociación del Desgaste Profesional con el Rendimiento Académico de los médicos residentes, se procedió a analizar asociaciones entre ambas variables primeramente tomando en cuenta la calificación global obtenida durante el año de residencia medica cuando fueron evaluados con el Maslach Burnout Inventory; posteriormente se consideraron las calificaciones obtenidas en las diferentes dimensiones que comprende la evaluación de los médicos residentes en el IMSS (Cognoscitiva, psicomotora y afectiva).

De igual manera se tomó en cuenta a las especialidades de medicina familiar, cirugía general y pediatría, por las razones expuestas previamente. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Cuando se analizó el aprovechamiento académico de las distintas especialidades y grado de Burnout (ver figura 2), se encontró que el pertenecer alguna de las distintas especialidades si influía significativamente sobre la calificación total que integraba el aprovechamiento académico (Kruskal-Wallis $H_{5,50} = 25.72$; $p < 0.05$). De manera específica se pudo constatar que los médicos residentes con un grado de Burnout bajo obtuvieron mejores calificaciones que los residentes que padecían Burnout moderado y severo pertenecientes a la misma especialidad ($p < 0.05$).

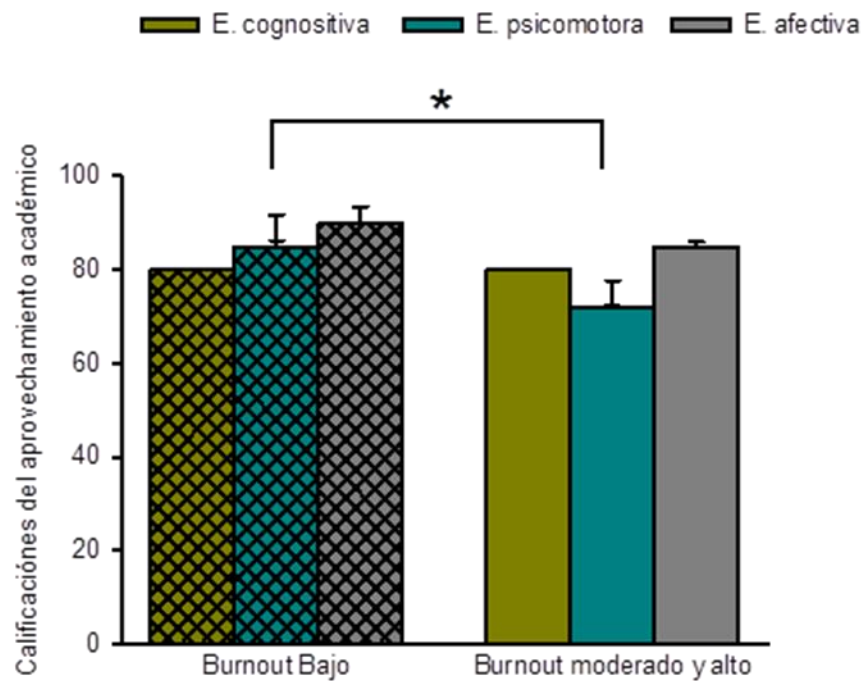
Fig. 2 Aprovechamiento académico de acuerdo a la especialidad y al grado de Burnout



Las barras representan la media $\pm$ el error estándar de la calificación total del aprovechamiento académico que obtuvieron los médicos residentes de acuerdo a la especialidad.

Cuando se analizaron las calificaciones de los distintos rubros evaluados en los médicos residentes de las diferentes especialidades (cognoscitiva, psicomotora y afectiva), solo la especialidad de cirugía (Fig. 3), demostro diferencias significativas entre cada rubro (Kruskal-Wallis $H_{5,50} = 17.37$; $p < 0.05$). De manera específica los médicos residentes que presentaron un grado de burnout bajo tuvieron mejores calificaciones en el rubro de la evaluación psicomotora con respecto a los residentes de la misma especialidad con un burnout leve a moderado ($t = 38.5$; $p < 0.05$).

Fig. 3 Influencia del nivel de Burnout sobre la calificación de los diversos rubros evaluados en los residentes de cirugía



Las barras representan la media+- el error estándar de la calificación de cada uno de los rubros evaluados influenciados por el nivel de Burnout de los médicos residentes de cirugía.

DISCUSIÓN

A manera de resumen a continuación se describen los principales resultados de la presente investigación:

1. Del total de la muestra estudiada, la mayor proporción la ocupó el SB leve seguido del severo y en último lugar el moderado.
2. En cuanto al género, los hombres fueron los que presentaron la mayor proporción de SB moderado y severo.
3. El grado de Burnout aparentemente no estuvo influenciado por los factores socioeconómicos ni por el tipo de especialidad médica o el grado de estudio.
4. Únicamente los residentes de la especialidad de cirugía mostraron cierta correlación positiva entre el grado de Burnout moderado y severo con un bajo aprovechamiento académico.
5. De manera específica se pudo constatar que el bajo rendimiento académico de los residentes de cirugía que presentaban SB moderado y severo también presentaban un desempeño bajo en el área psicomotriz.

La importancia de estudiar el SB en los médicos en formación es parte vital para el buen funcionamiento del sistema de salud y para garantizar que este ofrezca atención de calidad. Las acciones dirigidas a mantener la motivación de los trabajadores para el óptimo desempeño de sus actividades, confluirá en lograr la satisfacción en el trabajo, promover oportunidades de desarrollo y mejorar condiciones laborales.

Por otra parte, son extraordinarios los hallazgos de la presente investigación, referente a que el cien por ciento de la población estudiada presentaba algún grado del síndrome de desgaste profesional. Estos resultados concuerdan con el estudio de Fernández y cols. en el 2007, evaluaron a 58 médicos residentes que realizaron guardias en el Servicio de Urgencias en un hospital de España, donde

se identificó que el 93% de los médicos presentaban el SB. En esta misma línea, otros estudios coinciden en señalar una alta proporción del SB en médicos residentes, por ejemplo: en el 2002 Shanafelt y cols. realizaron un estudio sobre médicos residentes de medicina interna en un Hospital de Estados Unidos, e informaron que un 76% de los médicos reunían criterios para padecer el SB. Por otra parte, López-Morales y cols. en el año 2007 evaluaron una muestra de 143 médicos residentes de un Hospital de México, de los cuales 63.8% presentaba el SB asociado a jornadas laborales prolongadas de más de 80 horas semanales.

Al retomar la importancia de la enorme proporción de médicos con SB moderado y severo del presente estudio, es necesario tomar en cuenta la correlación estabilidad emocional, salud mental, rendimiento laboral y académico de los médicos en formación. En este mismo sentido es muy conocida la asociación positiva entre el padecer SB como preámbulo a padecer otros trastornos mentales como la depresión y la ansiedad (Shanafelt y cols. 2002), que a su vez pudiera generar ausencia laboral y mayor tendencia para cometer errores. Lo anterior está directamente relacionado con la afectación en la calidad de atención a los pacientes (Pereda y cols. 2009)

Acerca de las subescalas o dimensiones del síndrome de desgaste profesional podemos mencionar que: en un estudio realizado en el Hospital Universitario del Valle, en Cali, Colombia, fue reportado una considerable afectación del componente agotamiento emocional, mientras que en otro estudio descrito por Osuna y cols., en el año 2009 en Nayarit, se encontraron niveles altos de despersonalización y niveles bajos de agotamiento emocional en los médicos residentes estudiados. De manera contraria en el presente estudio, se encontró niveles bajos de despersonalización, aun que, si unificamos los porcentajes de las categorías intermedio y alto del agotamiento emocional, se puede observar que el porcentaje sumatorio corresponde a más del 50% de la muestra.

Acerca de la dimensión realización personal, Balcázar y Montejó en el año 2006 reportan niveles bajos de realización personal hasta en un 40%; mientras que Osuna y cols. (2009), encontraron niveles altos de realización personal, esto

último concuerda con los resultados de nuestro estudio, en donde se encontraron niveles altos de realización personal hasta en el 51.6% de los médicos residentes que componían la muestra final; atribuyéndolo a que tienen buen grado de satisfacción en sus logros personales. Esto nos habla, que a pesar de la afectación de los médicos residentes por el desgaste profesional, al parecer aún no han sido tocados por los niveles altos del SB en el área motivacional. Teniendo en cuenta estos resultados, podemos pensar que estamos frente a una institución de salud capaz de desarrollar y mantener identidad organizacional, al mantener calidad laboral; sin embargo los resultados de este estudio no reflejan con exactitud lo que pudiera estar sucediendo en otras clínicas u hospitales del instituto, pero es razonable pensar que este síndrome puede estar presente en muchos residentes.

En la literatura se menciona que la demanda de trabajo es también uno de los principales factores para el desarrollo del desgaste profesional (Gil Monte, 2005). Derivado de esto, también se analizó la relación entre el desgaste profesional y el realizar actividades laborales distintas a las especificadas en su programa académico; los resultados obtenidos no demostraron relación estadística significativa, a pesar que la mayoría de ellos tenía la percepción de realizar actividades distintas a las que le corresponden como médicos residentes. Es probable que estos resultados se deban a que los médicos residentes en las diferentes rotaciones por los servicios hospitalarios encuentren diferentes características laborales dependiendo el servicio del que se trate y por ende realizan diferentes actividades, sin que sean necesariamente asociadas a la presencia de síntomas del SB.

La relación de un nivel mayor de Desgaste Profesional en un determinado género es controversial; mientras que algunos autores describen un mayor desgaste en varones, otros lo encuentran en mujeres y otros más no detectan diferencias. A este respecto, López Morales y cols. en un estudio realizado en Veracruz en el 2007 encontraron mayor prevalencia en el género masculino. Estos resultados contrastan con los encontrados por Balcázar y Montejó en el año 2006 quienes

demonstraron mayor prevalencia en el género femenino en un estudio realizado en un hospital de Mérida, Yucatán; atribuyendo estos resultados a la doble carga de trabajo (profesional y familiar) que tienen los médicos residentes de este género. Estos autores también coinciden en resultados con Martínez Muro (1997), quien en una muestra de estudiantes de Medicina, halló diferencias significativas en relación al género, encontrando niveles más altos en las mujeres que los hombres. En la presente investigación, con relación a que el grupo de los hombres fue el que presentó mayor frecuencia de desgaste profesional y mayor SB en comparación con las mujeres, es importante mencionar, que la explicación más factible pudiera radicar en el menor número de médicos residentes mujeres que integraron la muestra.

Cuando analizamos los posibles factores involucrados en el alto porcentaje de médicos residentes con SB, a pesar de que no se pudo constatar alguna asociación entre los diversos factores socioeconómicos que se tomaron en cuenta para este estudio, es muy probable que el tamaño de la muestra fue uno de los puntos medulares que no permitió observar esta influencia. Sin embargo, es sumamente importante tomar en cuenta algunos aspectos previamente discernidos y referidos por otros estudios, como la influencia del estado civil en donde también existe controversia, no hay un acuerdo unánime (Caballero y cols., 2001; Guevara y cols., 2004; López, 2004). Algunos autores coinciden en que al parecer las personas solteras tienen más cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable, pero el síndrome en general se ha asociado más con las personas que no tienen pareja estable (Caballero y cols., 2001). En nuestro estudio, al igual que el realizado por Osuna y cols., en el 2009 en una unidad de medicina familiar de Nayarit, no se observó una correlación positiva entre el SB y el estado civil de la población de estudio. Es probable que estos resultados se deban a que en nuestro estudio el porcentaje de médicos residentes que conviven con una pareja estable y los que no la tienen pareja es muy similar, coincidiendo con lo encontrado por Osuna.

Por otra parte, Gil Monte y Peiró reportaron (1997) que los médicos residentes expuestos a sobrecarga laboral con más de 80 horas de trabajo por semana son más propensos a presentar SB, estos resultados coinciden con los reportados por López-Morales que demostró niveles altos de desgaste profesional en médicos residentes con jornadas laborales prolongadas. Por su parte, Vermeulen en el 2005 y Thommasen en 2001, identificaron niveles altos del síndrome en médicos con jornadas laborales mayores de 80 horas por semana; sin embargo no pudieron asociarlo con la edad, género, estado civil o tiempo de exposición de uno a cuatro años, según el grado de avance en el curso de especialización médica, considerando que esto obedecía al hecho de que las características laborales son diferentes en cada uno de los servicios hospitalarios. Sin embargo los tamaños de muestra, al igual que en nuestro estudio, fueron pequeños lo que posiblemente no permitió observar la influencia de estas variables.

Aunque el SB se describe habitualmente con mayor frecuencia en los servicios de urgencias y áreas quirúrgicas, como el realizado en un hospital de Mérida, Yucatán donde encontraron mayor prevalencia del síndrome en las especialidades quirúrgicas (Balcázar y Montejó, 2006); en nuestro estudio se observa una frecuencia similar en áreas clínicas y quirúrgicas. Como el sistema de residencias en México implica realizar actividades educativas y asistenciales que varían de acuerdo con el año académico, algunos autores describen una tendencia a padecer SB durante los primeros años de carrera profesional y tiene una relación menor al finalizar el adiestramiento; sin embargo, en nuestro estudio no existió diferencia significativa entre los años de residencia y la presencia del síndrome. Resultados similares fueron descritos por Pérez en 2006 quien al determinar la prevalencia de burnout en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México no demostró relación entre los años de residencia médica y la presencia de burnout, sin embargo una de las limitantes importantes del estudio fue es que gran porcentaje de los médicos residentes estaban en el primer año de la residencia y los grupos al no ser homogéneos no permitieron apreciar este aspecto; sin embargo en nuestro estudio las muestras si son similares en el número que compone cada año de residencia por lo que se deja abierta una

puerta para futuras investigaciones que estudien los factores que contribuyan a esta falta de asociación entre estas variables.

En otro contexto, el presente trabajo aborda el desgaste profesional y el rendimiento académico en médicos residentes, dicho tema ha cobrado relevancia en los últimos tiempos y ha sido objeto de múltiples investigaciones debido al incremento en la incidencia de padecimientos que aquejan a la población estudiantil, la cual se considera vulnerable debido a las largas jornadas de entrenamiento, la constante necesidad de actualización, múltiples tareas académicas. En cuanto al Rendimiento Académico, se tomó en cuenta la calificación global y dimensiones que comprende la evaluación de los médicos residentes en el IMSS (cognoscitiva, psicomotora y afectiva). Dicha evaluación es responsabilidad de las autoridades de Educación en Salud de la sede, del profesor titular del curso, del profesor adjunto y/o del profesor ayudante. Para el diseño de las evaluaciones teóricas, prácticas y afectivas correspondientes se tomó como marco referencial el Lineamiento Normativo General de Posgrado y el Procedimiento para la Evaluación del Aprendizaje de los Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad, vigentes para todo el país y emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM).

Este sistema de evaluación se centra en el desarrollo de aptitudes confiriendo al médico residente experiencia para entender las situaciones problemáticas que lo desafían, mayor alcance de las decisiones y acciones realizadas y pertinencia progresiva para influir positivamente en el ambiente de trabajo.

Nuestros resultados son muy importantes dado que no existen estudios previos que involucren el análisis del desarrollo del rendimiento académico empleando estos formatos.

Al asociar el grado de desgaste profesional con rendimiento académico, Pérez San Gregorio, Rodríguez y Borda (2003) no encontraron, en su estudio, asociación entre dichas variables. Contrariamente, nuestro estudio pudo constatar de manera

específica que los médicos residentes de Cirugía con un grado de Burnout bajo obtuvieron mejores calificaciones globales que los residentes que padecían un SB moderado y severo; resultados que pueden ser traspolados al trabajo de Bermúdez, Durán, Escobar, y cols. (2006), quienes reportan asociación significativa entre estrés y rendimiento académico: los estudiantes con bajo nivel de estrés reportaron notas más altas. La controversia al asociar dichas variables puede ser secundaria a la diversidad de instrumentos utilizados en la evaluación del rendimiento académico.

Cuando se analizaron las calificaciones de las distintas dimensiones que conforman la calificación global de los médicos residentes del IMSS solo la especialidad de Cirugía, demostró diferencias significativas entre cada rubro. De manera específica los médicos residentes que presentaron un grado de burnout bajo tuvieron mejores calificaciones en el rubro de la evaluación psicomotora con respecto a los residentes de la misma especialidad con un burnout leve a moderado. Sin embargo, a pesar de estar imposibilitados para contrastar los resultados del anterior rubro, debido a la ausencia de estudios en la literatura que tomen en cuenta estos parámetros. Es posible que este hallazgo pueda estar relacionado con el grado de minuciosidad con que se califica este rubro específicamente en la especialidad de Cirugía, dada la importancia que representa esta área para la formación del médico, de ahí su alta sensibilidad para distinguir afectaciones en el médico con SB moderado y severo. Esto debido a que los aspectos prácticos son evaluados mensualmente mediante listas de cotejo o apreciación directa del docente titular y adjuntos en cirugías y procedimientos, y su promedio anual es reportado en el formato CEM 2 Institucional.

CONCLUSIONES

El considerable porcentaje de SB moderado y severo que presentaban los médicos residentes de las distintas especialidades podría estar asociado a múltiples factores, que desafortunadamente debido a la escasa muestra estudiada no fue posible inferir cuál de estos factores socioeconómicos o laborales tuvieron mayor influencia.

Los factores como jornadas laborales prolongadas, edad, género y estado civil no son determinantes del SB, dicho de otro modo, este síndrome afecta a los médicos residentes en el ámbito hospitalario sin distinción de horario laboral, género, edad y condición civil. No se realizaron estudios de familia para identificar otros factores determinantes.

El rendimiento académico en muchas ocasiones no necesariamente refleja el verdadero desarrollo y avance del alumno, por las características del sistema educativo, las calificaciones suelen ser en el caso de la residencia médica el indicador no solo para evaluar el aprendizaje del alumno, sino también para decidir su acreditación como médico especialista. Consideramos que los formularios de evaluación actuales, han disociado lo cognoscitivo (restringido al recuerdo de información), lo psicomotor y lo afectivo, ya que de manera inconveniente han fragmentado la apreciación del proceso formativo y no han facilitado que los esfuerzos docentes se orienten hacia el aprendizaje de los aspectos prioritarios.

Los niveles moderados y altos del SB tienen una influencia negativa en el rendimiento académico, ya que los médicos con un grado bajo de SB obtuvieron mejores calificaciones que los residentes que padecían niveles moderado y severo pertenecientes a la misma especialidad.

En la especialidad de cirugía general es donde se ve más evidente la afectación en el rendimiento académico consecuencia del SB, principalmente en la dimensión

psicomotora; esto último puede ser consecuencia de la toma de decisiones de alta responsabilidad en pacientes con patologías complejas o a la gran demanda de los servicios quirúrgicos en el hospital por parte de los derechohabientes. Esto se ve reforzado por la disminución en las horas de descanso, irregularidades en el patrón de alimentación y a la percepción de ausencia de una remuneración justa por el trabajo realizado en la mayoría de los médicos residentes.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con el análisis realizado y las conclusiones obtenidas de la investigación, lo que se propone para evitar que el SDP siga avanzando o se presenten complicaciones en los médicos residentes expuestos al mismo, es lo siguiente:

- Realizar una sesión clínica en el HGZ No. 2 del IMSS para que el personal conozca el SDP de forma íntegra, sus antecedentes, su diagnóstico, su prevención y tratamiento.
- Presentar los resultados a las autoridades institucionales y sindicales del HGZ No. 2 para encontrar estrategias en lo colectivo que no intervengan en las políticas del IMSS y del SNTSS que contravengan a su contrato colectivo de trabajo y que permitan replantear el programa académico y operativo de los médicos residentes.
- Es indispensable realizar estudios longitudinales en médicos residentes, iniciando desde el primer día de su adiestramiento, realizando mediciones cada determinado tiempo para poder identificar en qué momento se presentan los síntomas del desgaste profesional así como los factores de riesgo relacionados directamente con el sistema de especialidades médicas. Y que los resultados puedan ser aplicados para desarrollar estrategias que contribuyan a crear las condiciones propicias para los residentes.
- Crear dentro de la institución una cultura enfocada hacia la vigilancia de la seguridad laboral y enfermedades ocupacionales de orientación psicosocial, puesto que las mismas, al no poder ser observadas de forma tan directa como otro tipo de enfermedades que son consecuencia del trabajo, son subestimadas y no son atendidas de forma oportuna.

- Reducir el número de horas laborales diarias de los médicos residentes. A este respecto, el Institute of Medicine (IOM) ha publicado recomendaciones específicas sobre el límite de las horas de trabajo con la finalidad de reducir la fatiga, la pérdida de sueño entre los médicos residentes e incrementar la supervisión con más médicos expertos.

- Realizar capacitación al médico residente en competencias motivacionales, incluyendo diversas problemáticas como son: Síndrome de Desgaste Profesional, falta de vocación, inadecuados hábitos de estudios, falta de desarrollo actitudinal y aptitudinal, bajo rendimiento académico y desmotivación entre otras, para ello es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario de salud que incluya trabajo social, psicología, nutrición y medicina familiar. Esta propuesta está fundamentada en las recomendaciones internacionales para la prevención del síndrome en el personal sanitario.

- Desarrollar estrategias que neutralicen o eliminen las consecuencias del síndrome, por ejemplo: Que se realicen psicoterapias individuales o colectivas por lo menos 1 vez al mes, Efectuar cursos o talleres de superación personal, holísticos y autoestima, Promover la rotación a otros servicios o unidades médicas de forma temporal (cuando menos 6 meses) para salir del ambiente laboral actual, Llevar a cabo una hora de fomento a la salud en el trabajo cuando menos una vez a la semana y Promover el trabajo en equipo.

- Establecer un nuevo sistema de evaluación de los médicos residentes centrado en el desarrollo de la aptitud clínica y la aptitud para el uso apropiado de las fuentes de información. Ya que como plantea Piaget el principal problema del rendimiento académico no es la inteligencia en sí, sino los métodos insatisfactorios que emplean las personas ya sea para resolver un problema o adquirir conocimiento. Un sistema que considere el hecho de que el conocimiento es producto de la elaboración del alumno y no resultado del consumo de información.

- Mejorar las condiciones de infraestructura hospitalaria a fin de contar con espacios dignos disponibles para el descanso de los médicos residentes durante sus jornadas asistenciales.

- Establecer mejores centros de documentación en salud, con infraestructura que favorezca el proceso enseñanza-aprendizaje, con bibliografía actualizada y tecnología de punta.

ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Fecha: _____

Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: **SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP) Y SU RELACIÓN CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DEL IMSS**

El objetivo del estudio es: **Caracterizar la posible relación entre SDP y el rendimiento académico de médicos residentes adscritos al Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en, la aplicación de una encuesta denominada cuestionario **MASLASH BURNOUT INVENTORY (MBI), CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo y/o mis intereses profesionales o académicos.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones de deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del encuestado

Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón
Nombre y Firma del Investigador Principal

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Buenos días/tardes, el día de hoy solicito de su colaboración para realizarle unas preguntas con el objetivo de obtener información acerca del Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con el Rendimiento Académico en médicos residentes del IMSS. La información que nos brinde será confidencial y es con fin estadístico.

Número de folio: _____

DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Especialidad: _____
4. Grado Académico: _____
5. Fecha del último periodo vacacional: _____
6. Estado civil:
 - a) Soltero(a): _____ b) Casado (a): _____ c) Divorciado (a): _____
 - d) Unión libre: _____ c) Viudo (a): _____
7. Número de Hijos: _____
8. ¿Cuántas horas diarias le dedicas a tu trabajo dentro del hospital (sin contar guardias)
Menos de siete ____ Siete ____ Ocho ____ Nueve ____ Diez ____ Más de Diez ____
9. ¿Cuántas horas diarias le dedicas a tu trabajo en tu domicilio?
Menos de una ____ Una ____ Dos ____ Tres ____ Cuatro ____ Más de Cuatro ____
10. ¿Cuántos casos clínicos o sesiones preparas al mes?
De 0-1 ____ De 2-3 ____ De 4-5 ____ Más de 5 ____
11. ¿Cuántas guardias realizas al mes?
De 1-2 ____ De 3-4 ____ De 5-6 ____ De 7-8 ____ Más de 8 ____
12. ¿Consideras que haces el trabajo que pertenece a otra categoría (enfermería, administrativos o auxiliares)?
Constantemente ____ A menudo ____ A veces ____ Nunca ____
13. ¿Qué porcentaje de tu trabajo lo realizas en contacto con pacientes?
0% ____ 25% ____ 50% ____ 75% ____ 100% ____
14. ¿Cómo prefieres trabajar?
Individualmente ____ En equipo ____
15. ¿Te preocupa la posibilidad de una discusión por cometer errores médicos?
Constantemente ____ A menudo ____ A veces ____ Nunca ____
16. ¿Interfiere tu trabajo con tu vida diaria?
Constantemente ____ A menudo ____ A veces ____ Nunca ____
17. ¿Consideras que recibes un salario acorde al trabajo que realizas?
Excesivo ____ Adecuado ____ Escaso ____

18. En tu opinión ¿Qué prestigio social tiene tu profesión?

Excesivo _____

Adecuado ____

Escaso ____

Nulo _____

MASLASH BURNOUT INVENTORY

Indicaciones: Lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

- | | |
|---|----------------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Pocas Veces al año o menos |
| 2 | Una Vez al mes o menos |
| 3 | Pocas veces al mes |
| 4 | Una vez a la semana |
| 5 | Pocas veces a la semana |
| 6 | Todos los días |

0 1 2 3 4 5 6

Que tan seguido:

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8. Siento que mi trabajo me está desgastando
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
10. Siento que me he hecho más duro con la gente
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo
13. Me siento frustrado por mi trabajo
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15. Siento que realmente no me importa que les ocurra a mis pacientes
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada
22. Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas

[illegible]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CEM 1

EVALUACIÓN
COGNOSCITIVA ANUAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

DIVISIÓN DE FORMACIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CICLO LECTIVO: _____ GRADO: _____ No. DE FOLIO _____

NOMBRE: _____ ESPECIALIDAD: _____

UNIDAD: _____ CIUDAD Y DELEGACIÓN: _____

MODULO O UNIDAD DIDÁCTICA	CALIFICACIÓN OBTENIDA			
	FECHA	EXAMEN ORDINARIO	FECHA	EXAMEN EXTRAORDINARIO

COMENTARIOS _____

PROMEDIO _____

CALIFICACIÓN PONDERADA _____

RESIDENTE

PROFESOR AYUDANTE

PROFESOR TITULAR
O ADJUNTO

COORD. CLIN. DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICAS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CEM 2

**EVALUACIÓN
PSICOMOTORA MENSUAL**

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA
DIVISIÓN DE FORMACIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

CICLO LECTIVO _____ GRADO _____ No. DE FOLIO _____
NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____
UNIDAD _____ CIUDAD Y DELEGACIÓN _____

ÁREA DE APLICACIÓN:

CONSULTA EXTERNA () HOSPITALIZACIÓN () QUIRÓFANOS ()
GABINETE RX () LABORATORIO ()

MES EVALUADO: _____ AÑO: _____

DESTREZA EVALUADA	LISTA DE COTEJO	OBSERVACIÓN DIRECTA	CALIFICACIÓN OBTENIDA EVALUACIÓN	
			ORDINARIA	EXTRAORDINARIO

PROMEDIO _____

RESIDENTE

PROFESOR AYUDANTE

PROFESOR TITULAR
O ADJUNTO

COORD. CLIN. DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICAS



CEM 3
**EVALUACIÓN MENSUAL
DEL ÁREA AFECTIVA**

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**
DIVISIÓN DE FORMACIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CICLO LECTIVO _____ GRADO _____ No. DE FOLIO _____
NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____
UNIDAD _____ MES _____ AÑO _____
CIUDAD Y DELEGACIÓN _____ SERVICIO _____

ÁREA

ACTIVIDAD
DIARIA

PRÁCTICA CLÍNICA-
COMPLEMENTARIA

1. COMPORTAMIENTO PROFESIONAL

El residente es capaz de efectuar en forma adecuada:

- 1.1 La visita hospitalaria o consulta.
1.2 El análisis de expedientes clínicos
1.3 La evaluación integral del paciente.....
1.4 La vigilancia del tratamiento, la evolución del paciente y
detección oportuna de complicaciones

2. CRITERIO

El residente es capaz de:

- 2.1 Tomar decisiones con base racional
2.2 Manejar problemas en forma integral
2.3 Administrar los recursos de manera eficiente

3. RELACIONES INTERPERSONALES

El residente es capaz de establecer reacciones interpersonales de manera respetuosa y empática:

- 3.1 Interacción con sus jefes.....
3.2 Interacción con sus compañeros
3.3 Interacción con los pacientes abordando sus problemas de manera integra
3.4 Interacción con los familiares de los pacientes

4. DISCIPLINA

El residente es capaz de:

- 4.1 Asistir puntualmente a sus actividades.....
- 4.2 Presentarse uniformado y pulcro
- 4.3 Cumplir las normas e indicaciones

5. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

El residente es capaz de:

- 5.1 Participar con calidad y colaboración en las actividades de aula
- 5.2 Colaborar con las sesiones generales.....
- 5.3 Colaborar con las sesiones departamentales
- 5.4 Criticar trabajos de investigación publicados.....
- 5.5 Mostrar interés en la elaboración de trabajos de investigación

6. CRITICA

El residente es capaz de:

- 6.1 Solicitar y aceptar racionalmente las críticas y actuar en consecuencia
- 6.2 Ejercer la crítica con base racional, reflexiva y de manera pertinente

7. RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO

El residente es capaz de:

- 7.1 Cumplir con las actividades inherentes a su cargo con espíritu Institucional y con fundamento en el humanismo.....
- 7.2 Asumir los resultados obtenidos en sus actividades y sus consecuencias..
- 7.3 Informar a las autoridades de los resultados de sus actividades y consecuencias

SUMA

--	--

Escala: 0 a 100

PROMEDIO PARCIAL

--	--

PROMEDIO FINAL

--	--

RESIDENTE

PROFESOR AYUDANTE

PROFESOR TITULAR
O ADJUNTO

COORD. CLIN. DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICAS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CEM 4

**CONCENTRADO DE
CALIFICACIONES FINALES**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA
DIVISIÓN DE FORMACIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CICLO LECTIVO _____ GRADO _____ No. DE FOLIO _____
NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____
UNIDAD _____ CIUDAD Y DELEGACIÓN _____

AREA	COGNOSCITIVA	PSICOMOTORA	AFECTIVA
CALIFICACIÓN FINAL*			
CALIFICACIÓN PONDERADA**			

CALIFICACIÓN FINAL GLOBAL _____

RESIDENTE

PROFESOR AYUDANTE

PROFESOR TITULAR
O ADJUNTO

COORD. CLIN. DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICAS

*LA CALIFICACIÓN FINAL GLOBAL SE OBTIENE DE LA SUMA DE LAS CALIFICACIONES PONDERADAS.

**LA CALIFICACIÓN PONDERADA SE OBTIENE DE MULTIPLICAR LA CALIFICACIÓN OBTENIDA EN CADA ÁREA (COGNOSCITIVA, PSICOMOTORA Y AFECTIVA), POR EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA GRADO ACADÉMICO DE ACUERDO AL SIGUIENTE CUADRO:

GRADO	ÁREA COGNOSCITIVA %	PSICOMOTORES %	AFECTIVOS %
1	60	20	20
2	50	30	20
3	50	30	20
4	50	30	20
5	50	30	20

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Noviembre 2012	Diciembre 2012	Enero a Febrero 2013	Marzo a Abril 2013	Mayo a Junio 2013	Julio a Agosto 2013	Septiembre a Octubre 2013
Elección del tema							
Revisión Bibliográfica							
Elaboración de Carta de Primera Intensión							
Elaboración del protocolo							
Revisión de Protocolo por revisores							
Recolección de datos							
Análisis y codificación de datos							
Interpretación de los resultados							
Conclusión del estudio							
Entrega del escrito final							

BIBLIOGRAFIA

- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P. Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid. Revista Española de Salud Pública 2004; 78(4): 505-516
- Álvarez M. El estrés: Un enfoque psiconeuroendocrino. La Habana, Cuba: Científico Técnica 1989.
- Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada J, Síndrome de Burn Out en médicos familiares del instituto mexicano del seguro social. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública. Universidad de Guadalajara, Jalisco
- Aranda C., Pando M. Síndrome de Burnout y Factores Psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna 2003, 30(4): 193-199
- Balcázar, LE. Montejo, LF. Tesis para optar el grado de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas: Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Residentes Adscritos a la Delegación Yucatán del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Politécnico Nacional 2007.
- Barredo, A. (2000). Estrés y Ansiedad. Superación Interactiva. España
- Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D. y Thomé, E. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). Personality and Individual Differences, 28, 1107-1118.
- Benjamín, S. J. (2006). El estrés. México D.F., Publicaciones Cruz O. S.A.
- Bernard, C. (1959). Introducción al estudio de la medicina experimental. Buenos Aires: El Ateneo.
- Bensabat, S. (1994). Stress grandes especialistas responden. Tercera edición. Bilbao, España: Mensajero.

- Bermúdez Q, Durán M, Escobar C, Morales A, Monroy S. Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de medicina. Med UNAB 2006; 9: 198-205
- Bonet J. El estrés como factor de vulnerabilidad: de la molécula al síndrome. Ponencia al Simposio Gador. Buenos Aires: XVI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA 2003.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. y Marmot, M. (1998). Two alternative Job Stress Models and the risk of coronary heart disease. American Journal of Public Health, 88, 68-74.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud . Madrid: Pirámide
- Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literatura. Arch Intern Med 1988; 148:1428-35
- Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten prim, 27 (5):313-317.
- Campbell D., Sonnad S., Eckhauser F. Burnout among American surgeons. Surgery 2001; 130(4): 696-705
- Cannon, W.B. (1932). The wisdom of the body. Nueva York: Norton.
- Cebriá J. (2003) Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Aten Primaria; 31(9): 572-574.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1994). Life events and stress re activity as predictor of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders. International Journal of Psychosomatics, 41, 34-40.
- Curiel García J., Rodríguez Moran M., Guerrero Romero F. Síndrome de Agotamiento Profesional en Personal de Atención a la Salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44(3): 221-226
- De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benitez A, Corduras E, Gonzáles T, et al. (1995) Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. Mapfre Medicina; 6(1): 7-18.

- Díaz Romero R., Lartigue Becerra T., Acosta Velasco M. Síndrome de Burnout. Desgaste Emocional en cirujanos dentistas. Revista de la Asociación Dental Mexicana 2001; LVIII(2): 63-67
- Dueñas M., Merma L., Ucharico R. Prevalencia de Burnout en Médicos de la Ciudad de Tacna. CIMEL 2003; 8(1): 34-38
- Escribá-Agüir, V. y Pérez-Hoyos, S. (2003). Psychosocial work environment and psychological well-being among emergency staff. Gaceta Sanitaria, 17, 186.
- Fernández, J.A., Fernández, E. y Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo desequilibrio-esfuerzo-recompensa (DER). Revista de Calidad Asistencial, 20, 144-149.
- Fernández-Martínez O, Hidalgo-Cabrera C, Martín-Tapia A, Moreno-Suárez M, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. Emergencias. 2007;19:116-21.
- Fernet, C., Guay, F. y Senécal, C. (2004). Adjusting to job demands: the role of work self-determination and job control in predicting burnout. Journal of Vocational Behavior, 65(1), 39-56.
- García B., Renoval F. Síndrome de Agotamiento Profesional en los Médicos Residentes de Especialidades Médicas Hospitalarias. Anales de Medicina Interna 2000; 17(3): 118-122
- Gascón, S., Olmedo, M. y Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8, 55-66.
- Gil Monte, Pedro R. (2005). El síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Editorial Pirámide. Madrid.
- Gil-Monte, Pedro R. y José Peiró. (1997) Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Vol. 15 No.2, 261-268). Publicación en línea disponible <http://revistas.um.es/analesps/article/view/30161/29361>

- Goncalves Estella F, Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso J., Síndrome de Burn Out en el médico general. *Medicina General* 2002; 43: 278-283
- Grassi L, Magnani K, (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom*;69:329-334.
- Guerrero Barona E., Rubio Jiménez J. Estrategias de Prevención e Intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental* 2005; 28(5) 27-33
- Guevara C., Henao D., Herrera J. Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali 2002. *Colombia Médica* 2004; 35(4): 173-178
- Hernández, E. y Grau, J. (2005) *Psicología de la Salud, fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research* , 11, 213-218
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2003). V Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Karademas, E.C. y Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37, 1033-1043.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Basic Books.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-311.
- Labrador F., Crespo M. (1995) *Stress y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1990). Stress, coping and illness. En H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. Nueva York: John Wiley and Sons.

- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. (Traducción, Barcelona, Martínez Roca, 1986)
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 147-169.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1989). *Manual for the Hassles and Uplift Scales*. Palo Alto, California: Research Edition Consulting Psychologist Press
- López Elizalde C. Síndrome de Burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2004; 27(1): 131-133
- López-Morales A, González-Velázquez F, Morales-Guzmán MI, Espinoza-Martínez CE. Síndrome de *Burnout* en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45:233-42.
- Lumsden, D.P. (1981). Is the concept of "stress" of any use, anymore? In D. Randall, *Contribution to primary prevention in mental health: working papers*. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association.
- Martin P. (1996) *Enfermar o curar por la mente*. Madrid: Pirámide
- Martínez Muro, ER. (1997). *Evaluación del estrés en estudiantes de medicina*. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante
- Martínez-Correa, A., Reyes, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.A. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Mason, J.W. (1971). A re-evaluation of concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*, 15, 33-38
- Méndez Venegas J., Estrés Laboral o Síndrome de Burnout. *Acta Pediátrica de México* 2004; 25(5): 299-302

- Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. (2003) Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten. prim.*; 31(9): 564-574.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González-Bono, E., Rodríguez-Alarcón, G. y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
- O'Brien, G.E. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olmedo Montes M, Santed Germán MA, Jiménez Tornero R, Gómez Castillo MD. El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis* 2001; 22:117-29
- Palmer Morales L., Gómez Vera A., Cabrera Pivaral C. Factores de Riesgo Organizacionales Asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Anestesiólogos. *Salud Mental* 2005; 28(1): 82-91
- Palmer Morales L., Gómez Vera A., Cabrera Pivaral C. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en Médicos Anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. *Gaceta Médica de México* 2005; 141(3): 181-183
- Palmero F., Fernández-Abascal E. (1996) Emociones y adaptación. Barcelona: Massan
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(63), 91-149.
- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta sanitaria*; 16(6): 480-486
- Pereda-Torales, L., Marquez Celedonio, F. G., Hoyos Vasquez, M. T., & Yañez Zamora, M.I. (2009). Burnout syndrome in medical practitioners and paramedic personnel. *Salud Mental*, (5), 309-404.

- Pérez Cruz, E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex* 2006; 22:282-6
- Pérez SG, Rodríguez M, Borda M. Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *C. Med. Psicosom* 2003; 67: 26 -33.
- Ramírez, A., Graham, J., Richards, M. y Gregary, W. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724-728.
- Ramos F, Castro R, Fernández Valladares MJ. (1999). Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. *Mapfre Medicina*; 10(2): 134-144.
- Rocha Luna J, Síndrome de Burn Out ¿El médico de urgencias incansable?. *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias* 2002; 1(2): 48-56
- Salanova, M., Grau, R.M. y Martínez, I.M. (2005). Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy. *Psicothema*, 17(3), 390-395.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill
- Sarafino, E.P. (1999). *Health psychology: biopsychosocial interactions* (3ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Schnall, P.L., Belkic, K., Landsbergis, P. y Baker, D. (2000). The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine: State of the art reviews*, 15, 1-334.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Science*, 61, 692-699.
- Selye, H. (1982). History and present of the status of the stress concept. En L. Golberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.

- Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E. y Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31, 210-216.
- Shanafelt T., Bradley K., Wipf J. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136(5): 358-367
- Shirom, A. (2003). The effects of work stress on health. En M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst y C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 63-83). Nueva York: Wiley, Hoboken.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M. y Niedhammer, I. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparisons. *Social Science and Medicine*, 58, 1483-1499.
- Smith, C.S., Sulsky, L.M. y Uggerslev, K.L. (2002). Effects of job stress on mental and physical health. En J.C. Thomas y M. Hersen (Eds.), *Handbook of mental health in the workplace* (pp. 61-83). California: Sage, Thousand Oaks.
- Sweet M. Being a caring doctor may be bad for you. *BMJ* 2003; 326:355-60
- Takakuwa KM, Ernst AA, Weiss SJ. Residents With Disabilities: A National Survey of Directors of Emergency Medicine Residency Programs. *South Med J* 2002;95:436-41
- Thommasen H, Lavanchy M, Conelly I, Berkovitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinion of physicians of rural British Columbia. *Can Fam Phys* 2001; 47:737-744.
- Ursin, H. y Eriksen, H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592.
- Valdés M., Florez T. (1985) *Psicobiología del stress*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Vegchel, N., de Jonge, J., Bakker, A.B. y Schaufeli, W.B. (2002). Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward imbalance

model: does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 403-421.

- Vermeulen M, Mustard C. Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *J Occup Health Psychol* 2000;5: 428-440.
- Zapata, L. (2003) Stress. Evolución, fisiología y enfermedad. *Psicología desde el Caribe*, 11, 24-44