



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS INTERNOS
Y RESIDENTES EN RELACIÓN CON GÉNERO
Y EXIGENCIAS LABORALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARCELA AMELIA MENDOZA VILLEGAS

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANÍS



MÉXICO. D.F.

MARZO 2004



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

MARCELA AMELIA MENDOZA VILLEGAS.

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS INTERNOS Y
RESIDENTES EN RELACIÓN CON GÉNERO Y EXIGENCIAS
LABORALES.**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANÍS.

MARZO DEL 2004.

V o B o

8/MARZO/2004.

Mi profundo agradecimiento al Jurado:

*Lic. María Teresa Gutiérrez Alanís.
Directora de la tesis.*

*Lic. Alfredo Guerrero Tapia.
Revisor.*

*Lic. María Luisa Herrán Iglesias.
Revisora.*

*Dr. José Méndez Venegas.
Revisor.*

*Lic. Enriqueta Ríos Santa Cruz Polanco.
Revisora.*

Les agradezco haber dedicado una parte de su tiempo en la revisión de esta tesis y sus valiosos comentarios y recomendaciones.

Agradezco a la Lic. María Teresa Gutiérrez Alanís haberme orientado y apoyado durante el desarrollo de mi carrera.

Asimismo, agradezco a todos los profesores y secretarías de SUA.

Dedico esta tesis a mis hijos: Cintia, Leonardo y Omar y les agradezco infinitamente su ejemplo y apoyo.

También la dedico a mis amigos Benny, Paty, Ari, Baghee, Lothar, Zulú, Bachi, Güera, Groundy, Cookie y Oso. Y especialmente a Kiwie y a Abuelo Tostao quienes, con sus sabias enseñanzas, han orientado mi vida.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1	
EL SÍNDROME DE BURNOUT	
1.1 Definición del Síndrome de Burnout.....	5
1.2 Desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Burnout.....	8
1.3 Síntomas del Síndrome de Burnout.....	12
1.4 Las diferencias de género en el Síndrome de Burnout.....	19
1.5 Instrumentos de medición en el Síndrome de Burnout.....	21
CAPÍTULO 2	
LOS MÉDICOS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT	
2.1 El perfil del médico en México.....	27
2.2 El proceso de trabajo del médico.....	29
2.3 El profesional de la salud y el Síndrome de Burnout.....	30

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA.....	35
------------------	----

CAPÍTULO 4

RESULTADOS.....	44
4.1 Subescala de agotamiento emocional.....	45
4.2 Subescala de despersonalización.....	47
4.3 Subescala de ejecución personal disminuida.....	49
4.4 Comportamiento total de la muestra en relación al Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones.....	51
4.5 Variables de exigencias laborales y su relación con las tres subescalas del Síndrome de Burnout.....	53

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	67

ANEXOS

Anexo 1.
Inventario Maslach de Burnout (MBI).74

Anexo 2.
Encuesta de exigencias laborales.....75

Introducción.

El trabajo que desempeñamos es, además de una fuente de ingresos para solventar nuestras necesidades, un espacio de desarrollo personal integral. Desafortunadamente esto no ocurre así, necesariamente en la práctica, existen actividades profesionales y oficios que por sus características son potencialmente nocivos a la salud (mental o física) de quienes los realizan. Trastornos como el estrés, la depresión, entre otros, se han asociado al desempeño de ciertas actividades. Tal es el caso del Síndrome de Burnout (desgaste profesional) que se produce como reacción al estrés crónico en la actividad de los profesionales del área asistencial y de la salud. Se manifiesta en tres subescalas o dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y ejecución personal disminuida.

En base a una gran cantidad de estudios realizados por Maslach y Jackson (1978, 1981 y 1982), se ha encontrado que existen profesionales que poseen una mayor tendencia a desarrollar el Síndrome de Burnout. Estos son los trabajadores sociales, maestros, policías, enfermeras, médicos, psicoterapeutas, psicólogos, encargados de prisiones, abogados, secretarias, enfermeras, corredores de bolsa y periodistas. (Pinelo y Salgado, 2002).

Este síndrome está presente en los médicos quienes, parafraseando a Maslach (1982), al ser afectados por el Síndrome de Burnout, se sienten enojados, irritables e impacientes. Asimismo disminuye su productividad y se establece un deterioro en la relación médico paciente tanto en la calidad como en la cantidad de atención. (Linzer, 2001).

Una consecuencia del estrés laboral al que está sometido el personal médico de una institución hospitalaria, es la presencia de un conjunto de síntomas que constituyen el síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional o de "estar quemado"; dicho síndrome puede estar relacionado a diferentes problemas laborales en las instituciones de salud (ausentismo, errores de procedimiento, etc.).

La expresión de este síndrome afecta el trato o atención que se presta a los pacientes, así tenemos que las personas que previamente eran muy trabajadoras, diligentes y comprometidas con su profesión, se van sintiendo cada vez menos satisfechas, desilusionadas y asumen actitudes de cinismo en cuanto a su labor y otros aspectos de su vida.

Las condiciones laborales del médico en instituciones de salud pública son sumamente estresantes y su entorno laboral es adverso para el desarrollo óptimo de su profesión. Así tenemos que los médicos trabajan día y noche, sin dormir, dos o tres veces por semana; tienen una jornada laboral semanal mayor a 48 horas; trabajan en horas de descanso o

vacaciones y en muchas ocasiones no perciben un salario satisfactorio, entre otros factores.

En el presente trabajo se hizo una comparación por género de la presencia del síndrome de Burnout en médicos internos y residentes del Hospital Regional del ISSSTE en Mérida, Yucatán. Para ello se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach y un cuestionario de exigencias laborales tomado de. Asimismo se investigó la influencia de variables de exigencias laborales en la existencia de este síndrome, los reactivos de esta encuesta fueron tomados de los instrumentos referidos en el libro Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores de Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G. y López, J. editado en 2001 por la Universidad Autónoma Metropolitana.

En el capítulo 1 " El Síndrome de Burnout", se proporciona el marco teórico necesario para comprender en qué consiste este síndrome, cuáles son sus desencadenantes y facilitadores, cuáles son sus síntomas, qué instrumentos se han utilizado para evaluarlo y cuáles son las diferencias de género que produce.

En el capítulo 2 " Los médicos y el Síndrome de Burnout", se aborda el perfil del médico en México y el proceso de su trabajo. También se

comenta la relación que existe del síndrome y los profesionales de la salud.

En el Capítulo 3 "Metodología", contiene la descripción de los métodos utilizados en la elaboración de la presente tesis.

En el Capítulo 4 se presentan los resultados de la investigación asociados con la presencia del Síndrome de Burnout en médicos internos y residentes en relación con el género y las exigencias laborales.

En el Capítulo 5 " Conclusiones y discusión" se abre un espacio para la reflexión en torno a la investigación realizada y a los resultados obtenidos. Finalmente se ofrecen las conclusiones generales del trabajo realizado.

CAPÍTULO 1.

EL SÍNDROME DE BURNOUT.

1.1 Definición del Síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout fue mencionado por primera vez en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger quien describe algunos de los síntomas clínicos comunes y conductas experimentados por voluntarios y profesionistas que trabajan en servicios de salud.

Freudenberger plantea que se puede llegar a un agotamiento debido a una demanda excesiva de energía o fortaleza, atribuida al estrés que provoca trabajar con gente emocionalmente necesitada y demandante. La persona que se encuentra en este estado no puede manejarse de manera efectiva y lo manifiesta a través de diferentes síntomas conductuales, físicos y psicológicos. (Guthrie y Black , 1997).

La psicóloga social Cristina Maslach realizó amplios trabajos con respecto al síndrome de Burnout desde 1986 y hasta 1981 cuando publica el Maslach Burnout Inventory, instrumento operativo específico para interpretar los diferentes niveles de desgaste. Maslach mencionó en 1982,

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

Desde este punto de vista, todo profesionalista que trabaje o interactúe con individuos, sería candidato a presentar el Síndrome de Burnout (Pines, 1993).

En 1988, Pines y Aronson definieron el Síndrome de Burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, que se desarrolla 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.

Pines (1994) señaló que la falta de significado existencial en el trabajo que desempeña una persona es uno de los elementos que imposibilitan al profesional a enfrentarse exitosamente a situaciones de estrés y lo llevan al Burnout. Menciona que después de estudiar el Síndrome de Burnout en médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, dentistas, trabajadoras sociales, consejeros, policías y abogados, entre otros profesionalistas, llegó a la conclusión de que la causa principal del Burnout

es la necesidad de creer que nuestras vidas tienen sentido y que las tareas que emprendemos son útiles, importantes, incluso heróicas.

Maslach y Jackson (1981) señalan que el Síndrome de Burnout debe ser conceptualizado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y ejecución personal disminuida en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellos individuos cuyo objeto de trabajo son personas, en cualquier tipo de actividad.

De acuerdo con Gil-Monte y Peiró (1997) en esta definición, por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.) La despersonalización la definen como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, policías, maestros, funcionarios públicos, etc.) de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo. La ejecución personal disminuida en el trabajo la definen como la tendencia de esos profesionales a evaluarse

negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales

1.2 Desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Burnout.

Para determinar la presencia del Síndrome de Burnout (BO) se han clasificado las posibles causas en dos categorías: desencadenantes y facilitadores.

Por desencadenantes del Síndrome de Burnout entendemos aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral. Por facilitadores se entienden las características personales o rasgos de personalidad que favorecen la aparición del BO en ciertas personas susceptibles. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Peiró (1992) establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.

b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.

c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.

d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

Leiter (1988) menciona que las características del ambiente de trabajo tienen una relación más directa para desarrollar el Síndrome de Burnout, que los factores tanto personales, como demográficos y de personalidad.

A cerca de los facilitadores del BO cabe señalar que éstos tienen su origen en diversos factores. Leiter (1988) menciona que las características del ambiente de trabajo tienen una relación más directa para que este síndrome se desarrolle, que los factores tanto personales como demográficos y de personalidad. Maslach (1982) sostiene que las cualidades internas determinan la manera en que una persona maneja las fuentes externas de estrés emocional y señala que el trato con la gente puede ser muy demandante, ya que es necesaria mucha energía para conservar la calma en medio de una crisis, para ser paciente ante la frustración y comprensivo cuando se está rodeado de miedo, dolor enojo o vergüenza durante la relación con los pacientes.

Entre los factores personales que llevan al Burnout, Franco (1997) señala los siguientes:

1. Aspiraciones nobles y un elevado idealismo inicial. Esto lleva a la persona pretender alcanzar metas demasiado elevadas, poco realistas, generales y poco claras. La persona desea ser "heroica" y de esta manera agota todos sus recursos personales con el fin de lograrlo y darse a los demás. Cuando no logra alcanzar las metas que al principio de su profesión idealizó, empieza a sentirse desalentado, culpable, poco efectivo y frustrado.
2. Falta de criterio para medir logros. Esto se refiere a la existencia de una falta de conciencia de las propias fuerzas, debilidades y limitaciones con un elevado idealismo y sentimiento de omnipotencia. Pareciera que el individuo no tiene claro si lo que está realizando es lo correcto y está causando beneficios. Entre mayor sea la insatisfacción, mayor será la tendencia a experimentar agotamiento.
3. Tipo de personalidad. Las personas más propensas a desarrollar el Síndrome de 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 que estos individuos cuidan más de los demás que a sí mismos, es decir, satisfacen sus demandas y necesidades a través de otro.

Otro factor de personalidad que favorece la aparición del Burnout es la necesidad del individuo 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. Maslach (1982).

4. Sobrecarga de trabajo autoimpuesta. En este sentido, los sujetos con mayor riesgo son los que trabajan más tiempo debido a una recompensa financiera mínima y/o que utilizan el trabajo como sustituto de la vida familiar o social.

Maslach (1982) señala que las cualidades internas determinan la manera en que una persona maneja las fuentes externas de estrés emocional y los elementos que pueden predecir el desencadenamiento del Síndrome de Burnout, pueden variar en cada individuo y en cada ambiente laboral.

Cherniss (1980) 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. Añade que la principal causa de este síndrome es la interacción del individuo con la organización o institución.

1.3 Síntomas del Síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout se caracteriza por la existencia de diversos síntomas y su presencia e intensidad varía de acuerdo a cada individuo. Los investigadores Maslach, 1982; Freudenberger, 1972; Potter, 1987; Pines y Aronson, 1988; Padró, 1982; Lamontagne, 1995 (citados en Gil-Monte y Peiró, 1997), dividen dichos síntomas en tres áreas: física, psicológica y conductual que a continuación se refieren:

En relación con los síntomas físicos la persona que desarrolla el síndrome de Burnout puede presentar agotamiento físico, fatiga crónica, disminución de energía, insomnio, pesadillas, cefaleas, alergias, dolor de cuello y espalda, susceptibilidad a infecciones, problemas cardiovasculares, problemas gastrointestinales y trastornos de alimentación.

En las alteraciones de tipo físico se pueden encontrar problemas cardiovasculares, hipertensión, cefaleas, insomnio, falta de apetito y padecimientos psicosomáticos (Melamed, Kushnir, Shiron, 1992).

En relación con los síntomas psicológicos la persona puede desarrollar 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 pueden ser la aparición de deseos de aislamiento, ansiedad, negativismo, tristeza, impaciencia, cambios de humor, sentimientos de impotencia, desilusión, cinismo, pesimismo, sensación de soledad, tendencia a ser inflexible, disminución de la empatía, de los sentimientos personales y de la satisfacción profesional.

También puede existir dificultad para controlar sentimientos, facilidad para enojarse, sentirse abrumado bajo cualquier presión, percibir que todos quieren hacerle daño (paranoia), volverse demasiado rígidos, tercos e insensibles y pasar la mayoría del tiempo en el trabajo. (Daniel y Szabo, 1995).

Freudenberger (1974) señaló que los sujetos afectados por el Síndrome de Burnout manifiestan sensaciones de cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias, facilidad para enfadarse, se frustran con frecuencia y les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente, se vuelven suspicaces hasta el punto de rayar en la paranoia y la omnipotencia, se muestran tercos e inflexibles y se niegan a verbalizar sus problemas, incluso actúan como si estuvieran deprimidos.

Asimismo, se pueden presentar dificultades para concentrarse, falta de capacidad para tomar decisiones o hacer juicios, pérdida de objetividad

para evaluar el funcionamiento, trastornos de atención, de percepción y memoria, negación del problema, falta de motivación y apatía. Las actitudes negativas que presentan las personas hacia sí mismas, hacia los pacientes y hacia el trabajo pueden generar sentimientos de culpa. En niveles avanzados del síndrome de Burnout puede presentarse depresión, paranoia o actos suicidas.

En el ámbito de la atención a la salud el Burnout puede definirse como un síndrome de agotamiento emocional y escepticismo específico en médicos y enfermeras en el desarrollo de su profesión, tanto en hospitales como en ambulatorios o áreas básicas de salud, en una constante relación de ayuda con los enfermos. Cuando el profesional de la salud no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente a las expectativas generadas por los pacientes, ya sea por la propia estructura organizativa del sistema de salud o por falta de recursos disponibles, se genera una situación de doble frustración, la del enfermo y la de los profesionales. Los médicos y 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 situaciones repetidamente, se desarrolla en los profesionales de la salud una pérdida paulatina de motivación, que progresa hasta sentimientos de inadecuación y fracaso. Un aspecto fundamental del síndrome de Burnout son los sentimientos de creciente

agotamiento emocional y entonces 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 continúan trabajando y entonces 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. Otras consecuencias son el ausentismo, la desmotivación y baja moral laboral, al tiempo que aumentan los enfrentamientos entre el equipo médico. Los médicos y enfermeras perciben un declive progresivo de su energía, con vaciamiento existencial y disminución de la capacidad e iniciativa, así como la existencia de disfunciones sexuales. 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 despersonalización (Filós, 2003).

En relación con los síntomas conductuales el individuo puede recurrir a la utilización de tranquilizantes, barbitúricos, alucinógenos, alcohol, nicotina o alimentos.

Firth, McIntee, Mckeown y Britton(1986) afirman que el Síndrome de Burnout se caracteriza por actitudes negativas hacia los sujetos que constituyen el objeto de su trabajo y hacia el propio trabajo, asimismo, presentan: ausentismo, uso de alcohol y otras drogas, pesimismo, apatía, motivación laboral escasa o nula, bajo compromiso laboral, irritabilidad hacia los colegas y hacia las personas destinatarias del trabajo, preocupación excesiva por el confort y el bienestar laboral, tendencia a racionalizar los fracasos culpando a los usuarios o al sistema, resistencia al cambio, creciente rigidez y baja creatividad.

Por otro lado se presentan consecuencias a nivel institucional, al respecto Moreno y Peñacoba (1995) señalan que el Síndrome de Burnout tiene consecuencias importantes en la calidad de vida laboral de los profesionales que ejercen trabajos de asistencia y, además, en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Asimismo repercute en la insatisfacción laboral, la pérdida de la calidad del propio trabajo profesional, el ausentismo, la rotación de puestos de trabajo y, en general, en la eficacia de las instituciones.

Por otra parte, a pesar de que los profesionistas 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 o se adelanta la hora de salida del trabajo. Se pierde el

entusiasmo e idealismo. La tensión y agotamiento que el profesionista sufre en su trabajo lo proyecta en su casa, creándose conflictos maritales, de pareja o familiares, lo que conduce a un aumento de las actividades solitarias. (Chan e Hui, 1995).

Maslach y Jackson (1986) 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 o institución en la que se trabaja.
3. Fatiga y falta de ilusión por el trabajo cotidiano.
4. Sensación de estar atrapado y no tener salida.
5. Dificultad para aguantar la sobrecarga de trabajo.
6. Enfriamiento de las relaciones interpersonales con la pareja, familiares y amigos, compañeros y con los enfermos.
7. Actitud cínica ante el desempeño y los beneficiarios del mismo (pacientes).
8. Disminución de la satisfacción, compromiso y motivación laborales.

9. Creencia de falta de logro profesional.

10. Sentimiento de frustración profesional e ideas de abandono precoz de la profesión, 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, entre otras.

12. Intentos de automedicación que incluyen las utilizaciones de alcohol, tranquilizantes o estimulantes.

Los profesionales de la salud, bajo los efectos de este síndrome, no son conscientes del cambio de comportamiento y deterioro en las relaciones que se producen en su propio ser, más bien lo atribuyen a hechos puntuales en su propia 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 tabaco, alcohol, medicamentos o drogas. Poco a poco llegan al convencimiento psicológico de que su labor no es apreciada por el hospital o institución de salud, ni tampoco por los enfermos, con lo cual se incrementa el proceso de pérdida de autoestima y se inicia una disminución del rendimiento por la aparición de conductas de evitación y evasión. Simultáneamente, en el ámbito de la vida privada del profesional

de la salud aparecen importantes disfunciones familiares y sociales, además de problemas de pareja. (Filós R. 2003).

Los costos sociales del síndrome de Burnout son muy altos pues implican prácticas significativas como el ausentismo, renuncias, problemas de productividad, insatisfacción laboral, disminución de la calidad de atención, insatisfacción del paciente y mala reputación de la institución. Maslach (1986).

1.5 Las diferencias de género en el Síndrome de Burnout.

En relación a las posibles diferencias de género, en el ámbito de la psicología del trabajo, Alfredo Guerrero Tapia (1992), reconoce que en México la mujer vive una situación de desigualdad y opresión respecto a los hombres. En su trabajo el autor encontró que la mujer con una doble jornada de trabajo, que se desempeña dentro del sector de servicios, vive en su subjetividad una serie de contradicciones que surgen a partir de su condición de género, ya que social o ideológicamente hay elementos de opresión. En el trabajo asalariado la mujer se vive reconocida y rechazada, mientras que en el trabajo doméstico se vive rechazada y no

reconocida, al vivir esta contradicción manifiesta una serie de expresiones subjetivas que pueden derivar en psicotrastornos.

En su trabajo, Alba García (1996) encontró que las mujeres tienen menor control que los hombres sobre el contenido y proceso de trabajo. En casi 244 ocupaciones específicas examinadas, los hombres reportan mayores niveles de control que las mujeres, lo que explica menor sufrimiento de los hombres en el trabajo hospitalario.

Gil Monte y Peiró (2002) consideran importantes las diferencias de género en el personal de los servicios de salud en relación al síndrome de Burnout. Estos investigadores estudiaron las diferencias de este síndrome en una población de enfermeras donde encontraron que los 72 hombres estudiados presentaron significativamente más despersonalización que las 258 mujeres. Mientras que en la muestra de hombres la escala de logros personales no tuvo antecedentes importantes de despersonalización, en la muestra de mujeres el agotamiento emocional no fue un antecedente importante para el ausentismo.

En un estudio realizado por Gil-Monte (2002), se encontró que los profesionales de enfermería varones experimentan significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que sus colegas femeninas, y mayor inclinación al absentismo. Asimismo, los niveles de despersonalización fueron mayores en los hombres que en las mujeres.

En el mismo estudio el autor señala que diferentes estudios han obtenido diferencias significativas en los niveles de algunas de las dimensiones del Síndrome de Burnout por el trabajo en función del género.

1.6 Instrumentos de medición de Síndrome de Burnout.

Los instrumentos de medición más utilizados en la actualidad y que han sido desarrollados cuidando los estándares de validez y confiabilidad son:

a) El Maslach Burnout Inventory o MBI (Maslach y Jackson, 1982).

b) El Burnout Measure o BM (Pines y Aronson, 1989).

c) El Tedium Scale (Pines y Kefry, 1978.en Pines y Aronson, 1989).

