

FACTORES DE RIESGO ORGANIZACIONALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS

Yusvisaret Palmer*, Antonio Gómez-Vera**, Carlos Cabrera-Pivaral***, Roberto Prince-Vélez****, Roberto Searcy *****

SUMMARY

Introduction

Burnout Syndrome is considered by the WHO as a worker's risk, that causes mental and physical deterioration (headaches, gastrointestinal illness, high blood pressure, muscular tension and chronic fatigue). This is a result of chronic stress and of the workplace environment, which today is cold, hostile, demanding, both economically and psychologically. People are becoming cynical, with negative feelings toward their patients and their professional roll; they feel emotional exhaustion. This occurs frequently in health workers who deal with people who are dependent.

What is the cause of this syndrome that is damaging the community of the workers? It is due to many facts, such as organizations where there is *work overload* (workload is a dimension of organizational life, this means productivity. In their scramble for increased productivity, organizations push people beyond what they can sustain, making work more intense, demanding more time and becoming more complex; this is the major risk factor, in which is shown an uncorrelation between the people and their work); *lack of control* (of the capacity to set priorities in their own work, to select and to make decisions regarding resources that are central in the professional roll; politics of the organization that interfere with this capacity, reduce individual autonomy an involvement with work); *lack of reward* (lack of community harmony, lack of fairness and also value conflict); *breakdown of community* (the loss of harmony in the community is made evident by greater conflicts among people, less mutual support and respect, and a growing sense of isolation); *absence of fairness* (trust, openness and respect, are all three, elements of fairness essential to maintain a person's engagement with work. Their absence contributes directly to burnout); *conflicting values* (this occurs when there is no correlation between the sources of workplace and the personal values, in some cases work overload makes people work with no ethics, causing them conflict with their own values).

This syndrome has three dimensions:

Exhaustion. When people experience exhaustion, they feel overexerted, both emotionally and physically; they feel drained,

unable to recover, they don't sleep enough, and lack of energy needed to face new projects. Exhaustion is the first reaction to the stress of job demands or major change.

Cynicism. They take a distant attitude toward work and the people on the job. They minimise their involvement at work and even give up their ideals. In some way, this is a form of protecting themselves from exhaustion and disappointment, persons feel it's safer to be indifferent, especially when the future is uncertain. Such a negative attitude can seriously damage a person's well-being and capacity to work.

Ineffectiveness. Persons feel a growing sense of inadequacy, every project seems overwhelming, they think everybody conspires against them, and whatever they do, seems to be trivial. They lose confidence in themselves, and at the same time, others lose confidence in them. They become vulnerable to family strangements, and to abandon social activities, they tend to remain alone. By this time they can incur in drug abuse, become mentally insane, and in extreme cases, comit suicide.

The measurement instrument for the diagnosis of Burnout Syndrome is Maslach Burnout Inventory, which allows to sample large populations under this condition; it was developed by Maslach in 1976, and a large number of studies have been developed by this time.

Chronic stress could have important effects on the quality of family relationships and have a negative influence in anesthesiology performance as well.

Because of this important problem that affects physical condition of illness, mental health and performance and quality of medical services, and also because there are no studies in the anesthesiologist environment, we performed this study to asses burnout among anesthesiologist in the city of Mexicali, Baja California.

The object of this study was to determine and evaluate the organizational factors associated to burnout, because anesthesiologist performs at surgery rooms, where they have to manage chronic and sustained stress; moreover they get involved with patients, and are exposed to organizational factors. Burnout may affect mental health, and thus, the performance of the anesthesiologist practice, fact that even may put in serious risk the life of patients.

*HGP/MF No. 31, IMSS, Mexicali, B.C.

**Facultad de Medicina UABC, División de postgrado Maestría en Ciencias Médicas.

***Coordinador Delegacional de Educación en Jalisco, IMSS.

****Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HGP/MF No. 31 IMSS. Investigador Asociado A, Mexicali, B.C.

*****Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias UABC, Departamento de Epidemiología, Mexicali, B.C.

Correspondencia: Dra. Yusvisaret Palmer: Río Sonora 603, Fracc. Las Fuentes, Mexicali, B.C. Email yusvip@yahoo.com

Recibido primera versión: 29 de enero de 2004. Segunda versión: 28 de junio de 2004. Tercera versión: 11 de octubre de 2004. Aceptado: 10 de noviembre de 2004.

Material and methods

Control and cases study was performed, universe included all anesthesiologist in Mexicali City (n=92), excluding those that are not active in anesthesiologist practice, and who refused to respond the surveys. Cases group was constituted by anesthesiologists with burnout syndrome and control group was constitute by anesthesiologists without burnout. Sampling was obtained by Cochran's formula obtaining n=28 for each group. Independent variables were vicious organizational factors (work overload, lack of control, lack of reward, breakdown of community, absence of fairness, conflicting values). Dependent variable was Burnout Syndrome. Validate instruments use were Maslach's Inventory for diagnosis of Burnout and a general sociodemographic inventory, for risk factors.

Statistic analysis performed were descriptive analysis, proportion tests for two populations, Odds ratios, and Chi², at the same time Logistic regression was performed, the statistic program use was BMDP and Epi Info 6.

Results

First of all, we estimated the prevalence of burnout, excluding three anesthesiologists that refused to answer the inventory test, of 89 persons analyzed we obtained 37 cases, that gives us a prevalence of 44%. The group case was constituted by 23 males and five females, control group by 19 males and 9 females (p>0.05). Mean age of case group was 43.7 years; control group 45.8 years. Civil state for cases group was 85.7% married, 7.1% divorced, 3.5% single, 3.5% not married couple, for control group 71.4% married, 14.3% single, 7.1% widows and 7.1% not married couple; working time for case group range from 24 years to two years, mean age 13.5 years, control group range from 28 years to two years, mean age 16.4 years. For no organizational factors, being married or divorced was a risk for burnout with OR 5.20, having children's was a risk for burnout with OR 33.2, and having more years at work was also significant for developing burnout with OR 1.17.

For organizational factors, the two variables for risk for burnout were work overload with p = 0.003, and conflicting values with p = 0.034, the other factors were no significant.

Discussion

The most important findings of the present study, were that work overload is a factor risk for burnout, this agrees with literature reports, where it is said that work overload is the factor that most affects health workers. In relation to conflicting values it also agrees with Maslach's studies, where the author says that this occurs where there is no correlation between work demand and moral values. In most cases, work overload can lead people to act with no ethics in their work, this creating conflicts with their moral values.

In this study conflicting values result in being an protecting factor, considering Maslach's publishing, this is a form that health workers assume to try to protect themselves against exhaustion and deception, thus adopting the form of cynicism.

The sieges we can find in this study is the honesty in the answers of the persons, besides this is assume by the inventory, this exist. Another siege is the sample size, but this was affront by an statistic manner.

It is so important to continue with new investigation lines, because as long as a medical doctor has good mental and physical health, he will be apt to give qualified attention to patients.

At the same time is important that organizations recognize this

health problem, so they can provide psychiatric intervention for those medical doctors who are affected by this syndrome, and try also to restructure their organization in order to avoid this problems.

Key words: Burnout Syndrome, anesthesiologists, mental health anesthesiologists, risk factors.

RESUMEN

Introducción

El Síndrome de "Burnout", también llamado Síndrome de Agotamiento Profesional, considerado según la OMS, como de riesgo laboral, causa detrimento en la salud mental del trabajador de la salud que lo presenta, así como síntomas físicos. Este síndrome se define como una respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Se presenta frecuentemente en profesionales de la salud, y en general en aquéllos que laboran en organizaciones de servicios y que están en contacto directo con personas que se encuentran en situación de dependencia o necesidad. La causa de este síndrome se sabe que son los factores viciados de la organización misma, por ejemplo, sobrecarga de trabajo, injusticia, falta de recompensa por el trabajo desempeñado, conflicto con los valores, pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral y pérdida de control sobre lo que se realiza, ya que los principios de la administración de hospitales, supone que tiene que existir una carga de trabajo conforme a indicadores de productividad y calidad, que exista justicia, reconocimiento al trabajo desempeñado, estímulos y recompensas, todo esto dentro de un ambiente laboral armónico, que permite la comunicación entre todos los niveles y favorece el desarrollo empresa-trabajador.

Para diagnosticar el síndrome se utiliza el cuestionario de Maslach. Cuando la psicóloga Cristina Maslach informó sobre este síndrome y realizó el cuestionario (1976) se iniciaron las investigaciones en Estados Unidos y en Europa en áreas de la salud para identificar dicho síndrome.

Con el fin de determinar y evaluar los factores organizacionales asociados al "Síndrome de Burnout" se realizó este estudio en los médicos anesthesiólogos de la ciudad de Mexicali, B.C., México.

Material y métodos

Estudio de casos y controles. El grupo de casos estuvo constituido por los sujetos que presentaron el síndrome y el grupo control por los que no lo presentaron. El tamaño de la muestra fue de n=28. Las variables independientes fueron los factores viciados de la organización. Los instrumentos validados que se utilizaron fueron el cuestionario de Maslach para identificar el síndrome y el cuestionario general para identificar los factores de riesgo.

Análisis estadístico utilizado: estadísticas descriptivas, prueba de proporciones para dos poblaciones, razón de momios cruda y ajustada, chi cuadrada y análisis de regresión logística (BMDP y Epi Info 6).

Resultados

Se determinó la prevalencia del síndrome de "burnout", excluyéndose a tres médicos que se rehusaron a contestar los cuestionarios y de los 89 sujetos analizados se obtuvieron 37 casos, dando como resultado una prevalencia general de 44%. El grupo de

casos estuvo constituido por 23 hombres y cinco mujeres; el grupo control por 19 hombres y 9 mujeres ($p > 0.05$). La edad promedio en el grupo de casos fue de 43.7 años; en el grupo control 45.8 años. El estado civil en el grupo de casos es de 85.7% casados, 7.1% divorciados, 3.5% vive en unión libre, y 3.5% es soltero. En el grupo control hubo 71.4% casados, 14.3% solteros, 7.1% viudos y 7.1% en unión libre. En cuanto a los años que llevaban laborando, la máxima antigüedad para el grupo de casos fue de 24 años y la mínima de dos años con una media de 13.5 años; en el grupo control la antigüedad máxima fue de 28 años, la mínima de dos años y la media de 16.4 años. Para las variables de estudio se obtuvo para sobrecarga de trabajo $p = < 0.003$ y para la variable de conflicto con los valores $p = < 0.034$; las demás variables no fueron significativas, y para las variables no organizacionales, se detectó que el estar casado o divorciado y el tener hijos son factores de riesgo para presentar el síndrome.

Discusión

Los resultados obtenidos en relación con la sobrecarga de trabajo, coinciden con lo documentado en la bibliografía, donde refieren ser el factor organizacional viciado que más afecta a la población que presenta el síndrome, en relación con los conflictos con los valores, que resultó ser significativa, coincide con lo reportado por Maslach; este fenómeno ocurre cuando no hay correlación entre la demanda del trabajo y los principios morales, que en nuestro estudio mostró tener un factor protector, es decir la actitud que asumen las personas para tratar de protegerse contra el agotamiento y la decepción, y que se traduce en cinismo.

Se requieren nuevas líneas de investigación, puesto que a medida que el médico goce de buena salud tanto mental como física, será posible brindar una atención de calidad, además se necesita el conocimiento de las organizaciones de salud, en relación con este síndrome, ya que de no tenerlo, contribuye a que cuando se presente no se le diagnostique oportunamente. Los signos y síntomas del síndrome de "burnout" pueden ser confusos en los médicos con falta de motivación para el trabajo, y por ende se les puede calificar como perezosos, irresponsables y conflictivos, cuando en realidad están enfermos, y necesitan un apoyo. El desconocimiento del síndrome por parte de los médicos y de los directivos de las organizaciones de salud, dificulta el contar con apoyo para continuar con estas investigaciones.

Palabras clave: Síndrome de "burnout", anestesiólogos, síndrome de agotamiento profesional, salud mental, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El "Síndrome de burnout", es la respuesta física y emocional al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, además de ser un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo, que afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y que repercute en la calidad de la atención profesional que brinda. Este síndrome afecta a aquellos profesionales que se encuentran en contacto estrecho con sus pacientes. Se han realizado diferentes estudios en las distintas especialidades médicas, pero no se

documentan estudios en médicos anestesiólogos. Dado que estos médicos especialistas se desenvuelven con un alto grado de responsabilidad hacia el paciente, también presentan un alto grado de niveles de estrés, y por las propias características de su entorno laboral el médico anestesiólogo se encuentra rodeado de muchas presiones, tales como alta productividad, competitividad, criterios de calidad, criterios de costo-beneficio, exceso de horas de trabajo y ambiente laboral hostil (8). Todo ello justifica ampliamente la presente investigación ya que existen los elementos necesarios para que se presente este síndrome entre dichos especialistas, mismo que repercutirá en la calidad de atención hacia los pacientes, quienes entonces recibirán una atención médica deficiente. En muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la vida de los pacientes, además de que repercute en la salud mental del médico anestesiólogo que lo padece. El reconocimiento de este síndrome permitirá tomar medidas para disminuir los daños ocasionados al médico, y la organización de la salud podrá apoyar las líneas de investigación sobre este síndrome.

En 1949 el médico Hans Selye introdujo por primera vez el término de *estrés*, describiendo tres etapas del mismo: alarma, adaptación y agotamiento. En esta última se produce la pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad (33).

En 1974 Freudenberg introduce por primera vez el término de "burnout", equivalente a desgaste, tras observar que el personal de la salud después de varios meses de trabajar con pacientes, terminaba "desgastado" (12,13).

En la década de mil novecientos ochenta, la psicóloga Cristina Maslach (25,26,27), de la Universidad de Berkeley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el "Síndrome de Burnout", y en unión con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canada, desarrolla un instrumento para diagnosticarlo, denominándolo Cuestionario de Maslach. Este cuestionario fue traducido al español por José Carlos Mingote Adán, de la Universidad Complutense de Madrid, España (31). Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo y la baja realización personal en el trabajo (7).

En 1994, Hidalgo y Díaz informaron que 156 médicos generales y especialistas del Hospital de Avila, en Barcelona, presentaban el síndrome con más frecuencia (11,19). Osborne, en un estudio en 340 odontólogos

del sudeste de Inglaterra, documenta este síndrome, debido al contacto estrecho de los profesionales con los pacientes y a la sobrecarga de trabajo (34). En la ciudad de Nueva York, EUA, en un informe en enfermeras que laboran con pacientes con VIH, éstas mostraron un alto grado de síndrome de *burnout* (14,44). Guntballi, en 1996, en un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas-intensivistas de los EUA, informó que 40% de los sujetos del estudio presentó este síndrome, con detrimento emocional, principalmente atribuible a los factores organizacionales, administrativos y a los conflictos interpersonales, como desencadenantes (18,37). Coincide con otros autores que señalan estas características en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos (1) y a otros con trasplante de medula ósea (32).

En 1998 González, en un estudio realizado en Zaragoza, España, con 286 médicos familiares, documentó que 59.7% presentaban alto nivel del síndrome.

En 1999, en Leicester, Inglaterra se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado de *burnout*, relacionado con el agotamiento emocional al pasar por severas depresiones, sufrir actitudes negativas y estrés en el trabajo, también relacionado con el agotamiento emocional posiblemente causado por la estrecha interrelación del médico con la salud emocional de los pacientes, sus necesidades y sus problemas. Condición similar fue observada en psicoterapeutas y demás personal que labora en esta área. Los psiquiatras tienen la mayor tasa de suicidio y problemas de salud mental (7,36,40). Jacovides documentó una correlación significativa entre la depresión y el síndrome (20,39). Kapur asocia el estrés psicológico con este síndrome, e indicó en un estudio con 285 médicos generales una prevalencia del 48%(22).

En el 2000, García documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en el Hospital La Fe, en Valencia, España que presentaron el síndrome, que de ellos 7.1% presentó agotamiento emocional, 17.8% cinismo y el 23.2% pérdida del logro profesional (16). Esto coincidió con un estudio realizado en 115 residentes de medicina interna de 45 escuelas, en los Estados Unidos (42).

En Alemania, Bakker, de la Universidad de Dusseldorf, documentó en 204 enfermeras correlación entre las exigencias laborales y la falta de estímulos en el trabajo desempeñado, como factores de riesgo para presentar el síndrome (2,27).

En un estudio multicéntrico en 582 médicos cirujanos, realizado en el 2001 en los Estados Unidos, se informa que 32% presenta alto grado de agotamiento emocional, 13% alto grado de cinismo y 4% bajo grado de pérdida del logro profesional (9). En otro estudio multicéntrico realizado en el 2002 en 131 médicos

ginecólogos con actividades docentes en los EUA y Puerto Rico, se documentan alto grado de agotamiento emocional, moderado grado de cinismo y alto grado de pérdida del logro profesional (15).

Johnstone, cirujano pediatra de Sudáfrica, describe su propia experiencia con el síndrome y cómo al cambiar sus hábitos laborales disminuyó el mismo (21).

Otros autores describen que el retirarse cuando es posible, cambiar de servicio o de ambiente de trabajo, ayuda a mejorar el nivel de este síndrome (6,38,43,45).

Los programas de educación médica continua en los centros hospitalarios favorecen la reducción del estrés y consecuentemente el síndrome de *burnout*, ya que actualizan al médico, aumentan su eficacia y habilidad, y al estar mejor preparado, disminuye el estrés y aumenta su seguridad en él mismo, lo que le ayuda a cambiar de actitud y le permite ser más autocrítico (23).

La Organización Mundial de la Salud durante el año 2000, calificó al síndrome de *burnout* como de riesgo laboral (35); con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Esto nos motiva a buscar este síndrome en los anestesiólogos, ya que no hay informes del mismo en estos trabajadores de la salud que presentan alto grado de niveles de estrés y que por las propias características de su entorno laboral se encuentran enfrentando presiones de alta productividad, competitividad, calidad, costo-beneficio, exceso de horas de trabajo y ambiente laboral hostil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, descriptivo de casos y controles, el universo de trabajo fue 100%(92) de los médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, B.C., México, de donde se obtuvo la muestra, por medio de la fórmula para proporciones ajustada de Cochran $n = 28$. Los criterios de inclusión fueron: médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, que aceptaran participar y que contestaran el total de los reactivos de los cuestionarios. La variable independiente la constituyeron los factores organizacionales viciados (sobrecarga de trabajo, pérdida de control de lo que se realiza, falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado, pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral, e injusticia) y la variable dependiente, el síndrome de *burnout*.

Previa aprobación del protocolo por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, y del Comité de Investigación y Ética del Hospital de Ginecología y Pediatría No.31, del Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS). Este estudio se realizó en dos etapas: en la primera se aplicó el cuestionario de Maslach (Anexo A) a 100% de los médicos anestesiólogos, para identificar los casos, obteniéndose la prevalencia, así como a nuestra población de referencia, de donde se obtuvo la muestra estimada, con 28 casos (los que presentaron el síndrome) y 28 controles (sin el síndrome). En la segunda etapa, se aplicó un segundo cuestionario validado (Anexo B) en constructo y contenido por expertos; para recabar la información de los factores de riesgo, se les confirmó la confidencialidad, ya que los cuestionarios se recabaron en forma anónima. El análisis estadístico se realizó con los programas EPI-INFO 2000, BMDP y GB Stat. Lo que permitió obtener estadísticas descriptivas, prueba de proporciones para dos poblaciones, razón de momios cruda y ajustada, chi cuadrada y regresión logística, para establecer la relación de causalidad de los factores identificados con el síndrome de *burnout*. Se hizo el análisis estadístico descriptivo de otras variables como son género, edad, estado civil, número de hijos, enfermedades subyacentes y antigüedad laboral.

RESULTADOS

Se hizo la encuesta de un total de 92 médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali, B.C., a los que se les aplicó el cuestionario de Maslach, y se determinó la prevalencia del síndrome de *burnout*, excluyéndose a tres médicos (por no contestar los cuestionarios), y de los 89 sujetos encuestados, se obtuvieron 37 casos con el síndrome, dando como resultado una prevalencia de 44%. Se excluyó a 14 sujetos por no encontrarse en activo. De los 37 sujetos detectados con el síndrome y de los 38 sujetos que no presentaron el síndrome, que constituyen la población de referencia, se seleccionaron 28 casos y 28 controles, a los que se les aplicó el segundo cuestionario para determinar los factores de riesgo, documentándose lo siguiente:

Variables sociodemográficas

Género: el grupo de casos quedó constituido por 23 hombres y cinco mujeres, y el grupo control por 19 hombres y nueve mujeres ($p > 0.05$).

Edad: en el grupo de casos, la edad máxima fue de 56 años y la mínima de 31, con una media de 43.7 años y DE 7.2; en el grupo control, la edad máxima fue de 62 años y la mínima de 31, con una media de 45.8 años y DE 6.9.

Estado civil: en el grupo de casos, 24 eran casados (85.7%), dos divorciados (7.1%), uno soltero (3.5%) y uno vivía en unión libre (3.5%); en el grupo control, 20 eran casados (71.4%), cuatro solteros (14.3%), dos viudos (7.1%) y dos vivían en unión libre (7.1%).

El número de hijos de los sujetos: en el grupo de casos, nueve (32.1%) tienen tres hijos, ocho (28.5%) dos, cinco (17.8%) cuatro hijos o más, cinco (17.8%) un solo hijo y uno (3.5%) no tiene ninguno. En el grupo control: nueve (32.1%) tienen tres hijos, nueve (32.1%) dos, cinco (17.9%) no tienen hijos, tres (10.7%) tienen cuatro o más, dos (7.1%) un solo hijo.

Años laborando: en el grupo de casos, antigüedad máxima 24 años, mínima dos años, media 13.5 años, DE 6.76 años con un rango de 22 años. En el grupo control, la antigüedad máxima es de 28 años, la mínima de dos, la media de 16.4 años, DE 6.96 años, rango 26 años.

Instituciones donde laboran: del grupo de casos, 13 (46.4%) trabaja en una institución y tiene actividad privada, siete (25%) trabajan en dos instituciones y tienen actividad privada, tres (10.7%) trabajan en tres instituciones, dos (7.1%) trabajan sólo en lo privado y tres (10.7%) trabajan en una sola institución; del grupo control, 12 (42.9%) trabajan en una institución y tienen actividad privada, seis (21.4%) trabajan en dos instituciones y tienen actividad privada, seis (21.4%) trabajan en una institución, dos (7.1%) trabajan en dos instituciones y dos (7.1%) trabajan en lo privado únicamente.

En el turno laboral: Del grupo de casos 15 (53.5%) trabajan en turno mixto, ocho (28.5%) en turno matutino, cuatro (14.2%) en turno nocturno y uno (3.5%) en turno vespertino. Del grupo control, 11 (39.3%) laboran en turno mixto, nueve (32.1%) en turno matutino, seis (21.4%) en turno vespertino, dos (7.1%) en turno nocturno.

Variables organizacionales. En relación con las diferencias organizacionales entre ambos grupos, casos y controles de las otras variables estudiadas, que en nuestro estudio no resultaron ser significativas, obtuvimos los siguientes resultados: Para la variable de *falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado*: en el grupo control, $n=22$ (79.3%) y en el grupo de casos $n=19$ (71.4%), se indicó que no existe reconocimiento.

Para la variable de *perdida de control sobre lo que se realiza*: en el grupo de casos $n=12$ (42.7%) y en el grupo control $n=13$ (46.4%).

Para la variable de *pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral*: en el grupo de casos $n=11$ (37.9%) y en el grupo control $n=13$ (46.4%) se indicó que existe un mal ambiente laboral.

Para la variable de *Injusticia*: grupo de casos $n=17$ (59.6%), grupo control $n=13$ (48.3%) se señaló que había injusticia en cuanto a estímulos.

Análisis: en el análisis univariado, la variable organizacional que tuvo relación con el síndrome de *burnout* fue la *sobrecarga de trabajo*, con una RM cruda de 10.8; IC 95% (1.19-98.2). En el análisis multivariado, la variable de riesgo *sobrecarga de trabajo* también fue

Cuadro 1. Razón de momios cruda y ajustada para las variables de estudio en el SBO. n=28

| Variable | RM cruda | P | RM ajustada* | P |
|------------------------|-------------------|------|-------------------|-------|
| Sobrecarga de trabajo | 10.8 (1.19-98.2) | 0.01 | 59.8 (2.17-1650) | 0.003 |
| Pérdida de valores | 0.63 (0.18-2.15) | 0.40 | 0.2 (0.043-0.99) | 0.034 |
| Pérdida de control | 0.87 (0.26-2.83) | 0.78 | 0.74 (0.15-3.67) | 0.70 |
| Falta reconocimiento | 2.27 (0.43-13.26) | 0.23 | 4.22 (0.53-33.5) | 0.14 |
| Pérdida de cordialidad | 1.25 (0.28-5.68) | 0.73 | 2.92 (-0.35-23.9) | 0.28 |
| Injusticia | 0.56 (0.17-1.84) | 0.28 | 0.30 (-0.05-1.66) | 0.14 |

Fuente: programa BMDP análisis univariado y multivariado, escala de las variables organizacionales.

* Regresión Logística

SBO Síndrome de Burnout

Cuadro 2. Razón de momios cruda y ajustada para las variables no organizacionales en el SBO

| Variable | RM cruda | P | RM ajustada* | P |
|--------------------------------------|-----------------------|------|----------------------|-------|
| Hijos (1 o más) | 5.87 (0.607 – 56.7) | 0.09 | 33.2 (1.63 – 675) | 0.012 |
| Años laborando (más de 13 años) | 1.07 (0.98 – 1.17) | 0.07 | 1.17 (1.02 – 1.34) | 0.020 |
| Estado civil (casados y divorciados) | 5.20 (1.86 – 40.15) | 0.03 | | |

Fuente: Programa BMDP análisis univariado y multivariado, escala de las variables no organizacionales.

* Regresión logística

SBO Síndrome de Burnout

significativa con una RM ajustada de 59.8; IC 95% (2.17-1650); además se apreció la relación entre la variable organizacional de *pérdida de valores* que resultó de protección respecto al síndrome con RM ajustada de .210; IC 95%(0.043-.99) (cuadro 1).

Las otras variables no organizacionales que tuvieron relación con el síndrome de *burnout*, fueron, en el análisis univariado, el estado civil (casados y divorciados), con una RM cruda de 5.20; IC 95% (1.86-40.15) y en el análisis multivariado el tener hijos tuvo relación con el síndrome con RM ajustada de 33.2; IC 95% (1.63-675), así como los años de laborar con RM ajustada de 1.17 IC 95% (1.63-675) (cuadro 2).

No se observó interacción significativa entre las variables de estudio que fueron significativas en el modelo de regresión logística.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos del presente estudio, en cuanto a determinar y evaluar los factores organizacionales asociados con el síndrome de *burnout*, fueron que se identificó una diferencia significativa en cuanto a la sobrecarga de trabajo, ya que esta variable resultó estar presente en los casos y no en los controles, coincide con lo documentado en la bibliografía, donde se señala que la “sobrecarga de trabajo” es el factor organizacional que más afecta a la población que presenta el Síndrome (7,25,26,27,32).

En relación con los “conflictos con los valores”, resultó significativa esta variable organizacional que se observó con mayor frecuencia en el grupo de casos que en el grupo control, coincidiendo con lo documentado por Maslach y Leiter(12,25,26,27). Este fe-

nómeno ocurre cuando no hay correlación entre la demanda del trabajo y los principios morales; en algunos casos la “sobrecarga de trabajo” puede llevar a las personas a actuar con falta de ética creándoles conflicto con sus principios morales. En el presente estudio resultó tener un efecto protector, y según las publicaciones de Maslach, es una actitud que asumen las personas para tratar de protegerse ellas mismas contra el agotamiento y la decepción, que se traduce en cinismo.

De las otras variables estudiadas, como son “falta de reconocimiento”, ambos grupos en un porcentaje muy similar señalaron que no existía reconocimiento a su desempeño. En la variable de “pérdida de control”, el grupo control indicó en un porcentaje ligeramente mayor, que sí lo pierden.

Las variables de “pérdida de la cordialidad” e “injusticia” no fueron significativas; resulta evidente que en la de “pérdida de cordialidad”, en el grupo control predominó el criterio de que existía mal ambiente laboral, al igual que en la variable de pérdida de control. En las demás fueron muy similares.

Lo documentado por Barragán-Solís, en el sentido de que la anestesiología es una especialidad que se considera indebidamente como secundaria y sólo como una ayuda para el cirujano (dado que la importancia y delicadeza de su ejercicio no es reconocida ni por el personal médico ni por los pacientes), implica múltiples y complejos conflictos psicológicos, familiares y laborales (5).

Calabrasc señala que los médicos anestesiólogos están expuestos a riesgos en su práctica diaria, mismos que pueden derivar en graves consecuencias para la salud, con repercusión en los planos personal, familiar y laboral, por lo que tal situación es considerada como de “alto riesgo profesional” (8).

En las variables sociodemográficas, se observó como significativo el “estado civil”; el estar casado o divorciado, tener hijos y el llevar más de 13 años ejerciendo la profesión, resultaron ser factores de riesgo para presentar el síndrome.

Ser mujer, soltero, no tener hijos, y tener menos años ejerciendo, se documentan como factores de riesgo para presentar el síndrome, ya que el apoyo de la familia es esencial para poder disminuir el estrés y enfrentar el problema. Maslach refiere que las personas que tienen entre 30 y 40 años son más propensas a desarrollar el síndrome. En este estudio el grupo de casos tiene entre 31 y 56 años, relacionado esto con los años de ejercer, ya que con menos años de ejercicio, probablemente se tiene menos experiencia.

La variable género, según Maslach, es predictor para desarrollar el síndrome, y es la mujer quien presenta más agotamiento emocional, a diferencia del hombre que tiene una escala más alta en el grado de cinismo. En cuanto al estado civil, según Maslach, el hecho de ser soltero, favorece que se presente el síndrome; en lo observado por nosotros predominaron los casados y divorciados afectados por el mismo; tal vez la familia conlleva más responsabilidades. A diferencia de lo documentado por Maslach, el apoyo de la familia es fundamental para poder sobrellevar el estrés crónico (28).

Los sesgos que se pueden presentar en este estudio, se relacionan con el grado de honestidad de las respuestas del encuestado. Está previsto que en este tipo de instrumentos existe esta posibilidad. Lo documentado en la bibliografía no menciona este aspecto; sin embargo en el cuestionario general se realizaron dos reactivos sobre el mismo tema, con la finalidad de verificar la información. Otro posible sesgo es el tamaño de la muestra, sin embargo se ajustó conforme a la fórmula de Cochran.

Es importante continuar con nuevas líneas de investigación, puesto que a medida que el trabajador de la salud, en este caso los médicos anesthesiólogos, goce de buena salud tanto física como mental, será posible brindar una atención de calidad a los pacientes. Por otra parte, es importante que los directivos de las organizaciones de salud observen los principios administrativos y no se desvíen de aquellos para los cuales fueron instituidas. En la medida en que los directivos de las instituciones conozcan este tema, podrá evitarse llegar a los vicios organizacionales, que son los causantes de este síndrome, y que impiden lograr un completo bienestar empresa-trabajador. Es necesario que se apoye esta línea de investigación, ya que en México no se encuentran trabajos sobre este tema tan importante para el bienestar médico-paciente. Se propone que se implemente un mecanismo permanente para la pre-

vención y detección de este síndrome, ya que como se ha señalado, se cuenta con un instrumento para su diagnóstico y se conocen los factores de riesgo. Consideramos, finalmente, que el área de medicina preventiva y las comisiones de seguridad e higiene deben ser los organismos que se pueden responsabilizar de estas acciones.

Agradecimientos

Al E.S.P. David Rodríguez Vera, al licenciado Hugo González Yajimovich y a la doctora Carmen Martínez.

REFERENCIAS

1. ASTUDILLO W, MENDINUETA C: Exhaustion syndrome in palliative care. *Support-Care-Cancer*, 4(6):408-15, 1996.
2. BAKKER AB, KILLMER CH: Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs*, 31(4):884-91, 2000.
3. BAKKER AB, SCHAUFELLI W: Burnout contagion among general practitioners. *J Social Clinical Psychology*, 20(1):82-98, 2001.
4. BARQUIN M: *Dirección de Hospitales. Organización de la Atención Médica*. Editorial Interamericana, México, 1972.
5. BARRAGAN-SOLIS A: La salud y el ambiente laboral entre los anesthesiólogos: Contexto social y laboral. *Rev Med Hospital General*, 63(4):247-253, 2000.
6. BONN D, BONN J: Work related stress: can it be a thing of the past? *Lancet*, 355(9198):124, 2000.
7. BROWN C: Understanding stress and Burnout in shelter workers. *Professional Psychol Research Practice*, 29(4):383-385, 1998.
8. CALABRASE G: *Riesgos Profesionales del Anesthesiólogo*. XXXV Congreso Mexicano de Anesthesiología, Cancún, 2001.
9. CAMPBELL A: Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130(4):696-705, 2001.
10. CLIFFORD A : *Administración de Hospitales. Contexto Organizacional*. Editorial Trillas, México, 1999.
11. DIAZ- GONZALEZ R, HIDALGO-RODRIGO I: El Síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. *Rev-Clin-Esp*, 194(9):670-6, 1994.
12. FARBE B: *Stress and Burnout in the Human Services Professions*. Pergamon Press. Nueva York, 1983.
13. FREUDENBERG: The staff Burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*, 12:72-83, 1975.
14. GLASS-DAVID C: Depression, Burnout and perceptions of control in hospital nurses. *J consulting Clinical Psychol* , 61(1):147-155, 1993.
15. GABBE S: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol*, 186:601-12, 2002.
16. GARCIA B, RENOVELL F: Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna*, 17(3):118-22, 2000.
17. GONZALEZ P, SUBERVIOLA G: Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*, 22(9):580-4, 1998.
18. GUNTUPALLI K, FROMM JR: Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* , 22:625-630, 1996.
19. HIDALGO-RODRIGO I: Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila. *Med-Clin-Barc*, 103(11):408-12, 1994.
20. JACOVIDES A, FOUNTOLASKIS K: Burnout in nursing

- staff; is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med*, 29(4):421-33, 1999.
21. JOHNSTONE C: Surfacing after burnout. *BMJ*, 320(7229):259, 2000.
 22. KAPUR N, APPLETON K: Sources of job satisfaction and psychological distress in GP and medical house officers. *Fam Prac*, 16(6):600-1, 1999.
 23. KUSHMIR T, COHEN A: Continuing medical education and primary physicians job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education*, 34:430-436, 2000.
 24. LEE R: On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol*, 75(6):743-747, 1990.
 25. MASLACH C: Burnout. *Hum Behav*, 5:16-22, 1976.
 26. MASLACH C: The measurement of experienced burnout, *J Occup Behav*, 2:99-113, 1981.
 27. MASLACH C: Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 52:397-422, 2001.
 28. MASLACH C, JACKSON S: MBI. *Maslach Burnout Inventory*. Manual Research edition. University of California. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1996.
 29. MASLACH C, LEITER M: *The Truth About Burnout*, Jossey-Bass Publishing, San Francisco, 1997.
 30. MASLACH C, PINES A: Nurses Burnout; an existential psychodynamic perspective. *J Psychol*, 75(6):743-747, 1990.
 31. MINGOTE A, PEREZ-CORRAL: *Estrés del médico, Manual de Autoayuda*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1999.
 32. MOLASSIOTIS A, HABERMAN M: Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nurs*, 19(5):360-7, 1996.
 33. MYERS G: *Psicología*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1999.
 34. OSBORNE D, CROUCHER R: Levels of burnout in general dental practitioners in the south east of England. *British Dental J*, 177(10):372-7, 1994.
 35. OMS 2000. The World Health Report. <http://www.who.int/whr>
 36. RAQUEPAW J: Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychol Research Practice*, 20(1):32-36, 1989.
 37. RUBIN-BRUCE K: The well stressed intensivist. *Crit Care Med*, 28(9):3362-3363, 2000.
 38. ROSS-RANDALL R: Job Stress, social support and burnout among counseling center staff. *J Counseling Psychology*, 36(4):464-470, 1989.
 39. SEARS S: Examination a stress coping model of burnout and depression in extension agents. *J Occup Health Psychol*, 5(1):56-62, 2000.
 40. STANLEY R, FELDMAN D: Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British J Medical Psychology*, 72(2):159-169, 1999.
 41. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos. Cuaderno de Salud Pública, no.77. OMS, Ginebra, 1984.
 42. TAIT D: Resident burnout and self reported patient care. *Annals Internal Medicine*, 136(5):358-367, 2002.
 43. TAORMINA R: Approaches to preventing burnout. *J Nurs Manag*, 8(2):89-99, 2000.
 44. VAN SERVELLEN D: Emotional exhaustion and distress among nurses: how important are AIDA care specific factors? *J Assoc Nurses*, 5(2):11-9, 1994.
 45. VICKMAN L: Toward an understanding burnout. *Med Group Manage J*, 47(1):18-21, 2000.
 46. WAYNE D: *Biostatística*. Editorial Limusa S.A. de C.V., México, 1996.
 47. WESTMAN M: Effects of respite from work on burnout. *J Applied Psychology*, 82(4):516-527, 1997.

ANEXO A
CUESTIONARIO DE MASLACH

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

Qué tan seguido:

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

Qué tan seguido

Oraciones

- 1 ____ Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.
- 2 ____ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
- 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 las personas que tengo que atender.
- 5 ____ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
- 6 ____ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- 7 ____ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
- 8 ____ Siento que mi trabajo me está desgastando.
- 9 ____ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas 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 está 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 lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.
- 16 ____ Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.
- 17 ____ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
- 18 ____ Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
- 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 beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

ANEXO B
CUESTIONARIO GENERAL

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

1. Edad cumplida en años _____
2. Sexo biológico. Femenino _____ Masculino _____
3. ¿Padece usted de Diabetes Mellitus? sí _____ no _____ ¿controlada? _____
4. ¿Padece usted de alguna colagenopatía? sí _____ no _____ ¿cual? _____ controlada? _____
5. ¿Padece usted de alguna enfermedad cardiovascular? sí _____ no _____ ¿cual? _____
6. Estado civil. Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Soltero _____
7. ¿Tiene hijos? Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más _____
8. Años ejerciendo la especialidad _____
9. Institución o instituciones donde labora. IMSS _____ ISSSTE _____ SSA _____ ISSTECALI _____
10. Turno principal de actividad laboral. Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____
11. ¿Tiene actividad laboral privada? Sí _____ No _____
13. ¿Cuántos procedimientos anestésicos realiza durante una jornada laboral de 24 horas? _____
14. ¿Cuántas horas/anestesia trabaja en una semana? _____
15. En algún momento de su actividad laboral ¿ha pensado en dejar de ejercer como anestesiólogo? _____
16. Si contestó afirmativo a la pregunta 15, ¿en cuanto tiempo? _____
17. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted el ambiente laboral donde se desempeña? _____
18. ¿Ha pensado continuar trabajando en la anestesiología después de su jubilación? Sí _____ No _____
19. ¿Piensa usted que al estar ejerciendo la anestesiología se estresa? Poco _____ Regular _____ Mucho _____
20. ¿Siente usted que las normas institucionales le limitan en las tomas de decisión en relación a su trabajo?
Sí _____ No _____
21. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la pérdida de control de su trabajo? _____
22. ¿Siente usted que se le reconoce su trabajo mediante estímulos institucionales a su desempeño?
Sí _____ No _____
23. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted estos estímulos por parte de la institución? _____
24. Considera que el ambiente de trabajo en su desempeño es...
Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Muy malo _____
25. Siente usted que sus directivos aprecian sus decisiones en el trabajo en forma... Justa _____ Injusta _____
26. ¿Se ha visto usted frecuentemente en la necesidad de aceptar un procedimiento en contra de su opinión personal? Sí _____ No _____
27. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la relación entre sus decisiones de trabajo y las políticas de la institución?
Congruentes _____ Regularmente congruentes _____
Discrepantes _____ Muy discrepantes _____
28. En una escala del 0 al 10, ¿qué tan justos son sus directivos? _____
29. ¿En qué situaciones siente usted que pierde el control?
a) exceso de pacientes
b) falta de material
c) falta de apoyo del equipo de trabajo