



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE MEDICINA

TEMA:

**“SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS
DEL HOSPITAL GENERAL DE COATEPEC, VER.”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE SALUD**

PRESENTA:

MARTHA DE JESÚS QUIJANO MONTES DE OCA

DIRECTOR:

DRA. IRMA DEL CARMEN OSORNO ESTRADA

ASESOR:

MASS. EVEREST DE IGARTUA LOPEZ

Xalapa, Ver.

Julio del 2006



CONTENIDO	Página
INTRODUCCIÓN _____	
JUSTIFICACIÓN _____	
ANTECEDENTE CIENTÍFICOS _____	
OBJETIVOS _____	
MATERIALES Y MÉTODOS _____	
Instrumento de medición _____	
Operacionalización de las variables _____	
RESULTADOS _____	
DISCUSIÓN _____	
ANEXO A _____	
ALCANCES Y LIMITACIONES _____	
CONSIDERACIONES ÉTICAS _____	
CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN _____	
BIBLIOGRAFÍA _____	



INTRODUCCIÓN

El informe sobre la salud del mundo elaborado por la OMS. En el año 2000, está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y cómo proceder a su mejora, en él, se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. También es recomendable realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada; a partir de éste informe, cada año se mencionan los trabajadores de salud y se habla sobre las causas de desmotivación, falta de productividad y distintas formas de éxodo en profesionales de la salud debido al pluriempleo, bajos salarios, etcétera, mencionándolo más marcadamente en el último informe sobre la salud del mundo del año 2005.

El síndrome de burnout interesa, tanto a profesionales y organizaciones, alarmados por el impacto en su salud mental y calidad de vida, como a pacientes que resultan víctimas del deterioro del sistema, a autoridades sanitarias y administrativas que observan preocupadas el impacto negativo en la calidad de la atención brindada y el consecuente aumento de costos.



Existe innumerable bibliografía al respecto de este tema, siendo difícil establecer los artículos originales, por apreciar la correspondencia de textos e instrumentos con iguales características y estructura; por lo anterior, al iniciar la construcción del presente documento se buscó integrar algunas alternativas, así como modificar el contenido de los instrumentos de recolección de datos, como punto total, con el fin de aportar variables y/o nuevas alternativas a ser considerados en trabajos similares o correspondientes.

El presente proyecto, busca identificar la frecuencia el síndrome de burnout, en médicos del Hospital General de Coatepec, ver; asimismo establecer, la relación de los factores de riesgo del personal médico como antigüedad laboral, turno de trabajo, salario, ambiente físico laboral inadecuado, relaciones interpersonales, etcétera, con la frecuencia de este síndrome en sus tres dimensiones: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal al igual que su relación con algunas variables sociodemográficas. Esta investigación permite observar algunos de los efectos negativos del trabajo en el personal médico antes mencionado evidenciando la situación real de la organización de trabajo y el efecto que produce en la sociedad organizacional.



JUSTIFICACIÓN

Existen condiciones de trabajo que limitan cualquier desarrollo personal, al reconocer estas condiciones, se establecen las consecuencias que esto acarrea y se correlacionan los diversos efectos que en el personal de salud se hacen presentes; hasta ahora se han realizado muy pocas investigaciones que orienten hacia esta problemática.

Debido al desconocimiento de la prevalencia del síndrome de Burnout, en el Hospital General de Coatepec, ver; se hace necesaria la identificación y cuantificación de este indicador que pudiera repercutir hasta cierto grado en la atención clínica de primer contacto, siendo esto un parte aguas en la posibilidad de incrementar la calidad en los servicios que se otorgan de manera rutinaria.



ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Burnout, es un término anglosajón cuya traducción más próxima y coloquial es “estar quemado”, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo.

A pesar de que la literatura sobre el tema es cada día más abundante, ha sido difícil abordar este estudio debido a la inexistencia de un marco teórico estructurado, y sobre todo a que la mayoría de los estudios se han centrado en áreas muy específicas, tales como, el estudio de factores puntuales, predisponentes, de organización, sociodemográficos o sobre aspectos relacionados con la salud.

A pesar de no existir una definición única aceptada para burnout, parece haber un consenso de que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización.

Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo; asimismo mencionó este autor que es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar



intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque defiende que burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes para presentar éste síndrome.

Los estudios de Maslach y Jackson (1981, 1985 y 1986) defienden que burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características: La primera es el Agotamiento emocional que se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos; es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.



Despersonalización es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia él mismo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

Junto a las dos dimensiones descritas aparece una tercera, consistente en un sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal y que surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la



evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson (1981), entre los que se encuentran por ejemplo, Golembiewski y col. (1983), y Gil-Monte y Peiró (1997).

Golembiewski y col. (1983) aseguran que el burnout afecta a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda, y de hecho, gran parte de sus investigaciones emplean como muestra a directivos, vendedores, etc.

Gil-Monte y Peiró (1997) han constatado que el síndrome de quemarse en el trabajo queda establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da, frecuentemente, en las organizaciones de servicios, aunque no está restringida a ellas.

De lo que no parece haber dudas es que el síndrome de burnout comprende una serie de alteraciones físicas, del comportamiento y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales. En cuanto a los síntomas,



diversos autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas.

La primera abarca síntomas psicósomáticos y destacan: dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.

La segunda engloba síntomas conductuales tales como: ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.

El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.

Por último, los autores señalan los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas



más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.

Una especial atención se presta en la actualidad a las manifestaciones de estrés en las profesiones de servicios públicos, son cada vez más las profesiones que se desarrollan en el contacto humano con un público que impone demandas, tareas y habilidades específicas, aunque también malestares. Tal es el caso de las que se hallan vinculadas a los servicios médicos. En el trabajo de Anderson, Cooper y Willmott (1996), evidencian que las profesiones vinculadas a la asistencia social, están expuestas a estrés, dentro de las cuales se encuentran los médicos.

El estudio de las profesiones asistenciales y de modo muy particular las profesiones de la salud han revelado que las altas demandas del trabajo, generan un cuadro de tensión emocional que tiende a propiciar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos; es un síndrome que transcurre y se instala por etapas, cuyos efectos parciales constituyen sus componentes.

Desde su enunciación por Herbert Freudenberger en 1974, el síndrome de burnout ha sido un concepto ampliamente empleado en la literatura científica sobre estrés laboral. Catherine Maslach y Susana Jackson lo han descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento



de actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por estas autoras: Agotamiento Emocional, Despersonalización y reducida Realización Profesional. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI). Maslash (1996).

Las propias autoras del MBI en sus datos normativos obtenidos en una población norteamericana identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome y de hecho constituye uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto. Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y aún el suicidio. Sonneck (1996)

En el propio caso de los profesionales de la salud, en cuanto a diferencias de profesión, Schaufeli (1998) afirma que en general los médicos y los enfermeros experimentan un nivel comparable de agotamiento emocional, pero los médicos tienen anotaciones mayores en despersonalización y es en los enfermeros comparativamente mayor el sentido de reducción de la realización profesional.



Las grandes responsabilidades que conlleva el trabajo clínico, la falta de organización, la deficiente participación de los profesionales en los objetivos del sistema, las frustraciones frecuentes, la burocratización excesiva, la difuminación de las responsabilidades, la masificación, el clima laboral autoritario, la competitividad, el trabajo sedentario, las llamadas telefónicas, la rivalidad, el hipercontrol, las prisas, los desplazamientos al trabajo, los cambios sucesivos en el propio sistema (exámenes, sistemas de selección, carrera profesional, etc.); todo ello, genera una situación constante de ansiedad, de malhumor, con importantes cambios en la conducta y en la personalidad del médico que le llevan a dificultades de adaptación no sólo en el trabajo sino también en su propia familia y en la sociedad.

Podemos entender que las exigencias cada vez son más grandes hacia los médicos, sobre todo ahora que se relacionan sus actividades, con los programas políticos médicos como son la calidad de los servicios de salud, las mayores responsabilidades civiles y penales, la atención a determinados tipos de usuarios exigen una mayor atención y dedicación; con todo esto, fácilmente, podemos decir que se facilita la aparición de estados de ansiedad y angustia que afectan gravemente al médico. Flores (1994)

Una de las características resaltantes en el trabajo de la salud en México, es que existe una separación entre el medio ambulatorio y el hospitalario.



El sistema de salud se caracteriza por la financiación y provisión pública de los servicios, en donde se atiende al paciente sin establecer un monto económico, y es así para toda la población en general. La provisión pública implica que los profesionales de la salud reciben su remuneración y se integran en el sistema público. Estos trabajan en centros (ambulatorios y hospitales) que no les pertenecen, con medios que no son suyos (aparatos, mobiliarios, documentación, etc.). En cambio, los profesionales que trabajan en el sector privado, se ven sometidos a circunstancias muy distintas a las del sector público. Muy frecuentemente, los trabajadores de la salud, trabajan tanto del sector público como el privado, lo que es considerable como un importante factor estresante.

En muchas ocasiones las condiciones de trabajo no son las más idóneas, las infraestructuras hospitalarias son viejas y presentan un deterioro, producto de la falta de mantenimiento. En su mayoría, salvo algunas excepciones, los equipos médico quirúrgicos son tan antiguos como la misma estructura y las nuevas tecnologías no ha podido llegar a los sitios de trabajo por la falta de presupuesto y yo asignaciones por parte del gobierno.

Tanto la sociedad como los pacientes, exigen la restauración de la salud, incluso en los casos imposibles y se llega a identificar toda muerte como el fracaso del sistema de salud, estas reclamaciones se convierten en un factor estresante que



agrava sus propios sentimientos de frustración. La categoría social de los profesionales sanitarios, disminuye conforme se pone en duda su autonomía y se le exigen, cada vez más frecuentemente responsabilidades judiciales.

Es así que la práctica diaria de la profesión sanitaria conlleva factores estresantes se generan ansiedad, desaliento y apatía, todo ello repercute en el trabajador, en el sistema de salud y finalmente en la sociedad. Los más vulnerables o los sometidos a condiciones más duras, pueden acabar inhabilitados para la profesión. Hidalgo (1994)

La mayoría de estudios relacionados con el síndrome de burnout destaca el hecho de obtener prevalencias y/o algunas asociaciones con otras variables sobre todo las de tipo sociodemográficas y laborales y casi ninguno de ellos lo enfoca hacia las repercusiones y manifestaciones clínicas así como la posible relación entre ambas. Carolina (2005)

En algunos estudios la población estudiada no presenta el síndrome de burnout, aunque sí bien, los niveles de estrés se encuentran elevados y aunque no son condicionantes de esta patología, es recomendable la orientación a los profesionales de la salud sobre este tipo de problemas y su afrontamiento. Calderón (2005)



Para llevar a cabo esta investigación se utilizará el cuestionario elaborado por Maslach y Jackson, como ya se mencionó; la adaptación que se le hizo al español para medir la escala de burnout fue estudiada por Gil-Monte (2002) encontrando que los resultados obtenidos apoyan la estructura trifactorial de la escala, así como, consistencia interna para ser empleada en estimación del síndrome.

Se aplicará el instrumento en las áreas de urgencias, consultorios médicos y área de quirófano, todas ellas dentro del Hospital General de Coatepec, ver.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos del Hospital General de Coatepec, ver.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas del grupo de estudio.
 - Determinar la prevalencia del síndrome de burnout o diagnóstico de riesgo en médicos del Hospital General de Coatepec, ver.
 - Determinar la prevalencia del síndrome de burnout o diagnóstico de riesgo en médicos del Hospital General de Coatepec, ver., de acuerdo a edad.
 - Determinar la prevalencia del síndrome de burnout o diagnóstico de riesgo en médicos del Hospital General de Coatepec, ver., de acuerdo a su área laboral.
 - Determinar la prevalencia del síndrome de burnout o diagnóstico de riesgo en médicos del Hospital General de Coatepec, ver., de acuerdo al turno en que labora.
-



ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron analizados usando algunas herramientas de Microsoft como Excel para la captura inicial de los datos, Power Point para el análisis gráfico y el programa estadístico para las ciencias sociales, cuyas siglas en inglés son S.P.S.S., aplicado a cada una de las variables para el cálculo de las medidas de resumen como porcentajes para las variables categóricas y promedios para las variables numéricas.



MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Personal médico adscrito al Hospital General de Coatepec, ver.. En las áreas de urgencias, consulta externa y quirófano. Se censó al total de la población por lo que no existe un tamaño de muestra.

TIEMPO Y LUGAR:

Del 01 de enero al 28 de febrero del 2006. En el Hospital General de Coatepec, ver.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Médicos que laboran en el Hospital General de Coatepec, ver., en todos sus turnos, separándolos en matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Personal medico becario.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Médicos que se encontraban en tratamiento y/o que tomando algún medicamento antidepresivo o ansiolítico.
- Médicos con más del 20 % de inasistencias por cualquier causa.
- Médicos que se encontraban ausentes por incapacidad o permiso.
- Médicos que no cumplieron al 100% con tareas encomendadas para el estudio.

Instrumento de medición

El instrumento que se aplicó fue basado en el desarrollado por Maslach y Jackson (1981), adaptado al castellano; este cuestionario contiene 22 preguntas formuladas de manera afirmativa sobre los sentimientos personales y actitudes en el trabajo y hacia las personas que tiene que atender. Los elementos están redactados en forma directa para expresar sentimientos o actitudes personales.

Dentro de las indicaciones para contestar el MBI se expresan en términos de la medida de frecuencia seleccionada en una escala del 0 al 6 (tipo Liker).

La lista de identificación de síntomas, fue tomada del trabajo de Manuel Ramón Blanco, titulado "Estrés en docentes de educación primaria y media del Edo. Lara" (1998), de la UCLA.



A continuación, se describe la categorización de las variables que debe tener el individuo que presente un diagnóstico del síndrome de burnout, según el MBI: tanto en el Cansancio Emocional (CE) como en la Despersonalización (DP), los trabajadores a quienes se les aplica el instrumento, deben arrojar en sus resultados altas puntuaciones, mientras que en la categoría de Realización Personal (RP), en contraste con las otras dos categorías, las puntuaciones deben ser bajas. Estos valores obtenidos de esta manera, son indicativos de grados elevados de vivencia del síndrome de burnout.

Para obtener las puntuaciones en las escalas del MBI, el resultado obtenido en cada una de las tres variables, se origina de la suma de determinados elementos que componen el instrumento, entendiéndose por elemento, los diferentes ítems que se encuentran dentro del cuestionario enumerados del 1 al 22.

En la siguiente tabla se demuestra la manera de agrupar los ítems en cada dimensión así como las puntuaciones directas (PD) máximas que se deben obtener como resultado, para poder hablar de la presencia del síndrome de burnout por individuo o situación de riesgo:



Composición de las escalas del MBI:

Dimensión	Elemento	Puntuación Directa Máxima
CE	1,2,3,6,8,13,14,16,20	54
DP	5,10,11,15,22	30
RP	4,7,9,12,17,18,19,21	48

En la siguiente tabla se mencionan los niveles de categorización de las puntuaciones individuales en cada dimensión utilizados para la presente investigación:

Dimensión	Nivel		
	Bajo	Medio	Alto
CE	≤ 19	20 - 26	≥ 27
DP	≤ 06	07 - 09	≥ 10
RP	≥ 40	35 - 39	≤ 34

Los recuadro a continuación muestra los valores de cada escala de frecuencia seleccionada en la escala del 0 al 6 (tipo Liker).

0	1	2	3	4	5	6
nunca	pocas veces al año o menos	una vez al mes o menos	unas pocas veces al mes	una vez a la semana	pocas veces a la semana	todos los días



LISTA DE VARIABLES

Variables Dependientes:

Presencia del Síndrome de Burnout
Diagnóstico de Riesgo para Burnout

Dimensiones:

Cansancio Emocional
Despersonalización
Realización Personal

Variables Independientes:

Área laboral.
Turno.

Variables Sociodemográficas:

Sexo.
Edad.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición conceptual	Definición Operacional	Variable		Indicadores
		Naturaleza	Escala de medición	
SINDROME DE BURNOUT: respuesta a situaciones de estrés entre individuos que trabajan con personas.	cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP) de acuerdo medido mediante MBI	Cualitativa	Nominal Dicotómica	SI: CE Alto, DP Alto y RP Bajo NO: en otro caso
DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA BURNOUT: respuesta a situaciones de estrés en más de una de las dimensiones del síndrome	Dos de las dimensiones CE, DP o RP calificadas como factor propicio para burnout medidas mediante MBI	Cualitativa	Nominal Dicotómica	SI: Alto o Medio para CE y DP y Bajo o Medio para RP NO: en otro caso
CANSANCIO EMOCIONAL: disminución y pérdida de recursos emocionales	Calificación de los elementos 1,2,3,6,8,13,14,16,20 de MBI	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto
DESPERSONALIZACIÓN: desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado	Calificación de los elementos 4,7,9,12,17,18,19,21 de MBI	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto
FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL: tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal	Calificación de los elementos 5,10,11,15,22 de MBI	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto
EDAD tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos de una persona desde su nacimiento hasta el momento actual	Numérica	Continua por intervalos	25 – 34 35 – 44 45 – 54 55 – 64



SEXO conjunto de caracteres orgánicos masculinos y femeninos	En base a las características fenotípicas se determinará el sexo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
ÁREA LABORAL: Sitio asignado en el trabajo para su desempeño de actividades diarias	Lugar donde desempeña sus actividades laborales la mayor parte del tiempo	Cualitativa	Categórica	Consulta externa, Urgencias, Quirófano, Otras.
TURNO: horario en el que desempeña sus actividades	Se toma como el horario laboral establecido por la institución.	Cualitativa	Categórica	Matutino, Vespertino, Nocturno, Jornada acumulada y Turno móvil.



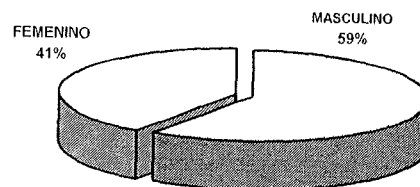
RESULTADOS

De los 41 médicos entrevistados, 37 cumplieron los criterios de inclusión, 15 son médicos generales y 22 son especialistas, de los cuales ninguno se eliminó durante el estudio, presentando las siguientes características:

Variables Sociodemográficas:

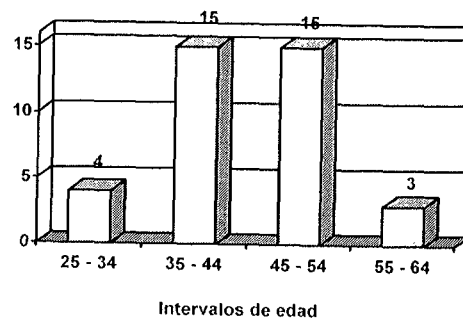
El 80% fueron hombres y 20% mujeres.

GENERO	FRECUENCIA	%
Masculino	22	60
Femenino	15	40
Total	37	100.0



El promedio de edad fue de 44.13 años con una desviación estándar de 7.98 años, la edad mínima fue de 30 años y la edad máxima de 64 años, con la siguiente distribución:

EDAD	FRECUENCIA	%
25 - 34	4	1.6
35 - 44	15	31.4
45 - 54	15	49.6
55 - 64	3	17.4
Total	37	100.0



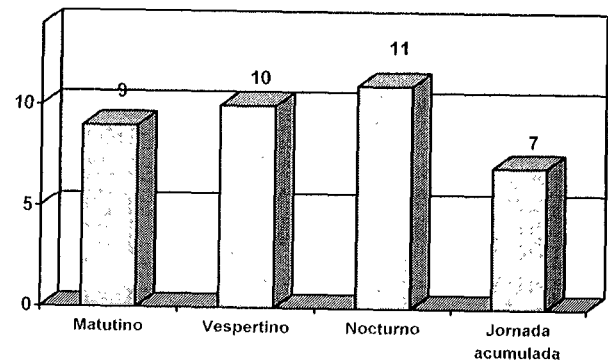


Posibles Factores de riesgo

Entre las variables estudiadas para ser consideradas como factores de riesgo para padecer Síndrome de Burnout se analizaron los siguientes:

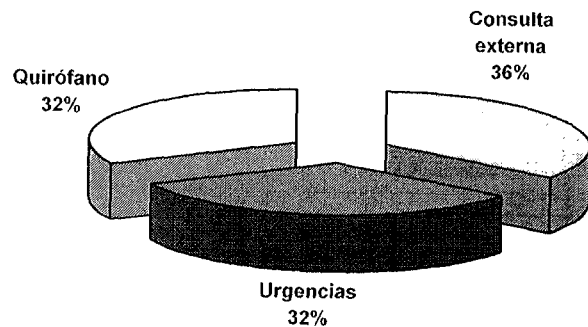
Los médicos estudiados pertenecen principalmente a los turnos matutino, vespertino y nocturno, estando presentes también médicos que laboran en la jornada acumulada.

TURNO	FRECUENCIA	%
Matutino	9	24.3
Vespertino	10	27
Nocturno	11	29.7
Jornada acumulada	7	19
Total	37	100.0



Las áreas de trabajo dentro del hospital donde efectúan la mayor parte de su trabajo fueron equitativamente repartidas entre quirófano, consulta externa y urgencias

AREA LABORAL	FRECUENCIA	%
Consulta externa	13	36
Urgencias	12	32
Quirófano	12	32
Total	37	100.0





El **promedio diario de horas de trabajo** fue de 10.8 horas, con un promedio mínimo de 6 y un máximo de 18 horas.

El **promedio diario de horas de descanso** fue de 6.8 horas con un promedio mínimo de 0 y un máximo de 14 horas.



Dimensiones de Burnout

La distribución de los puntajes para cada dimensión por separado para la detección de Síndrome de Burnout, según los niveles considerados se presentan en los siguientes concentrados:

CANSANCIO EMOCIONAL	FRECUENCIA	%	
BAJO <=19	24	64.7	
MEDIO 20 - 26	9	24.3	35.3%
ALTO >=27	4	11	
Total	37	100.0	

Mínimo:1

Máximo:37

35.3 % presenta cansancio emocional medio o alto
11% presenta cansancio emocional alto

DESPERSONALIZACIÓN	FRECUENCIA	%	
BAJO <=6	31	84	
MEDIO 7 - 9	3	8	16%
ALTO >=10	3	8	
Total	37	100.0	

Mínimo:0

Máximo:15

16 % de los médicos presentan sentimientos de despersonalización en un grado medio o alto

REALIZACIÓN PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
ALTO <=34	2	5.4	
MEDIO 35 - 39	3	8	94.6 %
BAJO >=40	32	86.6	
Total	37	100.0	

Mínimo:16

Máximo:48

Casi 95% presenta falta de realización personal en un nivel medio o bajo
y casi 86% presenta un nivel bajo de falta de realización personal



A continuación se clasificaron los niveles para cada dimensión a fin de detectar la presencia del síndrome y las situaciones de riesgo:

CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
BAJO	BAJO	6	2	8	16
BAJO	MEDIO	4	1	1	6
BAJO	ALTO	1	0	1	2
Subtotal		11	3	10	24
MEDIO	BAJO	3	0	2	5
MEDIO	MEDIO	3	0	0	3
MEDIO	ALTO	0	2	0	2
Subtotal		6	2	2	10
ALTO	BAJO	0	0	0	0
ALTO	MEDIO	2	0	0	2
ALTO	ALTO	0	0	1	1
Subtotal		2	0	1	3
Total		19	5	13	37

El Síndrome de Burnout está definido con la celda en azul de acuerdo a:

Alto para cansancio emocional

Alto para despersonalización

Bajo para realización personal

Ningún médico del grupo se ubicó allí, por lo que se puede afirmar que la **prevalencia de Burnout entre los médicos en servicio activo es de cero**, por lo que no manifiestan el síndrome actualmente; no se debe olvidar que entre los criterios de exclusión se encontraban los médicos con permiso o que tomaban antidepresivos o ansiolíticos, entre los cuales pudiera encontrarse el síndrome, no



obstante fue mínima la cantidad de médicos excluidos por esta situación, sin embargo, si se detectaron diversas **situaciones de riesgo** para presentar el síndrome, por lo que se puede decir que el porcentaje o prevalencia de riesgo para presentar Síndrome de Burnout es de las combinaciones siguientes descritas:

Alto o medio para cansancio emocional

Alto o medio para despersonalización

Bajo o medio para realización personal

Siendo entonces de:

$$18/37 = 0.49 \text{ o } 49 \%$$

A continuación se incluye un análisis gráfico del comportamiento de las variables sociodemográficas y de aquellas consideradas como factores de riesgo asociadas a la presencia de riesgo para presentar Burnout.

Diferencia por género:

Género	Diagnóstico de Riesgo para Burnout		Total
	SI	NO	
Masculino	11	11	22
%	50%	50.%	
Femenino	8	7	15
%	53.4%	46.6%	
Total	19	18	37



No existe diferencia entre médicos hombres y mujeres con respecto al diagnóstico de riesgo para Burnout, se conserva el encontrado para el grupo en general de 49%.

Diferencia por edad y género

Se puede apreciar que la situación de riesgo comienza en edades tempranas de 30 años tanto para hombres como para mujeres presentaron mayor frecuencia en las mujeres jóvenes y sigue hasta los 60 años que son las edades más grandes registradas.

Diferencia por área laboral:

Area laboral	Diagnóstico de Riesgo para Burnout		Total
	SI	NO	
Consulta externa	6	7	13
%	46.1%	53.9%	
Urgencias	7	5	12
%	58.3%	41.7%	
Quirófano	6	6	12
%	50%	50%	
Total	60	61	37

El porcentaje de médicos en riesgo para presentar el síndrome es ligeramente mayor en el área de Urgencias, en el área de consulta externa es menor. En quirófano es igual.



Diferencia por turno laboral

Turno laboral	Diagnóstico de Riesgo para Burnout		Total
	SI	NO	
Matutino	5	4	9
%	55.5	44.5%	
Vespertino	5	5	10
%	50%	50%	
Nocturno	7	4	11
%	63.6%	36.4%	
J. acumulada	3	4	7
%	42.8%	57.2%	
Total	20	17	37

El turno Nocturno presenta mayor porcentaje de médicos en riesgo de padecer Burnout, la Jornada acumulada es el turno que presenta el menor, en cuanto a los otros permanecen con una prevalencia cercana a la general.



DISCUSIÓN

Como resultado del estudio se encontró una nula prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos en trabajo activo dentro de la institución, lo que hace pensar en una buena atención hacia el público, no obstante para el 49% de ellos existen altos o medianos niveles en dos dimensiones del síndrome, lo que significa una voz de alarma para las autoridades a fin de dar atención y no permitir que avance más, ya que esto llevaría a la pérdida de la salud física y emocional de trabajadores valiosos, éste se considera un hallazgo positivo; este resultado coincide con el encontrado por Calderon (2005), donde también encontró valores medios en las tres esferas de burnout pero solo para diagnóstico de riesgo y la prevalencia también fue de cero.

Se ha dicho que serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en el caso de los sanitarios por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales, sin embargo, en este grupo en especial no se encontraron diferencias por género, no obstante se encontró la presencia del riesgo desde edades tempranas y de acuerdo a la teoría, la edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este, siendo éstos los primeros años de carrera



profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas, al igual que en Yaima (2003), existe un predominio en edades tempranas lo cual concuerda con los resultados de la presente investigación.

Se detectó una mayor frecuencia de burnout en el turno nocturno, y el que menos presentó fue la jornada acumulada, lo que nos hace pensar que es un factor estresante el saber que están solos y tienen que resolver lo que se presente debido a que en este horario no se cuenta con la plantilla completa de especialistas como es del horario matutino, a esto no podemos aunar, el cansancio, el sueño, etc., no sólo del médico sino de sus compañeros de trabajo, esto concuerda muy bien con el trabajo realizado por Guevara (2004), donde se asocia un mayor desgaste profesional y menor rendimiento con una consecuente menor calidad del trabajo realizado en el personal médico que realiza turnos nocturnos.

En cuanto a los factores considerados como potencialmente de riesgo, el área de urgencias se presenta como un área laboral que contribuye a altos niveles de realización personal, al igual que en el trabajo de Hernández (2003).



Dentro del diagnóstico de riesgo tenemos que analizar las dimensiones del burnout por separado y en su conjunto debido a que, si bien, no hubo casos prevalentes de burnout si presentaron una combinación de dos factores o dimensiones y esto los cataloga como en riesgo.

Del total de los médicos el 35.3% presenta cansancio emocional medio o alto, el 16% presenta sentimientos de despersonalización en un grado medio o alto y el 94.6% presenta falta de realización personal en un nivel medio o bajo, todos ellos por separado, y ya al tabular los resultados en su conjunto se encuentra que el total de médicos en riesgo debido a la combinación de dos dimensiones de las anteriormente descritas es el 49%, lo cual es parecido al trabajo de Calderón (2005).

El diagnóstico de riesgo de acuerdo al género, nos indica, que no hay diferencia entre hombres y mujeres; de acuerdo a la edad, se puede apreciar que el riesgo comienza en edades tempranas, tanto para hombres como para mujeres, sin embargo es mayor el riesgo en hombres de 45 a 50 años; de acuerdo a su área laboral, los más susceptibles son los del área de urgencias y es en el área de quirófanos donde se encuentra el personal con los puntajes más altos de realización personal; de acuerdo al turno en que laboran, el riesgo es mayor en el turno nocturno y donde es menor es en la jornada acumulada.



Con todos estos datos podemos llegar a pensar que si bien en este momento el 49% de los médicos están en riesgo, cualquiera de ellos en cualquier momento incluso en este instante, puede estar pasando por alguna situación que lo lleve a desencadenar el síndrome de burnout.

Se han descrito ya las características y situaciones de riesgo para burnout, las cuales pueden ser tomadas en cuenta para ejercer intervenciones específicas y rápidas, por medio de programas, capaces de disminuir o controlar, la mayoría, si no es que todos, los factores que tienen amenazados a los trabajadores.


ANEXO A
INSTRUMENTO DE MEDICION (ENCUESTA)

DATOS PERSONALES Marque con una "X" en el recuadro o anote el dato pedido sobre la línea:

1. Sexo: 1. a. Masculino 1. b. Femenino
2. Edad _____ años
3. Estado Civil: 3.1. Soltero 3.2. Casado 3.3. Divorciado 3.4. Viudo 3.5. Otros: _____.
4. Si esta casado o vive en pareja, cuantos años lleva con su actual pareja? _____ años
5. hijos. 5.1. No tengo Hijos 5.2. Si tengo Hijos ¿Cuantos? _____ Hijos.
6. Nivel de estudios alcanzados: 6.1. Licenciatura 6.2. Especialista 6.3 otro. _____
7. Situación Laboral: .1 Base. 2 Suplente .3 Contratado
8. Salario: rangos en pesos de 0 a 5,000, 5001 a 10,000, 10,000 a 15,000 y más de 15,000.
9. Turno de trabajo. 9.1 Matutino (8am. a 3 pm.) 9.2 vespertino (2pm a 9pm.) 9.3. Nocturno (9pm a 7am) 9.4. jornada acumulada (fines de semana y dias festivos. 9.5. Mixto.(variado)
10. Área laboral: 10.1 consulta externa, 10.2 urgencias 10.3 medicina preventiva.
11. Antigüedad en su cargo actual Años Meses
12. Antigüedad laboral. Años Meses
13. Numero de compañeros que realizan sus actividades laborales en la misma área de asignación, sin importar la posición jerárquica que ocupen.
14. horas de trabajo diario en total
15. horas diarias de descanso.
16. Tiempo en horas de contacto con los pacientes por semana. 16.1. Menos de 8 horas 16.2. Entre 9 y 18 horas 16.3. Entre 19 y 27 horas 16.4. Más de 28 horas.
17. Posición física en la jornada laboral: sentado, parado, mixto.
18. ¿Existen otros riesgos presentes en el área de trabajo?. SI NO CUALES? 1 Estrés. 2 Posturas incomodas. 3 movimientos repetitivos.
19. En su espacio laboral (seleccione todos los que considere.).1 Falta de orden y limpieza. .2 Falta de baños adecuados. 3 hay Iluminación inadecuada .4 hay ventilación inadecuada. 5 otros _____
20. ¿Las relaciones interpersonales con mi equipo de trabajo son? Muy Buenas. Buenas. Regulares. Malas.



21. ¿Qué síntomas de los nombrados ha experimentado usted en el trabajo?

(Señale con una X en la casilla que más se identifique)

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
Dolor de cabeza				
Dolor de estómago				
Dolor de espalda				
Rigidez de cuello y hombros				
Aumento de la tensión arterial				
Fatiga				
Llanto				
Olvido				
Autoritarismo				
Comer apurado				
Angustiado, ansioso				
Deprimido				
Agitado				
Impaciente				
Enojo, cólera				
Se aísla, evita contacto con los demás				
Se siente ineficaz en su trabajo				
Frustración				
Fuma en forma compulsiva				



22.- A continuación se encontrará con 22 frases relacionadas con los sentimientos que Ud. Experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda marcando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo a la escala siguiente:

	0	1	2	3	4	5	6
	nunca	pocas veces al año o menos	una vez al mes o menos	unas pocas veces al mes	una vez a la semana	pocas veces a la semana	todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato algunos pacientes como si fuesen objetos							
6. Para mi trabajar todo el día con pacientes es un gran Esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemas que presentan los Pacientes							
8. Me siento "Destrozado" por mi trabajo							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás							



10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos pacientes a los que le doy servicios							
16. Siento que trabajar directamente con paciente me produce Estrés.							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable con los pacientes a los que le doy servicio							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con Pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento exhausto							
21. En mi profesión trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas							



ALCANCES Y LIMITACIONES

Esta investigación sirve de base para continuar futuras investigaciones en esta área, considerada de suma importancia en todo trabajo se genera estrés y este va a repercutir con sus efectos sobre los trabajadores.

Logrando reconocer y evidenciar el síndrome de burnout en los médicos del Hospital General de Coatepec, ver., se aporta una evidencia en el diagnóstico real de salud laboral de la situación para ajustar las intervenciones certeras en el medio laboral y desarrollar programas capaces de disminuir o controlar estos efectos sobre los trabajadores.

Dentro de las limitaciones se menciona la carente bibliografía existente en el país, acerca del tema burnout, otra limitante es la falta de publicaciones de otras investigaciones.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la ley general de salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia. Con modificaciones en el congreso de Tokio, Japón de 1983.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES.

El presente proyecto de investigación se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizara hasta que haya sido aprobado por el comité local de investigación.



CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN:

Las puntuaciones directas obtenidas no son interpretadas por sí mismas, no tienen significación por su valor absoluto; es necesario compararla con las obtenidas por unos determinados grupos (tomados de la población general o grupos específicos), o bien transformarlas en unos valores o escala de significación universal que sitúa las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por ese grupo normativo, explicado en el manual de MBI.



BIBLIOGRAFIA

Anderson WJR, Cooper CL, Willmott M. Sources of stress in the national health service: A comparison of seven occupational groups. *Work and Stress* 1996;10 (1):88-95.

Cabrera, CE, et al; satisfacción laboral de profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002; *Rev Med IMSS*; 2004; 42 (3): 193-8.

Calderón, JA. Urbinola, M. Sanchez, P; síndrome de burnout en médicos familiares y no familiares del IMSS; IX reunión delegacional de inv. Médica; Monterrey, N.L., México; edición especial No. 8-2005.

Carolina, AB y cols; síndrome de burnout en médicos familiares del instituto mexicano del seguro social, Guadalajara, México; Instituto regional de investigación en salud pública; departamento de salud pública; UV Guadalajara; 2005.

Cherniss, C.; *Professional Burnout in Human Service Organizations*; 1980. En Moreno, B. y col. Configuración específica de estrés asistencial en profesores de BUP. Memoria de Investigación. CIDE. 1992.

De las Cuevas, C, et al; Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria; 1995; 6: 1.

Flores, J.A.; Síndrome de estar quemado, Barcelona; Edikamed, 1994.

Frenderberger, H; Saff burn-out; *Journal of social issues*; 1974; 30(1): 159-66.



-
- Gil-Monte, P. Peiro, J.M.; Desgaste psíquico en el trabajo. Madrid: Síntesis Psicología. 1997.
- Gil-Monte, P. Peiró-Silla, JM. Valcarcel P; influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería; Revista de psicología social aplicada; 1996; 6 (2): 37-57.
- Gil-Monte, PR; Validez factorial de la adaptación al español del Maslash Burnout Inventory General Survey. Salud Publica Mex 2002; 44:33-40.
- Golembiewski, R.T.Y MUNZENRIDER, R. F.Y CARTER (1983): Phases of progressive burnout and their work site covariants. En Gil-Monte, P. Peiro, J.M.; Desgaste psíquico en el trabajo. Madrid: Síntesis Psicología. 1997.
- Guevara, C. Henao, D. Herrera, J; síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital universitario del Valle, Cali; Colombia médica; 2004; 35: 173-8.
- Hernández, JR; Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención; Rev Cubana Salud Publica; 2003; 29(2): 103-10.
- Hidalgo, I, Díaz, RI; 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); 1994; 103: 408-12.
-



-
- Maslach C, Jackson SE, comp. Maslach Burnout Inventory Manual. 20^a Ed.; Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1986; (1):18-22.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Manual, 3^a ed. Palo Alto (ca): Consulting Psychology Press; 1996.
- Maslach, C. Jackson, S.E.; Burnout research in the social services: a critique. Special issues: Burnout among social workers. *Journal of social service research*. 1985; 10(1):95-105.
- Maslach, C. Pines, A.; The burnout syndrome in day care setting. *Child care quarterly*. 1977; (62): 100-13.
- Maslach C, Jackson SE; The measurement of experienced Burnout. *Journal of occupational behavior*. 1981;(2): 99-113.
- Organización Mundial de la Salud (2002). The world health report. Health systems improving performance. Disponible en la World Wide Web: [http://www. Who/mt/wht](http://www.who.int/wht).
- Schaufeli W, Enzman D. The Burnout companion to study & practice. A critical analysis, Padstow, U.K.: Taylor and Francis International Ltd.; 1998.
- Sonneck G, Wagner R. Suicide and Burnout of physicians. *Omega* 1996;255-62.
- Yaima, L. et al; Síndrome de Burnout en médicos de un Hospital Militar; revista de psicología, Cuba; 2003.
-

.

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|

|