



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

"COMPARACION DEL NIVEL DE BURNOUT EN DIFERENTES STAFFS MEDICO Y PARAMEDICO DEL C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE (ISSSTE)"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN:

PINELO CERVANTES/ NUVIA MARTHA SALGADO DE LA ROSA VANESSA



FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

MAYO DEL 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por que es él quien me ha dado la existencia y la posibilidad de construir mi vida.

A mi madre y a mi Tía por su respaldo, durante toda mi estancia en este mundo.

A mis amigas, en especial a Vanessa porque juntas hemos descubierto lo que es caminar y caer, y a quien tengo especial aprecio. sin olvidar a Yessel, Marycha, Ilusión, Momis, Magda y anexa, aunque no los mencione están conmigo.

A Lilia porque nos ha llevado en este largo camino.

A la Dra. Dolores Mercado por tiempo sin recompensa, al igual que a Miguel Ángel quien nos calmo en nuestros momentos de angustia.

NUVIA

Gracias Dios, por la gran fortuna de ser un pensamiento tuyo.

A mis padres que con su apoyo me han permitido conseguir mis metas. Gracias por su confianza, entrega y ayuda sin limites, los quiero mucho.

A mi hermano, gracias por tu apoyo.

A mi gran amiga Nuvia, por tu consejo y amistad. Gracias por compartir conmigo este reto.

A Viky, Any, Yessel, Marycha, gracias por estar conmigo en todo momento.

A Miguel Ángel Luna por regalarme el conocimiento y la escucha, gracias por todo.

A mis amigas y amigos, que por temor a omitir alguno evito mencionar sus nombres, gracias por el gran regalo de la amistad.

A la Dra. Rita Zepeda, por su enseñanza y dedicación a esta profesión.

Con especial dedicación para la Dra. Dolores Mercado por su paciencia y experiencia.

Gracias a Lilia Joya, por compartir tú tiempo y experiencia para poder alcanzar esta meta.

Agradezco a cada uno de los sinodales, que sin su consejo dificilmente se hubiera consumado este trabajo.

VANESSA

RESUMEN

La presente investigación se desarrollo con el fin de poder establecer la existencia de diferencias en el nivel del Síndrome de Burnout entre el personal médico y paramédico del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, se utilizó como instrumento de medición el inventario Maslach de Burnout (MBI) el cual consta de tres subescalas: Logro personal, Despersonalización y Exhaustividad emocional; este instrumento es ampliamente utilizado en investigaciones extranjeras y para el fin de esta investigación se adapto a la población de la muestra, la cual se conformo por 180 sujetos de los cuales 90 fueron de áreas designadas como criticas y 90 de áreas designadas como no criticas; asi de cada grupo 30 fueron enfermeras, 30 residentes y los restantes 30 médicos adscritos. Ambos grupos contestaron el MBI. Encontrándose un mayor nivel de exhaustividad emocional en el grupo critico y en las especialidades de Anestesiología y Reumatología, y un nivel bajo de este mismo factor para las especialidades de Ortopedia y Oftalmología, mientras que para logro personal en un nivel alto las especialidades de Anestesiología y Reumatología. Respecto a las variables sociodemográficas de Unión libre, Doble jornada laboral y practican deporte fueron las que se relacionaron con un nivel alto en el factor de exhaustividad emocional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I El Síndrome de Burnout.....	5
CAPÍTULO II Servicio Médico.....	23
CAPÍTULO III Proceso Metodológico.....	41
CAPÍTULO IV Resultados.....	46
CAPÍTULO V Discusión y Conclusiones.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	68
APÉNDICE.....	74

INTRODUCCIÓN

El ser humano siempre ha tenido la preocupación de que las organizaciones que ha creado subsistan en armonía, por lo que fomenta valores grupales y recompensas personales; sin embargo dentro de un mundo burocratizado y vertiginoso estos supuestos pocas veces se ven materializados en el trabajo diario.

Dentro de la esfera de la salud, las instituciones pasan por momentos de agobio y pesadumbre, mismos que contagian poco a poco al personal que en algunos casos terminan irremediablemente dañado.

Muchos años han transcurrido desde que se acopió el término *Burnout* por Freudenberger en 1974, para que posteriormente Maslach (1978 y 1982) lo insertara como un fenómeno que usualmente se observa pero que poca resonancia había tenido dentro del campo de la salud.

Sin embargo, se ha hecho investigación que apunta a que el Síndrome de Burnout es un proceso tridimensional que permea a los profesionales de la salud como a los de la educación, policías, controladores aéreos, entre otros. Estas personas tienen un común denominador que es el estrés constante a diferentes grados. Este mismo factor llevado a una escala crónica tiene como resultado un proceso que agota los recursos tanto físicos, emocionales como mentales. Los tres factores constituyentes del Burnout son: agotamiento emocional, despersonalización y ejecución personal; sin embargo estas tres esferas suelen tener manifestaciones diferentes en cada persona dado que la conducta y las actitudes son únicas para cada individuo.

El Síndrome de Burnout se abordó en sus inicios sólo por observaciones, lo que al paso del tiempo necesitó de un instrumento que diera cuenta del síndrome en forma cuantitativa. A la fecha se han utilizado dos instrumentos de medición que son el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Burnout Measure de Pines y Aronson (1988), los cuales han sido desarrollados y usados en población extranjera, no teniendo adaptación para la población mexicana del Maslach Burnout Inventory que ha sido el más usado.

En el presente trabajo se intenta comparar el nivel de Burnout en los médicos adscritos, residentes y enfermeras del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, a través del inventario de Burnout de Maslach. Para este fin se hizo una revisión de la literatura y las investigaciones realizadas acerca de la conceptualización del síndrome de Burnout y sus antecedentes históricos como se presentan en el capítulo 1.

En el capítulo 2 se incluye una revisión de la organización del servicio médico en general y del CMN 20 de Noviembre ISSSTE, clima laboral y estrés.

En el capítulo 3 se presenta la metodología que se empleó en el estudio; en el capítulo 4 los resultados obtenidos, y en el capítulo 5 la discusión y resultados que anexa las propuestas sugeridas para darle continuidad a esta investigación.

CAPÍTULO I

EL SÍNDROME DE BURNOUT

1.1 Introducción al Síndrome de Burnout

El Burnout está constituido por un grupo de síntomas que se desarrollan en los profesionales en relación con su trabajo. Aquellos individuos que previamente eran muy trabajadores, diligentes y comprometidos con su profesión, se van sintiendo cada vez menos satisfechos, desilusionados y cínicos en cuanto a su labor y otros aspectos de su vida (Guthrie, E. & Black, D. 1997).

Es el momento en que los recursos personales pueden agotarse por la intensidad de las emociones que surgen por el constante y cercano contacto con la tensión de los pacientes y sus familiares (Holland y Rowland, 1989).

Freudenberger (citado en Ramírez, 1994) plantea que se puede llegar a un agotamiento debido a una demanda excesiva de energía o fortaleza, atribuida a la tensión que provoca el trabajar con gente emocionalmente necesitada y demandante. La persona que se encuentra en este estado no puede manejarse de una manera efectiva y lo manifiesta a través de diferentes síntomas conductuales físicos y psicológicos.

1.1.1 Antecedentes y definición del Síndrome de Burnout

El término "*Burnout*", aparece por primera vez en la literatura en 1974, cuando Freudenberger describe algunos de los síntomas clínicos comunes y conductas experimentados por voluntarios y profesionistas quienes trabajan en servicios de salud (Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. & Monos, D. 1994.) su trabajo lo realizó al pensar en lo que sucede después de un incendio: es una imagen devastadora, aquello que antes era una estructura vital, ahora se convierte en desolación; donde antes había actividad, sólo se convierten en pedazos de vida y de energía. (Freudenberger, citado en Robles, 1995).

En 1976, Maslach publicó su primer artículo referente al tema, con lo que se convirtió en una de las más grandes investigadoras y precursoras sobre el Síndrome del Burnout. El Burnout o Agotamiento se ha definido de diferentes maneras a lo largo de 20 años. Cherniss (1980) lo define como: "Un proceso que comprende cambios negativos en las actitudes y la conducta del profesional que brinda un servicio a seres humanos, en respuesta a una experiencia de trabajo demandante, frustrante y poco gratificante".

Padró (1982) señala que es "un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente. También involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando con ello en los individuos un pobre autoconcepto, actitudes negativas hacia el trabajo y la pérdida de interés por los pacientes; es el proceso de una lucha excesivamente inapropiada por lograr expectativas irreales en el tratamiento de los pacientes "(pag. 15).

Pines y Aronson (1988), lo definen como "un estado de agotamiento físico, emocional y mental, que es desarrollado en personas que se ven implicadas en situaciones emocionalmente demandantes. Las demandas emocionales son causadas generalmente por una combinación de expectativas muy altas y situaciones de estrés crónico"(pag. 19).

De acuerdo con Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout es una pérdida progresiva del idealismo, energía y el propósito, experimentado por la gente que se dedica a profesiones de ayuda, como resultado de su trabajo.

Riordan y Saltzer (1992), en una definición originada en un ambiente hospitalario, señalan: "El burnout es un mecanismo de afrontamiento utilizado por los miembros del staff, para distanciarse emocionalmente del paciente, lo cual les da la posibilidad de poder seguir trabajando en ese campo"(pag.17).

Maslach mencionó en 1982, que el Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la ejecución personal. Es la respuesta al estrés emocional crónico de tratar excesivamente a otros seres humanos, principalmente cuando éstos tienen problemas.

Por último, Franco (1997), considera que la experiencia del Burnout es subjetiva y en ocasiones inconciente; además que un nivel bajo del síndrome de Burnout cumple en cuanto a mecanismos de defensa emocional, lo que se considera como una función adaptativa para que los profesionistas de la salud puedan continuar realizando su trabajo.

En la presente investigación se retoma la definición proporcionada por Maslach (1982), por considerarla la más completa y adecuada a nuestra investigación.

1.2 Diferencias entre estrés y Burnout

El síndrome del Burnout no es lo mismo que una fatiga crónica o tensión temporal, sin embargo estos sentimientos pueden ser signos tempranos de Burnout (Cherniss, 1980). Maslach (1982) menciona que la relación entre estrés y Burnout, es que el estrés surge de la interacción social entre el que presta ayuda y el ayudado.

Por su parte Seyle (1976) comenta que "el estrés es la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier exigencia a que se le somete". Esto es que el estrés, es para el ser humano un movilizador de energía que lo incita a la acción; sin embargo cuando el estrés se torna excesivo, el individuo puede pensar que su trabajo ya no tiene sentido, encontrándose una discrepancia entre lo que la persona percibe como sus habilidades y recursos y lo que supone que le demandan esos eventos. Por ello se puede decir que el estrés por sí mismo no causa Burnout, pero sí es un factor relevante para el desarrollo del mismo. (Cox 1980, citado en Broome, 1989; Pines & Aronson, 1988.)

El término Burnout, en contraste con el estrés generado por el trabajo, ha sido reservado para los efectos de un estrés crónico y/o severo, en los profesionales con un alto contacto humano (Van Leeuwen y Kwee, 1990; Beverly, A.P. 1991). Miller, Birkholt, Scott y Stage (1995) refieren que el Burnout es una constelación de síntomas que se intensifican y/o disminuyen, según como los profesionistas manejen el estrés de la interacción humana y del lugar de trabajo, inherentes en las ocupaciones de servicio humano o asistencial.

Farber en 1985 señaló que aunque el estrés y el Burnout son conceptos similares, no son idénticos. El Burnout no es el resultado per se del estrés, sino que se genera por no tener algún "escape" de éste, y no contar con un sistema de soporte. (Fig. A).

El estrés puede tener efectos positivos o negativos y surge de un desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del individuo. Mientras que el Burnout generalmente se convierte en algo que posee principalmente efectos negativos.

Así puede decirse que el estrés es un condicionante para que se desarrolle el Síndrome de Burnout, sin embargo sus causas, consecuencias y manifestaciones resultan diferentes en cada individuo.

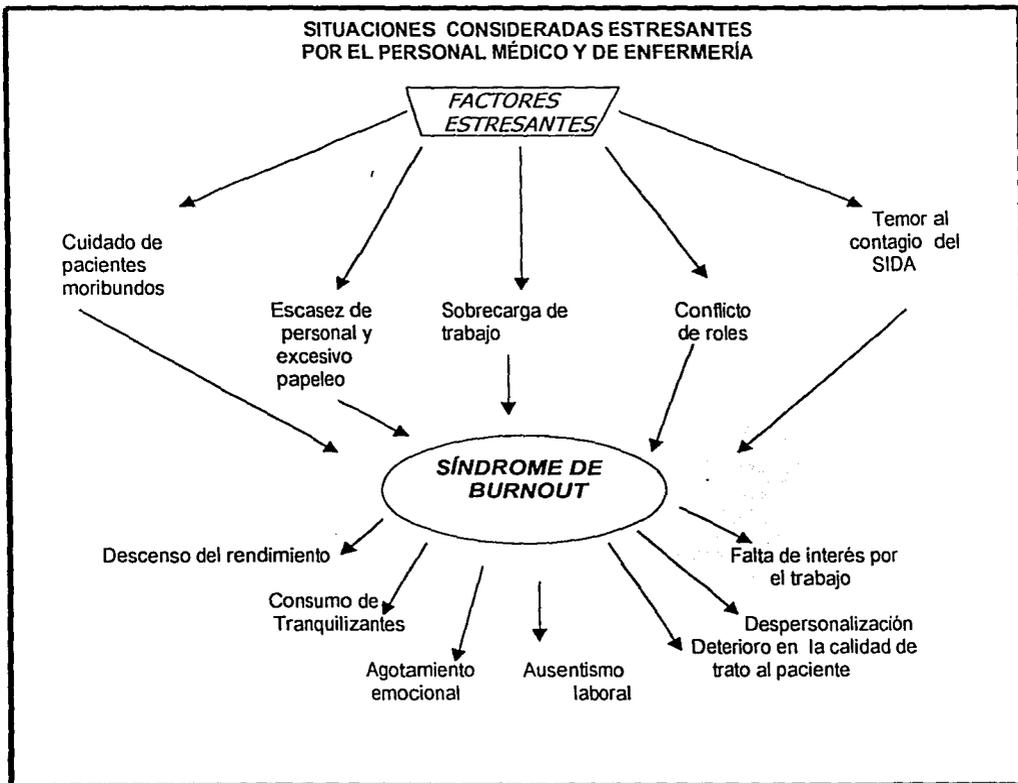


Fig. A. (Flores, 1994)

1.3 Profesionales con alto riesgo para desarrollar Burnout

Edelwich y Brodsky (1980), así como Potter (1987), señalan que el Burnout o Deterioro no está limitado al trabajo de los servicios humanos. Toda persona en la profesión que sea y en cualquier nivel, puede ser candidato de Burnout, por lo que nadie es inmune. En 1982, Maslach encontró que en profesiones en las que se requiere de un contacto con gente de manera continua y en donde frecuentemente hay una carga afectiva, son las que pueden ocasionar una sobrecarga y consecuentemente un agotamiento emocional, que es la base para desarrollar el Burnout.

Existen relaciones de ayuda más tensionantes que otras. En el área de Servicio Asistencial hay factores inherentes que predisponen el desarrollo del Síndrome Burnout: la relación de ayuda, las características individuales de los profesionistas y la motivación para dedicarse profesionalmente a ayudar (Franco, 1999).

Freudenberger (citado en Ramírez, 1994) menciona que se espera que el personal de instituciones de salud mental, esté dispuesto en todo momento a escuchar, ayudar y a estar al servicio de los pacientes y familiares. Este tipo de expectativas provoca una tensión emocional diferente a aquellas existentes en cualquier otro tipo de trabajo.

Por todo lo anterior y en base a una gran cantidad de estudios realizados por Maslach & Jackson (1978, 1981 y 1982) desde hace más de veinte años, se ha encontrado que existen profesionales que poseen una mayor tendencia a desarrollar Burnout. Estos son los trabajadores sociales, maestros, policías, enfermeras, médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, encargados de prisiones, abogados, secretarías, enfermeras psiquiátricas, corredores de bolsas, periodistas. (C.A.M.S. 1999)

El denominador común en este grupo de profesionales es el contacto extenso y permanente con otras personas en momentos de frecuente involucramiento emocional, conjuntado con las diversas actividades que realizan en su jornada laboral. (Abu-Hilal, M. 1995).

1.4 La persona que presta ayuda

Dentro del trabajo de servicio asistencial se encuentran personas que decidieron dedicarse a esa profesión por diversos motivos, quizá debido a diferentes expectativas y divergencias en cuanto a sus metas. También existen aquellos que confundieron su vocación por diversas razones; sin embargo tienen en común el servicio y la ayuda a los demás, así como la necesidad de responder a la demanda emocional que plantea estar en un servicio de asistencia (Schaufeli, W. & Janczur, B. 1994).

La persona que tiene la vocación de ayudar a otros se expone a sus propias vulnerabilidad, ya que al enfrentarse al sufrimiento y los problemas del otro, se ve forzado a examinar sus propias heridas y por lo tanto es susceptible de estar bajo tensión emocional (Edelwich & Brodsky, 1980).

Maslach en 1982 señaló que el profesionista que trata con el problema que tiene el paciente, ya sea físico, emocional o económico y se concentra en la parte negativa del paciente. Además tiene una interacción que frecuentemente está cargada de sentimientos

fuerzas tales como el miedo, enojo o frustración; lo cual en ocasiones puede ser descargado por medio de hostilidad por parte de quien proporciona el servicio.

De forma irónica y desdichada, alguno de los profesionales que se dedican a ayudar, son las personas menos deseosas de buscar ayuda para ellos mismo. Un ejemplo de ello son aquellos médicos que son notoriamente recurrentes a pedir ayuda y a reconocer que en ocasiones lo necesitan. A la gente que se supone debe tener todas las respuestas y ser capaz de ayudar a cualquier otra persona puede parecerle que sus propias dificultades son un signo de incompetencia o fracaso.

1.5 Características sociodemográficas de las personas que desarrollan el Síndrome de Burnout.

En diferentes investigaciones se han obtenido algunos resultados respecto a las diferencias que existen entre el nivel de Burnout y algunas características demográficas, las cuales están basadas en lo encontrado por Maslach (1982). Éstas se señalarán a continuación.

Sexo: Pueden experimentar tanto hombres como mujeres el Burnout en forma similar; sin embargo, las mujeres tienden a experimentar mayor y más intenso agotamiento emocional, mientras que los hombres son más susceptibles a ser insensibles y despersonalizarse ante la gente a la que prestan sus servicios. Esto puede reflejar las diferencias en cuanto a los roles sexuales masculino y femenino, ya que la mujer tiende más a involucrarse emocionalmente con la gente, con lo cual corre mayor riesgo de agotarse emocionalmente. Debido a que el hombre está menos orientado al contacto cercano con la gente, es más propenso a presentar la despersonalización.

Edad: El Burnout se considera que es mayor cuando los trabajadores son jóvenes, ya que la gente joven frecuentemente posee menor experiencia que la gente de más edad. Estos últimos son los "sobrevivientes", los que han manejado la amenaza temprana del Síndrome de Burnout y se van quedando para continuar haciéndolo bien en sus carreras.

Estado Civil e Hijos: Los profesionales solteros tienen mayor tendencia a experimentar Burnout, mientras que los casados son los de menor tendencia. Los divorciados se encuentran entre los dos anteriores, se acercan a los solteros en términos de mayor agotamiento emocional y a los casados en cuanto a un menor nivel de despersonalización y un mayor nivel en el área de ejecución personal. También está relacionado un mayor riesgo de desarrollar el Síndrome si no se tienen hijos.

Hay algunas razones por las cuales las personas que han formado una familia son menos vulnerables al Burnout:

- a) Tienden a ser individuos de mayor edad, más estables y con madurez psicológica.
- b) Su involucramiento con su esposa (o) e hijos les brindan mayor experiencia en el manejo de problemas personales y conflictos emocionales.
- c) La familia es más un recurso emocional que una tensión emocional; el amor y apoyo familiar ayuda a que el individuo afronte las demandas emocionales del trabajo.
- d) La persona que posee una familia tiene una visión diferente del trabajo que la persona soltera.

De forma similar, Pines y Aronson (1988) sostienen que mientras mejores sean las relaciones sociales, menor será el nivel de Burnout, y mientras más sentimiento de soledad exista, el nivel incrementará.

Las enfermeras que trabajan con enfermos terminales en el área de Oncología, son los sujetos que experimentan Burnout con mayor frecuencia. Las enfermeras que trabajan en cuidados intensivos, son significativamente más depresivas, hostiles y ansiosas que las enfermeras que laboran en unidades menos estresantes. (Buunk, B. & Schaufeli, W. 1994, Papadatou & Anagnostopoulos 1994, Schaufeli, W. & Janczur, B, 1994; Terán, D. 2001).

1.6 El proceso del Síndrome de Burnout

Farber (1985) señala que el Burnout no es un evento, ni un proceso que comienza con el estrés, sino con la pérdida de compromiso y propósito moral en el trabajo. El desarrollo del Síndrome de Agotamiento, aunque es progresivo, es dinámico, por lo que no ocurre siempre en el mismo orden o con la misma intensidad y cada persona vive este proceso de manera diferente, así como también sus causas pueden ser variadas (Ramírez, 1994).

Maslach en 1978, mencionó que si el contacto con los pacientes es particularmente desconcertante, preocupante, depresivo o difícil, entonces el Burnout puede ser más severo y/o ocurrir con mayor rapidez. Por ejemplo, laborar con personas que mueren o con pacientes psicóticos. Asimismo, en 1984, Etzion propuso que en niveles severos, el síndrome puede traslaparse con síntomas de depresión reactiva.

Spaniol y Caputo (citado en Robles, 1985) proponen un modelo del proceso del síndrome de agotamiento, relacionado con la intensidad y duración de los síntomas.

PRIMER GRADO: Los signos y síntomas de Burnout son ocasionales y de poca duración. A través de distracciones tales como descanso, relajación, ejercicio o pasatiempos, la persona puede recuperar su nivel de entusiasmo hacia el trabajo.

SEGUNDO GRADO: Los síntomas se hacen más constantes, de mayor duración y es más difícil sobreponerse a ellos. Los métodos normalmente utilizados para relajarse parecen ser poco efectivos. Después de haber dormido toda la noche la persona despierta cansada; aún después del fin de semana se siente agotada y tensa, la preocupación por la efectividad laboral se vuelve un hecho central, al mismo tiempo que el individuo empieza a mostrarse negativo y frío con los pacientes y compañeros, por lo que se manifiestan cambios en el humor de la persona.

TERCER GRADO: Los síntomas son continuos, aparecen problemas físicos o psicológicos que persisten. Las dudas sobre la competencia personal acosan al profesional, quien se siente deprimido o molesto, sin lograr explicarse qué le pasa o por qué le pasa. La persona se aísla, tiene pocas relaciones interpersonales y considera seriamente la posibilidad de renunciar o cambiar de profesión; por lo que al mismo tiempo, los problemas familiares se intensifican.

1.6.1 Factores del Síndrome de Burnout

De acuerdo con Maslach (1982); y sus diferentes investigaciones encontró que el Burnout es un síndrome que involucra tres factores:

- **AGOTAMIENTO EMOCIONAL**
- **DESPERSONALIZACIÓN**
- **EJECUCIÓN PERSONAL**

Y que éste es un proceso progresivo y cíclico.

- **Agotamiento emocional:** Este comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionalmente impuestas por otras personas. La respuesta a ésta situación es el *agotamiento emocional*; la persona se siente desgastada físicamente, sin energía para afrontar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo (física y emocionalmente).

Para evitar este agotamiento emocional, el individuo reduce su contacto con la gente a lo mínimo requerido, distanciándose, evitando involucrarse emocionalmente, olvidándose

del trato individual y manteniendo relaciones distantes y/o frías con los pacientes; por lo que en ese momento se llega a la despersonalización.

- Despersonalización: El desarrollo de una respuesta distante, insensible e inhumana, es el segundo aspecto del Síndrome de Burnout: la *despersonalización*. El profesional se puede volver cínico, burlón, llegando a ignorar las demandas de los pacientes, por lo que brinda una insuficiente o nula ayuda, tanto en el cuidado, como en el servicio solicitado.

Este distanciamiento protege al profesional de la presión que surge al trabajar cercanamente con sus pacientes, daña a la vez la calidad humana en la relación de ayuda; inclusive su actitud, sentimientos y conductas, pueden ocasionar conflicto y distanciamiento con las demás personas que le rodean (amigos, familiares, pareja, etc.). Debido a estos sentimientos y comportamientos negativos, el sujeto puede sentir angustia o culpa por la forma inhumana e insensible con que trata a sus pacientes. Es aquí donde toma importancia el tercer factor: una ejecución personal disminuida.

- Ejecución personal: En este punto la persona comienza a dudar de sus habilidades y capacidades para ayudar, atender a sus pacientes y relacionarse con ellos, presenta sentimientos de frustración, baja autoestima e incluso depresión. Algunas personas creerán que se equivocaron al escoger su profesión y intentarán buscar un nuevo empleo.

1.7 Síntomas del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout se caracteriza por presentar diversos síntomas y su presentación e intensidad varía de acuerdo a cada persona, ya que es un fenómeno dinámico más que estático. Los conocedores del tema (Maslach, 1982; Freudenberger, 1974-75 citado en Ramírez 1994, Kahill, 1988; Potter, 1987; Pines y Aronson, 1988; Van Der Ploeg, Van Leeuwen y Kwee, 1990; Padró, 1982; Lamontagne, Y. 1995) dividen dichos síntomas en tres áreas: física, psicológica y conductual.

➤ **Síntomas físicos:** La persona que desarrolla Burnout se hace demasiado somático en sus funciones corporales, pudiendo presentar agotamiento físico, fatiga crónica, disminución de energía, insomnio, pesadillas, cefaleas, alergias, dolor de cuello y espalda, susceptibilidad a infecciones, problemas cardiovasculares - como hipertensión e irregularidades cardíacas -, problemas gastrointestinales - como colitis, úlceras, gastritis y trastornos de la alimentación -.

➤ **Síntomas Psicológicos:** Agotamiento emocional, baja autoestima, sentimientos de fracaso y de reducción en la productividad, sentimiento de que su trabajo no es apreciado, desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes e insensibilidad. Otros síntomas de

frecuente aparición son: deseos de aislamiento, ansiedad, negativismo, tristeza, impaciencia, cambios de humor, sentimientos de impotencia y desilusión, cinismo, pesimismo, sensación de soledad, tendencia a ser inflexible, disminución de la empatía, de los sentimientos personales y de la satisfacción profesional.

Por otro lado, se pueden presentar dificultades para concentrarse, inhabilidad para tomar decisiones o hacer juicios, pérdida de objetividad para evaluar su funcionamiento, trastornos de atención, percepción y memoria, negación del problema, falta de motivación y por lo tanto apatía. Las actitudes negativas que presentan hacia sí mismos, hacia los pacientes y hacia el trabajo, pueden generar a su vez sentimientos de culpa. En niveles avanzados de Burnout puede presentarse depresión, paranoia e incluso actos suicidas.

➡ **Síntomas Conductuales:** Para combatir el Burnout el profesionista puede recurrir al uso de tranquilizantes, barbitúricos, alucinógenos y aumentar el consumo de alcohol, cafeína, nicotina y/o alimentos.

Existe dificultad para controlar sentimientos, facilidad para enojarse, facilidad para llorar, se sienten abrumados ante cualquier presión, perciben que todos quieren hacerle daño (paranoia), se vuelven demasiado rígidos, tercos, insensibles y pasan la mayoría del tiempo en su trabajo, ya que su actitud provoca que sus amigos y compañeros se alejen de ellos (Daniel, J. & Szabo, I. 1993).

Aunque trabajen horas extras su productividad disminuye, se deteriora y pospone la atención hacia el paciente y la calidad de ésta; aumenta el ausentismo, los retrasos a la hora de llegada y/o adelantan la salida. Llegando a perder el entusiasmo e idealismo. La tensión y agotamiento que sufre en su trabajo los proyecta en su casa, creándose conflictos maritales, de pareja o familiares, lo que conduce a un aumento de las actividades solitarias (Chan, D. & Hui, E. 1995).

Franco (1999), considera que el proceso de Burnout es diferente en cada persona y asimismo, los síntomas, conducta y actitudes son únicas para cada individuo, por lo que no se podría hablar de un patrón que se presente exactamente de igual forma en todas las personas.

1. 8 Causas del Síndrome de Burnout

El síndrome del Burnout según Ramírez (1994) es provocado por una multiplicidad de factores y que no son siempre todos o los mismos los que entran en juego. Leiter (1988) menciona que "las características del ambiente de trabajo tienen una relación más directa

para desarrollar el Síndrome, que los factores tanto personales como demográficos y de personalidad" (pag. 113).

Maslach (1982) sostiene que las cualidades internas determinan la manera en que una persona maneja las fuentes externas de estrés emocional y ayuda a explicar por qué una persona experimenta Burnout en un particular escenario de trabajo y otra persona no. Agrega que el tratar con gente puede ser muy demandante, ya que se necesita de mucha energía para conservar la calma en medio de una crisis, para ser paciente ante la frustración y ser comprensivo cuando se está rodeado de miedo, dolor, enojo o vergüenza, por parte de los pacientes. Los elementos que pueden predecir el desencadenamiento del Burnout, pueden variar en cada individuo y en cada ambiente laboral.

Franco (1997), propone la siguiente clasificación de acuerdo a su causalidad: 1) factores personales, 2) factores institucionales y 3) características del paciente.

Factores personales:

1.- Aspiraciones nobles y un elevado idealismo inicial: Esto lleva a la persona pretender alcanzar metas demasiado elevadas, poco realistas y muy generales (poco claras). La persona desea ser "heroica" y agota todos sus recursos personales para lograrlo y darse a los demás. Cuando no logra alcanzar las altas metas que al principio de su profesión idealizó, empieza a sentirse desalentado, culpable, poco efectivo y frustrado. Si el enfermo no se cura el profesional no está cumpliendo con sus expectativas y comienzan a sucumbir sus ideales.

2.- Falta de criterio para medir logros: Esto se encuentra relacionado con una falta de consciencia de las propias fuerzas, debilidades y limitaciones, con un elevado idealismo y sentimiento de omnipotencia. En este punto el individuo pareciera no tener claro si lo que está realizando es lo correcto y está causando beneficios. Existe una relación directa entre agotamiento laboral mientras mayor sea la insatisfacción, mayor será la tendencia a experimentar agotamiento.

3.- Tipo de personalidad: Las personas más propensas a desarrollar Burnout son las sensibles, idealistas, excesivamente dedicadas, responsables, perfeccionistas y muy empáticas, pero a la vez obsesivas, omnipotentes, susceptibles de sobreidentificarse con los pacientes, impacientes, intolerantes y que se olvidan del cuidado propio. Pareciera como si estos individuos se preocuparan y cuidaran más de los demás, que de sí mismos; satisfacen sus necesidades y demandas a través del otro.

Por otro lado, la personalidad autoritaria que necesita sentir que está controlando y que nadie podría hacer su trabajo mejor que él, así como el sujeto que posee baja autoestima y se involucra para "restaurar e incrementar su propia autoestima", tiene mayor riesgo para experimentar Burnout.

Maslach (1982) agrega otro factor de personalidad en el Burnout. El individuo necesitado de ser aprobado y aceptado por las demás personas. Razón por la cual será muy dependiente y trabajará muy duro para complacer y satisfacer todas las demandas de sus pacientes.

4. - **Sobrecarga de trabajo autoimpuesta:** Los sujetos de mayor riesgo dentro de esta área, son los que trabajan más tiempo del debido con una recompensa financiera mínima y/o que utilizan el trabajo como sustituto de la vida social y/o familiar.

Causas Institucionales:

En 1980, Cherniss señaló, que las personas que laboran en trabajos extremadamente demandantes, frustrantes o aburridos, tienden a cambiar más negativamente, que las personas cuyo trabajo es interesante, apoyado y estimulado. Este autor, a diferencia de Maslach que propone que la principal causa del Síndrome de Burnout es la interacción humana estresante, considera que la interacción profesional con la organización o institución es la causa más importante.

Farber (1985), Maslach (1982), Edelwich y Brodsky (1980), Cherniss (1980) y Florez (1994), coinciden en que el medio ambiente institucional que desencadena el Burnout, tiene en común la "sobrecarga". Están de acuerdo además en que el trabajo en el área de servicio asistencial es más propenso a causar el Síndrome de Agotamiento cuando se lleva a cabo en una institución.

Por lo que dentro de las causas institucionales que pueden ser las causantes de desarrollar el Burnout se encuentran: demasiadas horas de trabajo, falta de autonomía, insuficiencia de recursos, demandas excesivas de productividad, inadecuado entrenamiento profesional, ambigüedad y conflicto de rol, remuneración baja, discriminación sexual, financiamiento y apoyo institucional inadecuado, exceso de pacientes que atender por falta de personal, escalamiento administrativo, falta de supervisión y retroalimentación por parte de los superiores y de los compañeros. (Franco, 1997).

Características de los pacientes

La interacción del profesional con el paciente es a la vez una fuente de satisfacción, de estrés y agotamiento emocional. El tipo y grado de problemas que tiene el paciente, su pronóstico, las actitudes y comportamiento que muestre, son elementos que pueden aumentar o desencadenar el síndrome de Burnout.

Cherniss (1980) menciona que cuando los pacientes están motivados y con una buena respuesta, pueden ayudar a facilitar el proceso y hacen el trabajo más estimulante para el profesional. Pero cuando el paciente es resistente o apático, la tarea del profesional se vuelve más difícil y existe un sentimiento de que el primero no está cumpliendo con su parte del "contrato" (Gómez, R. A. 1998).

Los pacientes son personas con problemas, ya sea que se encuentren enfermos, incapaces de cuidarse a sí mismos o experimentan algún otro tipo de dificultad. Esta parte negativa es lo que el profesional recibe, lo cual genera una tendencia a que ponga menor atención o incluso ignore lo que es bueno y saludable de los pacientes. Como consecuencia de enfocarse en lo negativo, la interacción entre el profesional y el paciente está frecuentemente cargada de sentimientos fuertes como dificultad, miedo, frustración o enojo. Estos sentimientos pueden ser experimentados por ambas partes en dicha relación (Maslach, 1978).

Maslach (1982) también propone que si la naturaleza del contacto del profesional con la gente es especialmente desgastante, deprimente o difícil, entonces quien provee la ayuda puede desarrollar más percepciones negativas o deshumanizadas, acerca de los pacientes.

Existen varios tipos o características principales de los pacientes, que forman parte importante en el proceso de Burnout.

1. - *El paciente dependiente.* Cuando un paciente es dependiente de la persona que lo atiende y no acepta la responsabilidad de su mejoría, esto puede ser un elemento causante del desencadenamiento del Síndrome de Burnout. Asimismo, el paciente que le da un sentido de importancia y omnipotencia al profesional, es un paciente desgastado por su demanda ilimitada (Maslach, 1978 y 1982). Así pues, el sentirse responsable por la vida, salud o bienestar emocional de otro ser humano, especialmente cuando éste deposita los problemas en el profesional sin aceptar que la resolución depende de él, aumenta las probabilidades de desarrollar el Síndrome de Burnout.

2. - *El paciente difícil*. No todos los pacientes son agradables y habrá algunos que sean agresivos, prepotentes o cínicos. En estas situaciones y principalmente en instituciones, todos los pacientes deben ser tratados por igual sin importar las características personales. El profesionalista debe manejar los conflictos, escuchar y lograr un contacto cercano y humano, aunque su paciente le sea de total desagrado. Es entendible que en ocasiones el trato en estos casos no sea el ideal, por el rechazo provocado en el que presta sus servicios (Maslach, 1978 y 1982).

3. - *El paciente que no da retroalimentación positiva*. Maslach (1982) sostiene que el profesionalista que presta ayuda constantemente escucha quejas y críticas, es decir, cosas negativas sobre el trabajo que realiza, tanto porque el paciente generalmente se encuentra en un estado de angustia, como porque en ocasiones la institución no presta el mejor servicio. Cuando se tiene un logro no se le reconoce por ser lo esperado, pero cuando no, es criticado. Esta situación es una más que puede predisponer el desarrollo del Burnout.

4. - *El paciente con problemas desgastantes*. Maslach (1978) afirma que algunos pacientes tienen problemas que son emocionalmente más estresantes que otros, como es el caso de los pacientes terminales o con enfermedades mortales. Sin embargo, el trabajar con este tipo de personas, a algunos individuos les afecta y los desgasta más que a otros, por lo que podría pensarse que la influencia de estos casos en el desarrollo de Burnout, dependerá también de la personalidad del profesionalista y de su historia personal.

5. - *El paciente recurrente y que no presenta mejoría*. Los pacientes que regresan una y otra vez, los que tienen problemas crónicos, son los más desgastantes (Maslach, 1982). Tratar con problemas que no desaparecen, que no presentan mejoría, es desgastante y desmotivante para el profesionalista. En cambio aquellas situaciones extremas y críticas son menos deteriorantes, tal vez por que su manejo es más rápido y no permite tener un acercamiento continuo (Maslach, 1978).

1.9 Consecuencias del Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson 1986 (citado en Franco 1997) opinan que las consecuencias del Burnout son potencialmente peligrosas para los profesionalistas, los pacientes y las instituciones en las que interactúan. La persona que brinda sus servicios y posee Burnout, es propensa a problemas de salud, deterioro psicológico, pérdida de la autoestima y una creciente insatisfacción con el trabajo. Además esto puede dañar a los pacientes quienes reciben una menor calidad en el servicio y son tratados con frecuencia de manera inhumana.

Causa daño asimismo a la misma institución, que recibe por parte de los empleados una menor ejecución del servicio y además tiene que luchar ante problemas de ausentismo.

También causa daño a la familia del individuo que presta ayuda, presentándose mayores conflictos domésticos y encontrando un abismo emocional entre los miembros de la familia.

Así pues, los costos para toda la sociedad por el síndrome de Burnout son claramente muy altos (Maslach, 1982), lo que representa implicaciones prácticas significativas, como son el ausentismo, renunciaciones, problemas de productividad, insatisfacción laboral, disminución de la calidad de atención, insatisfacción del paciente y mala reputación de la institución (Snibbe, Radcliffe, Weisberger, Richards y Kelly, 1989).

Cabe señalar que este síndrome no es exclusivo del ámbito de la salud como se señala anteriormente, pero por ser una de las áreas en donde más frecuentemente lo observamos de ahí surge el interés de este trabajo.

1.10 Instrumentos de medición del Burnout

En un principio, las concepciones iniciales del Burnout estaban sustentadas únicamente en la observación clínica. Con el paso del tiempo, la investigación en este tema ha ido en aumento, con lo que se van desafiando las primeras hipótesis, midiendo y cuantificando el proceso del Burnout haciéndose necesario la creación de instrumentos que lo midan o evalúen.

Los dos instrumentos de medición más utilizados actualmente son:

"MASLACH BURNOUT INVENTORY" o MBI (Maslach & Jackson, citadas en Maslach, 1982)

Y "BURNOUT MEASURE" o BM (Pines & Aronson, 1989 citado en Franco 1997, Stavans 1998).

Ambos han sido desarrollados cuidando los estándares de validez y confiabilidad. El uso de múltiples muestras de profesionales y la reapiación de los hallazgos entre las muestras, están bien documentados (Arthur, 1990 citado en Stavans, 1998).

El MBI está diseñado para medir Burnout en profesionales de servicio asistencial y actualmente es el indicador de Burnout más usado en estudios con individuos que se dedican "al trabajo con gente" (Pines & Aronson 1988).

El BM, es más fácil de administrar y de contabilizar que el MBI y puede ser utilizado para el estudio de otros profesionistas (Pines & Aronson, 1989 citado en Franco 1997).

Es también el más utilizado en los talleres, en los cuales las personas pueden medir su propio nivel de burnout. Cada uno de estos dos instrumentos de evaluación tiene un formato de cuestionario de autoreporte, que requiere que los sujetos respondan a ítems en una escala de frecuencias tipo likert. El MBI puede ser completado en 15 minutos y el BM en 5 minutos. Ambos cuestionarios pueden ser administrados tanto individualmente como en grupo (Arthur, 1990 citado en Stavans, 1998).

1.10.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

El desarrollo del MBI fue basado en la necesidad de crear un instrumento que evaluara la experiencia del Burnout, en diferentes trabajadores de servicio a la gente. Las primeras investigaciones fueron de tipo exploratorio, basándose en entrevistas, encuestas y observaciones, encontrando un patrón consistente que los llevo al postulado del Síndrome de Burnout, y a la creación de un instrumento para medirlo. Maslach, con la intención de crear un test sistemático basado en sus ideas, junto con Jackson desarrollaron una escala de medida estandarizada para evaluar el burnout: el MBI (Maslach & Jackson, 1981). La investigación para el desarrollo del MBI fue tomada de una base multicultural, administrándose en distintos idiomas locales; algunos de los países fueron Canadá (inglés), Holanda (holandés) y Finlandia (finlandés) (Schaufeli, Leiter & Kalimo, 1995 citado en Portillo, A., 1998; Schaufeli, W. & Van Dierendonck, D. 1995).

La estructura del MBI fue probada con base en un análisis de factores confirmatorios usando LISREL, con cada una de las muestras originales, empezando con una versión de 28 reactivos de la escala. El análisis identificó 24 reactivos que cumplieron el criterio requerido de asimetría y curtosis (-2.00) y frecuencia de reactivos no contestados (-3.00%).

Un análisis de regresión y análisis de regresión factorial que redujeron el número e reactivos a 16, concluyendo que el factor estructural era invariable entre los países (Schaufeli, Leiter & Kalimo, 1995, citado en Portillo, A., 1998). El primer MBI consistió en 47 reactivos que fueron aplicados a 602 sujetos de diversas ocupaciones de salud y servicio, posteriormente los reactivos se redujeron a 25 reactivos obteniendo 4 áreas fundamentales del síndrome de las cuales una área no fue válida y confiable. El instrumento consta de 22 enunciados, el cual esta dividido en tres subescalas (Pines, 1993):

- 1. Agotamiento emocional:** Comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. La respuesta a esta situación es el agotamiento, la persona se siente desgastada físicamente, sin energía para afrontar

otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo (Física y emocionalmente). Los reactivos que lo integran son 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 Y 20.

2. **Despersonalización:** Es el desarrollo de una respuesta distante, insensible e inhumana. El profesional se puede volver cínico, burlón también puede ignorar las demandas de los pacientes y brindar una insuficiente o nula ayuda, cuidado o servicio solicitado. Los ítemes que lo componen son 5, 10, 11, 15 y 22.

3. **Logro Personal:** El individuo comienza a dudar de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos presentándose sentimientos de frustración, baja autoestima o depresión. Los reactivos que lo integran son el 4,7,9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Pines en 1983 (citado en Franco 1997) señala que estas tres dimensiones no fueron reducidas teóricamente antes de la construcción del test MBI; fueron nombradas después de haber hecho un análisis factorial de información empírica de muestras de profesionales de servicio asistencial.

En México no existe una versión estandarizada del instrumento, sin embargo algunos investigadores han traducido su contenido y han arrojado datos importantes acerca de la validez y confiabilidad del instrumento.

Al revisar la literatura se encontraron algunas investigaciones en las cuales se ha abordado el síndrome de Burnout, desde diferentes perspectivas en población mexicana. Ramírez B. en 1994 realizó una investigación tomando como población 70 psicólogos clínicos, traduciendo el instrumento original al español, encontrando que el 21% de los casos se encuentra moderadamente agotados emocionalmente, el 10% sufría de despersonalización y el 31.4% sufría por lo menos de un nivel moderado de Burnout.

Franco, en 1997 realizó una investigación con 450 sujetos médicos, enfermeras y paramédicos de 10 especialidades que presentan mayor demanda y medio estresante, con ello obtuvo un porcentaje mayor en el factor de despersonalización correlacionándolo con variables sociodemográficas como el estado civil, la edad, el sexo y tener hijos. De estas variables correlacionadas un dato relevante se encontró en las personas que viven en unión libre, las cuales tienen un nivel alto en el área de agotamiento emocional. Otra variable interesante esta dada en las personas que no tienen hijos, mismas que experimentan un mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización.

En cuanto a la especialidad médica los que presentan mayores niveles de Burnout son los de medicina general y un nivel bajo en el servicio de dermatología para el factor de agotamiento emocional; las enfermeras con niveles altos son las de Oncología y las de niveles bajos las de Otorrinolaringología.

Posteriormente Stavans 1998, utilizando Psicoterapeutas, tradujo el instrumento original al español encontrando indicadores de Burnout para estos profesionales de la salud.

Dentro de las investigaciones realizadas en 1998 se encontró un manual de información del Síndrome de Burnout dirigida a médicos en donde sólo abordan los aspectos históricos del síndrome.

De Pablo, G. & Suberviola G. en 1998, realizaron una investigación en médicos de atención primaria utilizando la prueba adaptada al español y los resultados que obtuvieron fueron significativos en agotamiento emocional y despersonalización, para la muestra de atención especializada se obtuvieron resultados significativos en despersonalización y logro personal esto en España.

Terán E. en el 2001 realizó un estudio para detectar los estudios de riesgo sociodemográfico, ansiedad y depresión con relación al Síndrome de Burnout en 90 enfermeras, adaptando la versión original del instrumento al español; encontró que el 48.2% de la población presenta el Síndrome de Burnout mismo que se relaciona con el área de trabajo en la que labora el personal, teniendo las frecuencias más elevadas en la Unidad de Terapia Intensiva y Urgencias. Para la variable ansiedad existió una correlación significativa entre ésta y el Síndrome de Burnout en el 46.4%, también detecto una elevada frecuencia de automedicación 76.8% misma que tuvo una asociación significativa con el Síndrome de Burnout.

Debido a que se cuentan con poca investigación en esta área con personal médico en México, no sólo se retomaron a los médicos y enfermeras, si no también aquellos médicos que se encuentran en formación, de 20 de las especialidades con las que cuenta el Centro Médico 20 de Noviembre ISSSTE clasificándolas dentro del grupo crítico y grupo no crítico.

CAPÍTULO II

SERVICIO MÉDICO.

INTRODUCCIÓN

La medicina es una de las disciplinas humanas de mayor antigüedad entre los hombres, y desde su aparición hasta la fecha ha sufrido muchas modificaciones, diciéndose incluso que la medicina está en crisis; de acuerdo al modelo predominante de enfermedad. Sin embargo cabe preguntarse ¿porqué se encuentra en crisis? Para contestar esta pregunta, podemos remitirnos en primera instancia a la evolución tecnológica que se ha venido dando en las últimas décadas, donde ahora los procesos salud-enfermedad se ven inundados no solamente por la relación médico paciente sino por la relación paciente-tecnología, la cual forma parte cotidiana de nuestras visitas al médico.

Diariamente nos vemos enfrentados a un sin número de cambios mismos que afectan a nuestros sistemas familiar, social y laboral; en este último rubro colocamos al sistema del cual forma parte el hospital que teóricamente es un sistema abierto, que mantiene relaciones de intercambio con su entorno. Debiendo existir una relación de interdependencia entre entorno y sistema, de modo que un cambio de aquel se traduzca en cambios de éste.

Así, los cambios en el sistema familiar terminan traducándose en ciertos efectos en el sistema hospitalario o laboral. Por ello, el hospital no puede convertirse en un sistema cerrado en sí mismo, pues difícilmente podrá lograr sus objetivos terapéuticos y sociales.

El sistema hospitalario tiene que apoyarse necesariamente en todas las posibilidades sociales, de tal suerte que los profesionistas sanitarios, médicos y enfermeras, se sientan más valorados, se conozca mejor sus actuaciones y sacrificios frente al enfermo y, en consecuencia, la sociedad apoye todos los aspectos reivindicativos de los profesionistas sanitarios, una vez que es conocida su labor, entrega, profesionalidad y vocación suficientemente demostradas. Probablemente este tipo de interacción social —que es necesario vincular de forma adecuada— contribuya a la motivación de los médicos y enfermeras y a moderar en gran parte, el estrés que en la actualidad amenaza a un gran número de profesionales del campo de la salud.

Los hospitales han sufrido un proceso de burocratización que inexorablemente neurotizan intensamente al personal sanitario, y por supuesto a los propios pacientes. (Florez, 1994). Al mismo tiempo el desarrollo tecnológico del último siglo, y en particular de los últimos 50 años ha llevado a una modificación extraordinaria del ejercicio médico. Por lo que el médico en la actualidad debe de estar informado y actualizado en los nuevos temas de medicina, ya que algunos hechos actuales serán hipótesis desechadas el día de mañana.

Queda muy lejos los días en los que los médicos trataban a sus pacientes armados exclusivamente de su experiencia clínica, un termómetro, un reloj, en estetoscopio y un recetario.

Hoy día, gracias a la incorporación en la práctica médica de una serie de avances tecnológicos originados dentro del marco de las ciencias biológicas, así como de otras ciencias aplicadas pero incorporadas a la rutina médica, se ha logrado que el que hacer médico se perfeccione, se haga más científico, más complejo, más eficaz pero, al mismo tiempo, esto ha propiciado que la antigua imagen del médico se borre y pierda su nitidez, colocándolo casi en la categoría de entelequia (Tommasi, N.1974).

Cada vez se van haciendo más complejos los cuidados de los pacientes, por lo que el esfuerzo de atención, cuidados, responsabilidad o entrega de personal aumenta hasta límites insospechados; a esto hay que añadir el problema de las guardias (con todo lo que supone en los ritmos biológicos), la insuficiencia de personal en muchos servicios y el esfuerzo intelectual continuado que supone la lectura de libros y artículos de la especialidad para tratar de estar al día.

En realidad lo que sucede es que el médico no tiene tiempo para ocuparse de sí mismo (relaciones sociales, aficiones, entretenimientos, relaciones familiares, deportes, etc.) y, en consecuencia, se produce con relativa facilidad una ruptura de su yo, lo que es lo mismo que la pérdida de autocontrol y la manifestación de conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, ansiedad, mal humor, etc.) (Florez, 1994).

Es como si la imagen del ejercicio médico perdiera su forma humana, calurosa, solidaria y se encaminara hacia equipos, aparatos y computadoras, ¿acaso más eficientes e infatigables?, pero fríos e indiferentes con los cuales no hay diálogo posible, sólo respuestas específicas a problemas concretos.

La demanda de los servicios médicos en la actualidad ha incrementado considerablemente ya que no es lo mismo planear y administrar las actividades de un médico, o de un grupo de médicos que tienen que cuidar y mejorar la salud de un número

limitado de personas, que hacerlo para enfrentarse y satisfacer las necesidades de servicios médicos para miles y, en ocasiones, para millones de seres humanos.

Aunque en el primer caso no es fácil, es innegable que el segundo reto demanda, además de mayor responsabilidad y mayor preparación una mayor creatividad y entrega. Sobre todo porque, además del número de servicios por otorgar, tiene que organizarse éstos para satisfacer al variante y heterogéneo conjunto de seres humanos por servir (Tomassi, N. 1974).

También hay que añadir ciertos factores económicos, ya que el bajo salario entre los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) es una fuente también de frustración. Al mismo tiempo, sus aspiraciones de promoción profesional en función de dedicación, esfuerzo y estudio, difícilmente son satisfechas, lo que origina desidia y desilusión.

En el caso de las enfermeras, la situación de degradación psicológica de su propio yo viene dada por que, además, realizan trabajos que no son de su estricta competencia (trabajo de auxiliares, celadoras, trabajadoras sociales, secretaria, etc.). Igual tipo de labores que tiene que llevar a cabo muchas veces el médico, con lo que no puede atender adecuadamente a sus pacientes (Flores, 1994).

2.1 Organización

La mayoría de las organizaciones depende del modelo clásico para crear estructuras porque está relacionada con los elementos esenciales de una institución, tales como el poder, la responsabilidad, la división del trabajo, la especialización y la interdependencia de sus partes.

Los avances modernos han modificado la teoría clásica, pero sus elementos esenciales permanecen y deben entenderse para poder trabajar con los miembros de la organización. La estructura organizacional es importante porque determina parcialmente el poder de las personas y la percepción de sus distintas funciones (Davis & Newstrom, 1996).

El proceso organizativo puede verse de dos maneras. Puede considerarse un proceso creativo, en el que un gran número de pequeñas unidades de trabajo se convierten en diferentes departamentos, secciones y, finalmente, en toda una institución. O también una organización puede considerarse como un proceso analítico por el cual un área particular de trabajo se subdivide en secciones, departamentos y finalmente, en trabajos asignados a diferentes personas en particular.

Este último enfoque es más apropiado cuando se trata de organizar un grupo laboral, porque se empieza con la cantidad total de trabajo que debe hacerse. Vista de esta forma, la organización se logra mediante la división y la delegación del trabajo.

La forma en que puede dividirse el trabajo se ilustra considerando que un triángulo pequeño representa el trabajo que un departamento debe realizar, donde existen varias personas, incluyendo el jefe de departamento, disponibles para hacer la tarea. El jefe del departamento organiza el trabajo dividiéndolo en niveles y funciones y posteriormente asignando personas y recursos para la labor. Esta división en niveles se llama *proceso de jerarquía* porque proporciona un grado o escala de labores de acuerdo con los niveles de autoridad y responsabilidad. Este proceso es casi universal y existe donde quiera que se encuentre una relación supervisor-subordinado (Davis & Newstrom, 1996).

De acuerdo con la división de niveles, el trabajo debe dividirse en diferentes clases y obligaciones, a lo que se le llama división de funciones. El crecimiento de la tecnología, la división del trabajo o la intensificación y expansión de la especialización y expansión de la especialización, hacen que el hospital sea un sistema complejo de división del trabajo, con una elevada jerarquía de autoridad, canales formales de comunicación y un conjunto de reglas normativas. En la actualidad, existen dos líneas de autoridad paralelas: la administrativa y la profesional.

Es frecuente la aparición de conflictos que, en gran medida, obedecen al choque entre conjuntos de valores distintos; el sistema profesional pone énfasis en el servicio que es necesario dispensar y en la humanización de la asistencia médica (Florez, 1994).

Las interrelaciones y obligaciones determinadas por la división del trabajo se comunican y asignan a las personas por medio de la *delegación*, que se define como asignación de labores, autoridad y responsabilidad hacia terceros. Cada persona que acepta una asignación se convierte en un delegado del gerente o jefe y es responsable de la asignación. La delegación permite que los jefes extiendan su influencia más allá de sus propios límites personales de tiempo, energía y conocimientos.

Cabe hacer mención de que existen dos tipos principales de organizaciones a saber, que son: las *organizaciones mecanicistas* y las *orgánicas*. La mecanicista se adapta a la forma tradicional jerárquica de organización. Las personas se especializan en muchas actividades supervisadas por varios niveles jerárquicos. Un nivel mayor tiene más poder e influencia y, así sucesivamente (jefe de servicio, médicos adscritos, médicos residentes de diferente año y enfermeras), hasta que llega la cúspide, en donde se encuentra la dirección central de toda organización.

El trabajo se programa cuidadosamente, las tareas son estables, los roles son bien definidos y por líneas jerárquicas fluye la comunicación formal. Toda estructura está organizada como una máquina bien diseñada (Davis & Newstrom, 1996).

Las organizaciones orgánicas son más abiertas y flexibles. Las tareas y los roles están menos rígidamente diseñados, lo que permite que la gente se adapte más a las necesidades de cada situación. Burns & Stalker en 1961 demostraron que las formas mecanicistas son más eficientes que las orgánicas en determinadas situaciones. Cuando las tareas son estables y bien definidas, la organización mecanicista tiende a superarse cuando ocurren pequeños cambios muy poco a poco. Si son mínimos los cambios en la tecnología, el mercado y otros elementos del ambiente, entonces la estructura mecanicista parece más eficaz; las actitudes de los empleados también son un factor de contingencia. Si los trabajadores prefieren tareas unitarias y la supervisión de otros, entonces la forma mecanicista cubre más sus necesidades, si se sienten amenazados por la ambigüedad o la inseguridad, entonces el enfoque mecanicista es mejor. (Davis & Newstrom, 1996)

Día con día la tecnología avanza e invade nuestra vida y esto se refleja aún más en los ámbitos intrahospitalarios donde para realizar un mejor diagnóstico implica el uso de tecnología de punta que pueda limitar el rango de error que se tienen frente a un paciente que quizá prontamente pueda fallecer, si no se le hacen las maniobras necesarias y en el tiempo en que se requieren, así el trabajo intelectual requiere una cualidad de motivación diferente que la del trabajo manual.

Normalmente, una persona puede ser persuadida por medio de la autoridad para que cave un pozo. La amenaza del castigo generalmente es suficiente para lograr resultados. Sin embargo, se requiere una motivación más avanzada para llevar a una persona a hacer investigación o a escribir textos creativos de publicidad.

En este contexto se han identificado como particularmente importantes: cuestiones referentes a conflictos jerárquicos, poder, asignación de recursos y problemas profesionales. Sudnow y Strauss y Glaser 1975 (citados en Smith, C.1988, pag. 24) han señalado el énfasis que se ha puesto en la competencia y eficiencia técnica en la organización y servicio de los hospitales, aspectos que rigen, a su vez, los métodos empleados para tratar con paciencia los pacientes desahuciados y sus familias.

Se ha reconocido que existen dificultades en lo que se refiere a la posición profesional, comunicación, diferentes prioridades y enfoques para la toma de decisiones, y la relación entre los médicos y las enfermeras (Smith, C.1988).

El trabajo intelectual requiere de una motivación interna y un medio motivacional más positivo. Si los empleadores de trabajadores de conocimientos no ofrecen este tipo de medio, sus empleados trabajan menos eficientemente o bien se agotan más al verse constantemente presionados por los avances y las demandas de su medio circundante. A este respecto podemos agregar que dentro del campo de la medicina ahora tenemos un órgano que se ocupa de castigar los errores que se puedan cometer dentro de la práctica médica, la COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (su página electrónica es www.conamed.gob.mx), la cual se formó en 1996 para brindar al público la posibilidad de ventilar inconformidades por supuestos casos de negligencia médica.

El riesgo de error es una constante que acompaña a la participación humana en cualquier actividad. De acuerdo con estimaciones derivadas de dos estudios realizados recientemente, cada año mueren de 44 mil a 98 mil estadounidenses por errores médicos.

El cálculo más conservador colocaría a estas equivocaciones como la octava causa de muerte en E.U, superando el número de fallecimientos por accidentes en vehículos automotores, por cáncer mamario y hasta por SIDA. A pesar de que los errores no siempre son tan graves como para producir la muerte de los pacientes, impactan severamente los costos de la atención sanitaria y la calidad en los servicios. Prolongan también la estancia hospitalaria y generan gastos adicionales de tratamiento

Pero, ¿por qué ocurre esto en ocasiones con tanta frecuencia?. Cabe señalar algunos de los factores que podrían estar interviniendo en esto: los doctores tienen condiciones de trabajo inadecuados y salarios raquíticos en relación con la responsabilidad que deben enfrentar, mismo que los obliga muchas de las veces a tener una doble jornada de trabajo y mucho menos horas de descanso. En los servicios de urgencias existe sobrecarga de trabajo, déficit en medios de diagnóstico y de personal. (López, S. 2000)

Dentro de las funciones médicas y de enfermería, las situaciones que conllevan poca estratificación favorecen la fluidez de la comunicación con los pacientes y un mejor desempeño de las funciones de enseñanza que en las que prevalece una rígida estratificación. De igual manera, aumenta la comunicación, la tolerancia, la colaboración y el apoyo psicológico entre médicos y enfermeras, aumentando ostensiblemente su satisfacción profesional y motivacional.

Justamente por la insatisfacción profesional psicológica y comunicativa que aparece en el seno del hospital entre médicos y enfermeras, se va formando una organización informal que, en cierta medida, trata de paliar los conflictos cotidianos que surgen con la estructura hospitalaria, particularmente con los órganos administrativos. Dicha organización está diseñada de acuerdo con la comunicación, comprensión e incluso, el afecto de sus

componentes, apareciendo también la figura del líder y una estructura sociométrica muy peculiar.

En efecto, sus componentes se proporcionan apoyo mutuo, al tiempo que se reduce el estrés y aumenta la sensación de protección frente a otras estructuras más agresivas y competitivas (Florez, 1994).

El propio sistema hospitalario desencadena, al igual que en el paciente, un proceso de "despersonalización" que se produce a través de los diversos modos de funcionar el sistema. La rutina de los procedimientos, la burocratización imperante, la interrupción de las actividades diarias, la existencia de distintas líneas de autoridad, la falta de participación en la organización del sistema y de la planificación del trabajo, etc. Va produciendo lentamente una deshumanización como consecuencia de las situaciones de ansiedad que se van generando.

Habría que sumar a lo anterior las jornadas de trabajo continuas que se pueden prolongar entre 24 a 32 horas. Por lo que la reducción de los períodos de sueño normales para el individuo provoca importantes trastornos del carácter o de la conducta, hasta el punto de originar crisis neuróticas que repercuten negativamente en la relación médico-paciente (Florez, 1994).

2.2 Hospital 20 Noviembre (ISSSTE): su organización

El hospital 20 de Noviembre se crea en 1960 por decreto del entonces Presidente Adolfo López Mateos y fue inaugurado el 16 de mayo 1961. Dos mil ochocientas personas laboran durante todo el año para dar atención requerida a un promedio de 25 mil derechohabientes por mes. 1,464,455 horas de trabajo anuales acumula el personal médico y técnico del hospital; las enfermeras 2,422,635 horas; 744,965 horas el personal administrativo.

Cuenta con 915 camas, 672 censaes y 243 de tránsito, y 124 consultorios. Funciona con un nivel de ocupación que casi alcanza el 90%. Interna a pacientes provenientes de toda la República, cuando su enfermedad se requiere tratarse con determinado grado de especialización médica, ya que se cuenta con lo más moderno dentro del hospital (Zepeda V, J. 1994).

También se atienden padecimientos correspondientes a tercer nivel, es decir de alta especialidad, esto es aquellos cuya naturaleza hace necesaria la disponibilidad de recursos tecnológicos, para su diagnóstico o tratamiento complejos y, casi siempre sumamente costosos. (López H, M. A. 1994)

Dentro de las prestaciones con las que cuentan como trabajadores son las siguientes:

- Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.
- Seguro de accidentes de trabajo y (readaptación de invalidez) y enfermedades profesionales.
- Re- educación y readaptación de invalidez
- Promociones que mejoren la preparación técnico y cultural del trabajador
- Crédito para la adquisición de casas o terrenos
- Arrendamiento de habitaciones económicas.
- Prestamos hipotecarios
- Préstamo a corto plazo, jubilación, seguro de vejez, seguro de invalidez, seguro por causa de muerte, indemnización global.

Desde 1961 se cuentan con 32 clínicas de las cuales 5 fueron de especialidad y 27 de adscripción. Dentro del hospital se realizan las siguientes funciones: prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación. (Zepeda Várela, 1994).

PERSONAL MÉDICO

EL MEDICO ADSCRITO, se podría definir como el profesional de la medicina que presta su servicio al Instituto de las Unidades Médicas Receptoras de Residentes. Está encargado de proporcionar atención médica a los asegurados, pensionistas y familiares de derechohabientes, y de coadyuvar en el adiestramiento de los Médicos Residentes en su servicio de acuerdo al programa académico de cada especialidad. (ART. 3, Frac IV Reglamento para Médicos Residentes en Periodo de adiestramiento en una especialidad ISSSTE, 1999).

Dentro de la función de la enseñanza e investigación para los jóvenes Médicos residentes que se están formando dentro de una especialidad, independientemente de las actividades académicas (sesiones bibliográficas, anatómo-clínicas, de actualización, etc.) y las sesiones generales del hospital, que se efectúan una vez a la semana, este Centro Hospitalario por convenio de la dirección General del ISSSTE con la UNAM y con el IPN, facilita sus aulas para que se impartan clases a alumnos de la Facultad de Medicina y de la Escuela Superior de Medicina, por profesores que a la vez son médicos adscritos a la institución. (Moctezuma B, 1970).

Con relación a los Médicos que se encuentran en proceso de formación en alguna especialidad (Médicos Residentes); para poder ser aceptados concursan a través de un Examen Nacional para aspirantes Mexicanos y extranjeros a Residencia Médica y solo

el 10 % de los médicos que lo solicitan son admitidos, siendo por tiempo determinado, igual a la duración que establezca el programa académico de la especialidad (Art. 2 Reglamento de Médicos Residentes en Periodo de adiestramiento en una especialidad)

Wit Greene Subdirector del ISSSTE en 1974, al darles la bienvenida al grupo de nuevo ingreso les aseguró: "Aceptemos todos, como cuestión de principio, que la oportunidad que les ofrece el ISSSTE con la residencia, constituye un verdadero privilegio al que deben responder y honrar con gratitud" y añadió " La residencia Médica es para ustedes un privilegio; pero es también la apertura de un periodo extraordinariamente difícil. Sólo lo vivirán airosamente, y lo coronarán con el triunfo, los que tengan fortaleza moral, sentido de responsabilidad, y entrega generosa y continuada a su aprendizaje y a su profesión, y ¿por qué no decirlo? También triunfarán los que tengan resistencia física, por que en el trabajo, si de verdad quieren servir bien, habrán de robar horas al sueño, horas a la holganza, horas o días al suave y cómodo disfrute. Nadie tiene derecho a descansar a costa de lo que tanto dinero y esfuerzo cuesta a los mexicanos"

"No queremos médicos fríos, de mente esquemática y conducta mecanicista: queremos médicos que amen lo que hacen; que vibren ante el dolor de los demás, como si fuera el suyo propio; que sientan al término de cada día la insatisfacción que impulsa a superar lo hecho, el día siguiente. Queremos, y en lograrlo no escatimaremos medios, hombres de recia voluntad, apasionada vocación y moral acrisolada. Aspiramos a obtener médicos sabios; mas estamos convencidos de que, si sólo logramos eso, habremos alcanzado poca cosa. Estamos empeñados en que nuestros sabios sean antes buenos. Creemos, con firme convicción, que bondad es el mejor terreno para sembrar sabiduría" (Wit Greene, A. 1974).

También como residentes cuentan con derechos y obligaciones dentro de la institución.

- Percibir la retribución económica y prestaciones establecidas por el instituto para cada grado de especialidades (beca, ayuda de material didáctico, etc.) (art. 9).
- Recibir alimentación durante el tiempo que permanezca en la Unidad Médica De acuerdo a los honorarios y guardias establecidas y a las necesidades de cada servicio (art. 10).
- Los Médicos Residentes tendrán derecho a un aguinaldo anual.

Y como obligaciones:

- Cubrir la instrucción académica y clínica de acuerdo con el programa vigente de la especialidad (Frac I, art. 13).

- Cumplir con una jornada diaria de trabajo de ocho horas la cual se aplicará de acuerdo a las necesidades del servicio (Frac II, art. 13)
- Laborar a tiempo completo y exclusivo en la unidad médica receptora (frac IV, art. 13).
- Observar las normas éticas y de conducta de la profesión médica en la atención a los pacientes derechohabientes, así como con todos sus compañeros y el personal de las Unidades Médicas (Frac V, art. 13).
- La visita médica de los pacientes la realizarán de acuerdo a las normas establecidas para cada servicio por la Unidad Médica (frac VI, art. 13).
- Cuidar los instrumentos y útiles de trabajo que el instituto ponga a su cargo (Frac VII, art. 13).
- Deberán usar los uniformes reglamentarios que les proporcione el instituto, vistiendo el uniforme reglamentario para uso diario y el quirúrgico en las áreas que específicamente lo requiera (Frac VIII, art. 13).
- Aprobar los exámenes de evaluación de acuerdo a las disposiciones académicas y normas administrativas de la unidad correspondiente (frac IX, art. 13).
- Asistir con puntualidad a las sesiones académicas generales de la unidad Médica (frac XI, art. 13).
- Cumplir con las obligaciones que le sean asignadas por el Jefe de cada Servicio, relativa a sus actividades asistenciales académicas y de investigación (Frac XII, art. 13).
- El diagnóstico, estudio y tratamiento de los pacientes será responsabilidad de los médicos adscritos del instituto, en el adiestramiento clínico que impartan a los residentes, éstos deberán ajustarse a sus instrucciones (art. 15).

Relativo a las guardias que como médicos residentes deben cubrir:

- Las guardias se llevarán a cabo desde el momento de la entrega del paciente hasta el día siguiente, con los horarios acordes a las normas internas de cada servicio. La entrega se hará de manera personal e indicando por escrito los casos graves que ameriten cuidado y atención especial (art. 34).
- La guardia saliente no podrá retirarse del hospital hasta haber hecho entrega de los enfermos, instrumental y útiles de trabajo a su cargo de acuerdo a las normas y procedimientos de cada servicio. (art. 35).

PERSONAL PARAMÉDICO

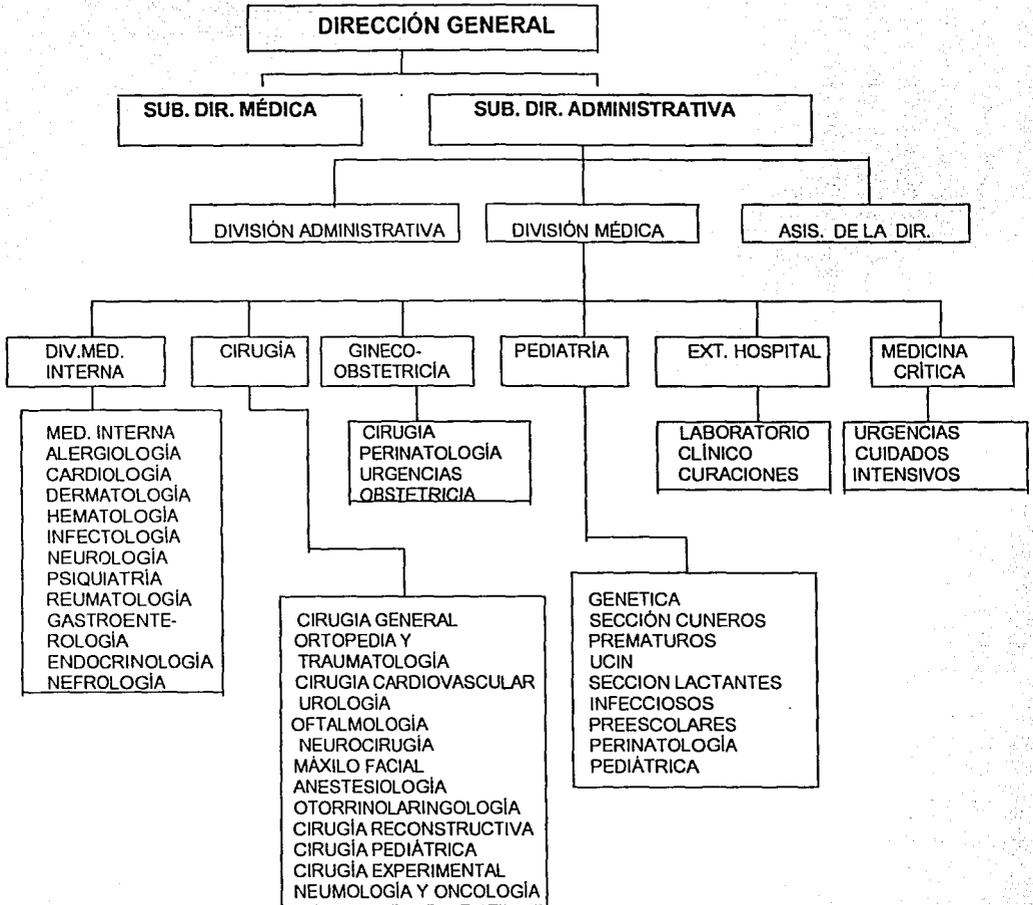
En el caso del personal de Enfermería es importante señalar que dentro del Centro Hospitalario, la Jefatura de Enfermería en la unidad de trabajo cuya misión consiste en proporcionar cuidados de enfermería con el menor riesgo, al más bajo costo posible y con el mayor beneficio y satisfacción del paciente y de su familia en la atención preventiva, curativa y de rehabilitación, cuyos servicios se irradian hasta el ámbito familiar mediante la enseñanza y el ejemplo, posterior a la investigación de sus necesidades

La práctica de la enfermería puede definirse como el conjunto de acciones y cuidados dirigidos a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación, recuperación y rehabilitación; en este contexto se debe responder a las necesidades y demandas de la población derechohabiente con políticas que permitan ampliar todas las prestaciones de servicio de alto grado de eficiencia, eficacia y efectividad.

Mejorar la calidad de atención siempre será una preocupación constante en enfermería. La oportunidad y la humanización en la atención al usuario y el derecho a la salud incluye la seguridad social (Antunez Esthela, 1994), considerando que el personal de enfermería, como ningún otro grupo de la salud, permanece junto al enfermo el mayor número de horas cada día. Por ellas, en una gran medida, los Servicios Médicos del ISSSTE son para los derechohabientes, buenos, regulares o malos. (Antunez, E., 1994)

Por ello también cabe resaltar la importancia de la dosis de los fármacos para lograr respuestas adecuadas, que dependen en gran parte del conocimiento del médico pero también es fundamental el personal paramédico que prepara los medicamentos en los diluyentes adecuados, la dosis indicada por el médico. (Erazo V; G.& Cervantes, G. 1994).

El organigrama dentro de la institución consiste en:



Cada uno de estos servicios cuenta con Médicos Adscritos, Médicos Residentes, Enfermeras, Personal Administrativos y Personal de Intendencia (Zepeda V, J. 1994).

La Unidad de Cuidados Intensivos es el lugar donde se concentran los pacientes más graves de los hospitales para su tratamiento adecuado. Por disponer de área física especial, de aparatos altamente sofisticados y de personal con elevada preparación en el manejo de este tipo de enfermos, que se encuentran afectados seriamente en alguna de sus funciones vitales, y con riesgo grande de pérdida de la vida. (Puneco R. V. 1994).

Otro aspecto fundamental en estas áreas críticas es tener personal humano de alto nivel académico, perfectamente adiestrado en el manejo de los diversos aparatos, con base en los programas de especialización para el personal médico, residente y de enfermería. Como complemento los programas de educación médica continua que permiten sostener el nivel de excelencia en la atención de pacientes críticos. (Puneco R. V. 1994).

Buscando siempre persona con alta calidad humana que se vea reflejada en un trato tolerante, eficiente y sobre todo afectuoso a todos aquellos, que justifican su existencia profesional (Erazo / G. & Cervantes, G. 1994).

2.3 Clima Laboral y Estrés

A partir de los trabajos de Selye en 1940, que establecieron el concepto de estrés dentro de la esfera neurobiológica en un sentido análogo al usado en la física y en la ingeniería, se ha incrementado el interés sobre el tema. En la actualidad, puede hablarse de varias líneas de investigación que tratan fundamentalmente sus ideas a través de una gran cantidad de investigación (Zingerhoss & Marcelissen, 1988; Pollok, 1988; Fleming, Baum & Singer, 1984). Una de las más antiguas es la iniciada con los trabajos de Selye: la perspectiva biológica, que formula la idea del estrés, que lo considera como un estado fisiológico manifestando por el llamado "síndrome de adaptación". La idea básica es que la manifestación del estrés a través del síndrome general de adaptación se da por la emisión de respuestas no específicas del individuo con el fin de adaptarse a las demandas internas y externas. Asimismo, da importancia a la intensidad de las demandas sin que interese que los estresores sean placenteros o displacenteros.

Otra de las líneas de investigación se sitúa en el ámbito de los macrofactores socioculturales y su efecto sobre la vulnerabilidad a la enfermedad y al estrés. Existe una gran relación entre esta línea de investigación y la variable correspondiente a la clase social. De acuerdo con los resultados de la investigación, esta aproximación sugiere que la cultura no sólo influye en las creencias, actitudes y conducta social, sino también, en consecuencia, en los patrones de enfermedad de las personas. El papel de la sociedad, de los cambios que ha sufrido, de los efectos que ha tenido sobre la salud de los individuos a través de la producción de estrés, de los elementos de tipo social y su utilidad para reducir

o aliviar los efectos del estrés. Concretamente, el interés para realizar investigaciones sobre estos elementos (redes, soportes y recursos sociales) tiene sus orígenes en la sociología. A pesar de ello muy recientemente se ha desarrollado un conjunto de investigaciones que han aclarado las condiciones bajo las cuales el mundo social de las personas se relaciona funcionalmente con la salud física y mental (Lieberman, 1982, Thoits, 1986).

Tratando de identificar y conocer el papel que juega el soporte social con relación al estrés y a la enfermedad, se han realizado diferentes investigaciones, por ejemplo el papel del soporte social como reductor-aliviador del estrés después de alguna pérdida, privación o desgracia como reductor del estrés en áreas laborales promotor de la adherencia a los tratamientos médicos.

Se ha diferenciado el tipo de soporte como formal e informal; dentro del primero pueden identificarse como ejemplos los servicios de asistencia social y la psicoterapia proporcionada por los profesionales; dentro del segundo, se incluye a los familiares, amigos y compañeros de trabajo, etc.

Asimismo, por lo común se identifican cuatro tipos importantes de soporte (Thoits, 1986; Meagher, Gregor & Stewart, 1987), que son: el emocional, informativo, instrumental y de evaluación. El soporte emocional incluye el proveer empatía, cariño, amor, estimación, afecto y relación. Este soporte es considerado como uno de los más importantes.

Proveer a una persona con información que pueda usar en el afrontamiento de problemas con personas o con el ambiente, se considera como soporte de información y generalmente incluyen sugerencias, directrices, información y avisos.

La conducta instrumental que ayuda directamente a la persona en la satisfacción de su necesidad o en el afrontamiento de un problema, se considera como soporte instrumental y en él se incluyen las ayudas monetarias, laborales, temporales y las modificaciones directas del medio ambiente.

El soporte de evaluación sólo incluye la transmisión de información como por ejemplo la afirmación de posiciones, retroalimentación y comparación social. Pero ¿cómo opera el soporte social? Cohen y Ashby en 1985 propusieron que el efecto protector del soporte social sobre el "bienestar" ocurre a través de dos procesos y los explica mediante dos modelos de soporte; el llamado "de amortiguación" propone que el soporte tiene un efecto protector o amortiguador contra la influencia patológica de los eventos estresantes. El modelo alternativo propone que los recursos sociales tienen un efecto benéfico *per se* sin importar cuando y dónde la persona está bajo estrés, de acuerdo con este modelo de efecto principal, un efecto benéfico generalizado producido por el soporte social ocurre porque las

redes sociales proporcionan a las personas experiencias positivas y un conjunto de roles o papeles estables y reconocidos socialmente por la comunidad. Esta clase de soporte social es relevante en virtud de que proporciona al individuo afecto positivo, sentido de predicción, estabilidad de las propias situaciones de la vida y reconocimiento de autovaloración. La integración en una red social puede también ayudar a evitar experiencias negativas que en otro momento pueden incrementar la probabilidad de que ocurra desordenes físicos y psicológicos.

Las redes de soporte social están relacionadas con la salud física a través de efectos inducidos emocionalmente en el funcionamiento del sistema neuroendócrino o inmune, o influyen sobre los patrones conductuales relacionados con la salud como el fumar, el uso de alcohol o la búsqueda de ayuda médica.

En una versión extrema se postula que un incremento en el soporte social produce un incremento en el bienestar sin importar el nivel existente de soporte. Por otro lado, considerando que el estrés surge cuando se evalúa una situación como amenazante y no se tiene una respuesta de afrontamiento adecuada (Lazarus, 1966), y teniendo en cuenta además que un solo evento estresante puede no significar una gran demanda de afrontamiento para muchas personas, la acumulación de problemas múltiples persiste y presiona al individuo para resolver el problema, originando con esto la presencia potencial de desórdenes serios (Villalobos, 1998).

Los efectos de amortiguación del estrés producidos por el soporte social pueden ser ubicados en dos diferentes puntos: el primero, puede intervenir entre el evento estresor y la respuesta o reacción al estrés previniendo o atenuando el proceso de evaluación; en otras palabras la percepción de que otros pueden y deben proporcionar los recursos necesarios puede redefinir la potencialidad dañina de la situación particular sea evaluada como altamente estresante. El segundo, el soporte adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos reduciendo o eliminando la reacción al estrés o influyendo directamente sobre los procesos fisiológicos.

El soporte puede aliviar o eliminar el impacto de la evaluación del estrés proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida de éste, tranquilizando el sistema neuroendócrino, de tal forma que la persona sea menos reactiva al percibir el estrés, y facilitando conductas saludables.

Holt en 1982 mencionó que los individuos con elevadas cantidades y recursos de soporte generalmente reportan poco conflicto, poca ambigüedad alta participación y buena utilización de recursos y habilidades. Es importante también resaltar que algunas

investigaciones estén encaminadas a demostrar que la depresión, ansiedad y la irritación pueden ser afectadas por el soporte social proveniente del hogar y del trabajo, y que muchas otras variables se hayan intentado relacionar sólo con el soporte social proporcionando en el escenario ocupacional o laboral (LaRocco & Jones, 1978).

Igualmente, en esta revisión al analizar las tendencias tanto en la teoría como en la investigación del estrés laboral, Holtz en 1982 identificó cuatro fases de desarrollo: 1. La primera fase está caracterizada por los esfuerzos para encontrar y establecer relaciones causa-efecto como, por ejemplo, el tipo estrés-salud o enfermedad. 2. La segunda fase se caracteriza por establecer una gran diferenciación entre variables dependiente e independiente y la cadena causa-efecto. 3. La tercera fase se ubica en el surgimiento o emergencia de teorías y diseños en los que las variables moderadoras juegan un papel explícito. 4. La cuarta fase se ubica a partir de la emergencia de diseños prospectivos (longitudinales) y está caracterizada también por una disminución de estudios controlados derivados de programas terapéuticos que tratan de probar teorías de patogenicidad y crear conciencia o reconocimiento de la complejidad del fenómeno.

Sin embargo cabe mencionar que:

1. Los sentimientos de las personas sobre su trabajo pueden estar determinadas multicausalmente y casi siempre mezclados.
2. El trabajo tiene lugar en un contexto social y cultural en el que muchos e importantes factores conflictivos interceptan.
3. Los trabajadores son miembros de una familia, de la sociedad y de instituciones (religión, recreación, política, educación, etc.) de las cuales derivan una mezcla de costos beneficios, de estrés y de soporte que interactúan con sus vidas laborales en formas muy variables que dependen de la persona, la ocupación y otros factores. (Villalobos, 1998).



Existen algunos acontecimientos importantes, que pueden llevar a cualquier persona al estrés.

Entre ellos están:

- Cambiar de domicilio
- Cambiar de trabajo
- Cambiar de puesto en el trabajo
- Tener un embarazo no deseado
- Casarse
- Tener un hijo
- El (la) hijo (a) se va de la casa
- Pelear frecuentemente con la pareja
- Separarse de la pareja
- Divorciarse
- Separarse de la familia
- La muerte de un ser querido
- Las deudas
- No tener dinero para arreglar el auto o la casa
- No tener tiempo o dinero para divertirse

Cuando se piensa en alguno de estos problemas y se cree que las cosas no tienen remedio o que la solución no está en sus manos, entonces se puede caer en **estrés**. (Reynoso E, L. & Seligson N, I. 2001)

2.4 Vida y Muerte

Dentro de la ciencia médica existe un número amplio de especialidades médicas desde las que van a actuar en el nivel preventivo hasta aquellas que están en el nivel de intervención, de acuerdo a lo anterior cabe señalar que no todas estas especialidades como es de suponerse tienen el mismo grado de dificultad, además de que el tipo de paciente que atienden se diferencia de manera amplia de acuerdo al padecimiento que este presente, de esta forma podemos hablar de aquellas especialidades en las cuales sus esfuerzos y maniobras están encaminadas a lograr la recuperación completa del paciente y que de acuerdo al padecimiento esto es mucho más seguro, aquí podemos englobar dos rubros que nos permitan hacer la diferenciación didáctica de estas especialidades, sin antes mencionar que esta división es simplemente con el fin de poder agregar ciertas características que colaboran para el desarrollo del burnout con mayor facilidad que otras.

Sobre todo por que en la actualidad las personas con padecimientos de cuidado prefieren ser tratados e incluso morir en instituciones hospitalarias que en sus propios

domicilios Cartwrigth (citado en Smith, C.1988) menciona varias razones de esta tendencia: la creciente movilidad; el aumento del numero de mujeres que trabajan fuera del hogar y los núcleos familiares más reducidos que pueden estar separados tanto geográficamente, como los valores y estilo de vida. A un cuando la familia multitudinaria siguiera funcionando como una fuente importante de apoyo social y emocional, podrían aumentar las dificultades que los parientes encuentran para atender en casa, a un paciente. Ya desde 1967, Hinton (citado en Smith, C.1988) menciona que si bien una pequeña porción muere de repente, y otra también pequeña parte está gravemente enferma meses antes de morir, la mayoría de estos enfermos tendrán un periodo de desahucio con atenciones especiales, que dura unos cuantos días o semanas y que generalmente no pasa de tres meses.

Lo que nos lleva a decir que el personal médico y paramédico tienen que acompañar en el cuidado y atención durante por lo menos un año al paciente dentro de la atención, hospitalaria o bien en consulta externa.

CAPÍTULO III

PROCESO METODOLÓGICO

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Continuamente encontramos en los ámbitos intra hospitalarios y específicamente en el equipo de salud situaciones de inhibición e indiferencia con respecto a los pacientes, situación que molesta y es motivo de críticas e improprios; sin embargo poco se ahonda en las situaciones que se hayan dado detrás de estas conductas de ahí que resulte importante también cuestionar el ambiente laboral donde se desenvuelve el equipo, la carga de trabajo, limitaciones de tiempo, aumento de las demandas por parte de los pacientes y sus familiares y la frecuente exposición a la muerte y agonía, todo esto conforma variables generadoras de estrés, por ello la importancia de evaluar el nivel de burnout que puede generarse a causa de todas estas variables a fin de mejorar estas situaciones o bien prevenirlas.

Pregunta de investigación

¿ Existen diferencias entre el nivel de burnout respecto al staff médico, paramédico y la especialidad?

OBJETIVOS

- Identificar si existen diferencias del nivel de burnout en el staffs médico y paramédico.
- Identificar si existen diferencias en el nivel de Burnout respecto a la especialidad.
- Establecer el nivel de validez y confiabilidad del Inventario Maslach de Burnout.

HIPOTESIS

Hipótesis conceptual:

El burnout de acuerdo a Maslach (1982) es un síndrome que se caracteriza por agotamiento mental y físico que condiciona al que lo sufre a tener despersonalización, que se muestra mediante una distancia emocional para con las personas, exhaustividad emocional que se manifiesta en no mostrar sentimientos positivos y de simpatía respecto a los pacientes, y disminución del logro personal donde la persona siente no poder superar sus metas y tiende a posponerlas, por ello quienes constantemente se ven amenazados por ello son los médicos, residentes y enfermeras, en virtud de sus actividades cotidianas, fluctuando en diferentes niveles de acuerdo a la rama del staff médico al que pertenecen.

Hipótesis de trabajo:

Existe diferentes niveles de burnout entre Médicos residentes, enfermeras y Médicos adscritos.

VARIABLES:

V.D. Nivel de Burnout

V.I. Staffs médico y paramédico: Médico adscrito, médico residente y enfermera.

Tipo de servicio: Crítico y no crítico

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Burnout: Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y logro personal reducido que puede ocurrir en los individuos que realizan algún tipo de trabajo con gente (Maslach, 1982).

Staff Paramédico (Enfermera): Persona destinada para proporcionar asistencia, cuidados y atención, que debe recibir el paciente según prescripción del médico, promoviendo la salud, curación, recuperación y rehabilitación. (Antunez, 1994; Espasa Calpe, 1985)

Staff Médico: Persona dedicada a prever y curar el cuerpo humano por medio de procedimientos quirúrgicos o la administración de medicamentos (Espasa Calpe, 1985)

Médico Adscrito: Profesional de la medicina que presta su servicio al Instituto de las Unidades Médicas encargadas de proporcionar atención médica a los asegurados, pensionados y familiares de derechohabientes y de coadyuvar en el adiestramiento de los Médicos Residentes. (Art. 3 Frac. IV Reglamento para Médicos Residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad ISSSTE, 1999)

Médico Residente: Profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica del Instituto. (Art. 3 Frac. V Reglamento de Médicos Residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad ISSSTE, 1999)

Servicio Crítico: Especialidades que se dedican a atender enfermedades o lesiones de mayor estrés y desgaste, encontrándose ante casos de alto nivel de dolor y sufrimiento debido tanto al padecimiento como al manejo y tratamiento que se lleva a cabo con los pacientes e incluso los casos de defunción frecuente. (Franco, 1997)

Servicio No Crítico: Especialidades que se enfrentan con enfermedades o lesiones que implican menos estrés y desgaste con un menor nivel de dolor y sufrimiento y con un bajo índice de defunciones. (Franco, 1997).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Burnout: Será medido a través del Inventario Maslach de Burnout, la cuál mide los tres aspectos constitutivos de este constructo; exhaustividad emocional, despersonalización y disminución de logro personal.

Staff médico: (médico adscrito) especialista que cumple una jornada laboral establecida para su puesto además de tener a su cargo a médicos en entrenamiento. (médico residente) médico en entrenamiento de especialidad médica que se encuentra bajo la supervisión de un médico adscrito, cubriendo guardias nocturnas a la semana.

Staff paramédico: (enfermera) persona dedicada a proporcionar los cuidados indicados por el médico, cubriendo su jornada laboral además de guardias durante la semana.

Tipo de servicio: Crítico, especialidad donde los padecimientos que se atienden son crónicos y con pronósticos de muerte segura, requiriendo mayor atención.

No Crítico: especialidad donde los padecimientos que se atienden son crónicos Pero no implicando necesariamente un pronóstico de muerte.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 90 sujetos que laboraban en servicios críticos (oncología médica, oncología quirúrgica, oncopediatria, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Unidad de Cuidados Coronarios, cardiología, Medicina Interna, infectología, Hematología, trasplantes, Anestesiología) y 90 sujetos de servicios no críticos (oftalmología, otorrinolaringología, neurología, psiquiatría, reumatología, inmunología, ortopedia, dermatología, ginecología) integrado cada grupo por: 30 médicos adscritos, 30 médicos residentes y 30 enfermeras, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 25 y 65 años. El total de la muestra estuvo integrada por 180 sujetos.

MUESTREO

Muestra no probabilística, que se obtuvo del personal de salud (médicos adscritos, residentes y enfermeras) que laboran en el C.M.N. 20 de Noviembre (ISSSTE).

TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio empleado fue correlacional ya que no se manipulo ninguna variable de tres grupos contrastados de muestras independientes. Transversal y Observacional.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Ex post- facto, de tres grupos contrastados de muestras independientes.

MATERIALES :

A) CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Ver anexo apéndice A

Debido a la naturaleza de la cédula y del inventario se mantuvo la confidencialidad de los datos individuales de todos los Médicos y Enfermeras que participaron en la investigación.

B) INSTRUMENTO

- Inventario Maslach de Burnout.

Construido por Jackson & Maslach en 1986 (citado en De Pablo González, R. & Suberviola, G. J. 1998) que consta de 22 ítems divididos en tres subescalas:

- Exhaustividad emocional, consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.)
- Despersonalización, consta de 5 ítems (5,10,11,15 y 22.)
- Logro personal, consta de 8 ítems (4, 7,9,12,17,18,19 y 21.)

Su calificación va de 0 (nunca) a 6 (siempre) lo que representa la frecuencia con la cual experimentan estos sentimientos, la validez y confiabilidad del instrumento esta dada en otras poblaciones de Europa y E. U. mostrando ser una escala que provee información fidedigna acerca del constructo, por no tener confiabilidad ni validez para la muestra en que se empleo se realizaran ambas. El instrumento en español se retomo de De Pablo González, R. & Suberviola, G. J. 1998.

Ver apéndice B

PROCEDIMIENTO

Se aplicó una entrevista estructurada (Ver apéndice A) y posteriormente se aplicó el inventario Maslach de Burnout, a 180 personas que integraron el equipo de salud como se menciono, 90 de servicios criticos y los restantes de servicios no criticos, una vez contestado el cuestionario se realizó la confiabilidad del instrumento para la muestra seleccionada, así como las comparaciones del nivel de burnout en el staff médico y paramédico y el tipo de especialidad.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

1. - Se realizó un análisis de distribución de respuestas para conocer su normalidad.
 - Se obtuvieron medidas de tendencia central.
2. - Se realizó un análisis de ítems para conocer la capacidad discriminatoria de cada reactivo.
 - Se seleccionaron los ítems con mayor calidad psicométrica para incluirlos en el análisis factorial de la prueba.
 - Para observar la congruencia interna de los ítems se intercorrelacionaron con la correlación de Pearson todos los ítems del Inventario de Maslach de Burnout.
3. - Se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax sin restricciones de factores.
4. - Se realizó un segundo análisis factorial con restricción a tres factores, rotación varimax y el método de componentes principales.
5. - Se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach para la consistencia interna sobre los 18 reactivos del inventario de Maslach de Burnout.
6. - Se aplicó un ANOVA one way para variables con más de tres grupos.
7. - Se realizó la comparación de las medias para la variable especialidad a través de los cuartiles.
8. - Se aplicó Pruebas T, para las diferentes variables con dos tipos de grupo.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

El principal objetivo de esta investigación fue encontrar diferencias entre el nivel de Burnout en los tres diferentes grupos empleados (médicos, residentes y enfermeras) a través del Inventario de Maslach para Burnout 1986 (retomado de De Pablo González, R. & Suberviola, G. J. 1998).

De esta manera la labor psicométrica que se expone esta orientada en primera instancia a encontrar los reactivos que midan adecuadamente cada una de los tres factores (Agotamiento emocional, Despersonalización y Logro personal) del inventario y conocer la estructura factorial del inventario en la muestra que se estudió, para con ello derivar un instrumento que en un futuro pueda servir en la realización de próximas investigaciones como un instrumento de medición del síndrome de Burnout

En este capítulo se presentan los resultados del tratamiento estadístico (confiabilidad y validez del inventario, niveles y diferencias entre los grupos).

La exposición de los resultados incluye: la selección de reactivos para su posterior análisis factorial de acuerdo al mayor número de intercorrelación Pearson significativas; los resultados arrojados por los dos análisis factoriales varimax, para conocer la estructura factorial del inventario y el segundo análisis restringido a 3 factores; los resultados del Alfa de Crombach para conocer la consistencia interna de la prueba y la comparación de sus medias a través de pruebas T entre los grupos y factores así como Análisis de Varianza entre los grupos y factores.

Para conocer las diferencias de nivel de Burnout entre grupos, se realizó la comparación de medias y transformación a cuartiles.

La comparación de las diferentes características sociodemográficas con los factores por medio de análisis de varianza y pruebas T.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por personal médico y paramédico del C.M.N. 20 de Noviembre (ISSSTE), la cual fue seleccionada de manera aleatoria.

- a) **Sexo:** De los 180 sujetos que conformaron la muestra, 102=56.66% fueron mujeres y 78 = 43.33% hombres.

- a) **Sexo:** De los 180 sujetos que conformaron la muestra, 102=56.66% fueron mujeres y 78 = 43.33% hombres.
- b) **Edad:** La edad de los sujetos estuvo integrado por un rango que va de los 20 a los 70 años: 20- 30 años = 35%, 31-40 años = 36.66%, 41- 50= 17.77%, 51-60= 1%, 61-70=.55 %.
- c) **Estado Civil:** Un poco más de la mitad de la muestra eran casados N= 99 (55%), solteros N= 66 (36.66%), viudos N=3 (1.66%), divorciados N=8 (4.44%) y unión libre N= 4 (2.22%).
- d) **Hijos:** El porcentaje de los sujetos que si tenían hijos es mayor a los sujetos que no tenían hijos. Por lo que 105 = 58.33% reportaron si tener hijos, mientras que 75= 41.66% respondieron no tener.
- e) **Otro Trabajo:** De los sujetos empleados 73= 40.55% además de laborar en el hospital mantienen otro empleo, mientras que 107= 59.44% solamente laboran en el hospital.
- f) **Practica deporte:** Un 49.44%= 89 sujetos tenían una actividad deportiva, en tanto el 50.55%= 91 sujetos no practicaban ninguna actividad deportiva.
- g) **Años de ejercer su profesión:** La mayoría de la población N=112 (62.22%) tenían de 1 a 10 años de ejercer su profesión, seguidos por aquellos que contaban con 11 -20 años con una N= 38 (21.11%), posteriormente los que tenían de 21 a 30 años con N= 22 (12.22%) y por último los que contaban con 31 a 40 años de ejercer con N= 8 (4.44%).

Los resultados de estas características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1 y 2.

SEXO	FEMENINO =102 (56.66%)		MASCULINO =78 (43.33%)		
EDAD	20-30=63 (35%)	31-40=66 (36.66%)	41-50=32 (17.77%)	51-60 =18 (1%)	61-70 =1 (.55%)
ESTADO CIVIL	SOLTEROS =66 (36.66%)	CASADOS =99 (55%)	DIVORCIADOS =8 (4.44%)	VIUDOS = 3 (1.66%)	UNION LIBRE = 4 (2.22%)
HIJOS	SI = 105 (58.33%)		NO = 75 (41.66%)		
OTRO TRABAJO	SI =73 (40.55%)		NO =107 (59.44%)		
PRACTICA DEPORTE	SI =89 (49.44%)		NO =91 (50.55%)		

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población del CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

AÑOS DE EJERCER SU PROFESIÓN

1-10 AÑOS =112 (62.22%)
11-20 =38 (21.11%)
21-30 =22 (12.22%)
31-40 =8 (4.44%)
TOTAL =180 (100%)

Tabla 2. Años de ejercer su profesión

- h) **Especialidad Médica:** La muestra se integro por 20 diferentes especialidades del C.M.N. 20 de Noviembre ISSSTE, las cuales se pueden observar en la Tabla 3 y 4.

GRUPO CRÍTICO

ESPECIALIDAD	N	%
Oncología Médica	9	5%
Oncología Quirúrgica	9	5%
Medicina Interna	9	5%
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	9	5%
Infectología	5	2.77%
Hematología	8	4.44%
Transplantes	7	3.88%
Cardiología	9	5%
Unidad de Cuidados Coronarios	8	4.44%
Anestesiología	9	5%
Oncopediatría	8	4.44%

Tabla 3. Especialidades grupo critico

GRUPO NO CRÍTICO

ESPECIALIDAD	N	%
Oftalmología	11	6.11%
Dermatología	11	6.11%
Ortopedia	10	5.55%
Ginecología	11	6.11%
Otorrinolaringología	10	5.55%
Neurología	11	6.11%
Psiquiatría	8	4.44%
Reumatología	8	4.44%
Inmunología	10	5.55%

Tabla 4. Especialidades grupo no critico

- i) **Tipo de grupo:** Estuvo integrado por el grupo crítico; especialidades donde los padecimientos que se atienden son crónicos y con pronósticos no favorables =90 sujetos (50%) y los no críticos conformado por especialidades donde los padecimientos que se pueden atender son crónicos, pero no implicando necesariamente un pronóstico de fatal =90 (50%) la descripción numérica de estos grupos se observan en la Tabla 5.

GRUPO CRÍTICO	GRUPO NO CRÍTICO
MÉDICO ADSCRITO =30 (16.66%)	MÉDICO ADSCRITO =30 (16.66%)
MÉDICO RESIDENTE =30 (16.66%)	MÉDICO RESIDENTE =30 (16.66%)
ENFERMERA =30 (16.66%)	ENFERMERA =30 (16.66%)
TOTAL =90 (50%)	TOTAL =90 (50%)

Tabla 5. Variable tipo de grupo

- j) **Tipo de Profesión:** La muestra se conformo por 3 grupos de los cuales 60= 33.33% eran médicos adscritos, 60= 33.33% médicos residentes y 60= 33.33% enfermeras, en la Tabla 6 se observa su descripción por sexo.

TIPO DE PROFESION	
FEMENINO	MASCULINO
MÉDICO ADSCRITO = 16 (8.88%)	MÉDICO ADSCRITO =44 (24.44%)
MÉDICO RESIDENTE =28 (15.55%)	MÉDICO RESIDENTE =32 (17.77%)
ENFERMERA =58 (32.22%)	ENFERMERO =2 (1.11%)
TOTAL =102 (56.66%)	TOTAL =78 (43.33%)

Tabla 6. Variable tipo de profesión por sexo

ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO

2. ANÁLISIS DE REACTIVOS

2.1 CORRELACIONES PEARSON

Para observar la congruencia interna de la prueba se intercorrelacionaron los resultados de los reactivos entre sí, se contabilizó el número de correlaciones significativas de cada uno de los reactivos, los resultados se presentan a continuación:

REACTIVO	Nº de Correlaciones
R1	9 correlaciones
R2	7 correlaciones
R3	11 correlaciones
R4	7 correlaciones
R5	6 correlaciones
R6	11 correlaciones
R7*	3 correlaciones
R8	7 correlaciones
R9*	4 correlaciones
R10	9 correlaciones
R11	7 correlaciones
R12	10 correlaciones
R13	7 correlaciones
R14	6 correlaciones
R15	12 correlaciones
R16	10 correlaciones
R17	11 correlaciones
R18	10 correlaciones
R19	7 correlaciones
R20	7 correlaciones
R21	9 correlaciones
R22*	4 correlaciones

TABLA 7. Frecuencias de correlaciones Pearson Significativas en la intercorrelación de los 22 reactivos del MBI

*Reactivos descartados

Con las frecuencias de las intercorrelaciones se realizó un análisis de frecuencia, como se observa en la tabla 2 el reactivo 7 (3 correlaciones) obtuvo la frecuencia más baja de correlaciones en comparación con los otros reactivos y que el reactivo 15 obtuvo la correlación más alta (12 correlaciones). Con el propósito de eliminar los reactivos con menos consistencia interna de la prueba se estableció el criterio del 15% de las respuestas con menos frecuencias de correlación en cuyo caso están los reactivos 7 (3 correlaciones) 9 (4 correlaciones) y 22 (4 correlaciones).

2.2 ANALISIS FACTORIAL

Para conocer la estructura factorial de la prueba se realizó un análisis factorial con los 19 reactivos que finalmente se aceptaron de acuerdo a los resultados de las intercorrelaciones Pearson. Este primer análisis se efectuó sin restricción de factores con rotación varimax, la comunalidad de los reactivos presentó valores que se encuentran en un intervalo que va de .367 a .781.; se encontró 5 factores con un total de varianza explicada de 62.25%.

Explicando el primero 24.987 % de varianza, el segundo 14.962 % de varianza, el tercero 9.515%, el cuarto de 6.873% y el quinto el 5.913%.

En un segundo análisis factorial se realizó con restricción a 3 factores con rotación varimax tomando en cuenta el trabajo original de Maslach y considerando que en el primer análisis factorial se habían obtenido 5 factores y solo dos tenían más de 3 reactivos y los tres siguientes solo agrupaban uno o dos reactivos.

La explicación de la varianza para este segundo análisis fue del 49.46%, con un intervalo de comunalidad de entre .210 a .756, el primer factor explica el 24.98% de la varianza, el segundo factor el 14.96% y el tercero el 9.51%.

Se empleo el criterio de .30 de carga factorial para considerar que un reactivo cargaba en un factor. El factor 3 estuvo constituido por un solo reactivo (reactivo 10) por lo que no se puede considerar como factor.

Al analizar las estructuras factoriales de ambas pruebas, se observa que el factorial que representa mejor el modelo de Burnout de Maslach, es el segundo donde se tiene 2 áreas de las tres propuestas por la autora, además de contar con cargas factoriales de arriba del criterio requerido de .30, estos resultados se presentan en la Tabla 8.

FACTOR 1 EXHAUSTIVIDAD EMOCIONAL (EE) VARIANZA EXPLICADA 24.98%		
REACTIVO	CARGA FACTORIAL	CONTENIDO
3	.617	Me siento agotado al final de la jornada laboral...
17	-.605	Puedo fácilmente crear una atmósfera tranquila...
18	-.602	Me siento estimulado después de trabajar en contacto.
1	.555	Me siento agotado emocionalmente en mi trabajo
15	.551	Realmente no me preocupa lo que ocurre con alguno de...
16	.539	Trabajar directamente con personas me produce estrés
12	-.536	Me siento muy activo
11	.530	Me preocupa que mi trabajo me este endureciendo emocio...
6	.504	Trabajar con personas todo el día es realmente un esfuerzo...
13	.448	Me siento frustrado en mi trabajo
21	-.433	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con...
14	.410	Siento que estoy trabajando demasiado duro
20	.404	Me siento acabado
5	.379	Siento tratar algunos pacientes como si ellos fueran objetos...
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA 49.46%		
FACTOR 2 LOGRO PERSONAL (L P) VARIANZA EXPLICADA 14.96%		
REACTIVO	CARGA FACTORIAL	CONTENIDO
19	.636	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
2	.630	Me siento agotado al final de la jornada laboral
4	.567	Puedo comprender como se sienten mis pacientes
8	.516	Me siento agotado por mi trabajo
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA 49.46%		

TABLA 8. Resultados del análisis factorial con restricción a 3 factores.

Se observa que el factor 1 esta conformado por 14 reactivos explica el 24.98% de la varianza, contiene reactivos con carga positiva y con carga negativa por lo que se considera un factor bipolar.

Al analizarlos podemos observar que coincide el signo de la carga con los dos polos de la dimensión así por ejemplo en el primer factor (reactivo 3 me siento agotado al final de la jornada laboral...) con carga positiva representa lo contrario a en el segundo factor (reactivo 17, puedo crear fácilmente una atmósfera tranquila...) con carga negativa. En este factor se incluyen 7 reactivos de los 9 señalados por Maslach para el factor Agotamiento emocional más 4 de los 8 reactivos que conforman el factor de Logro personal y 3 de los 5 reactivos señalados para el factor despersonalización de Maslach.

En el factor 2 se agruparon 4 reactivos relacionados con el Logro personal que explica el 14.96% de la varianza, 2 de los 9 reactivos que Maslach señala en el factor agotamiento emocional y 2 de los 8 agrupados en Logro personal; estos cuatro reactivos

presentan cargas factoriales positivas. Sin embargo llama la atención que los 2 reactivos de agotamiento emocional (reactivo 2 y 8 en Maslach) se agruparon con 2 (reactivos 19 y 4) de Logro personal, ya que el factor no es bipolar es decir el reactivo 2 (me siento agotado al final de la jornada laboral) y el reactivo 8 (me siento agotado por mi trabajo) no se consideran como aspectos negativos al igual que el reactivo 19 (he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión) y reactivo 4 (puedo comprender como se sienten mis pacientes)

El total de la varianza explicada por estos factores es del 49.46%.

2.3 CONSISTENCIA INTERNA DE LA PRUEBA

Para obtener la consistencia interna del instrumento se aplicó un análisis Alfa de Crombach sobre los reactivos derivados del análisis factorial.

Los valores de la consistencia interna con alfa no son satisfactorios cuando se consideran por separado sin embargo al tomarse en conjunto estos se encuentran bastante cercanos de lo aceptable, estos resultados se presentan en la tabla 9.

FACTOR	No. de Reactivo	Alfa α
Total	18	.6517
Factor 1	14	.4954
Factor 2	4	.4500

TABLA 9. Puntajes alfa para la consistencia interna del MBI.

Se observa que el puntaje alfa para el factor 1 se encuentra en .4954 y para el factor 2 en .4500, teniendo una alfa total de .6517

Se realizaron gráficas de las medias y la desviación estándar del coeficiente Exhaustividad Emocional de los diferentes grupos donde se observa que los residentes y las enfermeras.

Son los grupos que mayor discrepancia entre puntajes de la media posee que el factor de exhaustividad emocional.

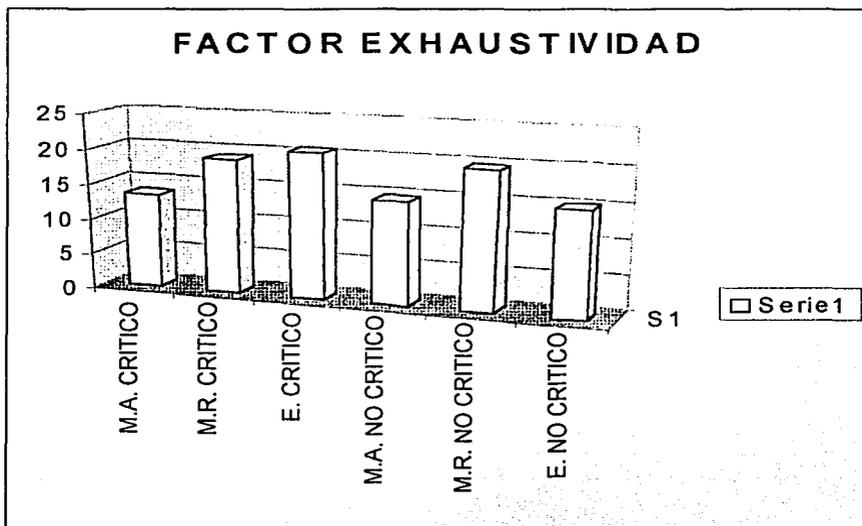


Tabla 10. Coeficiente para el factor Exhaustividad Emocional en relación con la variable profesión

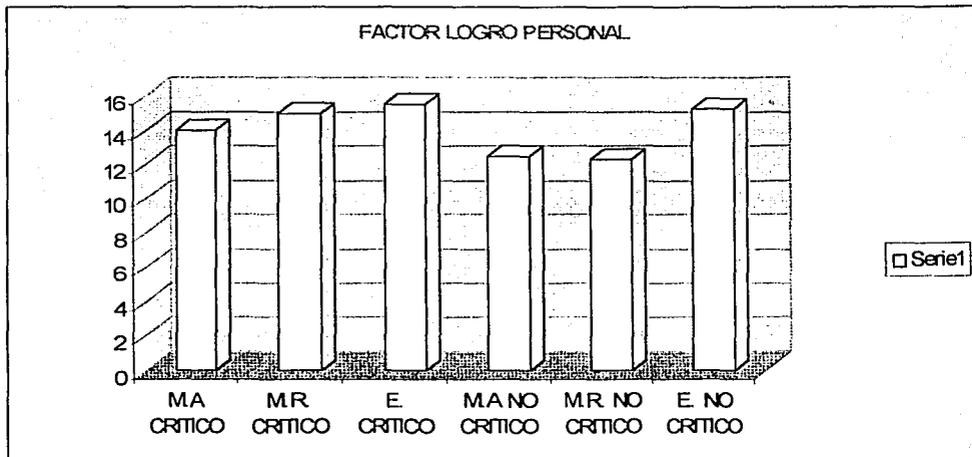


Tabla 11. Factor Logro Personal en relación con la variable profesión.

En esta gráfica se muestran los valores de las medias alcanzados para cada grupo encontrando diferencias entre el grupo de enfermeras del servicio no crítico y los residentes de dicho servicio, estas diferencias también pueden apreciarse en el servicio no crítico sin embargo no son tan marcadas.

PRUEBA DE HIPOTESIS

- Identificar si existen diferencias del nivel de burnout en el staffs médico y paramédico.

Para conocer si existen diferencias entre las variables profesión y la variable tipo de servicio (crítico y no crítico) se realizaron ANOVAS one way sobre el coeficiente de Exhaustividad y el coeficiente de logro. Los resultados del ANOVA se presentan en la tabla 12.

FACTOR EXHAUSTIVIDAD EMOCIONAL

Fuente de la variación	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadratica	F	Sig.
Modelo corregido	990,811	3	330,270	2,529	,059
Intercepción	52565,422	1	52565,422	402,524	,000
PROFESION	910,811	2	455,406	3,487	,033
GRUPO	80,000	1	80,000	,613	,435
Error	22983,767	176	130,590		
Total	76540.000	180			
Corrección total	23974,578	179			

Tabla 12. Resultados del Anova one way para profesión y grupo, en el factor exhaustividad emocional (E.E)

Se observa que el factor profesión produjo efectos significativos ($F=3.487$) con 2 gl y 176 gl $P=.033$ para determinar que las medias influyeron en este resultado se compararon entre si las medias de los 3 tipos de profesión con la prueba de Tukey, los resultados se presentan en la tabla 12.

(I) TIPO DE PROFESIÓN	(J) TIPO DE PROFESION	DIFERENCIA DE LAS MEDIAS (I - J)	ERROR ESTÁNDAR	SIG.
Medico adscrito	Médico residente	-5,3500*	2,086	.028
	Enfermera	-3,8167	2,086	.016
Medico residente	Médico adscrito	5,3500*	2,086	.028
	Enfermera	1,5333	2,086	.743
Enfermera	Médico adscrito	3,8167	2,086	.015
	Médico residente	-1,5333	2,086	.743

Tabla 13. Resultados de la prueba Tukey para encontrar diferencias entre el tipo de profesión en el factor Exhaustividad Emocional.

Se observa que las diferencias entre las medias de los médicos adscritos y los médicos residentes son las únicas que producen un efecto significativo ($P= .028$), los resultados se muestran en la tabla 13.

4. DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS

- Identificar si existen diferencias en el nivel de burnout respecto a la especialidad.

De acuerdo a la hipótesis planteada, para conocer las diferencias que existen dentro de los grupos de las diferentes especialidades, se obtuvieron las medias por especialidad al mismo tiempo se comparo con los cuartiles para dicha población y de ahí deducir cual de las especialidades tenía un mayor coeficiente respecto a los factores manejados para Burnout. Para el factor Exhaustividad Emocional, se observan los puntajes que aparecen en la Tabla 14, cabe destacar que la especialidad con mayor coeficiente fue ANESTESIOLOGÍA, misma que la ubica más allá del tercer cuartil 24.0, con una media de 30.77.

La segunda especialidad que tiene un índice marcado es REUMATOLOGÍA, con un puntaje de 25.87 que al igual que ANESTESIOLOGÍA, sobrepasa el tercer cuartil por lo que se puede deducir que estas dos especialidades son las que presentan un marcado índice de Exhaustividad Emocional.

La especialidad que presento un menor coeficiente fue ORTOPEDIA con una media de 10.70, ubicándose en el primer cuartil, lo cual indica que presentan un menor nivel de exhaustividad emocional.

CUARTIL	25	50	75
MEDIA GRAL. 16.55	MEDIA 9.0	MEDIA 15.0	MEDIA 24.0
ESPECIALIDAD	N	MEDIA	
Oncología Médica	9	16.55	
Oncología Quirúrgica	9	19.33	
Medicina Interna	9	17.88	
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	9	14.55	
Infectología	5	18.20	
Hematología	8	13.25	
Unidad de Transplantes	7	15.57	
Cardiología	9	17.77	
Unidad de Cuidados Coronarios	8	17.75	
Anestesiología	9	30.77	
Oncopediatría	8	12.25	
Oftalmología	11	11.72	
Dermatología	11	18.00	
Ortopedia	10	10.70	
Ginecología	11	14.36	
Otorrinolaringología	10	19.20	
Neurología	11	17.45	
Psiquiatría	8	18.37	
Reumatología	8	25.87	
Inmunología	10	14.80	

Tabla 14. Comparación de las medias para tipo de especialidad y Exhaustividad Emocional.

El segundo factor del Síndrome de Burnout, Logro personal (L.P) comparado con las diferentes especialidades, presento que ANESTESIOLOGÍA cuenta con un puntaje elevado para el factor Logro Personal con una media de 18.00, ubicándola por encima del tercer cuartil (media= 17), para este factor también existe una segunda especialidad con puntajes por arriba del tercer cuartil, CARDIOLOGÍA la cual cuenta con una media de 17.11.

Las especialidades con un coeficiente de Logro Personal bajo son DERMATOLOGÍA con una media de 10.81 e INMUNOLOGÍA con media de 11.30, lo cual las ubica por debajo del primer cuartil media= 12. Estos resultados se presentan en la tabla 15.

CUARTIL	25	50	75
MEDIA GRAL. 14.55	MEDIA 12	MEDIA 14	MEDIA 17
ESPECIALIDAD	N	MEDIA	
Oncología Médica	9	14.55	
Oncología Quirúrgica	9	14.88	
Medicina Interna	9	14.11	
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	9	13.55	
Infectología	5	12.40	
Hematología	8	13.12	
Unidad de Transplantes	7	15.71	
Cardiología	9	17.11	
Unidad de Cuidados Coronarios	8	14.75	
Anestesiología	9	18.00	
Oncopediatría	8	14.12	
Oftalmología	11	13.81	
Dermatología	11	10.81	
Ortopedia	10	13.60	
Ginecología	11	14.09	
Otorrinolaringología	10	15.00	
Neurología	11	14.09	
Psiquiatría	8	12.62	
Reumatología	8	15.00	
Inmunología	10	11.30	

Tabla 15. Comparación de las medias para tipo de especialidad y Logro Personal.

En la comparación general de los factores Exhaustividad Emocional y Logro Personal, para todas las especialidades, se obtuvo que ANESTESIOLOGÍA puntuo por encima del tercer cuartil (media= 39) con una media general de 48.77, seguida por REUMATOLOGÍA con un puntaje de 40.87, lo que las propone como las especialidades que mayor Burnout presentan al englobar los factores E.E. y L.P.

Por el contrario a estas especialidades, aquellas que se encuentran cercanas al primer cuartil (media =22) son ORTOPEDIA con una media de 24.30 y OFTALMOLOGÍA con media = 25.54, que si bien no están por debajo de este cuartil son cercanos a el, por ello se podrían determinar como las especialidades con menor índice de Burnout, los resultados se presentan en la tabla 16.

CUARTIL	25	50	75
MEDIA GRAL. 31.11	MEDIA 22	MEDIA 29	MEDIA 39
ESPECIALIDAD	N	MEDIA	
Oncología Médica	9	31.11	
Oncología Quirúrgica	9	34.22	
Medicina Interna	9	32.00	
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	9	28.11	
Infectología	5	30.60	
Hematología	8	26.37	
Unidad de Transplantes	7	31.28	
Cardiología	9	34.88	
Unidad de Cuidados Coronarios	8	32.50	
Anestesiología	9	48.77	
Oncopediatría	8	26.37	
Oftalmología	11	25.54	
Dermatología	11	28.81	
Ortopedia	10	24.30	
Ginecología	11	28.45	
Otorrinolaringología	10	34.20	
Neurología	11	31.54	
Psiquiatría	8	31.00	
Reumatología	8	40.87	
Inmunología	10	26.10	

Tabla 16. Comparación de las medias para tipo de especialidades y Burnout total.

5. DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Al realizar comparaciones con las diferentes variables sociodemográficas y los factores componentes del Síndrome de Burnout, se encontraron significancias para la variable estado civil se aplicó una Anova one way encontrándose significativo al .001, en relación al coeficiente de Exhaustividad Emocional, el grupo que obtuvo la diferencia significativa fue el de unión libre comparado con los 4 grupos de estado civil, los resultados se presentan en la tabla 17.

FACTOR (E.E)	Sig. .001	
ESTADO CIVIL	N	MEDIA
Soltero	66	1.86
Casado	99	1.54
Divorciado	8	1.67
Viudo	3	1.20
Unión Libre	4	4.10

Tabla 17. Comparación Variable Edo. Civil y factor Exhaustividad Emocional

Se realizaron pruebas T para la variable OTRO TRABAJO además del hospital siendo significativo para los que no tienen otro empleo con el coeficiente de Exhaustividad Emocional al .039, los resultados se muestran en la tabla 18.

FACTOR (E. E)	SIG. 039	
OTRO TRABAJO	N	MEDIA
SI	73	13.73
NO	107	14.34

Tabla 18. Comparación variable otro trabajo Y factor Exhaustividad Emocional.

Comparando la variable de PRACTICA DEPORTE con el coeficiente de Exhaustividad Emocional, se encontraron diferencias al .001, teniendo la media más alta aquellos que no practican deportes, los resultados se presentan en la tabla 19.

FACTOR (E.E)	SIG. .001	
PRACTICA DEPORTE	N	MEDIA
SI	89	14.22
NO	91	19.87

Tabla 19. Comparación variable practica deporte y factor Exhaustividad Emocional.

Para la variable de GRUPO CRÍTICO Y NO CRÍTICO, se encontrarán diferencias significativas en el coeficiente logro personal al .017, teniendo la media más alta el grupo crítico con 14.86, se muestran los resultados en la tabla 20.

FACTOR (L. P)	SIG. .017	
TIPO DE GRUPO	N	MEDIA
CRITICO	90	14.86
NO CRITICO	90	13.34

Tabla 20. Comparación variable Tipo de Grupo y factor Logro Personal.

Cabe señalar que las demás variables sociodemográficas no obtuvieron significancia para alguno de los 2 factores constituyentes de Burnout.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la presente investigación se encontró que los médicos adscritos, residentes y enfermeras de la muestra empleada, presentan niveles diferentes de Burnout de acuerdo a su profesión; de tal forma que también el grupo al que pertenezcan sea crítico o no crítico marca diferencia entre los puntajes. De acuerdo con lo señalado por Maslach en 1982 respecto a que en los profesionistas, en donde frecuentemente hay una carga afectiva; esto puede ocasionar una sobrecarga y consecuentemente un agotamiento emocional, que es la base para desarrollar Burnout.

Dentro del Servicio Crítico las enfermeras presentan medias mayores en comparación con las de un servicio no crítico debido a como lo mencionan Buunk, B. & Schaufeli, W. 1994, Papadatou & Anagnostopoulos 1994; Schaufeli, W. & Janczur, B. 1994; Terán, D. 2001; las enfermeras que trabajan con enfermos terminales o bien con cuidados continuos, son significativamente más depresivas, hostiles, ansiosas, que las que laboran en unidades menos estresantes.

Otro factor importante por mencionar son los roles sexuales, masculino y femenino, ya que la mujer tiende más a involucrarse emocionalmente con la gente, con lo cual corre mayor riesgo de agotarse emocionalmente (Maslach, 1982).

Retomando lo que menciona Ramírez, S., 1994, culturalmente el hombre tiene más posibilidades de expresar y manejar la hostilidad, es decir la mujer por razones culturales y ambientales tiene menos medios de expresión de su agresión, en estas circunstancias la hostilidad reprimida estimularía una mayor cantidad de culpa y a su vez una tensión permanente y crónica.

Lo cual quiere decir que la demanda emocional para una enfermera de un servicio crítico es mayor teniendo como resultado un desgaste físico y psicológico, minando sus energías, manifestandose en una pobre ejecución personal, trato distante avocado principalmente a la parte concreta más que humana de su trabajo.

Siendo todos estos factores un predisponente para crear una barrera que les impide reconocer en el paciente a aquella persona que no solo necesita de la administración a tiempo de su medicamento sino también de una dosis de comprensión y fraternidad de su parte.

funciones de los residentes de años anteriores y de los médicos adscritos; que por tradición tienen una posición jerárquica de mayor peso y con ello una mayor autoridad sobre ellos.

Ciertamente el factor donde se observan medias mayores en Exhaustividad Emocional, sin dejar de lado lo que ocurre con el factor Logro Personal donde el grupo crítico cuenta con puntajes mayores, con medias que tienen poca distancia ya sea entre la enfermera, el médico residente y el médico adscrito.

Por otra parte resalta el hecho que en el factor exhaustividad emocional, las diferencias apuntan hacia el médico adscrito y el residente; por una parte el médico adscrito tiene una responsabilidad mayor respecto a decisiones, la supervisión que debe hacer para aquellos que aprenden, sin embargo el tiempo de estos y la exposición al manejo del paciente es más limitado que el residente puesto que este al tener una experiencia menor recibe una sobrecarga mayor tanto de contacto con el paciente, como el tiempo de estancia en la sede hospitalaria y no solo eso sino que parte del tiempo también abarca el estudio, el cual representa otra fuente de estrés que suma poco a poco los elementos para sentirse exhausto, sin mayor remedio que crear una serie de estrategias que le permitan ir sobrellevando sus funciones aunque pocas de ellas sean realizadas a un nivel óptimo o al menos como el profesional desearía, por lo tanto está continua compensación sobre aquellas situaciones que le sobrepasan va a la larga creando a este médico que se ve en algunas instituciones de mal humor y con la premura de terminar y liberarse al menos por un tiempo del malestar ajeno que oprime al otro, pero no mueve su empatía.

Estos resultados pueden estar mediados por factores como la cantidad de pacientes a quienes hay que atender y las fuentes generales de estrés, como son la problemática dentro del equipo de trabajo, los problemas personales y profesionales tal y como lo señala Flores en 1994.

Así en relación con lo señalado por Pádro en 1982 esto tiene como resultado un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afecta a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente: involucrando un deterioro en la ejecución del tratamiento, crea con ello en los individuos un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y la pérdida de interés por los pacientes, en el proceso de una lucha excesivamente inapropiada por lograr expectativas irreales en el tratamiento de los pacientes.

Los especialistas que poseen un mayor nivel de exhaustividad emocional son los Anestesiólogos y Reumatólogos, éstos dos grupos son los que presentan mayor desgaste físico y que menos tienen que involucrarse con los pacientes como ocurre con los

Los especialistas que poseen un mayor nivel de exhaustividad emocional son los Anestesiólogos y Reumatólogos, éstos dos grupos son los que presentan mayor desgaste físico y que menos tienen que involucrarse con los pacientes como ocurre con los anestesiólogos quienes si bien atienden al paciente pero no lo acompañan en el proceso de la enfermedad.

Sin embargo es en los Anestesiólogos en quien recae una enorme responsabilidad, que obviamente confrontan a sus recursos y a sus capacidades en cada cirugía, ya que su papel se ha tornado cada vez más relevante, que la del mismo cirujano que intervendrá al paciente.

Por lo que el médico Anestesiólogo se convierte en el blanco de protesta en todos los fallos del sistema hospitalario, con lo que se logra herir su narcisismo y su yo, siendo presa de la mayoría de las críticas de la sociedad, con lo que se genera una cierta irritabilidad inconciente que hace que el médico actue de manera defensiva. Lo cual es equiparable a lo mencionado por Florez en 1994.

Respecto al servicio de Reumatología quien también presenta un nivel alto de Exhaustividad Emocional, se podría mencionar que el tipo de pacientes que atienden, son recurrentes y con problemas desgastantes; puntos que Maslach señaló en 1978 como fuentes de desgaste, al igual que Cherniss en 1980 quien menciona que los pacientes que se encuentran motivados y con una buena respuesta, pueden ayudar a facilitar el proceso y de esta manera hacen el trabajo más estimulante para el profesional. Pero cuando el paciente es resistente o apático, la tarea del profesionista se vuelve más difícil y existe un sentimiento de que el primero no está cumpliendo con su parte del contrato.

En cambio los especialistas que presentan bajo el factor Exhaustividad Emocional, es decir que presentan niveles que no apuntan a un desgaste tan marcado son Ortopedia y Oftalmología, quizá estos resultados están mediados en parte por el padecimiento e inclusive por la respuesta al tratamiento.

Para el factor Logro Personal, las especialidades que poseen un nivel alto son Anestesiología y Cardiología; resulta interesante ver como nuevamente los Anestesiólogos ocupan un lugar preponderante, este factor incluye elementos de agotamiento emocional y de valoración de sus habilidades no tanto en el sentido de ejecución sino más bien de comprensión que tal vez pocas veces puedan poner en práctica con sus pacientes, los cuales no son en sí sus pacientes sino que son parte de un momento de su labor, siendo que ellos no representan al médico tratante directo.

Por lo que respecta a Cardiología, esta especialidad está situada en un nivel alto en el factor logro personal, ellos diariamente se enfrentan con un tipo de paciente difícil o bien que no manifiestan una retroalimentación positiva, ya que diariamente tienen que atender pacientes agresivos, prepotentes o cínicos. En estas situaciones y principalmente en instituciones, todos los pacientes deben ser tratados por igual sin importar las características personales. El profesionalista debe manejar los conflictos, escuchar y lograr un contacto cercano y humano, aunque su paciente le sea de total desagrado, siendo entendible que en ocasiones el trato en estos casos no sea el ideal, por el rechazo provocado en el que presta sus servicios, este hallazgo es compatible con lo señalado por Maslach en 1978 y 1982.

Además queda sustentado por lo mencionado por Erazo, R. & Seligson, N. 2001 donde se reporta que los padecimientos coronarios se asocian con un tipo de personalidad tipo A, ya que el mismo paciente lleva por lo general una vida agitada, llena de tensiones, lo cual implica un desgaste importante para el profesional, creando dificultades tanto para el tratamiento como para el mantenimiento del mismo y es de esperarse que el profesional de este ramo se encuentre agotado y aún más sea difícil comprender todos los imperativos de este tipo de pacientes.

Respecto a las especialidades que presentan un nivel bajo en el factor Logro Personal se tiene a la especialidad de Inmunología y Dermatología, ya que quizá ellos llegan a cubrir sus expectativas en su totalidad al tratar al paciente, produciendo un mejor ajuste entre las metas e ilusiones, junto con sus limitaciones personales, profesionales y de los recursos disponibles; tal como lo señala De Pablo González, R. & Suberviola González, J. F. 1998; adaptándose mejor a la realidad de todos los días, manteniendo un grado de ilusión por mejorar a pesar de todo.

Existen algunas variables sociodemográficas que también revelan información acerca del síndrome de Burnout en el factor de Exhaustividad Emocional como son: Estado civil, Otro trabajo además del hospital y Práctica de deporte.

El grupo con mayor nivel de Exhaustividad Emocional es Unión Libre, debido quizá por el hecho de no comprometerse formalmente conforme a los parámetros socialmente aceptables, pues aunque sea un hecho común y que sea parte del pensamiento liberal prevalecen los prejuicios sociales respecto a este tipo de relación, teniendo como resultado una fuerte tensión diaria sumándole al mismo tiempo la tensión de la actividad laboral cotidiana, pues cierto es que las personas que tienen un matrimonio además de hijos tiene una fuente de apoyo y motivación que contribuye a no elevar los niveles de Burnout, tal como lo señala Franco, 1997 esto mismo se apoya en lo que señaló Maslach en 1982, las personas que ya han conformado una familia son menos vulnerables al

Burnout, ya que son individuos de mayor edad, más estables y con más madurez psicológica, al mismo tiempo que el involucrarse con su esposa (o) e hijos les brindan mayor experiencia en el manejo de problemas personales y conflictos emocionales, ya que la familia es más un recurso emocional que una tensión emocional como en el caso de los que viven en Unión Libre, por lo que el amor y el apoyo familiar ayuda a que el individuo afronte las demandas emocionales del trabajo.

Otro factor importante por mencionar es la doble jornada laboral, en relación a tener otro empleo después de trabajar dentro del sistema hospitalario ya que presentan un mayor nivel de Exhaustividad Emocional, claro que no es fácil tratar con problemáticas diferentes y probablemente igual de difíciles todos los días, formando un círculo vicioso de Agotamiento, con lo que se ve afectado el tiempo que dedican a su descanso como lo menciona Florez (1994), mismo que repercute negativamente en la relación médico-paciente. Su productividad se ve disminuida, se deteriora y pospone la atención hacia el paciente y la calidad de ésta, aumenta el ausentismo, los retrasos a la hora de llegada y/o adelanta la salida. Llega a perder el entusiasmo e idealismo este dato es avalado por las investigaciones de Maslach, 1982, Pines & Aronson, 1988, Padró, 1982.

Si bien la práctica deportiva es una manera de liberarse de la tensión y canalizar su energía hacia una actividad diferente, también origina invertir recursos económicos y de tiempo por lo que genera Exhaustividad Emocional, incrementándose este factor en el grupo que realiza alguna actividad deportiva.

Los resultados del MBI para esta muestra apuntan a que el instrumento no agrupa los tres factores del original y que quizá el factor de Despersonalización que no tuvo elementos para integrar un factor pueda estar mediado en parte por la cultura y es que el médico y su rol jerárquico no pueda admitir elementos que impliquen una relación distante con aquel para el cual dedica su tiempo y ayuda, esto socialmente es poco aceptable y es que el valor y el sentido que inviste la figura del médico esta relacionada con la paciencia, la escucha y sobre todo "el poder curar" lo que hace al médico una figura revestida de una serie de atribuciones por parte de los pacientes (Florez, 1994).

El alfa de Crombach sobre los ítems de la prueba revelan que el instrumento por cada área no tiene una buena consistencia interna; lo cual se relaciona con lo encontrado por Hernández, S. 1998, sin embargo el total puede mencionarse que arroja un valor aceptable con lo cual es indispensable realizar modificaciones sobre el instrumento y sobre todo en los factores que lo conforman sobre todo tomando en cuenta el contexto sociocultural del mexicano.

Las conclusiones que se obtuvieron para esta investigación son:

- ❖ El grupo que presenta mayor nivel de Exhaustividad Emocional es el grupo Crítico.
- ❖ Las especialidades que manifiesto mayor nivel de Exhaustividad Emocional se encontró integrada por los Anestesiólogos y Reumatólogos y la especialidad con menor nivel son los Ortopedistas.
- ❖ Para el factor Logro Personal las especialidades con un nivel alto fueron Anestesiología y Cardiología y las de un nivel menor son Dermatología e Inmunología.
- ❖ En cuanto a un nivel general de Burnout las especialidades que presentan un nivel alto son Anestesiología y Reumatología, y las de menor nivel son Oftalmología y Ortopedia.
- ❖ Dentro de las variables sociodemográficas, los que se encuentran viviendo en unión libre presentan un mayor nivel de Exhaustividad Emocional, lo mismo para aquellos que tienen que cubrir además de su trabajo en el hospital otro empleo y aquellos que practican deporte.

Así el producto final del trabajo que aquí se presenta es la propuesta inicial de la necesidad de la elaboración de un Inventario del Síndrome de Burnout para población mexicana retomando los aspectos culturales y psicológicos del mexicano, ya que es un aspecto que poco se considera en el ámbito hospitalario, así también dentro de las propuestas sería el estudio del tipo de personalidad en el profesionista, ya que no a todos los individuos les afecta y los desgasta de igual forma; por ello se sugiere elaborar un programa de las personalidades que estén más proclives a desarrollar Burnout.

Otro factor que sería importante retomar en investigaciones posteriores, es la relevancia de los grupos de apoyo en el trabajo (grupos Balint), lo cual fomentaría una mayor comunicación e interacción de todos los que integran el staff médico.

En otro sentido la propuesta consistiría en indagar como es que la posición jerárquica puede dañar o mejorar el proceso de comunicación y este a su vez crear estrategias para afrontar y combatir el Burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Hilal, M., (1995) Dimensionality of burnout: testing for invariance across Jordanian and Emirati teachers. *Psychological Reports*, 77, 1367-13.
- Antunez, E. (1994) La evolución de los servicios de enfermería en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSSTE. Jornadas Conmemorativas del Nuevo CMN 20 Noviembre ISSSTE.
- Beverly, A. P. (1991) Estrés y rendimiento en el trabajo, transforme las presiones de trabajo en productividad. Ed. Trillas, México.
- Broome, A. (1989) Health Psychology. E.U: Chapman and Hall.
- Buunk, B.Schaufeli, W., & Ybema, Y. (1994) Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1701-1718.
- Centre Américain de Maîtrise du Stress, (CAMS, 1999)
- Chan, D., & Hui, E., (1995) Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *The British Psychological Society*, 65, 15-25.
- Cherniss, C. (1980) Professional Burnout in human service organizations. Nueva York, E. U. Praeger.
- Cohen, S. & Ashby, T. (1985) Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), pp. 310-357.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Pag. WEB WWW. conamed.gob.mx
- De Pablo G. R. & Suberviola, G. J. (1998) Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. Vol. 22 (9), pp. 580-584.
- Davis, K., & Newstrom. (1996) Comportamiento humano en el trabajo, comportamiento organizacional. México: Mc Graw-Hill.
- Daniel, J., & Szabo, I., (1993) Psychological burnout in professions with permanent communications. *Studia síndrome de Psicológica*, 35. 4-5.

- Edelwich & Brodsky (1980) Burnout stages of disillusionment in the helping professions. E. U: Human Sciences Press
- Erazo Valle, G. & Cervantes, G.(1994)_Futuro de la Oncología Médica en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Jornadas Conmemorativas CMN 20 De Noviembre ISSSTE.
- Etzion, D. (1984) Moderating effect of social support on the stress Burnout relationship. Journal of Applied Psychology, 69 (4), 615-622.
- Espasa Calpe, (1985) Diccionario enciclopédico, Tomo II. Madrid.
- Farber B, A. (1985) Stress and Burnout in the human service Profession. New York: Pergamon Press.
- Fleming, R. Baum, A. Singer, J. (1984) Toward and integrative approach to the study of stress. Journal of personality and social psychology 46 (4), p.p. 939-949.
- Florez, L. J. (1994) El síndrome de estar quemado. Barcelona. Edika Med
- Franco B., X. (1997) Manual Integral de Prevención Comparación del nivel del síndrome de Burnout en un grupo de Médicos, Enfermeras y Paramédicos. Tesis de Lic. Universidad Iberoamericana.
- Franco, B., X. (1999) Nivel de Síndrome de Agotamiento en Médicos, Enfermeras y Paramédicos. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría, 6 No. 34 Marzo- Abril.
- Freudenberger, H. (1974) Staff burnout. Journal o social issues, 30 (1,159-166).
- Gómez Reynoso, Adriana. (1998) Efectos Psíquicos Patógenos de la Hospitalización en una unidad de Terapia Intensiva. Tesis de Lic. UNAM.
- Guthrie, E. & Black, D. (1997) Enfermedad Psiquiátrica, Estrés y Aniquilamiento, Avances en Psiquiatría, México, D.F.
- Holt, R. (1982) Occupational stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York: the Free Press.
- Holland, J. & Rowland, J. (1989) Hand book of Psychooncology. E. U. : Oxford University Press.

- Kahill, S. (1988) Symptoms of professional Burnout a review of the empirical evidence. Canadian Psychology, 29 (3), 284-297.
- Lamontagne, Y. (1995) La mi-carrière problème et solution, Gay Saint-Jean Éditeur.
- LaRocco, J. M. & Jones, A. P. (1978). Coworker and leader supports an moderators of stress- strain relationships in work situations. Journal of Applied Psychology, 63(5), pp. 629-634.
- Lazarus, R. S.(1966). Psychological stress and coping process. New York: McGraw-Hill.
- Leiter, M. (1988) Burnout as a function of communication patterns. Group & Organization Studies, 13 (1), 111- 128.
- Lieberman, M. A. (1982) The effects of social support on response to stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press.
- López S, S. (2000) Errores en Medicina. Periódico: La jornada, Lunes en la Ciencia, 26-06-2000, No. 130.
- López H, M.(1994) La cordinación de medicina en El CMN 20 De Noviembre. Jornadas Conmemorativas del Nuevo Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
- Maslach, C., (1978) The client role in staff burn-out. Journal of Social Issues. 34. 111-124.
- Maslach, C (1982). Burnout: the cost of caring. New York, E.U: Pentice Hall.
- Maslach, C. & Jackson, S., (1981) The measurement of experience burnout . Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113
- Meagher, M. Gregor, F. & Stewart, M. (1987) Dyadic social - support for cardiac surgery patients: a Canadian approach Social Science and Medicine 25 (7) p.p. 833-837.
- Medición en Ciencias Sociales (1990) Apuntes Facultad de Psicología, UNAM.

- Mcintine, S. & Miller, L. (2000) Foundation of Psychological Test. USA: Mc Graw- Hill.
- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C. & Stage, C. (1995) Empathy and Burnout in human service work an extension of a communication model. Communication Research. 22 (2), 123- 147.
- Moctezuma B, F.(1970) Seis años de proyección nacional ISSSTE. Las actividades académicas CMN 20 de Noviembre ISSSTE.
- Padró, R. (1982) El síndrome de deterioro (Burnout) en las instituciones de salud mental causas, efectos y alternativas de solución. Tesis inédita de Maestría en Psicología, México D. F. Universidad Iberoamericana.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D., (1994) Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. The British Psychological Society, 67. 187-199.
- Pines & Aronson (1988) Career Burnout causes and cures. Nueva York, E. U. : The Free Press.
- Pollock, K. (1988) On the nature of social stress: production of a modern mythology. Social Science and medicine 26,(3) p.p. 381-392.
- Portillo T, A. (1998) Manual de Información del Síndrome de Burnout, Agotamiento profesional dirigido a médicos mexicanos. Tesina inédita de Licenciatura, México: Universidad Iberoamericana.
- Potter, B. (1987) Preventing job Burnout. E. U. : Consulting Psychologists Press.
- Puneco R, V.(1994) La Unidad de Cuidados Intensivos del CMN 20 de Noviembre. Jornadas Conmemorativas ISSSTE.
- Ramirez B, A. (1994) Estudio exploratorio acerca del nivel del síndrome de deterioro Burnout en un grupo de psicólogos clínicos. Tesis inédita de Licenciatura. México: Universidad Iberoamericana.
- Ramirez, S. (1994) Infancia es destino. México: Siglo Veintiuno Editores.

- Reglamento para Médicos Residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad ISSSTE (1999), subdirección General Médica.
- Reynoso E, L. y Seligson N, I. (2001) Manual para el manejo del estrés. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Riordan, R. & Saltzer, S. (1992) Burnout prevention among health care providers working with the terminally ill: a literature review. Omega. 25 (1), 17-24.
- Robles, M. G. (1995) Identificación de factores asociados al Síndrome de Agotamiento en maestros de Universidades Privadas Mexicanas. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México, D. F. Universidad Iberoamericana.
- Selye, H., (1976) The stress of life. New York: Mc Graw-Hill.
- Schaufeli, W., & Janczur, B., (1994) Burnout among nurses : a polish-Dutch comparison. Journal of Cross-Cultural Psychology, 25, 95-113.
- Schaufeli, W., & Van Dierendonck, D., (1995) A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off for the Maslach Burnout Inventory. Psychological Reports, 76. 1083-1090.
- Snibbe, Radcliffe, Weisberger, Richards & Kelly (1989) Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. Psychological Reports 65, 775-780.
- Smith, C. (1988) Trabajo Social con moribundos y su familia. México: Pax Mex.
- Stavans Fischer, I. (1998) El Burnout del Psicoterapeuta. Tesis de Maestría. México. Universidad Iberoamericana.
- Terán E. D. (2001) Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Angeles del Pedregal, Factores de Riesgo Sociodemográficos, Ansiedad y Depresión. Tesis de subespecialidad de Psiquiatría. México D. F.: Universidad la Salle.
- Thoits, A. P. (1986). Social support as coping assistance. Journal of consulting and Clinical Psychology, 54 (4), pp. 416-423.
- Tommasi N; E. (1974) Conferencia del residente del ISSSTE en la Universidad de Harvard .Periódico ISSSTE, año 1, mes Julio, México D.F.

- Y Van Der Ploeg, H., Van Leeuwen, J. & Kwee, M. (1990). Burnout among dutch psychotherapists. Psychological Reports, 67, 107-111.
- Y Vingerhoets, A. & Marcelissen, F. (1988) Stress research, its present status and issues of future developments. Social Science and Medicine, 26, p.p. 279-291.
- Y Villalobos, E. (1998) El soporte social y su papel en el estrés laboral Psicología y Salud, pp. 57-68
- Y Wit Greene, A.(1974) Servir al pueblo, divisa de los Médicos Residentes de nuestro instituto periódico ISSSTE Año 1, No. 2.
- Y Zepeda V, J.(1994) Conoce tú hospital CMN 20 Noviembre Jornadas Conmemorativas.

APÉNDICE A

DATOS GENERALES

La presente encuesta consta de dos partes una de datos generales y otra en la cual se quiere conocer su opinión respecto a su trabajo. A continuación encierre en un círculo la respuesta adecuada para usted.

PESO -----

ESTATURA-----

SEXO

Femenino = 1

Masculino = 2

EDAD

Años -----

ESTADO CIVIL

Soltero = 1

Casado = 2

Divorciado = 3

Viudo = 4

Unión Libre= 5

¿TIENE HIJOS?

Si = 1

No = 2

TIPO DE PROFESION:

Médico Adscrito = 1

Médico Residente = 2

Enfermera = 3

AÑOS DE EJERCER SU PROFESIÓN: -----

ESPECIALIDAD MEDICA A LA QUE SE DEDICA:

Oncología Médica = 1
Oncología Quirúrgica = 2
Oncopediatría = 3
Cardiología = 4
Infectología = 5
Oftalmología = 6
Otorrinolaringología = 7
Dermatología = 8
UCIA = 9
Ginecología = 10
Otra ----- = 11

NÚMERO DE GUARDIAS QUE CUBRE A LA SEMANA -----

HORAS DE JORNADA LABORAL -----

¿TIENE OTRO TRABAJO DESPUÉS DE SU JORNADA EN EL HOSPITAL?

Si = 1
No = 2

LABORA EN OTRA:

Institución ----- Hrs. ----- a la semana

Consulta Privada ----- Hrs. ----- a la semana

¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?

Si = 1
No = 2

LO PRACTICA EN FORMA:

Amateur = 1
Profesional = 2

¿CUÁL? -----

APÉNDICE B

MBI

A continuación se le presentan algunas proposiciones. Lea cada una de ellas y marque en el recuadro la respuesta que haga referencia a usted. Por favor solo marque una de ellas. Recuerde que debe de dar su opinión acerca de si mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas, sea lo más sincero posible.

Clave

- 0 *siento que nunca lo he experimentado*
 1 *siento que lo he experimentado unas cuantas veces al año o menos*
 2 " " *una vez al mes o menos*
 3 " " *unas cuantas veces al mes*
 4 " " *una vez a la semana*
 5 " " *unas cuantas veces a la semana*
 6 *siento que lo he experimento diariamente.*

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.- Me siento cansado al final de la jornada laboral.							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que hacer frente a otro día de trabajo.							
4.- Comprendo fácilmente como se sienten mis pacientes.							
5. - Creo que trato algunos pacientes como si ellos fueran objetos impersonales.							
6. - Trabajar con personas todo el día es realmente un esfuerzo.							
7. - Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes.							
8. - Me siento quemado por mi trabajo.							

9. - Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas.							
10. - Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. - Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. - Me siento muy activo.							
13. - Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. - Siento que estoy trabajando demasiado.							
15. - Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes.							
16. - Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. - Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18. - Me siento entusiasmado después de trabajar cercanamente con mis pacientes.							
19. - He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. - Me siento acabado							
21. - En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. - Siento que mis pacientes me culpan por alguno de sus problemas.							

**POR SU COLABORACIÓN
GRACIAS !**