El instrumento de evaluación del Síndrome de Burnout más conocido y utilizado es el Maslach Burnout Inventory. (Maslach, 1982).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 a trabajar con gente (Pines y Aronson, 1988).

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 en escala. El análisis

actualmente es el indicador de Burnout más usado en estudios con individuos que se dedican a trabajar con gente (Pines y Aronson, 1988).

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 en 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%). El primer MBI se formó con 47 reactivos que fueron aplicados a 602 sujetos de diversas ocupaciones dentro del sector salud y servicio, posteriormente los reactivos se redujeron a 25 y en la actualidad en MBI cuenta con 22 reactivos. (Pines, 1993).

Esta escala ha sido validada en España por Gil-Monte y Peiró (1997). La consistencia interna del cuestionario fue estimada por el coeficiente alfa del Cronbach y fue de 0.90 para la subescala de agotamiento emocional, 0.79 para la subescala de despersonalización y 0.71 para la subescala de ejecución personal disminuida. (Alcocer, 2002).

Los reactivos tienen el valor de respuesta de 0 a 6 (ver Anexo 1) y se citan a continuación:

1. Me siento agotado emocionalmente en mi trabajo.
2. Me siento agotado 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. Puedo comprender fácilmente cómo se sienten mis pacientes.
5. Siento tratar a algunos pacientes como si fueran objetos.
6. Trabajar todo el día con personas es realmente un esfuerzo para mí.
7. Trato de manera efectiva los problemas de mis pacientes.
8. Me siento agotado fuera de mi trabajo.
9. Me siento positivamente influenciado con la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Me he vuelto más duro hacia las personas desde que tomé este trabajo.
11. Me preocupa que mi trabajo me haga más duro emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Siento que estoy trabajando demasiado duro.
15. Pongo poca atención a algunos pacientes.

16. Trabajar directamente con personas me pone muy estresado.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera tranquila con mis pacientes.
18. Me siento entusiasmado después de trabajar cercanamente con mis pacientes.
19. Tengo la satisfacción de que muchas cosas de mi trabajo valen la pena.
20. Me siento como si estuviera al final de mis posibilidades.
21. En mi trabajo, trato tranquilamente los problemas emocionales.
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

Por su concepción teórico-metodológica, el Inventario Maslach de Burnout (Maslach, 1982) identifica tres aspectos o dimensiones generales en los que se agrupan los síntomas del BO:

1. Escala de agotamiento emocional.
2. Escala de despersonalización.
3. Escala de ejecución personal disminuida.

El agotamiento emocional se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y disgusto experimentado por las tareas que se deben realizar

dentro del trabajo, de tal forma que se pierde el interés y satisfacción en el trabajo. El profesional 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. Siente que ya no puede dar más de sí mismo, física o emocionalmente.

Los reactivos que los integran la subescala de agotamiento emocional son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 17.

La despersonalización se refiere al desarrollo en el profesional de una respuesta distante, insensible e inhumana. El trabajador se puede volver cínico, burlón, puede ignorar las demandas de los pacientes y brindar una ayuda insuficiente o nula. Cordes y Dougherty (1993) señalan que por despersonalización también se entiende deshumanización ya que el sujeto afectado contempla a los beneficiarios de su servicio como objetos y no como personas. Los reactivos que integran esta subescala son: 5, 10, 11, 15 y 22.

La ejecución personal disminuida consiste en la pérdida de motivación e interés por el propio trabajo, ideas de incompetencia personal, sensación de que en el plano personal e institucional es imposible lograr cambios y mejoras, el trabajador se muestra incapaz de mantener la debida productividad y posee una pobre autoestima en relación a su labor y

alcance. Asimismo pierde la ilusión con respecto a la actividad que desempeña y el idealismo en su ejecución. En el ámbito médico el síndrome se da cuando el individuo comienza a dudar de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y se relaciona con ellos presentando sentimientos de frustración, baja autoestima o depresión. Los reactivos que integran esta subescala son: 4, 7, 9, 12, 12, 17, 18, 19, y 21.

CAPÍTULO 2.

LOS MÉDICOS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

2.1 El Perfil del Médico en México.

Los problemas médicos no son siempre los mismos, se transforman con el paso de la cultura, varían de región a región, son problemas dinámicos, propios de un momento determinado en una sociedad determinada. Para el médico, el bien del hombre ha sido, a través de los siglos, su objetivo permanente. Su actividad esencialmente deontológica le impone adaptar su ejercicio al entorno cambiante en que debe cumplir su misión. (Ramos y Díaz, 1972).

En su obra "Ética Médica", Julio Roldán González (1984) afirma que el médico, ante todo, debe ser un auténtico amigo de la humanidad, ya que su finalidad es la de cuidar a los hombres cuando están derribados por la enfermedad o el sufrimiento, y cita que el médico debe ser: "Generoso, comprensivo e inasequible al desaliento ante la fatiga, las dificultades o la ingratitud humana". (Roldán, 1984).

Entre los valores éticos supremos de los profesionales de la salud se encuentran la disposición para enfrentarse a situaciones desagradables, la capacidad para ponerse en el lugar del otro, la virtud de identificarse con el paciente, de comprenderlo, sin por ello perder la objetividad científica o desviarse de la acción propiamente médica. (Martínez, 1979).

Los médicos desarrollan tres actividades fundamentales: prevención de la enfermedad; diagnóstico y tratamiento, y rehabilitación del enfermo. En México, una preocupación primaria de los médicos es considerar al enfermo como parte de la sociedad. (San Martín, 1975).

En los hospitales de México que brindan atención pública como los pertenecientes a la SSA, el IMSS o el ISSSTE, laboran tres categorías de médicos: los adscritos, los residentes y los internos. Los médicos adscritos son los especialistas que son responsables directos del diagnóstico y tratamiento de los enfermos del hospital. Los médicos residentes trabajan en los hospitales durante tres o cuatro años, según la especialidad médica que estén cursando, éste trabajo los prepara como especialistas de alguna rama de la medicina. Los médicos internos trabajan y aprenden a través de un adiestramiento rotatorio de un año en un hospital con el fin de prepararse para ejercer la medicina general. (Barquin, 1977).

2.2 El proceso de trabajo del médico.

Tradicionalmente la medicina se define como la ciencia y el arte de prevenir y curar las enfermedades. Con el propósito de alcanzar esta finalidad, la medicina ha desarrollado tres actividades fundamentales: prevención de la enfermedad mediante las técnicas de la medicina preventiva; diagnóstico y tratamiento mediante las técnicas de la medicina curativa; restauración de la capacidad de trabajo del individuo después de la enfermedad mediante las técnicas de rehabilitación. (San Martín, 1975).

La medicina moderna ha dejado de ser la relación eventual de un médico con un paciente, para convertirse en un sistema con objetivos, componentes, estructura, proceso, recursos, interrelaciones, entorno y mecanismo de regulación; que constituye una preocupación de estado moderno para propiciar, conservar y restaurar la salud de los habitantes de una nación. Actualmente la medicina está ligada a la economía, a la sociología, a la demografía, a la administración, a los aspectos ligados a la nutrición, educación, vivienda y en general a todo el ambiente cultural o natural donde se desenvuelven los individuos. La enfermedad se divide en dos períodos. Pre-patogénico y patogénico, en el primero se considera la promoción de la salud en relación con los aspectos económicos,

sociales y políticos del ambiente y de la educación para la salud, aspectos determinados por la medicina preventiva primaria y dentro del período patogénico la prevención secundaria, basada en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; y finalmente la prevención terciaria que presupone el control de las complicaciones que limitan la incapacidad y la rehabilitación consecuente. Dentro de las instituciones hospitalarias se encuentran los especialistas, agrupándose en forma organizada, con el objeto de beneficiar en mayor grado al paciente hospitalizado; así es como han aparecido diversas especialidades, según se han ido desarrollando los procedimientos de exploración, diagnóstico y tratamiento. (Barquín, 1977).

2.3 El profesional de la salud y el Síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout está constituido por un conjunto de signos y síntomas cuya característica fundamental es el agotamiento emocional y escepticismo que se manifiesta en los profesionales en la práctica de su actividad laboral, cuando esta se realiza en el campo de los servicios humanos o en las llamadas profesiones de ayuda como es el caso de los médicos. La atención al paciente es la primera causa de estrés. Asimismo, el estrés del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios

y la frustración de sus perspectivas diagnósticas-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo (Filós R. 2003).

Las profesiones asistenciales y entre ellas, la medicina, se sustentan en una filosofía humanística de trabajo, situación que contribuye a hacer del médico un sujeto propenso a adquirir el Síndrome de Burnout. El tenerse que adaptar a requerimientos deshumanizados y despersonalizados contribuye a este estado. (Cherniss, 1980).

Ramos y Díaz González (1994) afirman que cuando la institución hospitalaria no es capaz de proporcionar los apoyos necesarios para poder realizar un desempeño óptimo de la profesión, el médico queda más expuesto a presentar el Síndrome de Burnout. Añaden que la institución debe aportar al trabajador seguridad y sentimientos de pertenencia, reparación y gratificación que faciliten el desarrollo de su personalidad pues de lo contrario el trabajador puede llegar a sobreadaptarse, para evitar conflictos, a costa de hipotecar su capacidad de pensamiento u otras áreas de su personalidad, haciendo al individuo propenso a adquirir el Síndrome de Burnout.

Los elementos generados del proceso de trabajo, se han caracterizado también como agentes o factores de riesgo susceptibles de generar una enfermedad específica. (Noriega, 1993).

Por ello en este trabajo de tesis estudiamos diferentes exigencias laborales que con frecuencia producen estrés y llevan a los profesionistas a adquirir el Síndrome de Burnout, y en este caso, particularmente, los médicos.

En el artículo "Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias", el investigador español Belloch (2000), concluye que existen residentes hospitalarios de la especialidad de medicina interna que tienen el Síndrome de Burnout provocado por factores sociales demográficos y de entorno laboral. El método utilizado fue un estudio transversal realizado a residentes de medicina interna en el Hospital La Fe. Se aplicó el MBI y se encontró que el 7.1% de los médicos residentes presentó niveles altos de agotamiento emocional; el 17.8%, niveles altos de despersonalización, y el 23.2% niveles altos de ejecución personal disminuida.

En el artículo "Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud", el español Caballero (2001), señala en su conclusión que detectó alarmantes niveles altos del Síndrome de Burnout entre profesionales de la salud cuyas causas están estrechamente relacionadas a factores laborales que pueden ser modificados fácilmente. El diseño de la investigación fue descriptivo y en la muestra participaron 354 médicos, enfermeras y auxiliares clínicos de los centros de salud Torrelodones y

San Lorenzo de El Escorial en Madrid, España. Se aplicó el MBI y se encontró que el 30.6% de los encuestados tienen un nivel alto de agotamiento emocional. El 38.3 % asociaron su burnout a la excesiva demanda que se experimenta en el trabajo clínico-hospitalario.

Da Silva (1999), en su artículo " Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general" concluye haber encontrado un grado medio de burnout en el personal de salud estudiado, relacionado con la antigüedad, el tiempo libre y los hábitos de fumar y de ingerir analgésicos y tranquilizantes. El autor aplicó el MBI a 363 médicos, enfermeras y auxiliares de salud, el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, España.

Pavlát (2002) señala que uno de los grandes riesgos de la profesión médica es el síndrome de burnout, en su artículo "Los médicos estresados" señala que al margen del estrés que produce esta profesión (el trato con pacientes difíciles, terapias no exitosas, la presión del tiempo, etc.), los médicos hoy en día tienen que lidiar con la instrumentación y burocratización de la práctica médica. Estas situaciones pueden provocar una actitud injusta del médico hacia sus pacientes. El autor afirma que esta profesión se encuentra mas expuesta que otras a la presión de las preocupaciones y riesgos potenciales, por lo tanto los

médicos se encuentran ansiosos y propensos a adquirir el Síndrome de Burnout.

CAPÍTULO 3.

METODOLOGÍA.

Justificación.

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que padecen principalmente los profesionistas del área de la salud y asistencial.

La necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar el estrés laboral. En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral cuando se evalúa la eficacia de una determinada organización. La calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental tienen repercusiones sobre la organización, ausentismo, disminución de productividad, disminución de calidad, entre otros aspectos. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En la población mexicana, es escasa la investigación sobre el Síndrome de Burnout, lo que constituye un obstáculo para la identificación de esta alteración y de sus factores desencadenantes en nuestro país.

Por lo cual, es importante la realización de este trabajo para contar con información acerca de la presencia del síndrome en una población mexicana y conocer con cuáles variables está asociada, Esto es, estudiar el síndrome y las diferencias de género en médicos internos y residentes en México en el Hospital Regional del ISSSTE en Mérida, Yucatán. Asimismo, conocer como inciden las variables de exigencias laborales. El propósito de ello es el de ayudar a prevenir la adquisición del Síndrome de Burnout, no solo en el personal médico sino en cualquier otro tipo de trabajo similar.

Objetivo.

El objetivo de esta investigación es la detección de BO en médicos internos y residentes comparando diferencias en cuanto a género y exigencias laborales.

Hipótesis.

- a) Existe una prevalencia del BO en la muestra estudiada.
- b) Existe diferencia en la presencia del Síndrome de Burnout (desgaste profesional) entre hombres y mujeres médicos internistas y residentes.
- c) Las variables de exigencias laborales y circunstancias personales exploradas influyen en la existencia del Síndrome de Burnout.

Variables.

Variable dependiente: Presencia del Síndrome de Burnout.

Definición operacional: BO verificado por los puntajes obtenidos.

La diferencia se considera en las tres subescalas del instrumento Maslach Burnout Inventory, MBI.

1. Agotamiento emocional.
2. Despersonalización.
3. Ejecución personal disminuida.

Variables independientes: género y exigencias laborales (la jornada laboral extensa, el trabajo en casa, la rotación de turnos, el trabajo nocturno, la supervisión estricta, la comunicación, las órdenes confusas de superiores, el daño potencial de la salud por el trabajo, el aprecio por el trabajo, la satisfacción laboral, el interés por el trabajo, el reconocimiento y apoyo de iguales, el reconocimiento y apoyo de superiores y el salario satisfactorio).

Muestra.

La muestra estuvo constituida por 26 personas, 13 hombres y 13 mujeres, que laboran como médicos internos y residentes en el Hospital Regional del ISSSTE en Mérida, Yucatán.

Los médicos que conformaron la muestra laboran en los servicios hospitalarios de: urgencias, medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía. Sus edades fluctúan entre los 26 y 34 años.

Diseño.

El diseño del estudio fue descriptivo y analítico pues se identificaron las variables que intervienen en la presencia de un fenómeno y se analizaron las relaciones entre éstas.

Instrumentos.

A) El Síndrome de Burnout fue medido con el Inventario Maslach de Burnout (Maslach, 1982), mismo que ha sido desarrollado cuidando los estándares de validez y confiabilidad. Se utilizó en versión en español de Gil-Monte y Peiró (1997).

El Inventario Maslach de Burnout (Maslach, 1982) identifica tres subescalas o dimensiones (ver Anexo 1):

1. Escala de agotamiento emocional (AE). Consta de 9 items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 17.
2. Escala de despersonalización (DP). Consta de 5 items. : 5, 10, 11, 15 y 22.
3. Ejecución personal disminuida (EP). Consta de 8 items: 4, 7, 9, 12, 12, 17, 18, 19, y 21.

El Inventario Maslach de Burnout (Maslach, 1982) identifica estas tres dimensiones o subescalas cuyos resultados califica en tres niveles: ALTO, MEDIANO Y BAJO.

Los puntos de corte en los resultados obtenidos son:

	BAJO	MEDIO	ALTO
AE	< 16	17-26	> 27
DP	< 6	7-12	> 13
EP	> 39	32-38	< 31

B) Para realizar esta investigación se elaboró una encuesta para explorar variables relativas a exigencias laborales. Los reactivos de esta encuesta fueron tomados de los instrumentos referidos en el libro Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores de Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G. y López, J. editado en 2001 por la Universidad Autónoma Metropolitana.

Los reactivos de la encuesta de exigencias laborales tienen el valor de respuesta si y no e indican la presencia/ausencia de la exigencia laboral estudiada. (Ver Anexo 2).

Los resultados fueron comparados con los puntajes de las tres subescalas de MBI.

Recolección de datos:

El Inventario Maslach de Burnout fue aplicado el Hospital Regional del ISSSTE de Mérida, Yucatán, a 26 médicos internos y residentes, 13 hombres y 13 mujeres.

La aplicación de los instrumentos, tanto el Inventario Maslach de Burnout como la encuesta para explorar las variables de exigencias laborales, se realizó en forma individual durante la jornada de trabajo en el espacio donde laboran los médicos en la institución hospitalaria respectiva. El tiempo de aplicación de los instrumentos fue en un tiempo aproximado de 30 minutos por persona.

En el procedimiento estadístico se codificaron las respuestas generadas en la aplicación de los dos instrumentos.

Calificación, codificación y captura.

Se calificó el MBI de acuerdo con puntuaciones asignadas por reactivo (0-6) y de acuerdo con los grupos de reactivos que corresponden a cada dimensión o subescala (agotamiento emocional AE, despersonalización DP y ejecución personal disminuida ED).

Se compararon los puntajes obtenidos por subescala con los parámetros o niveles de gravedad (alto, medio, bajo).

Se capturaron los puntajes para cada médico.

Por otro lado, la encuesta se capturó en cuanto a la presencia o ausencia de la variable explorada (1-0) para cada médico.

Se capturó la información en una base de datos previo al análisis estadístico.

Tratamiento estadístico.

Se utilizó la técnica de análisis de varianza misma que es adecuada para cualquier experimento en donde los datos se pueden utilizar para obtener dos estimaciones independientes de la varianza poblacional y donde se analizan los datos de los experimentos que emplean más de dos grupos o condiciones. El análisis de varianza es, por lo tanto, una técnica estadística utilizada para analizar los experimentos con varios grupos. (Pagano, R. 1999).

Asimismo, se utilizó la prueba X^2 (Ji-cuadrada) que se utiliza para probar la existencia de una diferencia significativa entre un número observado de respuestas de cada categoría y un número esperado, basado en la hipótesis de nulidad. (Siegel, 1986).

Los paquetes estadísticos utilizados fueron EPI INFO 6.02 y STATISTICA 5.

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS.

Como se mencionó antes, el análisis estadístico, mediante el ANOVA y la chi cuadrada, pretendió, por un lado, conocer cómo se distribuían los grupos en relación con las diferentes variables de estudio y por otro, conocer las diferencias entre ellos.

El Síndrome de Burnout implica una triada de sintomatología que puede expresarse de manera diversa, así, una persona con BO puede enfatizar los síntomas de despersonalización, mientras que otra lo expresa como agotamiento emocional, por ejemplo.

En la investigación presente se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en la subescala de agotamiento emocional ($p = 0.0012$), siendo los hombres los más afectados por este síndrome.

Cabe recordar que el MBI es una medida del Síndrome de Burnout dividida en tres dimensiones o subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y ejecución personal disminuida. Cada una de ellas

expresadas en tres niveles de gravedad o intensidad (alto, medio y bajo) mismos que fueron relacionados con cada una de las variables de estudio para conocer lo significativo de estas asociaciones.

A continuación se describen los análisis estadísticos para cada subescala o dimensión del BO:

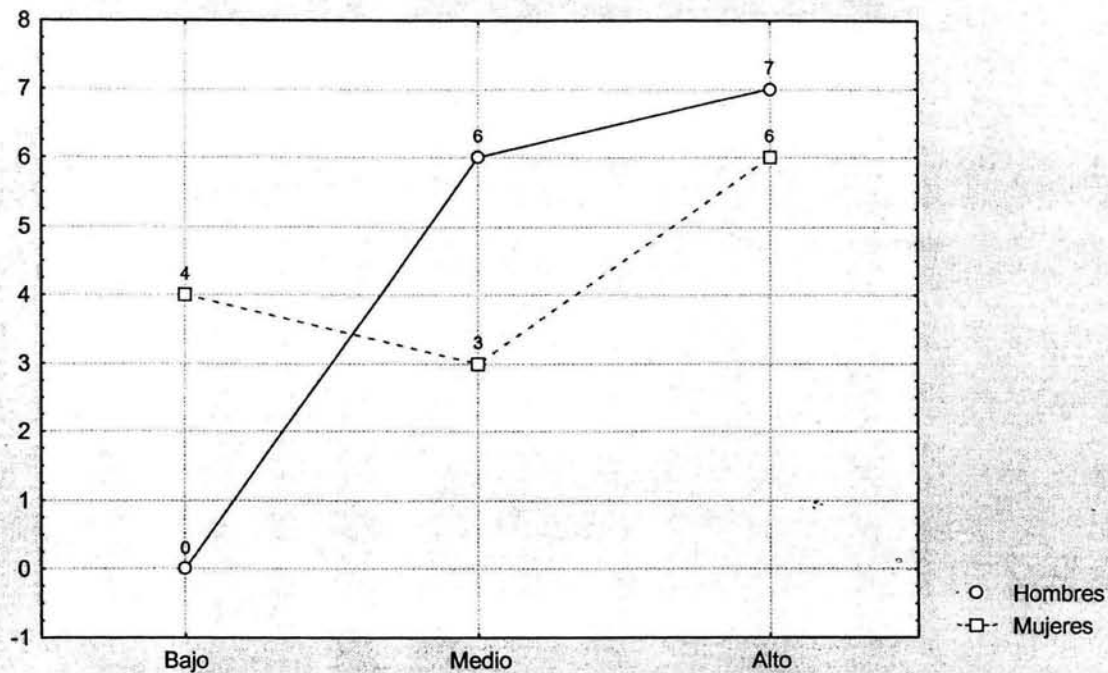
4.1 Subescala de agotamiento emocional.

Al utilizar la prueba estadística de Análisis de Varianza (ANOVA) se llegó a la conclusión de que existe, entre los puntajes hombres Vs. mujeres, una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de agotamiento emocional que arroja un resultado de $P = 0.0012$. ($P < 0.05$).

El resultado sugiere la conclusión de que los hombres presentan más agotamiento emocional que las mujeres

En la gráfica número 1 se puede ver el contraste de las frecuencias observadas en cada uno de los niveles de agotamiento emocional, de acuerdo al género. Se observan separaciones más marcadas en el nivel bajo y medio del AE.

GRAFICA 1. ANALISIS DE LA REALCION DE LAS VARIABLES GENERO VS. AGOTAMIENTO EMOCIONAL. (ANOVA).

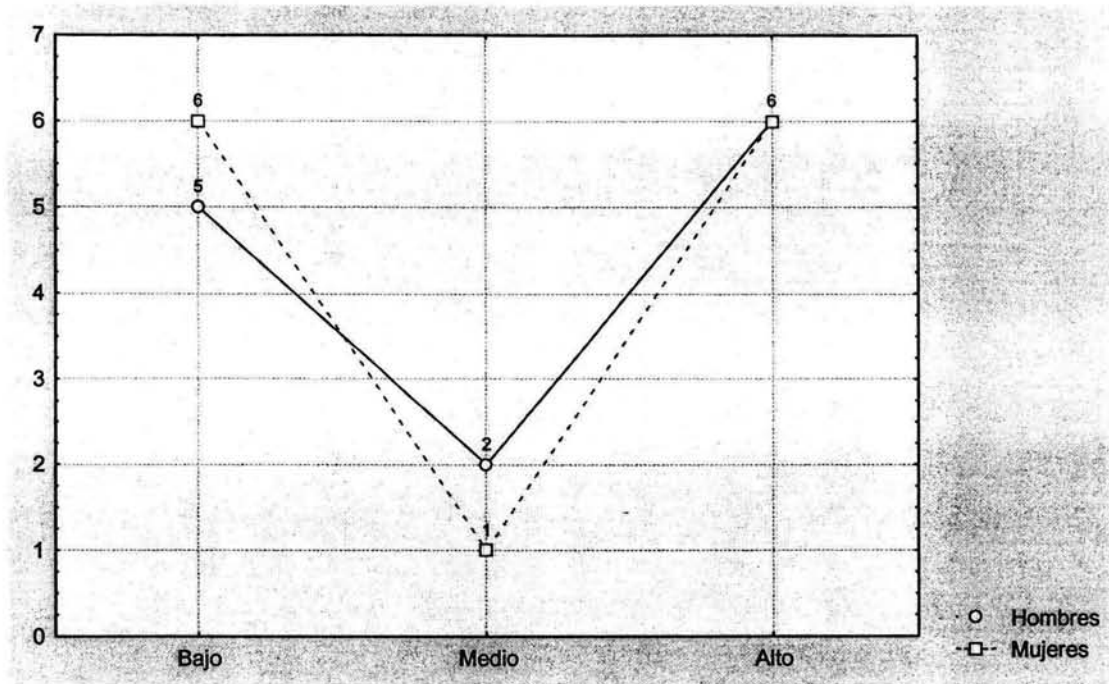


4.2 Subescala de despersonalización (DP).

Al utilizar la prueba estadística de Análisis de Varianza (ANOVA) se llegó a la conclusión de que no existe, entre los puntajes de hombres y mujeres, una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de despersonalización que arroja un resultado de $P = 0.2613$. ($P > 0.05$).

El resultado muestra que los hombres y las mujeres presentan un grado de despersonalización similar.

GRAFICA 2. ANALISIS DE LA REALCION DE LAS VARIABLES GENERO VS. DESPERSONALIZACIÓN. (ANOVA).



En la gráfica número 2 se puede ver el contraste de las frecuencias observadas en cada uno de los niveles de despersonalización, de acuerdo al género.

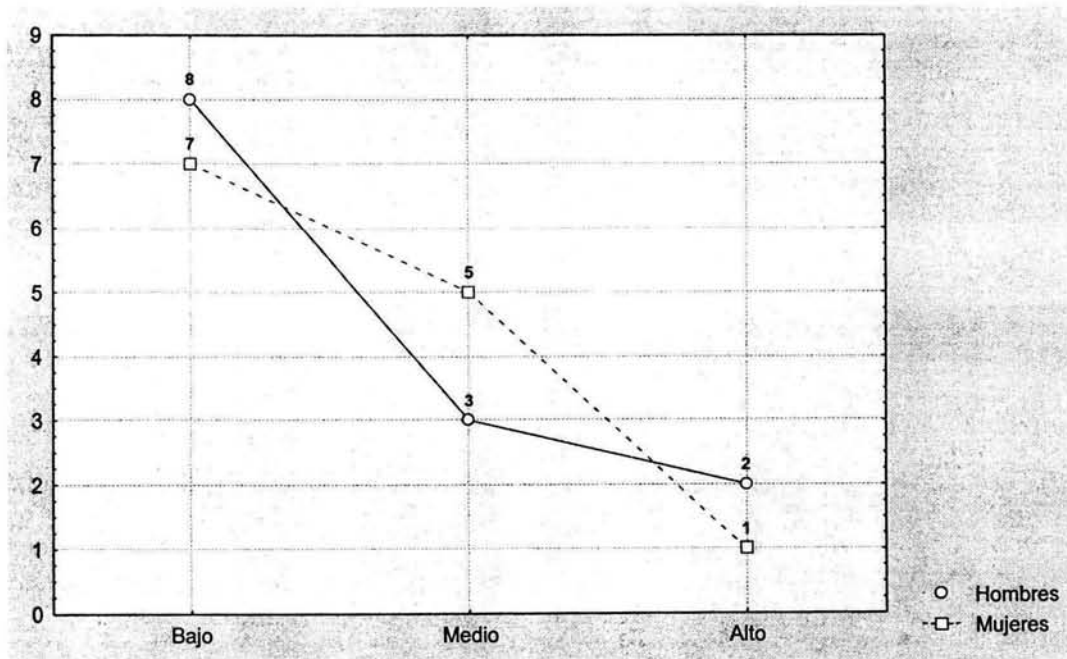
4.3 Subescala de ejecución personal disminuida (EP).

Al utilizar la prueba estadística de Análisis de Varianza (ANOVA) se llegó a la conclusión de que no existe, entre los puntajes de hombres y mujeres, una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de despersonalización ya que arroja un resultado de $P = 0.4734$. ($P > 0.05$).

El resultado lleva a la conclusión de que los hombres y las mujeres presentan un grado de ejecución personal disminuida similar.

En la gráfica número 3 se puede ver el contraste de las frecuencias observadas en cada uno de los niveles de ejecución personal disminuida, de acuerdo al género.

GRAFICA 3. ANALISIS DE LA RELACION DE LAS VARIABLES GENERO VS. EJECUCION PERSONAL DISMINUIDA. (ANOVA).



4.4 Comportamiento del total de la muestra en relación al Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones.

En la gráfica número 4 se puede observar el comportamiento del puntaje del Síndrome de Burnout en cada una de las tres subescalas del MBI en el total de individuos de la muestra.

a) Subescala de agotamiento emocional.

Se observa que el 50% de los 26 médicos encuestados tiene un nivel alto; el 34.61% tiene un nivel medio, y el 15.38 % tiene un nivel bajo.

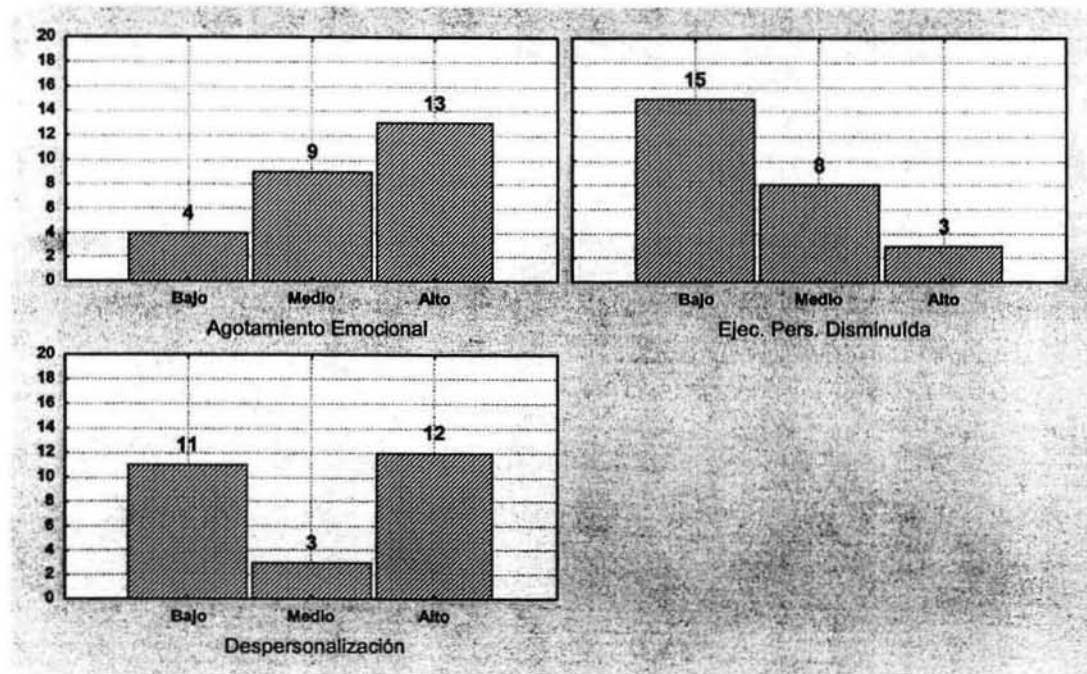
b) Subescala de despersonalización.

Se observa que el 57.69% de los médicos encuestados tiene un nivel bajo; el 30.76% tiene un nivel medio, y el 11.53% tiene un nivel alto.

c) Subescala de ejecución personal disminuida.

Se observa que el 42.30% de los médicos encuestados tiene un nivel bajo; el 11.53% tiene un nivel medio, y el 46.15% tiene un nivel alto.

GRAFICA 4. PORCENTAJE DE CASOS E INTENSIDAD PARA CADA SUBESCALA DEL SINDROME DE BURNOUT.



4.5 Variables de exigencias laborales y su relación con las tres subescalas del Síndrome de Burnout.

En este caso se aplicó la prueba de independencia X^2 para determinar si existe continuación entre las exigencias laborales en estudio y cada una de las tres subescalas del MBI.

Las variables de exigencias laborales exploradas son las siguientes:

La jornada laboral extensa. (R 4).

La realización del trabajo en casa. (R 5).

La rotación de turno. (R 6)

La realización de trabajo nocturno. (R 7)

La supervisión estricta. (R 8)

La comunicación. (R 9).

El trabajo en espacio reducido. (R 10).

Las órdenes confusas de superiores. (R 11).

El daño potencial a la salud por el trabajo. (R 12)

(La presencia de estas variables resulta una condición negativa y propiciatoria de la sintomatología del BO).

El aprecio por el trabajo. (R13).

La satisfacción laboral. (R 14).

El interés por el trabajo. (R 15).

El reconocimiento y apoyo de los iguales. (R 16).

El reconocimiento y apoyo de los superiores. (R 17).

La percepción de un salario satisfactorio. (R 18).

(La ausencia o carencia de estas variables resulta una condición negativa y propiciatoria de la sintomatología del BO).

a) Subescala de agotamiento emocional.

Como se puede observar en la gráfica 5, las variables de exigencias laborales contribuyeron de un 42.3% al 50% en la obtención de un resultado alto del Síndrome de Burnout en la subescala correspondiente al agotamiento emocional en cuanto a:

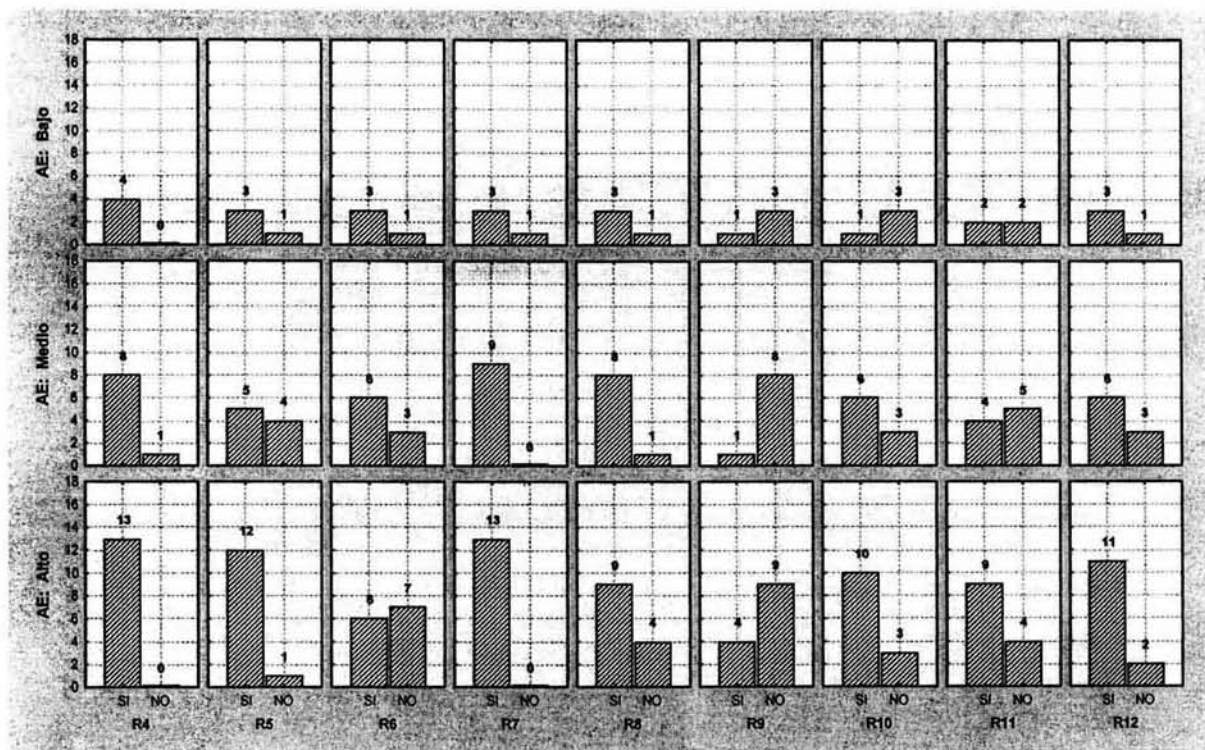
La presencia de una jornada laboral semanal mayor a 48 horas. (R 4).

La realización de trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones. (R 5).

La realización de trabajo nocturno. (R 7),

Desempeñarse en un trabajo que pueda dañar la salud. (R 12).

GRAFICA 5. EXIGENCIAS LABORALES CUYA PRESENCIA SE ASOCIA AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL. (X 2).



Como se puede observar en la gráfica número 6, las variables de circunstancias personales contribuyeron en un 42.3% a un 46.15% en la obtención de un resultado alto del Síndrome de Burnout en la subescala correspondiente al agotamiento emocional en los reactivos:

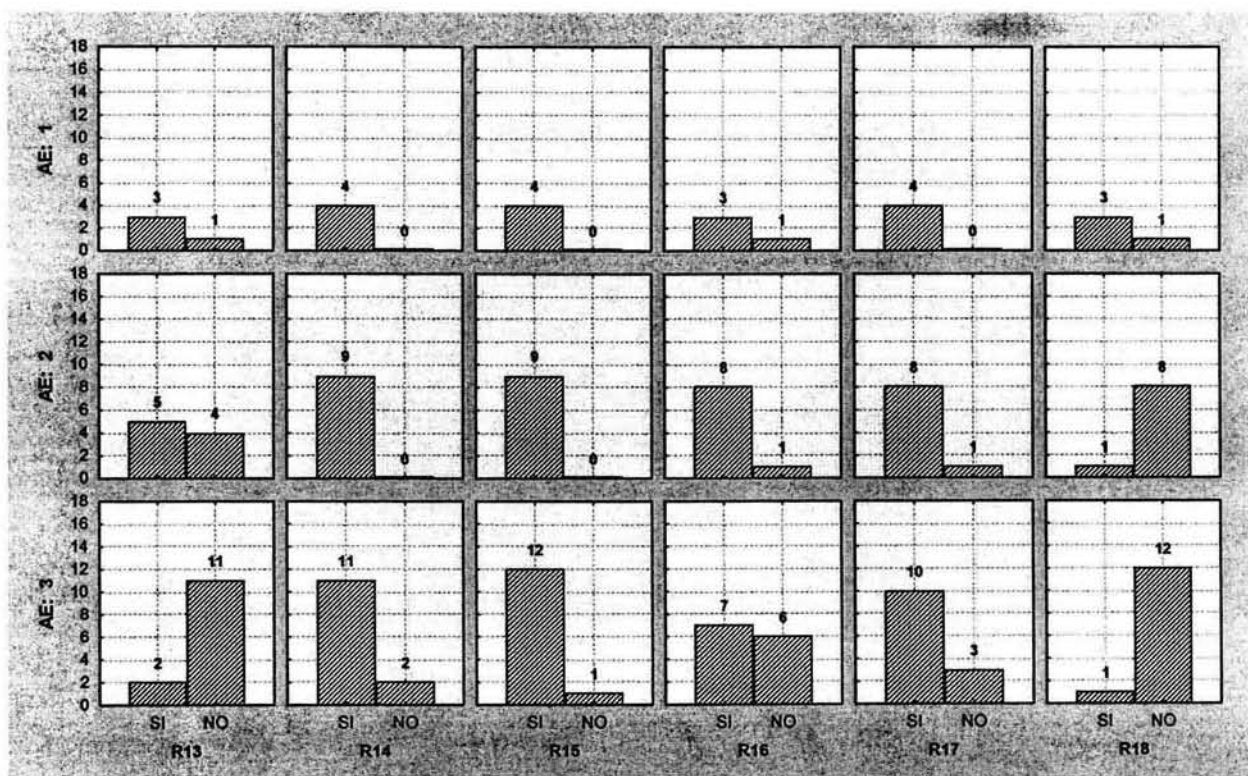
La falta de deseo de que los hijos trabajen en un futuro en lo mismo que el encuestado. (R 13),

La insatisfacción laboral. (R 14).

La falta de interés laboral. (R 15).

Un salario insuficiente. (R 18).

GRAFICA 6. EXIGENCIAS LABORALES CUYA AUSENCIA SE ASOCIA AL AGOTAMIENTO EMOCIONAL. (X 2).



b) Subescala de despersonalización.

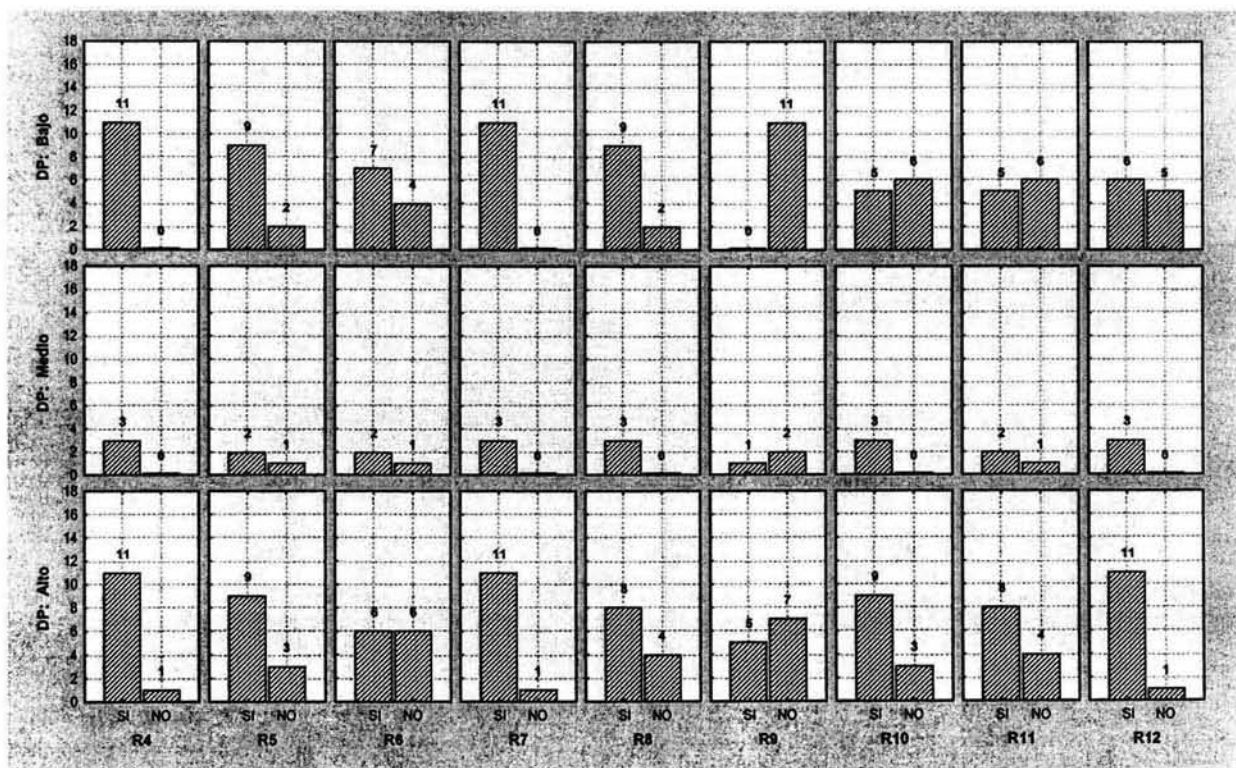
Como se observa en la gráfica 7, las variables de exigencias laborales contribuyeron en 42.30% a la obtención de un nivel alto en la subescala de despersonalización en lo que corresponde a:

La realización de una jornada laboral semanal mayor a 48 horas. (R 4).

La realización de trabajo nocturno. (R 7).

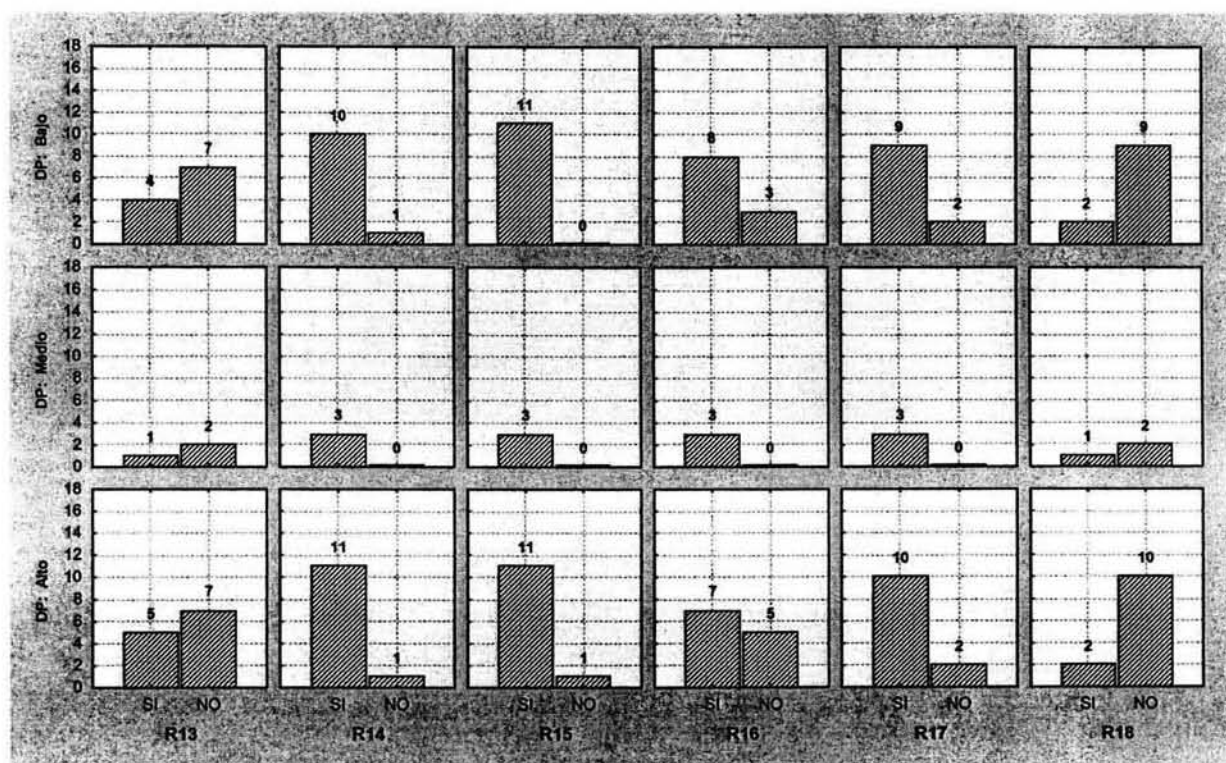
Desempeñarse en un trabajo que puede dañar la salud. (R 12).

GRAFICA 7. EXIGENCIAS LABORALES CUYA PRESENCIA SE ASOCIA A LA DESPERSONALIZACION. (X 2).



Como se observa en la gráfica 8, las variables de exigencias laborales contribuyeron en 42.30% a la obtención de un nivel alto en la subescala de despersonalización en los reactivos: Insatisfacción laboral (R 14) y falta de interés laboral (R 15).

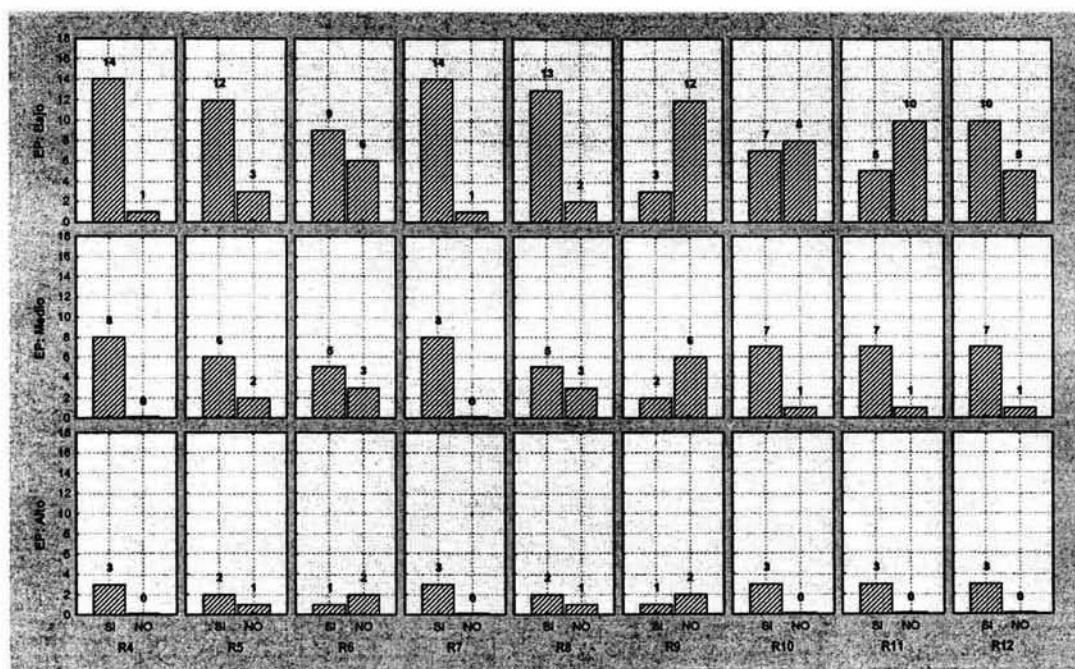
GRAFICA 8. EXIGENCIAS LABORALES CUYA AUSENCIA SE ASOCIA A LA DESPERSONALIZACION. (X 2).



c) Subescala de ejecución personal disminuida.

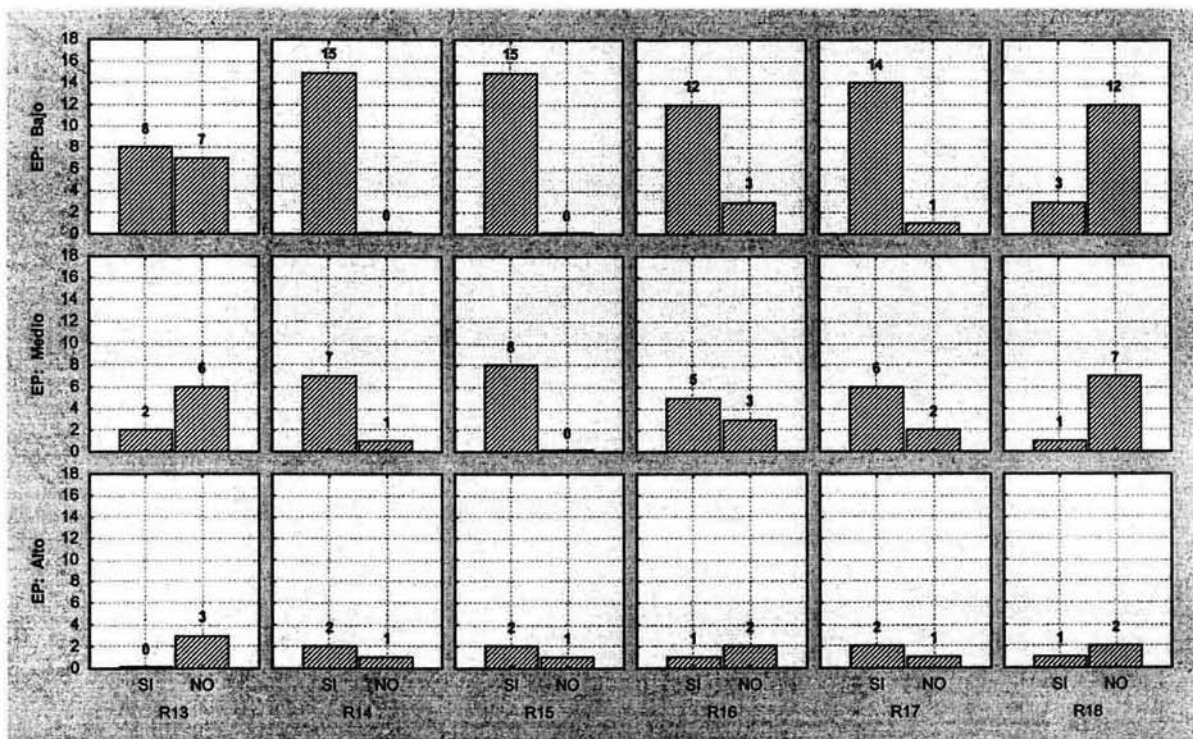
En este caso, como lo indica la gráfica número 9, las variables de exigencias laborales, no contribuyeron a reflejar un resultado alto en la subescala de ejecución personal disminuida. Se presentan las asociaciones con las variables que estuvieron presentes en la muestra de médicos del estudio.

GRAFICA 9. EXIGENCIAS LABORALES CUYA PRESENCIA SE ASOCIA A LA EJECUCION PERSONAL DISMINUIDA. (X 2).



En este caso, como lo indica la gráfica número 10, las variables de exigencias laborales, no contribuyeron a reflejar un resultado alto en la subescala de ejecución personal disminuida.

GRAFICA 10. EXIGENCIAS LABORALES CUYA AUSENCIA SE ASOCIA A LA EJECUCION PERSONAL DISMINUIDA. (X 2).



CAPITULO 5.

CONCLUSIONES Y DISCUSION.

El propósito fundamental de la presente investigación fue la detección del Síndrome de Burnout en médico internos y residentes del Hospital Regional del ISSSTE en Mérida, Yucatán, comparando diferencias en cuanto a género y exigencias laborales.

A) Se obtuvo una prevalencia de BO en la muestra del 40% , aproximado, que coincide con la reportada por Caballero (2001).

B) Se observó que sí existe diferencia de género en el agotamiento emocional entre hombres y mujeres, siendo los hombres quienes tienden a agotarse emocionalmente más que las mujeres.

Al principio en las discusiones relacionadas con las diferencias de género en el Síndrome de Burnout, se pensó que la mujer tendía más a involucrarse con la gente y por ello corría mayor riesgo de agotarse emocionalmente (Maslach,1982).

Pero habrá que considerar otros factores que puedan determinar la diferencia entre hombres y mujeres, tales como el control de contenido del trabajo y la toma de decisiones. Al respecto, Alba García (1996) encontró que las mujeres tienen menor control que los hombres sobre el contenido y proceso de trabajo; en casi 244 ocupaciones específicas examinadas, los hombres reportan mayores niveles de control que las mujeres lo que entonces explicó el menor sufrimiento de los hombres en el trabajo hospitalario en relación a las mujeres.,

Sin embargo, Gil Monte (2002), al igual que en la presente investigación, concluyeron que los hombres tienden a manifestar más los aspectos del Síndrome de Burnout que las mujeres, en lo que se refiere al ámbito del sector salud. Estos investigadores estudiaron las diferencias de este síndrome en una población de enfermeras donde encontraron que los 72 hombres estudiados presentaron significativamente más despersonalización que 258 mujeres. Mientras que en la muestra de hombres la escala de logros personales no tuvo antecedentes importantes de despersonalización, en la muestra de mujeres el agotamiento emocional no fue un antecedente importante para el ausentismo.

El agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso del Síndrome de Burnout y se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y disgusto experimentado por las tareas que se deben realizar dentro del

trabajo, de tal forma que se pierde el interés y satisfacción en el trabajo. El profesional de la salud 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. Siente que ya no puede dar más de sí mismo, física o emocionalmente. (Maslach y Jackson, 1981)

C) Se puede concluir que los hombres y las mujeres presentan un grado de despersonalización similar.

La despersonalización se refiere al desarrollo en el profesional de una respuesta distante, insensible e inhumana. El trabajador se puede volver cínico, burlón, puede ignorar las demandas de los pacientes y brindar una ayuda insuficiente o nula (Maslach y Jackson, 1981). Cordes y Dougherty (1993) señalan que por despersonalización también se entiende deshumanización ya que el sujeto afectado contempla a los beneficiarios de su servicio como objetos y no como personas.

D) Los hombres y las mujeres presentan un grado de ejecución personal disminuida similar.

La ejecución personal disminuida consiste en la pérdida de motivación e interés por el propio trabajo, ideas de incompetencia personal, sensación de que en el plano personal e institucional es imposible lograr cambios y mejoras, el trabajador se muestra incapaz de mantener una debida productividad y posee una pobre autoestima en relación a su labor y alcance. Asimismo pierde la ilusión con respecto a la actividad que desempeña y el idealismo en su ejecución Maslach y Jackson, 1981).

E) Por otra parte, en el comportamiento total de la muestra en relación al Síndrome de Burnout, se concluye que en lo que se refiere al agotamiento emocional, el 50% de los 26 médicos encuestados tiene un nivel alto; el 34.61% tiene un nivel medio, y el 15.38 % tiene un nivel bajo.

Lo anterior pone de manifiesto la gran predisposición que existe en el ámbito laboral de los médicos para contraer el Síndrome de Burnout.

A diferencia de lo que sucede en relación al agotamiento emocional, no se concluye la existencia de una tendencia hacia la despersonalización. Se observa que el 57.69% de los médicos encuestados tiene un nivel bajo; el 30.76% tiene un nivel medio, y el 11.53% tiene un nivel alto.

Sin embargo, se concluye que en lo que se refiere a la ejecución personal disminuida sí existe una tendencia a la obtención del síndrome, ya que como mencionan Maslach y Jackson (1986), bajas puntuaciones en esta subescala corresponden a altos sentimientos de Burnout. En este caso se observa que el 42.30% de los médicos encuestados tiene un nivel bajo; el 11.53% tiene un nivel medio, y el 46.15 tiene un nivel alto.

F) Por lo que se refiere al comportamiento de las variables de exigencias laborales del Grupo 1 y su influencia en el Síndrome de Burnout, se concluye que en relación a la existencia de agotamiento emocional, contribuyeron de forma importante las variables correspondientes a: la realización de una jornada laboral semanal mayor a 48 horas; la realización de trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones; la realización de trabajo nocturno, y la realización de trabajos que pueden dañar la salud. Lo anterior es consistente con múltiples estudios del tema que correlacionan las jornadas laborales extensas al BO (Belloch, 2000 y caballero, 2001, entre otros).

En el ámbito la despersonalización, las variables de exigencias laborales que contribuyeron en 42.30% a la obtención de un nivel alto fueron las correspondientes a: la realización de una jornada laboral semanal mayor a 48 horas; la realización de trabajo nocturno y a la realización de trabajos que pueden dañar la salud.

En lo referente a la ejecución personal disminuida, las variables de exigencias laborales, no contribuyeron a reflejar un resultado alto.

Diferentes estudios llegan a la conclusión que, con independencia de área ocupacional, la sobrecarga laboral percibida es un importante desencadenante del Síndrome de Burnout, especialmente por lo que respecta al incremento de los sentimientos de agotamiento emocional de los profesionales. Todos estos factores, establecidos con carácter crónico, pueden generar en los profesionales del ámbito de la salud sentimientos de falta de aptitud profesional, baja autoconfianza profesional y consecuentemente, baja realización personal en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Leiter (1988) menciona que las características del ambiente de trabajo tienen una relación más directa para desarrollar el Síndrome de Burnout, que los factores tanto personales, como demográficos y de personalidad.

G) Por otro lado, la insatisfacción laboral; la falta de interés laboral y la percepción de un salario insuficiente al AE y DP altos de la muestra.

En lo que se refiere a la ejecución personal disminuida, estas variables no contribuyeron a reflejar un resultado alto.

Cherniss (1980) 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. Añade que la principal causa de este Síndrome es la interacción del individuo con la organización o institución.

Síndrome de Burnout tiene consecuencias importantes en la calidad de vida laboral de los profesionales que ejercen trabajos de asistencia y, además, en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Asimismo repercute en la insatisfacción laboral, la pérdida de la calidad del propio trabajo profesional, el ausentismo, la rotación de puestos de trabajo y, en general, en la eficacia de las instituciones. (Moreno y Peñacoba, 1995).

Lo encontrado en el presente estudio confirma los resultados obtenidos en muestras similares de otros países, la escala más sensible es el agotamiento emocional y las características del trabajo como las

sobrecargas significativas, las jornadas extensas y la insatisfacción laboral son variables asociadas a la presencia del trastorno.

Es seguro que la presente investigación contribuyó a la consideración de este padecimiento como factible en médicos mexicanos y puede contribuir al mejoramiento de los aspectos de bienestar y salud laboral de los profesionales de la salud así como del mejoramiento de la eficacia de las instituciones.

BIBLIOGRAFIA.

Alcocer, N. Factores relacionados al Síndrome de Burnout y a la sintomatología psiquiátrica en residentes de diferentes especialidades médicas. Tesis inédita para obtener el título en especialista en psiquiatría. México. UNAM.

Barquín, M. (1997). Medicina Social. México. Librería de Medicina.

Barquín, M. (1975). Historia de la Medicina. . México. Librería de Medicina.

Belloch, G. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. Anales de medicina Interna. España. Marzo 2000, 17 (3): 118-22.

Caballero, M. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en una área de salud. Atención Primaria. España. Marzo-2001.; 27.5: 313-7.

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.

New York. EU. Praeger.

Cordes, C. y Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*. Vol. 18, 628-656.

Da Silva, H. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Actas españolas de psiquiatría. 27-5: 310.

Daniel, J. Szabo, I. (1993) Psychological Burnout in professions with permanent communications. Studia síndrome de Psicología, 35. 4-5.

Filós, R. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, durante el año 2003. Tesis en prensa. México. UNAM.

Farber B, A. (1985) Stress and Burnout in the human service Profession.

E.U. Pergamon Press.

Firth, L., Mc Intee, S. Mc Keown, T. y Briton, S. (1986). The Syndrome of burnout among mental health professionals. *New Trends in experimental and Clinical Psychiatry*. Vol.8, 113-118.

Franco,B. (1997). Manual Integral de Prevención comparación del síndrome de burnout en un grupo de médicos, enfermeras y paramédicos.

México. Tesis de Lic. Universidad Iberoamericana.

Freudenberger, H. (1974) Staff Burnout. Journal of Social Issues, 30. 159-166.

García A. (1996). Amor y trabajo. Dos espacios de la experiencia vital. México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Gil-Monte,P y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. España. Síntesis psicológica.

Gil-Monte,P y Peiró, J. (1997). A study on significant sources of the burnout syndrome in workers at occupational centers for the mentally disable. Psychology in Spain. Vol.1 (1), 55-62.

Gil-Monte,P. (2002). La influencia de género en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Psicología Em estudio. Vol.7 (1), 3-10.

Guerrero, A. Gutiérrez, A. y Hernández, E. (1992). "Subjetividad sobre el trabajo asalariado y doméstico en empleadas de la rama de seguros y finanzas". En Alfredo Guerrero y Rosalba Pichardo (Comp.). Psicología del Trabajo. Nuevos desarrollos teóricos empíricos. Vol. 1. Querétaro. México. UAQ/AMAPSI/SUPAUAQ/STEUAQ/CIDET/INAH.

Guthrie, E. Y Black, D. (1997) Enfermedad psiquiátrica, estrés y aniquilamiento. Avances en psiquiatría. México.

Leiter, M. (1988) Burnout as a function of communication patterns. Group and organization studies, 13. 111-128.

Linzer, M. (2001). Psychological stress and coping process. McGraw Hill. New York.

Martínez, J. (1979). El hombre, objetivo de la medicina. México. La Prensa Médica Mexicana.

Maslach, C. (1982). Burnout, the cost of caring. New York, E. U. Prentice Hall.

Maslach, C. (1978). The client roll in staff burn-out. Journal of Social Issues 34. 111-124.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experience burnout. Journal of occupational behavior, 2. 99-113.

Maslach, C. & Jackson, S. (1982). Burnout: the cost of caring. EU. Pentice Hall.

Maslach, C. (1986).Burnout: the cost of caring. E:U: Prentice Hall.

Melamed, S.,Kushnir, T., Shiron, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behavioral medicine. Summer 18-2,53-60.

Moreno, B. y Oliver, C. (1989). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas versiones. Universidad Autónoma de Madrid 1:10, 161-172.

Moreno,B., Peñacoba, C. (1995).Estrés asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G. y López, J. (2001). Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores. México. Universidad Autónoma Metropolitana.

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. Universidad Iberoamericana.

Pagano, R. (2001). Estadística para las Ciencias del Comportamiento. México. International Thomson Editores.

Pavlát, J. (2002). Los médicos estresados. Casopis Lekarů Ceskych. