

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

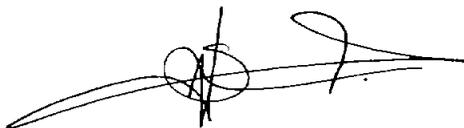
FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.

Tesis que para obtener el titulo en la
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
EN EL PSIQUIATRA: ENCUESTA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DE MÉXICO, D. F.**

Dr. Virgilio Santiago López.
Autor.
Médico Residente de 4º grado.
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".



Dr. CM. Rafael J. Salin Pascual
Tutor Metodológico



Dra. Mirella Márquez Marin
Tutor Teórico.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSYQUIATRIA
CALLE DE LA SALUD S/N
MEXICO, D.F.



2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
EN EL PSIQUIATRA: ENCUESTA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DE MÉXICO, D. F.**

Autor: Dr. Virgilio Santiago López.
Médico Residente de 4º grado.
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Vo. Bo. Dr. Alejandro Díaz Martínez
Coordinador del Departamento de Psicología Médica Psiquiatria y
Salud Mental.

Indice

Marco Teórico

Antecedentes	1
Medición del síndrome de Burnout	4
Orígenes de la detección Síndrome	4
- la teoría de Cristina Maslach	4
Modelos teóricos de Burnout	5
Variables más significativas	5
Variables que influyen en la aparición del burnout en diferentes ocupaciones	7
Definición del término	8
Fases evolutivas del síndrome	8
Sintomatología asociada	9
Diferencia con otras entidades	10
Metodología	
Definición del problema	14
Justificación de la investigación	14
Objetivos: General	
Específicos	15
Hipótesis	15
Diseño de la investigación	
A) Tipo de estudio	16
B) Universo de trabajo	16
C) Tamaño de la muestra	16
D) Criterios de selección en la investigación	
1.- Inclusión	
2.- Exclusión	
3.- Eliminación	16
E) Variables	17
F) Plan de recolección de datos	
1.- Cuestionario sociodemográfico	
2.- Maslach Burnout Inventory	17
G) Procedimientos de recolección de datos	18
H) Consideraciones éticas	18
I) Análisis estadístico	18
Resultados	19
Discusión	23
Conclusiones	24

Virgilio Santiago
López
10 diciembre 2003

Anexo 1
Anexo 2
Bibliografia

26
27
29

PREVALENCIA DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL PSIQUIATRA: ENCUESTA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DE MÉXICO.

ANTECEDENTES. EVALUACION DEL PROBLEMA.

Los médicos, tanto en lo individual como de manera colectiva, son notoriamente negligentes en lo que se refiere a su propia salud. Los médicos pertenecen a un sector privilegiado de la sociedad, ya que en su mayoría gozan, comparativamente, de una buena remuneración, seguridad de empleo, un estatus elevado y un trabajo satisfactorio. Desde una perspectiva epidemiológica, la salud general de los médicos quizás es mejor que la de muchos otros grupos ocupacionales. ¿Por qué enfocarse específicamente en los médicos, cuando los chóferes de camiones, obreros no calificados, madres solteras que trabajan y los desempleados presentan muchos mayores riesgos?.

Existen varias respuestas a esta pregunta, la salud física de los médicos puede ser superior a la de la población en general, no es así en el caso de la salud mental. La falta de salud de los médicos se debe principalmente a una mala salud desde el punto de vista psiquiátrico; y son más proclives a la ansiedad y/o depresión, suicidio, alcoholismo y abuso de sustancias, comparados con otros grupos ocupacionales¹.

Muchos se rehúsan a consultar a los médicos generales acerca de sus molestias físicas y esta evasión se fortalece cuando la dificultad es de origen psicológico. Existen varios factores subyacentes a esta resistencia; tal vez el más importante es el proceso por el cual los médicos proyectan sus debilidades y su vulnerabilidad a sus pacientes lo que los hace sentirse más fuerte y más poderoso. Esta defensa omnipotente es reforzada por la estructura social de las carreras médicas y especialmente por la competitividad inherente a la medicina hospitalaria.

Se supone que los médicos se pueden curar a sí mismos, de ahí que recurran al alcohol, a las drogas, al trabajo compulsivo y a la negación, ya que cada uno de estos elementos le añade una vuelta más a la espiral viciosa. Muchos no se atienden con un médico general, y cuando lo hacen, con frecuencia es un colaborador cercano con quién encontrarían prácticamente imposible discutir asuntos íntimos.

El factor citado con mayor frecuencia como responsable de los niveles elevados de enfermedad psiquiátrica en los médicos es el estrés^{1,2}, ¿Qué hace que el trabajo de los médicos sea estresante y cómo se puede reducir sin poner en peligro la naturaleza misma de su trabajo?.

Algunas de las fuentes de estrés presentes en la medicina resultan evidentes, por ejemplo, las horas de trabajo excesivas y poco agradables, la responsabilidad sobre la vida y la muerte inherentes al tipo de trabajo; otras son demasiado familiares a los médicos -sistemas de jerarquías profesionales inflexibles, intolerancia a la inconformidad y una cultura generalmente "machista"-. Existen evidencias que sugieren que existe una relación entre el control ocupacional y el estrés -mientras uno se siente más controlado por la profesión, el trabajo será más estresante-. Otra fuente potencial de estrés es inherente a las características de personalidad de los mismos médicos².

El término estrés es una abreviatura de una multiplicidad de formas de ansiedad que son experimentales, tanto concientemente como inconscientemente, por los profesionales de la medicina. La naturaleza misma del trabajo determinará la naturaleza de las diversas formas de ansiedad.

En el caso del hospital general; la ansiedad fundamental y específica a la que se enfrenta el médico es la que origina al enfrentar las enfermedades mismas y la muerte de los pacientes. En el

hospital psiquiátrico, es el miedo a la locura o al desplome psicológico. En la medicina forense, la ansiedad de ser coaccionados, seducidos o engañados³.

Para enfrentar estas ansiedades, se construyen estructuras de defensas tanto en el nivel individual como institucional. En la mayoría de las ocasiones, estas defensas cumplen su cometido, ya que permiten trabajar. Pero pueden volverse excesivas, convirtiendo a los médicos en disfuncionales, o en otras ocasiones, pueden fallar, en cuyo caso los enfermaran psicológica o físicamente^{3,4}.

El reconocer la disfuncionalidad en el médico mismo es tarea difícil, si nosotros no podemos vencer nuestra propia renuencia a enfrentar y aceptar la realidad de la enfermedad psicológica, entonces, ¿qué esperanza habrá para el resto de la sociedad?

En el ambiente sanitario la definición del síndrome de Burnout⁵ puede adaptarse como un síndrome de agotamiento o desgaste emocional y escepticismo, específico en médicos y enfermeras en el desarrollo de su profesión, tanto en hospitales como en ambiente ambulatorio o en áreas básicas de salud, en una constante relación de ayuda cara a cara con los enfermos. Esta relación de ayuda de médicos y enfermeras con los enfermos se enfoca alrededor de los problemas de salud de los usuarios que buscan una solución a su estado; por lo tanto, esta relación está cargada de un sinfín de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir ayuda para resolver su problema de salud, perplejidad ante la situación nueva de enfermedad, sorpresa al ser él o ella quien se encuentra de repente inmerso en el proceso de enfermar, miedo incluso desesperación frente a la incertidumbre del desenlace, etc; y si no se acierta a dar una respuesta satisfactoria, o suficiente, a las expectativas generadas por los usuarios, cuando son por problemas de estructura organizativa del propio sistema sanitario o por falta de recursos disponibles, se genera una situación de frustración doble, la del enfermo y la de los profesionales. Esta última la mayoría de las veces no es percibida por los usuarios, pero, en cambio, los médicos y las enfermeras que trabajan continuamente bajo estas circunstancias van acumulando esta frustración y la transforman en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión.

Cuando se producen estas repetidas situaciones, se desarrolla entre los profesionales sanitarios una pérdida paulatina de motivación, que progresa hasta sentimientos de inadecuación y fracaso. Un aspecto clave del síndrome son los sentimientos crecientes de agotamiento emocional: como los recursos emocionales se están agotando, los médicos y enfermeras sienten que ya no son capaces de ofrecer nada de sí mismos en el plano psicológico a los enfermos. Otro aspecto de este síndrome es el desarrollo de actitudes pesimistas y sentimientos negativos hacia los propios enfermos, con los que siguen trabajando y aparece un déficit gradual de preocupación por su salud y de todo sentimiento emocional hacia los enfermos, a los que pueden llegar a tratar de forma deshumanizada e incluso cínica, al considerarlos, en parte, como merecedores de sus propios problemas de salud. Estos dos aspectos del síndrome resultan nucleares en el síndrome de burnout.

Un tercer aspecto del síndrome lo constituye la tendencia a autoevaluarse de forma negativa, sobre todo en lo que se refiere al propio trabajo asistencial. Los médicos y enfermeras pueden llegar a sentirse infelices sobre ellos mismos e insatisfechos con sus logros personales y/o profesionales.

Las consecuencias son potencialmente muy serias, tanto para los profesionales como para las propias instituciones sanitarias, debido al aumento del ausentismo, la desmotivación y baja moral laboral, al tiempo que aumentan los enfrentamientos entre el equipo médico, los médicos y las enfermeras perciben un declive progresivo de su energía, con vaciamiento existencial y disminución de la capacidad de iniciativa, así como disfunciones sexuales en las relaciones de pareja.

En esta situación, el síndrome de burnout va más allá del cansancio emocional, pérdida de motivación, pesimismo y escepticismo en el puesto de trabajo, y se observa un cambio de tendencia con un eventual progreso hacia sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de autoestima característico de la despersonalización⁶; la expresión coloquial en esta fase del proceso del síndrome podría ser: "estoy quemado", " me da todo igual", "no puedo más, estoy rendido", etc.

Los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, bajo los efectos del desgaste profesional, no son conscientes del cambio de comportamiento y deterioro de las relaciones que se está produciendo en su propio ser, más bien lo atribuyen a hechos puntuales en su esfera laboral, como puede ser la acumulación de tareas o atender diferentes actividades al mismo tiempo. Intentan compensar todo ello desarrollando conductas sociales anómalas: como el abuso de medicamentos (anfetaminas), aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otros tipos de tranquilizantes o drogas; sin embargo, poco a poco llegan al convencimiento psicológico de que su labor no es apreciada por el hospital, ni tampoco por los enfermos (cada vez más críticos con los profesionales y no tanto con el propio sistema sanitario), con el cual se incrementa el proceso de pérdida de autoestima y se inicia una disminución en el rendimiento por la aparición de las conductas de evitación y abandono. Simultáneamente, en el ámbito privado suelen aparecer importantes disfunciones familiares y sociales, además de los problemas de pareja ya mencionados.

Debe tenerse en cuenta que la disminución de la autorrealización valora una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo, características de estados depresivos, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones interpersonales, baja profesionalidad, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y una pobre autoestima, denotativos del sentimiento de ineficacia, semejante a la indefensión aprendida. Cuando los profesionales sanitarios empiezan a acusar una disminución en su autorrealización se expresa con comentarios como "no merece la pena intentar tal o cual acción porque hace años que ésta así y no hay quien lo cambie", "te vas a dar contra un muro", "tú, a lo tuyo", etc.

Es importante también el cansancio emocional, definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga y puede mostrar manifestaciones físicas, psicológicas o constituir una manifestación de ambas; es este cansancio emocional el que se identifica como el núcleo específico del desgaste. Por ejemplo, médicos y enfermeras con grados altos de cansancio emocional podrían comentar que "los enfermos son cada vez más exigentes y pesados y, además, se creen con derecho a molestar a cada momento".

En la despersonalización se observa un cambio o tendencia negativa en las actitudes hacia las personas en general que pueden llegar al cinismo, en especial en el trato con los enfermos. Otra característica del síndrome es la percepción deshumanizada que puede llevar a contemplarlos, en parte, como merecedores de sus problemas de enfermedad. La despersonalización se plasma claramente en el trato otorgado, refiriéndose a los enfermos como objetos o seres inanimados.

Los comentarios que se corresponderían a niveles altos de despersonalización podrían ser: " al de la cama 24 hay que darle...", " hay que hacer una punción al cirrótico", "no te preocupes tanto por el SIDA de la 20, después de la vida que ha llevado y las juergas que se ha corrido...", "el esquizofrénico de ayer ya no se le puede hacer nada"⁷.

Los propios Maslach y Jackson⁵ listaron un conjunto de signos y síntomas que configuran el síndrome de burnout:

- 1) Agotamiento emocional, verbalizado con la expresión: " no puedo más".
- 2) Quejas contra todo y contra todo el mundo a su alrededor, incluyendo la organización en la que se trabaja.
- 3) Fatiga y falta de ilusión por el trabajo cotidiano.
- 4) Sensación de atrapamiento sin salida.
- 5) Dificultad para afrontar la sobrecarga de trabajo.

- 6) Enfriamiento de las relaciones interpersonales con la pareja, familiares y amigos, compañeros y con los enfermos.
- 7) Reacción cínica ante cualquier intento o sugerencia de ayuda.
- 8) Disminución de la satisfacción, implicación y motivación laborales.
- 9) Creencia de falta de logro personal.
- 10) Sentimiento de frustración profesional e ideas de abandono precoz de la carrera en la que se ha invertido grandes esfuerzos, tanto personales como de formación, con ideas de cambio biográfico radical.
- 11) Síntomas de somatización: cefaleas, palpitaciones, malestar abdominal, insomnio, etc.
- 12) Intentos de automedicación: alcohol, tranquilizantes, estimulantes, etc.

MEDICION DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Todos los instrumentos que se utilizan para la autovaloración del nivel del burnout en las profesiones de servicio al público confluyen en la evaluación del núcleo del constructo que es la disminución o pérdida de recursos emocionales para hacer frente a las demandas del usuario. El cuestionario de burnout de Maslach de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Se trata de un inventario autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. El instrumento fue desarrollado para valorar los tres aspectos fundamentales del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Las tres subescalas muestran una buena consistencia interna y la estructura de tres factores se ha confirmado en varios estudios empíricos⁸. La escala de despersonalización sólo puede utilizarse para valorar la relación con el cliente, paciente o usuario del servicio y no es válida para evaluar las actitudes hacia los compañeros o colaboradores del trabajo. Ha sido realizada la adaptación de la escala de Maslach a la población española por Moreno, Oliver y Aragonés⁹. Jackson y Maslach han evidenciado la validez divergente de la escala por las correlaciones significativas que se han encontrado entre las puntuaciones de dicha escala y las descripciones ante sus clientes, la sobrecarga objetiva de trabajo, el tiempo total de contacto directo con los pacientes y con las conductas del trabajador en el hogar, evaluadas por sus parejas. La validez divergente también se alcanza por sus bajas correlaciones con deseabilidad social, así como por sus correlaciones negativas con la satisfacción en el trabajo. La escala tiene una consistencia interna y una fiabilidad del orden de 0.75 a 0.90¹⁰. No existen puntos de cohorte válidos a nivel clínico para medir la existencia de burnout y poder separar los casos de los no casos. Se han realizado estudios principalmente en España donde se ha valorado la validez factorial de la adaptación al español donde los resultados obtenidos del cuestionario se consideran válidos y confiables para la versión castellana^{11,12}. En nuestra población se han realizado estudios del síndrome pero ninguno hasta el momento se ha dedicado a la validación del cuestionario de Maslach en población mexicana¹³.

ORIGENES DE LA DETECCION DEL SINDROME.

El psicoanalista **Herbert Freudenberger** después de muchos años de experiencia, se dio cuenta que los terapeutas llegaban a un estado de agotamiento físico y emocional, cuando se decide acuñar el término de "Burnout". Lo hizo pensando en lo que sucede después de un incendio. Así Freudenberger en 1980 decía: " Si alguna vez ha visto un edificio quemado, usted sabe que es una imagen devastadora, aquello que antes era una estructura vital, ahora es desolación, y donde antes había actividad, ahora sólo hay pedazos de energía y vida...En mi práctica psicoanalítica me he dado cuenta que la gente como los edificios, algunas veces se queman"¹⁴.

La teoría de Cristina Maslach.-

Cristina Maslach ha sido una de las investigadoras más persistentes en el tema. A partir de su primera publicación en 1976 miles de personas acudieron por su ayuda refiriendo que padecían el síndrome de Bornout¹⁵.

Para Cristina Maslach el síndrome viene de Burn (quemado) y out (fuera) y lo refiere así:

"La tetera estaba vacía, la batería se había secado, el circuito estaba sobrecargado. Ellos se habían quemado". Esto quiere decir que los profesionales de la salud dieron... y dieron hasta que finalmente no había nada que dar.

MODELOS TEORICOS DEL BURNOUT.

La teoría Ecológica del Desarrollo Humano.- de cuyas ideas participaron autores como Bronfenbrenner y Moss, fue utilizada por Carroll y White (1982) para hacer un análisis de las causas del desgaste profesional¹⁶. Según esta perspectiva, el "burnout" es un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa e indirecta, la persona participa. Cada uno de estos contextos (familiar, político, económico, etc.) tiene su propio código de relaciones, normas y exigencias que en ocasiones se interfieren entre sí. En esta línea están las ideas de Cherniss (1982)¹⁷ quien opina que son las tendencias culturales, políticas y económicas las que han cambiado dramáticamente orientándose en la actualidad hacia una valoración excesiva del éxito en el trabajo y la productividad, sin tener en cuenta el factor humano. Más que existir unas creencias o ideales que inspiren las actuaciones, lo que predomina es el escepticismo.

El joven profesional suele ser el más perjudicado porque se encuentra con una falta de preparación para la que no va a encontrar un espacio adecuado de expresión ya que lo que priva en el ambiente laboral es la "eficiente ejecución".

Teoría Cognitiva.- el sujeto actúa de filtro de sus propias percepciones por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos. El que un profesional se "queme" va a depender de su forma de entender la relación con los clientes o receptores del servicio. El ideal de actuación sería un "interés distante", es decir, la persona habría de mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. Todo lo que se aleje de esto va a suponer una excesiva identificación o bien, un comportamiento distanciado. Ambas posturas, junto con las de asumir toda la responsabilidad de la relación o por contra, considerar que no se tiene ninguna, son formas diferentes de enfrentarse a la realidad que pueden contribuir al desgaste profesional¹⁸.

Teoría Social y de las Organizaciones.- para Golembiewski, Hills y Daly, el "burnout" es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores. Esta teoría pone énfasis en la consideración del contexto laboral como un sistema familiar en el que los profesionales de los servicios humanos, necesitan superar las dificultades que surgen entre los miembros del equipo antes de pretender prestar un atención adecuada a los pacientes¹⁹.

No existe una teoría única que explique el fenómeno del desgaste profesional, sino que todas ellas tratan de arrojar luz sobre aquellos factores que de una u otra forma, parecen contribuir a la aparición de este síndrome. Las investigaciones que se han ido realizando, más que seguir una teoría concreta, se han centrado en algunas variables para observar su contribución en la aparición del cansancio emocional. (**tabla 1**)

VARIABLES MAS SIGNIFICATIVAS.

Las variables que intervienen podemos dividir las en dos grandes grupos: las personales y las pertenecientes al marco del trabajo y de la organización.

Dentro de las personales estarían:

1.- La edad del sujeto en relación con la cantidad de experiencia en su profesión. Parece ser que cuando los años avanzan, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y mayor vulnerabilidad a la tensión laboral según Cherniss (1982) y Maslach (1982)^{20,21}.

Tabla 1: Modelos teóricos que contribuyen a la explicación del Burnout.

Teorías	Ideas que se mantienen
Teoría Ecológica	La interacción entre los distintos ambientes en los que participa el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que se produzcan "desajustes ecológicos" esto es cuando las distintas normas y exigencias entran en conflicto.
Teoría Cognitiva	No es tanto la situación, como la percepción de la misma por el sujeto. El que resulte estresante depende de sus esquemas mentales.
Teoría Social y de las Organizaciones	Son las variables del contexto laboral las que van a determinar las experiencias negativas del sujeto

2.- Sexo y variables familiares. Según el estudio de Maslach y Jackson las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo²². En cuanto a las variables familiares, parecer ser que la estabilidad afectiva y el ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas²³.

3.- Personalidad. Los tipos de personalidad de los profesionales de los servicios humanos fueron hallados marcadamente diferentes en relación con los sujetos de otras ocupaciones, según el estudio de Mc Caulley (1981)²⁴ afirma que en los servicios sanitarios, domina el "tipo emocional" frente a una personalidad de "tipo racional" en proporción de 80/20%. Las personas del primer tipo tendrían más desarrollada la sensibilidad hacia materias relacionadas con el trato humano, una necesidad de actividades corporativas, de afecto y entusiasmo. Dentro de los segundos tipos estarían los sujetos que desarrollan un gran poder de análisis, objetividad y mirada lógica de los sucesos junto con un gran escepticismo.

La personalidad del individuo parece influir no sólo en la manifestación del "burnout" sino también en la predisposición del sujeto a él.

Cherniss (1980) afirmaba que son los "activistas sociales" los que con más probabilidades pueden "quemarse". Llamaba así aquellos sujetos que trataban de ir más a su trabajo, ofreciendo incluso ayuda individual a sus pacientes. Los calificaba de "visionarios" que tomaban su labor más como una cruzada que como una tarea para ganarse la vida. De esa forma su vida privada quedaba reducida y supeditada a su afán transformador del mundo²⁵.

4.- Variables del entrenamiento profesional: todos los autores coinciden en que la falta de formación práctica en las Escuelas y Centros Universitarios, viene a ser una trampa para los jóvenes que se inician en el ejercicio de sus laborales. Algunos de los errores más comunes son, según Wilder y Plutchik²⁶(1981):

- Excesivos conocimientos teóricos.
- Escasos entrenamientos en habilidades prácticas.
- Inexistencias del aprendizaje de técnica de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad.
- Falta de información sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar su trabajo.

Las variables del marco de trabajo y de la organización, han sido las más estudiadas en los últimos años ya que poseen el potencial suficiente para crear por sí solas, una sensación persistente de malestar o bien de satisfacción, según se presente en un sentido u otro.

Según la división de Herzberg, Mausner y Symderman²⁷ (1959) hablaremos de:

- Variables intrínsecas o motivacionales que son las relacionadas con el contenido del trabajo. Estas son: la Autonomía o libertad quedan al profesional para que decida por sí; Variedad en las ocupaciones; Volumen de trabajo; Significancia o importancia de la labor; Promoción o Desarrollo personal.
- Variables extrínsecas, se agrupan en tres dimensiones: la física, la social y la organizacional. La primera incluiría todas aquellas variables relativas a las condiciones de habitabilidad en las que se realiza el trabajo (luz, sonido, ruido, espacio, decoración, etc...). Dentro de la dimensión social estaría toda la gente con la que el profesional ha de estar en contacto (clientes, compañeros, jefes o supervisores). De las tres, es esta la dimensión que, junto con las variables intrínsecas, ha resultado ser la que tiene más relación con el desgaste profesional.

Los excesivos trámites burocráticos, la estructura jerárquica, las normas y regulaciones, etc, son factores pertenecientes a la dimensión organizacional.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA APARICION DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD.

Profesionales Sanitarios.

Estas profesiones son muy estimadas socialmente pero tienen altos niveles de tensión entre la gente que lo ejerce. El origen de estas tensiones ha sido objeto de numerosos estudios²⁸ y han dado luz a diversos aspectos, los cuales se citaran algunos como los más relevantes:

- 1) Los motivos ideológicos que les impulsaron a elegir esa profesión.
- 2) El hecho de que el trato directo con los pacientes y sus familiares suele ser emocionalmente exigente para el trabajador.
- 3) La naturaleza de la enfermedad de los pacientes les hace enfrentarse en ocasiones, con un "fracaso terapéutico" o con un mal pronóstico y a la vez les sensibiliza ante la muerte.
- 4) El volumen de trabajo y las presiones para realizarlo.
- 5) La falta de información sobre el cometido que han de realizar y de cómo se hace, este problema suele estar presente en el modelo médico jerarquizado.
- 6) El apoyo laboral no parece suficiente con la sola celebración de reuniones formales, sino que los encuentros han de cubrir algunas necesidades emocionales y de compañerismo.
- 7) En las variables personales, aquellos que se sentían más responsables de la recuperación de sus pacientes, resultaban ser los sujetos más vulnerables al desarrollo de algún tipo de sintomatología, precisamente por que hacían recaer para sí el peso de los resultados.

Estudios más actuales vienen a confirmar las variables anteriormente descritas como contribuyentes importantes al surgimiento del "burnout" en los profesionales sanitarios.

Profesionales de la Salud Mental.

Con este término se pretende abarcar a aquellas ocupaciones que se desarrollan en contacto directo con pacientes psiquiátricos:

Pines y Maslach (1977) en sus primeros estudios²⁹ vieron que los trabajadores de salud mental que estaban en un proceso de desgaste y sobrecarga, (es decir, con una tensión en su trabajo frecuente y prolongada) tenían modelos de respuesta similares que incluían pautas tales como distanciamiento, intelectualización de sus conflictos, desilusión; manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, espalda, gastritis...entre otros. En su investigación encontraron que:

- a mayor tamaño de la institución mayor proporción pacientes/terapeutas lo que contribuía que el médico percibiera a su paciente cada vez de forma más negativa por su cansancio emocional. Faber y Hifetz (1982) consideran que hay un límite de números de pacientes que se pueden ver por día.
- la orientación terapéutica también parecía estar relacionada con la posibilidad de experimentar cansancio emocional. Los trabajadores de orientación más organicista tenían menor ansiedad manifiesta; los estudios más recientes (Ackerley y cols; 1988) opinan³⁰ que sea cual sea la orientación, todo terapeuta es susceptible de "quemarse".

En cuanto a las condiciones laborales, todas las que se alejaban de un salario adecuado, estabilidad laboral, oportunidades de crecimiento y progreso, autonomía, presión de trabajo moderada, apoyo laboral de los compañeros, suponían una influencia negativa para el sujeto.

Referido a las condiciones personales, Justice y cols; (1981) opinan que los sentimientos de apatía y dudas sobre su trabajo tienen que ver con una vida extralaboral inestable y estresante³¹. De acuerdo con esto, Helliwell (1981) plantea la siguiente ecuación:

$$\begin{array}{l} \text{susceptibilidad} \\ \text{individual.} \end{array} + \begin{array}{l} \text{sobrecarga laboral} \\ \text{y/o crisis vital.} \end{array} = \text{"Burnout"}$$

DEFINICION DEL TERMINO "BURNOUT".

La definición del burnout más consolidada es la que ofrece Maslach y Jackson⁶ (1981) quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son:

- *Agotamiento físico y/o psicológico*, conocido como cansancio emocional (emotional exhaustion), referido a un vaciado de recursos emocionales que acompaña la sensación de que uno ya nada tiene que ofrecer psicológicamente a los demás.

- *Despersonalización* (despersonalization), referida al desarrollo de una actitud negativa, fría e insensible hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, con este planteamiento el individuo intenta superar la falta de recursos emocionales, y trata a los demás como objetos o números, privándolos de su condición de personas.

- *Falta de consecución de logros personales* (personal accomplishment), que es la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales. Surge al comprobar que las demandas que se le hacen al profesional exceden su capacidad para atenderlas, esto supone una autocalificación negativa con rechazo de sí mismo, de los rendimientos laborales conseguidos y sentimientos de fracaso y baja autoestima.

FASES EVOLUTIVAS DEL SINDROME DE "BURNOUT".

Como el "burnout" se considera un proceso continuo, los aspectos esenciales indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado. Su aparición no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, larvada incluso, con un incremento progresivo en la severidad³². (tabla 2). Existen autores que consideran en la evolución del síndrome una serie de fases que coinciden en gran parte con las propuestas por Cherniss¹¹ (1980):

1.- *Fase de estrés laboral*. Ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos tanto humanos como materiales, hay un exceso de demandas y una escasez de recursos, lo que ocasiona una situación de estrés.

2.- *Fase de exceso o sobreesfuerzo*. El sujeto trata de dar una respuesta emocional al desajuste a que está sometido, realizando un exceso o sobreesfuerzo, que motiva la aparición de síntomas

emocionales como ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión y también signos o síntomas laborales tales como la aparición de conductas egoístas, alienación laboral, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales y una falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo.

3.- *Fase de enfrentamiento defensivo.* Hay un cambio de actitudes y conductas, empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a que se ve sometido; así el sujeto aparecerá emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, con reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, niveles elevados de ausentismo laboral y actitudes cínicas y despreciativas en relación con los usuarios. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas.

Tabla 2: Estados sucesivos del Burnout.

1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Stress laboral	Exceso sobre esfuerzo	Enfrentamiento defensivo
Demandas	Tensión Fatiga Irritabilidad	Distanciamiento emocional Retirada Cinismo
Recursos		Rigidez

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

Además de los síntomas cardinales anteriormente mencionados, este síndrome se caracteriza por unas manifestaciones asociadas que se dividen en cuatro grupos sintomáticos³³, descritos todos ellos en la variedad de estudios realizados:

1.- *Psicosomáticos:* estos son a menudo signos tempranos del "burnout" y dentro de ellos se incluyen las quejas de fátiga crónica, cefaleas, dolores osteomusculares, de espalda y cuello, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, insomnio, hipertensión arterial, asma y alteraciones menstruales.

2.- *Conductuales:* Se describe una serie de conductas anómalas que aparecen en el "burnout": ausentismo laboral, dependencia del alcohol y de otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y conductas de alto riesgo como la conducción temeraria o aficiones suicidas (juegos de azar peligrosos). Incluso un mayor riesgo de embarazos no deseados se ha relacionado con el incremento del estrés laboral.

3.- *Emocionales:* El más característico de ellos es el distanciamiento afectivo con las personas a las que ha de atender. El sujeto se vuelve irritable, impaciente y celoso que lo llevan a convertirlo en una persona poco estimada que pueden degenerar en sentimientos paranoicos. Suele ser frecuente la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada por la persona. Se produce así un descenso de las habilidades de memorización de los datos, razonamientos abstractos, elaboración de juicios... Todo ello va a influir directamente en la relación del profesional con el staff y con sus clientes.

4.- *Defensivos:* Utilizados por el sujeto para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones anteriormente descritas y que le resultan desagradables. Desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con el cliente. También puede

utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable o el uso de cinismo o el menosprecio hacia aquellas personas para las que trabaja.

En el ambiente laboral también se puede constatar signos de "burnout" (**tabla 3**) Cuando la organización no favorece el necesario ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, aparecen aspectos tales como falta de energías en el equipo, descenso en el interés por los clientes, percepción de estos como "frustrantes", sin remedio, desmotivados; alto ausentismo y deseos de dejar ese trabajo. Como consecuencia de todo esto, se produce un decremento de la calidad de los servicios que no es más que la expresión palpable de una pérdida de ilusiones. Este panorama difícilmente puede remitir por sí solo si no se introducen cambios en el contexto laboral^{34,35}.

Tabla 3: Descripción del Staff "Quemado".

-
- 1.- Falta de energías y de entusiasmo.
 - 2.- Descenso del interés por los clientes.
 - 3.- Percepción de éstos como "frustrantes", crónicos, desmotivados.
 - 4.- Alto ausentismo laboral y deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación.
 - 5.- En el fondo lo que subyace es una gran desmoralización.
-

DIFERENCIAS CON OTRAS IDENTIDADES.

DIFERENCIAS CON EL ESTRES.

El estrés constituye un término mal definido y su uso ha sido criticado ampliamente. La palabra "estrés" deriva de la palabra "strigere" en latín, la cual significa "hacer estrecho". La mayoría de las teorías sobre el estrés mencionan dos factores: una interacción entre el individuo y el medio ambiente, lo que da como resultado una demanda y un error por parte del individuo para tolerar e integrar dicha demanda³⁶.

El estrés es una de las características inherentes a nuestro actual estilo de vida en la sociedad industrializada y de tal manera está impregnado en los valores de nuestra cultura que se ha tomado como índice de alto nivel profesional, y se acepta y de cierta manera se admira, el binomio relacional de a mayor estrés mayor condición social.

En la actualidad en neurofisiología se admite que cualquier situación de estrés provoca una activación del hipotálamo, lo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neurohormonal, enviando al mismo tiempo señales a la corteza a fin de que exista conciencia de la emoción provocada. Si la amenaza se prolonga en el tiempo, y el individuo no encuentra una respuesta adecuada en forma de conducta adaptativa a la nueva situación, los propios sistemas de defensa y adaptación que se han puesto en marcha pueden acabar provocando trastornos funcionales incluso orgánicos. En este caso se trataría de una situación de distrés.

Fue Cannon en 1935, quien introdujo en fisiología el término estrés, que aplicó a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida y que más tarde generalizó a aquellos factores ambientales cuya influencia exige un esfuerzo especial por parte del organismo para mantener la homeostasis. Finalmente, denominó estrés crítico al nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar y estableció así los fundamentos para el estudio de los efectos patógenos del estrés.

Más adelante, Selye describió el síndrome general de adaptación y sentó las bases para el estudio minucioso de las relaciones entre estímulos ambientales y las respuestas fisiológicas provocadas. Selye definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él y la utilizó para referirse a la respuesta del organismo, y no al agente causante como había propuesto Cannon.

Desde el punto de vista de análisis del estrés, también pueden mencionarse los acontecimientos vitales (*life events*) como aportaciones de Holmes, Rahe, Dohrenwend y Sarason³⁷, quienes consideran que los distintos acontecimientos emotivos e impactantes que se acumulan en la vida de una persona guardan estrecha relación con su estado de salud futuro. Para nuestro intento de clarificar el concepto de estrés y Burnout resulta más adecuado centrarnos en los modelos basados en los estímulos y no desde la perspectiva psicoanalítica; en este sentido Sir Charles Symonds, refiriéndose al estrés de los pilotos, concluyó afirmando que: "Debería quedar claro que el estrés es algo que le sucede al hombre, y no algo que ocurre dentro de sí; es un conjunto de causas, no un conjunto de síntomas".

El conjunto de causas y síntomas que presentan los profesionales ante el estrés son la angustia, el miedo, la ira con las reacciones psicofisiológicas correspondientes: sudor, palpitaciones, extremidades frías, respiración acelerada, activación intestinal o tenesmo vesical, síndrome de hiperventilación, vejiga neurogénica, colon irritable³⁸. Además de una disminución del rendimiento profesional, una menor capacidad de concentración, fallas de la memoria y una sensación de indefensión aprendida.

Una vez analizada la evolución histórica del estrés en el trabajo, en la actualidad podría definirse como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas, pero también se admite como estrés el esfuerzo de adaptación del individuo a los cambios de su entorno, tanto positivos como negativos, a través del mecanismo de lucha y huida que la naturaleza, en su evolución, ha puesto en nuestra biología³⁹.

La adaptación de estos conceptos de estrés al área profesional en nuestro sistema sanitario, tan profundamente cambiante, permite postular que los cambios provocan una sensación de malestar secundario a la percepción de como cambiarán las demandas en el trabajo. Este puede venir intenso (sobrecarga cuantitativa, muchas cosas o tareas a realizar), o complejo (sobrecarga cualitativa, tareas difíciles de hacer en forma satisfactoria); ambas formas se refieren al estrés por sobreactivación. A estas situaciones se asocian conductas de huida o de hiperacción ineficiente; sin embargo, también aparecen manifestaciones del síndrome estresante por infraestimulación: En este caso, el individuo tiene la percepción de falta de recursos para afrontar las demandas de un trabajo monótono, carente de sentido y con escasa libertad de decisión; a esta característica de estrés se asocian respuesta de conducta de inhibición de la acción. El llamado estrés profesional⁴⁰, tanto si estamos ante estímulos de sobreactivación como de infraestimulación tiene consecuencias negativas para la empresa por la falta de compromiso con los objetivos establecidos y disminución de la creatividad en la tarea⁴¹; a nivel personal existe el factor de riesgo de deterioro de la salud psicofisiológica y también pérdida del equilibrio familiar y social.

Profundizando esta perspectiva, Shannon y Saleebey y Whitehead dicen: que las condiciones de debilitamiento psicológico que afectan a trabajadores en condiciones de alto estrés (sobre todo en servicios humanos) sufren probablemente los efectos acumulativos de éste.

En este sentido, es posible que los médicos tengan las mismas dificultades que otros profesionales en el ámbito de los servicios humanos, para reducir el peso acumulativo del estrés, lo cual puede precipitar la crisis de adaptación hasta producir el bloqueo psicológico del individuo e inhibirle como profesional con un aumento de su tendencia a la anergia y anhedonia. Es esta tendencia acumulativa la que genera conductas desadaptativas entre médicos y, a nuestro entender, puede confundir los factores ya no del estrés, sino del distrés con los del burnout.

DIFERENCIAS CON LA DEPRESION.

Son fenómenos psicopatológicos y psicobiológicos diferentes, aunque pueden asociarse en algunos casos.

Una característica general en los síntomas depresivos es la disminución de la atención hacia todo lo que les rodea, a la vez que se produce una polarización de la atención hacia las vivencias melancólicas, pesimistas y de autculpabilidad.

No es el objetivo en este estudio dar a conocer las diversas clasificaciones de los cuadros depresivos, más bien el interés se centra en la sintomatología que los acompaña, para intentar encontrar las diferencias etiológicas y epistemológicas que ayuden a clarificar la confusión entre burnout y depresión.

La depresión es un trastorno clínico que incluye síntomas afectivos (tristeza, irritabilidad), cognitivos (ideas de culpa, expectativas negativas), alteraciones fisiológicas (disminución del apetito, del sueño, del interés sexual) y cambios en el comportamiento (aislamiento relacional) esto referido en la cuarta edición del DSM-IV⁴². Pero para explicar las diferencias entre burnout y depresión se recurre al modelo psicosocial donde la depresión se vincula a patrones disfuncionales de reforzamiento social, con inadecuada interacción entre la persona y el medio, por déficit de habilidades sociales y autorregulación cognitivo-afectiva¹⁰. Además reforzando lo anterior se encuentra también el modelo de Brown, donde la depresión se relaciona con el estrés, con acontecimientos vitales estresantes, como pérdidas o dificultades crónicas económicas o de trabajo con una duración superior a 2 años, o con la falta de soporte social.

En este sentido, Pines describe la presencia de correlaciones importantes entre Burnout y depresión. Sostiene que la confusión mantenida entre ambos constructos se debe a la similitud de síntomas asociados a cada uno de los términos: sentimientos de inadecuación, indefensión, vacío, tristeza, etc; sin embargo, concluye que, "el burnout es un fenómeno social con repercusiones en el ámbito laboral y no clínico como la depresión".

También Oliver entiende que "el burnout y la depresión deben ser diferentes en términos de tiempo e intensidad de refuerzos. El término depresión debe ser empleado para referirse a una pérdida repentina de refuerzos en un corto periodo de tiempo, cuando la persona estaba experimentando refuerzos positivos en el trabajo. Y el término burnout debe referirse a una pérdida más gradual de refuerzos que finaliza con experimentar muy pocos sucesos de refuerzo.

A mayor abundamiento, Faber refiere que "los síntomas del burnout, al menos inicialmente, tienden a darse en una situación específica, por lo que una persona puede sentirse con desgaste en una esfera de su vida, no en todas. Sin embargo, los síntomas de la depresión tienden a manifestarse a través de todas las situaciones de la vida".

Por lo expuesto hasta aquí se observan diferencias conceptuales importantes entre depresión y burnout y, lo más relevante es que cuando se refieren al burnout se centra en el área de trabajo.

En resumen el trastorno por desgaste profesional es un constructo psicosocial asociado a estrés crónico originado en el ámbito laboral, y que puede incluir síntomas depresivos, mientras que la depresión es un trastorno clínico complejo que afectaría todas las esferas de la vida individual. No obstante, el burnout puede mediar en la producción de depresión clínica en las personas vulnerables.

DIFERENCIAS CON LOS PATRONES DE CONDUCTA.

Una tercera diferencia se encontraría con los rasgos de personalidad. La justificación de los rasgos de personalidad forma parte del intento de dar respuesta a la pregunta ¿por qué ante los mismos factores estresantes y características ambientales de la organización de nuestro sistema sanitario, no todos sus profesionales padecen burnout, sino que muchos de ellos resisten y

continúan trabajando con efectividad?. La respuesta inmediata a esta pregunta sería: las diferencias individuales.

Estas diferencias individuales son la base de los amplios estudios realizados acerca de la personalidad: teoría psicoanalítica, de rasgos, fenomenológica, de los constructos, factorial, extraversión, tipologías somáticas y hormonales, etc. Los patrones de conducta más ampliamente estudiados son el tipo A y el tipo B. Recientemente está emergiendo un nuevo patrón de conducta tipo C⁴³.

El patrón de conducta tipo A se puede definir como el de aquellos sujetos que viven siempre en el apresuramiento de tratar de alcanzar la más elevada condición en el mayor número de objetivos y en el menor tiempo posible. Por estas razones, son sujetos abocados a una continua competitividad en la persecución de situaciones de liderazgo o de éxito profesional. Sus rasgos descriptivos definidores se caracterizan por: competitividad, necesidad de logro, agresividad, impaciencia, inquietud, tensión de la musculatura facial, sensación de estar constantemente presionado por el tiempo, propensión a valorar los acontecimientos como retos personales, autoexigencia, centrados en el trabajo, etc.

Los diferentes resultados correlacionales han permitido identificar los principales componentes del patrón de conducta tipo A:

- 1) Competitividad, motivación de logro: integrado por persistencia (es capaz de desarrollar varias horas de trabajo sin supervisión); constancia y tenacidad (trabajador infatigable y perseverante) deseos de reconocimiento y status (siente admiración por la gente que a alcanzado metas importantes), y competitividad (siempre está dispuesto para una apuesta).
- 2) Impaciencia: integrado fundamentalmente por la urgencia temporal, intenta hacer diversas cosas a la vez, muestra impaciencia cuando tiene que guardar cola, nunca llega tarde a una cita, con frecuencia está pensando en otras cosas cuando una persona le habla, etc.
- 3) Hostilidad y agresividad: en general, responde a la frustración con irritación e ira, no intenta contener sus emociones y se irrita por cualquier cosa.

El modelo de conducta tipo B se define por contraposición al anterior. Son sujetos de naturaleza poco combativa, proclives a instalarse en situaciones de subordinación y a aceptar ésta en forma tranquila.

Una vez analizados los componentes asociados a los dos patrones A y B de conducta queda por definir los rasgos considerados más susceptibles al burnout: serían personas ansiosas, reservadas, con locus de control externo, sobreimplicados emocionalmente en el trabajo, intolerantes, que con facilidad se sienten heridos o frustrados por algún obstáculo, con dificultades para controlar sus impulsos hostiles. Además de estas características, se acostumbra a encontrar una pérdida de la autoconfianza y una baja ambición, junto con escasos sentimientos de realización y efectividad al relacionarse con la gente⁴⁴.

En este sentido, Freudenberger considera además que personas con alta realización, perfeccionistas, con un alto esfuerzo e implicación en el trabajo, que no pueden decir no, competitivas, que ambicionan más de lo que pueden ejecutar, son fácilmente vulnerables al síndrome de burnout⁵.

También Pines refiere que mientras perder el contacto con las metas propias es un síntoma de desgaste, tener metas demasiado altas o poco realistas es un peligro común en profesionales dedicados a la ayuda de los demás y un poderoso antecedente del síndrome de burnout¹⁸.

La aportación de Flórez Lozano es más contundente: el perfil de personalidad de cierta manera es determinante. Así por ejemplo, los individuos que tienen una conducta tipo A son más vulnerables a padecer trastornos relacionados con el síndrome de burnout.

DEFINICION DEL PROBLEMA.

La pregunta eje de la presente investigación es la siguiente:

¿Cuál es el nivel de presencia del síndrome de desgaste profesional en médicos psiquiatras titulados y en entrenamiento por la atención a pacientes con enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de México, D. F.?

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

La presente investigación se justifica por 3 importantes razones:

En primer lugar porque se observan subjetivamente manifestaciones de signos y síntomas de presencia y desarrollo del síndrome entre el personal de médicos psiquiatras y en entrenamiento (residentes) pero no existe en el hospital información veraz y científica en torno a la existencia del síndrome de desgaste profesional, por lo que se hace necesario diagnosticar su presencia.

En segundo lugar porque en la medida en que se diagnostique un problema tan serio, que puede llegar desde el estrés laboral hasta el agotamiento con despersonalización, baja autoestima, depresión y hasta suicidio, es importante conocer el nivel del síndrome entre el personal de médicos psiquiatras, para tomar las decisiones que le permiten a los directivos del hospital buscar las medidas conducentes para prevenir el síndrome de desgaste profesional y de esta manera garantizar una atención profesional de los médicos psiquiatras hacia los pacientes.

En tercer lugar para tener referencias nacionales de la existencia, prevalencia y nivel de presencia del síndrome de desgaste profesional en médicos psiquiatras, este ha sido estudiado en profesionales de la rama medica como anestesiólogos, radiólogos y enfermeras pero siendo la psiquiatría la que tiene mayor contacto emocional con los pacientes aun no reporta casos en nuestro país.

OBJETIVOS.

GENERAL:

Estudiar la existencia del síndrome de desgaste profesional en médicos psiquiatras por la atención a pacientes con enfermedad mental del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de México, D. F.

ESPECIFICOS:

- Detectar el síndrome de desgaste profesional en médicos psiquiatras titulados y en entrenamiento (residentes).
- Analizar la relación que pudiera existir entre las variables sociodemográficas y laborales que influyen en la aparición del síndrome de desgaste profesional.
- Realizar un estudio descriptivo de las características sociodemográficas y laborales, y del grado de desgaste profesional del médico psiquiatra.

HIPOTESIS.

En función de los objetivos propuestos, se formulan las siguientes hipótesis:

H1: Sí el síndrome de desgaste profesional se da con mayor frecuencia en aquellos profesionales que, por la naturaleza de sus tareas han de tener estrecha relación con la gente, suponemos que en los trabajadores de la salud mental escogidos, ha de estar presente tal síndrome.

H2: Si las características del ambiente laboral influyen en el desgaste profesional existirán variables que tendrán una contribución importante en la aparición de este síndrome.

H3: Los factores sociodemográficos pueden relacionarse con la existencia de diferentes grados de desgaste profesional.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

A) TIPO DE ESTUDIO: Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal.

Descriptivo, se describe en forma situacional la presencia del síndrome de desgaste profesional en el personal de médicos psiquiatras así como da a conocer los grados o niveles del síndrome y el análisis de las variables sociodemográficas y laborales que pueden influir en uno u otro sentido la aparición del desgaste profesional.

Observacional, se trabajará con modelos humanos donde no se modificó su situación al momento del estudio con algún tipo de intervención dígase farmacológica, terapéutica u otra; la maniobra realizada no modificó su ambiente laboral al final del estudio.

Transversal, este estudio se realizó en un periodo corto de tiempo, que comprende los meses de Septiembre y Octubre del año dos mil uno.

B) UNIVERSO DE TRABAJO: El hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Se encuentra estructurado con todo tipo de personal de salud por ser este un hospital de concentración, existen médicos psiquiatras de base, interinos, eventuales así como profesionales en formación (residentes), personal de enfermería en todos los niveles de atención, psicólogos, personal de rehabilitación, médicos especialistas no psiquiatras (internistas, cirujanos, anesestesiólogos, etc), personal de seguridad, trabajadores sociales; el estudio se encuentra diseñado para captar a los médicos psiquiatras con experiencia clínica y los médicos en formación ya que este grupo es el encargado y responsable de la atención y además los que tienen mayor acercamiento emocional con los pacientes.

C) TAMAÑO DE LA MUESTRA: La selección de la muestra se realizó a través de la entrega de un conjunto de cuestionarios a todo el personal de médicos psiquiatras del hospital "Fray Bernardino Alvarez"; la plantilla del hospital está constituida por 120 médicos psiquiatras de base, interinos y en formación (residentes), que se encuentran distribuidos en todas las áreas del hospital, llámese urgencias, hospitalización continua, hospitalización parcial, y consulta externa, no importando en ellos la orientación profesional que ejerzan (biológica, psicodinámica, cognitivo conductual o psicosocial).

D) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.-

- ser médico psiquiatra del hospital (base, interino, residente).
- colaborar en la encuesta en forma voluntaria.
- tener contacto con pacientes con enfermedad mental como parte de la atención que presta como profesional en salud mental.
- todas aquellas encuestas llenadas en el periodo determinado.
- en el caso de los residentes que tienen rotación fuera de su sede clínica serán incluidos en el estudio.

Criterios de Exclusión.-

- ser médico psiquiatra que no labore en el hospital.
- personal médico psiquiatra que aun laborando en el hospital no tenga contacto con pacientes psiquiátricos y que por lo tanto no presta atención diaria como profesional de la salud mental. Este es el caso del personal administrativo, de confianza, investigación y directivos.
- negarse a participar voluntariamente en la encuesta.
- no participar en el llenado de la encuesta en el tiempo determinado (dos meses).

Criterios de Eliminación.-

- serán excluidas todas las encuestas que no sean debidamente llenadas.
- las encuestas que sean recibidas fuera del plazo (dos meses).
- personal de médicos psiquiatras que no se encuentren laborando durante el plazo de llenado de la encuesta (incapacidad, permiso, licencia, vacaciones).

E) VARIABLES.

1) Sociodemográficas:

- a.- Sexo.
- b.- Edad.
- c.- Estado civil.
- d.- Trabajo del cónyuge.
- e.- Hijos.

2) Laborales:

- a.- Antigüedad profesional.
- b.- Tipo de asistencia otorgada.
- c.- Área de trabajo.
- d.- Antigüedad en el mismo puesto.
- e.- Situación laboral.
- f.- Horas de ocio diario.
- g.- Orientación psiquiátrica.

F) PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.

Instrumentos empleados:

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA: De elaboración propia; en ella se recogen datos sociodemográficos, laborales más relevantes que se han visto relacionados con la susceptibilidad al desarrollo del desgaste profesional (**Anexo 1**). Estos datos son el grupo o categoría sanitaria, los años de ejercicio profesional, el sexo, la edad, el estado civil, si tiene o no hijos, trabajo del cónyuge, las horas de ocio diario, edad del profesional, tipo de asistencia que otorga, área de trabajo en la institución.

MASLASC BURNOUT INVENTORY: Desarrollado por Maslach & Jackson, cuya versión definitiva aparece en 1986 (**Anexo 2**). Este instrumento está constituido por 22 ítems tipo likert de 7 puntos en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. El trabajador ha de valorar cada frase de acuerdo con la frecuencia con la que experimenta la sentencia, ejemplo: "En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma". Puede elegir entre "nunca" (puntuación cero) y "todos los días" (puntuación seis).

Los 22 ítems están agrupados en 3 subescalas que evalúan diferentes aspectos:

- Subescala de Cansancio Emocional (C.E.) constituida por nueve ítems en la que se valora el sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo.
- Subescala de Despersonalización (DP) integrada por cinco ítems, mide el grado en el cual la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal.
- Subescala de Logros Personales (L.P.) consta de ocho ítems que valora los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

El burnout o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado, y no como una variable dicotómica que está presente o ausente. Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de logros personales son reflejo de un alto grado de desgaste profesional⁴⁵.

Un grado medio es un reflejo de puntuaciones medias en las tres subescalas. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, y de altas puntuaciones en la de logros personales son indicativas de un bajo grado de desgaste profesional. Es decir, los individuos que están desgastados o presentan desgaste profesional, puntuarán alto en despersonalización, bajo en autoestima profesional y alto en cansancio emocional.

La interpretación de los resultados del MBI debe ser hecha preferentemente teniendo en cuenta los valores numéricos obtenidos más que la categorización en forma de puntuaciones bajas, medias y altas, obtenidas a partir de un punto de corte⁴⁶.

G) PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION.

La aplicación fue individual en todos y cada uno de los casos; cada uno llenó su cuestionario y lo regresó al encuestador encargado de distribuirlos.

En cuanto a las instrucciones, en la primera hoja se explicó a los sujetos que los siguientes cuestionarios tienen por objeto servir a la investigación que estamos realizando en el hospital psiquiátrico, sobre como es el trabajo de los profesionales que dedican su tiempo a los pacientes con enfermedad mental. Se les mencionó que de manera anónima, se pretende recoger cuales son sus sentimientos con respecto a su labor profesional y a su ambiente de trabajo.

No se les mencionó el objeto directo del estudio, el de la medición y análisis del desgaste profesional, tal y como recomiendan los autores⁵ del MBI, Maslach & Jackson, para no sensibilizar a los encuestados al tema. Por esa razón el formulario a llenar recibió el nombre de "ENCUESTA DE LOS SERVICIOS HUMANOS".

H) CONSIDERACIONES ETICAS.

Debido a que en este estudio se trabajó con material humano pero en ningún momento se intervino de tal forma que cambiará su ambiente laboral con repercusiones profesionales, no se agregó en la encuesta una hoja de consentimiento informado ya que solo fue una intervención observacional para la obtención de datos.

Todos los datos obtenidos en la encuesta tienen el carácter anónimo, confidencial, exclusivamente utilizados con fines estadísticos en este estudio.

I) ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El procesamiento estadístico de las variables estudiadas se realizó mediante el paquete bioestadístico SPSS 8.0 para Windows que sirvió para determinar frecuencias, medias de tendencia central y dispersión. La estimación de parámetros de centralización y de medidas de dispersión se realizó con una probabilidad de error menor de 0.05. El estudio de correlación de variables cuantitativas fue llevado a cabo mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. La asociación de caracteres cualitativos se realizó mediante la prueba exacta de Fisher. El nivel de significación estadística seleccionado para todas las pruebas fue de $p < 0.05$.

RESULTADOS.

De los 120 médicos psiquiatras a los que se les entregó la encuesta, respondieron 85, obteniendo así un porcentaje de respuesta del 70.83%; 19 de las cuales se eliminaron por llenado incompleto, siendo las encuestas analizadas 66, esto es el 55% de la muestra original total de médicos psiquiatras.

De los médicos que respondieron debidamente las encuestas, 60.6% fueron hombres y 39.4% mujeres; la edad media fue de 32.3+/-3.5, con 63.6% menores de 30 años; 51.5% refirió ser soltero, el 42.4% casados con el cónyuge trabajando en todos los casos y el 18.18% acepto tener hijos. La distribución por grupos fue: 72.7% residentes de los tres grados, 21.2% médicos de base y el 6.06% médicos interinos. Reconocían dedicación exclusiva a la práctica pública el 75.7% de los encuestados y solo el 24.2% tenían práctica pública y privada.

En cuanto al lugar de trabajo dentro de la institución el 57.5% labora en hospitalización continua, el 30.3% en consulta externa y el 12.1% en hospitalización parcial. La orientación preferente de los psiquiatras encuestados fue: 36.3% biológica, 30.3% psicodinámica, 27.2% cognitivo conductual y el 6.06% psicosocial. El tiempo medio de años de ejercicio profesional como psiquiatra fue de 5.2+/-1.5 (84.8%) y el tiempo medio de años de ejercicio en el mismo puesto 3.1+/-1.2 (90.9%).(Tabla 5)

El 48.4% reportó de 2-4 horas de ocio diario (suficiente), el 36.3% menos de 2 horas (pocas) y el 15.1% más de 4 horas de ocio diario (muchas).

Como puntos de corte y criterios operativos para el desgaste profesional hemos utilizado los mismos valores empleados por Carlos de las Cuevas Castresana^{45,47,48}, en un estudio realizado en profesionales sanitarios de atención primaria (Tabla 4) tomando en cuenta que Maslach & Jackson lo aplicaron en 1981 a personal docente.

Puntos de corte en las subescalas del MBI.

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Logros Personales: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Tabla 4: Valores medios del Inventario de Maslach en el sector sanitario.

Burnout	Media +/- DE	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	22.19+/-9.53	</= 18	19-26	>/= 27
Despersonalización	7.21+/-5.22	</= 5	6-9	>/= 10
Logros Personales	36.53+/-7.34	</= 40	39-34	>/= 33

Tabla 5: Descripción de la muestra según variables sociodemográficas y laborales.

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Varón	40	60.6%
Mujer	26	39.4%
Edad		
< 30 años	42	63.6%
31-40 años	18	27.2%
41-50 años	6	9.09%
51-60 años	0	0%
Estado Civil		
Soltero	34	51.5%
Casado	28	42.4%
Unión libre	2	3.03%
Otros*	0	0%
Tiempo como psiquiatra		
< 5 años	56	84.8%
6-10 años	4	6.06%
11-15 años	4	6.06%
16-20 años	0	0%
> 20 años	2	3.03%
Tipo de Asistencia		
Pública	50	75.7%
Pública y Privada	16	24.2%
Orientación laboral		
Base	14	21.2%
Interino	4	6.06%
Residente	48	72.7%
Puesto de trabajo		
H. Continua	38	57.5%
H. Parcial	8	12.1%
Consulta Externa	20	30.3%
Tiempo en el mismo puesto		
< 5 años	60	90.9%
6-10 años	4	6.06%
11-15 años	2	3.03%
16-20 años	0	0%
> 20 años	0	0%
Orientación Preferente		
Psicodinámica	20	30.3%
Psicosocial	4	6.06%
Biológica	24	36.3%
Cognitivo-Conductual	18	27.2%

*divorciado, separado, viudo.

Los valores medios obtenidos en las distintas subescalas del MBI en la muestra global fue de: 15.0+/-3.2 para la subescala de cansancio emocional, 5.0+/-2.1 para la subescala de despersonalización, y de 37.0+/-2.3 para la de logros personales (**Tabla 6**)

Tabla 6: Valores medios obtenidos en las diferentes subescalas Del Inventario de Maslach.

Subescalas	Media +/- DE
Cansancio Emocional	15.0+/-3.2
Despersonalización	5.0+/-2.1
Logros Personales	37.0+/-2.3

En la subescala de cansancio emocional, el 60.6% de los participantes en el estudio registró puntuaciones que les ubica en el rango de puntuación baja de la escala, el 21.2% en el de puntuación media, y el 18.1% en el de puntuación alta.

En la subescala de despersonalización, el 54.5% de los participantes obtuvo puntuaciones incluidas en el rango de puntuación baja de la escala, el 36.3% en el de puntuación media, y el 9.09% en el de puntuación alta.

En la subescala de logros personales, el 33.3% de los participantes registró puntuaciones bajas en la escala, el 42.4% puntuaciones medias, y el 24.2% puntuaciones altas. (Tabla 7)

Tabla 7: Distribución de la muestra según subescalas del Inventario de Maslach.

Subescalas	Grado de burnout		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	60.6%	21.2%	18.1%
Despersonalización	54.5%	36.3%	9.09%
Logros Personales	33.3%	42.4%	24.2%

Las mujeres registraron menores valores que los varones en las subescalas de cansancio emocional (15.1+/-3.2 vs 17.3+/-1.0) y despersonalización (4.7+/-1.3 vs 5.0+/-1.0) y mayores en la de logros profesionales. Únicamente en la escala de cansancio emocional se registraron diferencias estadísticamente significativas en función del género ($p=0.05$)

Estas puntuaciones ubican a la muestra en el rango bajo de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización y medio en la de logros profesionales, siendo por tanto indicativos de la presencia de un grado bajo de desgaste profesional en los participantes en el estudio.

En la subescala de cansancio emocional, las mayores puntuaciones fueron registradas por los varones, los menores de 30 años de edad, aquellos que ejercían en la práctica pública y privada, los que desempeñan su puesto de trabajo con carácter interino, los que tienen hasta 10 años de ejercer como psiquiatra, aquellos que trabajan en hospitalización continua, aquellos que tienen hasta 5 años en el mismo puesto, los profesionales con una orientación preferentemente psicosocial. (Tabla 8)

Con respecto a la subescala de despersonalización, que caracteriza una respuesta fría, distante e impersonal hacia los pacientes, los varones, los menores de 30 años de edad, los profesionales de la práctica exclusivamente pública, de nuevo los interinos y los que trabajan en hospitalización parcial y consulta externa de la institución, los profesionales con pocos años de ejercicio profesional, aquellos de orientación preferentemente psicosocial fueron quienes registraron las mayores puntuaciones.

En relación con la subescala de logros profesionales, las mujeres, los de la quinta década de la vida, los profesionales que ejercen tanto en la práctica privada como en la actividad pública, los que ejercen laboralmente como interinos, los profesionales con antigüedad en el ejercicio de la profesión, los que trabajan en hospitalización parcial y los de orientación cognitivo conductual fueron quienes registraron las mayores puntuaciones.

Ni la variable edad, ni las de plaza de base, orientación profesional preferente, tipo de asistencia, puesto de trabajo desempeñado o tiempo en el mismo puesto hicieron que se registraran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas del instrumento. La variable tiempo como psiquiatra hizo que se registraran diferencias estadísticamente significativas en la subescala de logros profesionales ($p=0.025$) de forma que a mayor tiempo como psiquiatra mayores logros profesionales.

Tabla 8: Distribución de los sujetos de la muestra con puntuaciones incluidas en el rango superior de las subescalas según las variables sociodemográficas y laborales.

	Cansancio emocional	Despersonalización	Logros Personales
Sexo			
Varón	31.8	13.4	47.1
Mujer	25.9	10.7	47.2
Edad			
< 30 años	35.7	15.9	45.6
31-40 años	30.2	11.2	46.5
41-50 años	29.2	11.1	47.8
51-60 años	0	0	0
Tipo de Asistencia			
Pública	34.0	12.0	41.0
Pública y Privada	36.6	10.0	47.9
Situación laboral			
Base	30.4	10.0	43.6
Interino	32.4	13.2	46.9
Residente	28.3	11.5	46.6
Tiempo de psiquiatra			
< 5 años	27.3	13.1	47.0
5-10 años	37.0	10.4	47.6
11-15 años	28.2	10.2	47.5
16-20 años	30.4	12.8	34.8
> 20 años	24.0	10.0	47.9
Puesto de trabajo			
H. Continua	34.4	11.3	43.1
H. Parcial	27.0	12.4	47.0
Consulta externa	26.5	12.4	41.7
Tiempo mismo puesto			
< 5 años	32.2	11.9	46.3
6-10 años	30.7	15.4	43.6
11-15 años	26.5	10.0	46.5
16-20 años	0	0	0
> 20 años	0	0	0
Orientación Preferente			
Psicodinámica	34.8	14.1	47.9
Psicosocial	37.1	15.1	35.3
Biológica	28.3	10.1	43.1
Cognitivo-Conductual	17.6	10.0	48.0

El análisis puso de manifiesto que la probabilidad de obtener puntuaciones dentro del rango patológico de las tres subescalas del Maslach Burnout Inventory (MBI), estuvo estrechamente relacionada ($p < 0.05$) únicamente con el género y en la subescala de cansancio emocional. El género ejerció de forma independiente su efecto sobre la probabilidad de puntuar en el rango superior de cansancio emocional, de forma que dicha probabilidad estaba aumentada en los varones.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas asociadas al estado civil para las subescalas del Maslach Burnout Inventory. No se detectan diferencias estadísticamente significativas para las diferentes subescalas del Maslach Burnout Inventory en las variables trabajo o no del cónyuge así mismo se obtiene igual resultado al confrontar la variable, tener o no hijos con las subescalas del Maslach Burnout Inventory.

La variable horas de ocio diario, muestra los siguientes resultados; en la subescala de cansancio emocional los valores medios más altos son para aquellos que disfrutaban de menos de 2 horas al día que para los que disfrutaban de más de 2 horas de ocio diario. En la subescala de despersonalización se obtienen diferencias estadísticamente significativas, con valores medios de 4.36 para los que disfrutaban menos de 2 horas de ocio diario, 5.43 para los que tienen entre 2 y 4 horas de ocio diario y 8.50 los que disfrutaban de más de 4 horas de ocio diario.

DISCUSIÓN.

Globalmente el síndrome de desgaste profesional afecta a uno de cada 2 médicos, a uno de cada 3 de forma importante y a uno de cada 10 de forma severa con matices de irreversibilidad.

El porcentaje de respuesta obtenido se encuentra dentro de los parámetros reportados en otros estudios a nivel de profesionales médicos. Se piensa que esto fue debido al método de entrega y devolución de la información; al ser personalizada se obtuvo mayor contacto con los sujetos de la muestra observando que existió mayor resistencia a la entrega por parte de los médicos de base al contrario de los residentes, por tal motivo el mayor porcentaje de respuesta se ubica en estos últimos.

Esto hace suponer que el psiquiatra titulado es cauteloso y temeroso al ser cuestionado respecto a su satisfacción laboral lo que dificultó la devolución de las encuestas enviadas. La mayor participación de residentes fue debido tal vez a la relación de compañerismo y cooperación en este tipo de trabajos. También se evidencian claras diferencias de participación de los médicos según su lugar de trabajo dentro de la institución.

Por tanto, el hecho de que el psiquiatra titulado se encuentre poco representado en nuestra población de respuesta actuó como factor importante a tener en cuenta al momento de evaluar los resultados.

Es importante resaltar el hecho de que los jóvenes y aquellos profesionales con menos antigüedad en su trabajo son lo que reflejan mayor sensación de posibilidad de mejora, expectativas de cambio y posibilidad de aprender cosas nuevas, al mismo tiempo que denotan poca variedad en su trabajo clínico diario. Estos trabajadores tienen el entusiasmo propio de una persona que se inicia en su ejercicio profesional y que se plantea grandes metas como se observa en la subescala de logros profesionales de este estudio.

Respecto al género, el resultado muestra que son los varones lo que manifiestan mayor grado de presión, relación y adecuación en su trabajo, así como mayor satisfacción laboral. Ante esta situación se piensa que, quizás entre otros factores, el rol femenino que supone una mayor implicación en tareas familiares y del hogar pueda tener algo que ver a la hora de valorar la satisfacción de unos profesionales que trabajan dentro y fuera de casa.

El hecho de que los trabajadores interinos manifiesten mayor distensión, menor adecuación y menor control que los residentes hace suponer que el trabajo influye en la estabilidad y satisfacción laboral haciendo que tenga mayor involucramiento y responsabilidad profesional en la tarea asignada.

El presente trabajo es, hasta donde alcanzan nuestros conocimientos, el primer estudio realizado en población de médicos psiquiatras. Si bien es cierto que hay antecedentes de otros estudios en nuestro país, estos se centraron en poblaciones médicas no psiquiátricas.

La situación actual de cambio existente en el sistema de atención psiquiátrica en nuestro país, la insuficiencia relativa de recursos humanos y económicos, así como una carencia de formación específica para las nuevas tareas a desarrollar en salud mental, probablemente sean responsables de la aparición del desgaste profesional.

El resultado obtenido en este trabajo, está en línea de los publicados en otros países, en el sentido de que las variables sociodemográficas se correlacionan escasamente con el desgaste profesional, sin embargo otros demuestran todo lo contrario^{49,50}. No obstante, la edad parece desempeñar un papel moderador, de manera que a mas edad se evidencia un menor desgaste profesional, quizás porque el trabajador, según avanzan los años adquiere mayor seguridad en las tareas que desempeña y se hace menos vulnerable al estrés laboral. La experiencia de "quemarse" se da con mayor frecuencia en los jóvenes recién incorporados a su nuevo empleo. Estos sujetos no suelen estar debidamente preparados para hacer frente a los conflictos emocionales que desde el exterior se les presentan, y tienen menos experiencia en controlar sus sentimientos.

Se detecta que el ocio diario está relacionado con el nivel de desgaste profesional, de tal forma que los individuos que disfrutan de más de cuatro y menos de dos horas de ocio diario sufren un mayor nivel de despersonalización.

CONCLUSIONES.

Confirmando la hipótesis planteada este estudio permitió detectar que los profesionales psiquiatras titulados y entrenamiento del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de México, presentan un grado bajo de burnout, caracterizado por niveles bajos en cansancio emocional y despersonalización y medio en logros personales.

En nuestra muestra los factores sociodemográficos explorados (edad, estado civil, tener o no hijos y cónyuge con o sin trabajo) tiene pobre correlación con el nivel de burnout presente, el sexo presentó diferencia significativa en la subescala de cansancio emocional de tal forma que fueron los varones los que tienen aumentada esta posibilidad.

Dentro de los variables laborales la única que tuvo diferencia significativa fue la antigüedad como psiquiatra, en la subescala de logros profesionales lo que habla de que al aumentar los años de ejercicio se consolida la autoestima profesional y se obtienen mayores logros.

Es importante mencionar que este estudio fue diseñado para valorar a psiquiatras titulados y entrenamiento y la pobre participación de los primeros limita los resultados del mismo, así mismo tomar en cuenta que el Inventario de Maslach no ha sido válido en nuestra población, estos hallazgos descritos solo se aplican a la muestra estudiada.

La prevención de la insatisfacción laboral y el desgaste profesional debe incluir dos niveles: el individual y organizacional.

A nivel individual se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control y la autoeficiencia personal.

Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales como las del afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual. Desde la perspectiva cognitiva es esencial hacer frente a las cogniciones erróneas o desadaptativas como expectativas irrealistas y falsas esperanzas. También pueden utilizarse técnicas de relajación, de autorregulación o control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc.

A nivel organizacional o grupal, se intenta que el grupo de trabajo se entrene en la resolución de problemas, que asuma mentalidad de equipo, se estimule el trabajo en equipo, se trata de formar grupos de autoayuda (ejem; grupos Balint). En concreto, hay consideraciones prioritarias para el mejor desarrollo organizacional: creación de consultas de psiquiatría laboral, adscrita al servicio de psiquiatría; desarrollar un servicio ágil y confidencial de inspección laboral eficaz, con una orientación preventiva y rehabilitadora, más que sancionadora; potenciar la supervisión: aprendizaje del grupo, evaluación del rendimiento y facilitación del cambio-regeneración institucional.

ANEXO 1
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

- 1.- Sexo: a) Masculino b) Femenino
- 2.- Edad: a) < 30 años b) 31-40 años c) 41-50 años
 d) 51-60 años e) > 60 años
- 3.- Estado civil:
 a) soltero (a) b) casado (a) c) divorciado (a)
 d) viudo (a) e) unión libre f) separado (a)
- 4.- Hijos: a) con hijos b) sin hijos
- 5.- Trabaja el cónyuge:
 a) si b) no
- 6.- Situación laboral:
 a) base b) interino c) residente
- 7.- Tiempo como psiquiatra:
 a) < 5 años b) 6-10 años c) 11-15 años
 d) 16-20 años e) > de 20 años
- 8.- Tipo asistencia:
 a) Pública b) Privada c) Ambas
- 9.- Puesto de trabajo:
 a) hospitalización b) hospitalización c) consulta
 continua parcial externa
- 10.- Tiempo en el mismo puesto:
 a) < 5 años b) 6-10 años c) 11-15 años
 d) 16-20 años e) > de 20 años
- 11.- Orientación preferente:
 a) Psicodinámica b) Cognitivo c) Biológica
 conductual
 d) Psicosocial
- 12.- Horas de ocio diario:
 a) < 2 hrs día b) 2-4 hrs día c) > 4 hrs día

**ANEXO 2.
MASLASC BORNOUT INVENTORY.**

FRECUENCIA:

0= Nunca 1= casi nunca 2= pocas veces 3= algunas veces 4= con frecuencia 5= casi siempre 6= todos los días.

INSTRUCCIONES: rellenar cada casilla según la numeración de la tabla superior.

0-6

- () 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- () 2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
- () 3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
- () 4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.
- () 5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- () 6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- () 7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- () 8.- Me siento desgastado por mi trabajo.
- () 9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas 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.- Creo que estoy trabajando demasiado.
- () 15.- En realidad no me importa lo que les pase a algunos de mis pacientes.
- () 16.- Trabajar directamente con las personas me produce estrés.
- () 17.- Fácilmente puedo crear un ambiente relajado con mis pacientes.
- () 18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto 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 los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Pullen D, Lonie C, Lyle D. et al. **Medical care of doctors.** 1994. Medical Journal of Australia, 163,481-484.
- 2.- Lens P van der Wal G. **Problem Doctors: A Conspiracy of Silence.** 1997.
- 3.- Hale R, Hudson L. **The Tavistock study of young doctors: report of the pilot phase.** 1992. British Journal of Hospital Medicine, 47, 452-464.
- 4.- Mc Kevitt C, Morgan M, Simpsom J. et al. **Doctor's Health and Needs for Services.** 1996. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- 5.- Maslach C, Jackson SE. **Burnout in Organizational setting.** Appl Soc Psychol Annu. 1984; 5:133-153.
- 6.- Maslach C, Jackson SE. **MBI, Maslach Burnout Inventory (Human Services Survey)** Manual Palo Alto, Ca. Consulting Psychologist Press;1981.
- 7.- Rojo Rodes, Cirera Acosta. **Síndrome de Desmoralización.** En: biblio stm, editores. Interconsulta Psiquiátrica España. 1999.
- 8.- Capilla Pueyo R. **El Síndrome de burnout o de desgaste profesional.** JANO. 2000;58(1334):996-968.
- 9.- Moreno B, Oliver C, Aragonese A. **El burnout, una forma específica de estrés laboral.** En: Buela Casal VE, Caballo, editores. Manual de Psicología Clínica Aplicada. España: Siglo XXI;1991.p 271-285.
- 10.- J.C. Mingote Adán. **Síndrome de burnout o de desgaste profesional.** Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1998;5(8):493-503.
- 11.- Gil-Monte P.R. **Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey en una muestra de policías municipales.** Revista de Salud Pública de México. 2002;44:33-40.
- 12.- Gil-Monte P.R; Peiro J.M. **Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional.** Psicothema. 1999;11(3):679-689.
- 13.- Téran D.E; Molina D.V; Michaca G.A; García A.R; Secin R.D. **Síndrome de burnout en enfermeras del Hospital Angeles del Pedregal.** Psiquis (México) 2000;9(5):105-113.
- 14.- Freudenberg HJ. **Staff Burn-out.** J Social Issues 1974;30:159-65.
- 15.- Maslach C. **Burned out.** Hum Behav 1976;5:16-2.
- 16.- Koran LM, Moos RH, Moos B, Zasslow M. **Changing hospital work environment : an example of a burn unit.** Gen Hosp Psychiatry. 5(1): 7-13. Apr. 1983.
- 17.- Cherniss C. **Professional burnout in human service organizations.** New York: Praeger; 1980.
- 18.- Golembiewski V, Cooley E. **Theoretical and research consideration of burnout Children and Youth Services.** Review. 1983;53:227-236.
- 19.- Maslach C, Jackson S. **The role of sex and family variables in burnout.** Sex Roles 1985;12:837-51.
- 20.- Cherniss C. **Staff Burnout: Job stress in the Human Services.** London: Sage Publications, 1980.
- 21.- Mc Dermont D. **Professional burnout and its relation to job characteristic, satisfaction, and control.** J Human Stress 1984;10(2):79-85.
- 22.- Freudenberg HJ. Nort G. **Women's Burnout.** London: Penguin Books.1985.
- 23.-Cobb S. **Social support as a moderator of life stress.** Psychosomatics Medicine. 1976;38:300-314.
- 24.- Garden AM. **Burnout: The effect of psychological type on research finding.** Journal of Occupational Psychology. 1989;62:223-234.
- 25.- Pines A, Maslach C. **Characteristics of staff burnout in mental health settings.** Hosp Community Psychiatry 1978;29(4):233-7.
- 26.- Herzberg F, Mausner B, Symderman BB. **The motivation to work.** New York. Wilwy. 1959.
- 27.- Hayes M. **The organization context of burnout.** Informe presentado en la Annual Program Meeting. Council on Social Work Education. 1981.
- 28.- Hay D, Oken D. **The psychological stress of intensive care unit nursing.** Psychosomatics Medicine. 1971;34:109-118.
- 29 Maslach C, Jackson SE. **The measurement of experienced burnout.** Journal of Occupational Behavior 1981;2:99-113.

- 30.- Justice B, Gold RS, Klein JP: **Life events and burnout**. The Journal of Psychology 1981;108:219-226.
- 31.- Karger HJ: **Burnout as alienation**. The Social Service Review 1981;55, 2:270-283.
- 32.- Golembiewski RT, Muzenrider RF: **Phases of burnout: Development in concepts and applications**. New York: Praeger 1989.
- 33.- Alvarez Gallego E, Fernández Ríos L. **El síndrome de <burnout> o el desgaste profesional: Revisión de estudios**. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1991;11:257-65.
- 34.- Da Silva Sobral De Mateos H, Daniel Vega E, Pérez Urdaniz. **Estudio del desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general**. Actas Esp Psiquiatr. 1999 Sep-Oct; 27(5): 310-20.
- 35.- D Vega E, Urdaniz AP, Fernández Canti G. **Burnout Síndrome in General Hospital Doctors**. Eur J Psychiatry 1996;4(10):207-13.
- 36.- De las Cuevas C, González JL, de la Fuente JA. **Burnout y reactividad al estrés**. Rev Univ Navarra. 1997 Apr-Jun;41(2):10-8.
- 37.- Bhagat RS. **Effects of stressful life events upon individual performance effectiveness and work adjustment processes within organizational settings: A research model**. En: Faber B. Stress and burnout in the human service professions. 2ª ed. New York: Pergamon Press; 1983.
- 38.- Melamed S, Kushnir T, Shirom A. **Burnout and risk factors for cardiovascular diseases**. Behav Med. 1992 Summer; 18 (2): 53-60.
- 39.- Cherniss C. **Cultural trends: Political, economic and historical roots of problem**. En: Paine WS, ed. Job, Stress and burnout. Beverly Hills. Ca: Sage Publications; 1982.
- 40.- Nadaoka T, Kashiwakura M, Oiji A. **Stress and psychiatric disorders in local government officials in Japan, in relation to their employment level**. Acta Psychiatr Scand. 1997 Sep;96(3):176-83.
- 41.- Maslach C. **Burnout: The cost of caring**. Prentice Hall. NJ Englewood Cliffs, 1982.
- 42.- **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)** Asociación Psiquiátrica Americana, En: Masson. Cuarta Edición, Barcelona, España. 1995.
- 43.- Cebria J, Segura J, Corbella S, et al. **Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia**. Aten Primaria. 2001;27:459-468.
- 44.- Piedmont RL. **A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: the role of personal dispositions**. Journ of Personality Assessment. 61(3):457-73, Dec. 1993.
- 45.- Livianos Aldana L, De las Cuevas Castresana C, Rojo Moreno L. **El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales**. Actas Esp Psiquiatr. 1999 Sep-Oct; 27(5): 305-9.
- 46.- Alvarez Gallego E, Fernández Ríos L. **El síndrome de <burnout> o el desgaste profesional (II): Estudio Empírico de los profesionales Gallegos del área de Salud Mental**. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1991;11:267-73.
- 47.- Olivar Castrillon C, González Morán S. **Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias**. Aten Primaria. 1999;24:352-359.
- 48.- Atance Martínez JC. **Aspectos epidemiológicos del síndrome de "burnout" en personal sanitario**. Rev Esp Salud Pública. 1997 May-Jun; 71(3): 293-303.
- 49.- de Pablo González R, Suberviola González JF. **Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria**. Atención Primaria. 1998 Nov 30; 22(9): 580-4.
- 50.- Hidalgo Rodrigo I, Díaz González RJ. **Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila**. Med Clin Barc. 1994 Oct 8; 103 (11): 408-12.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA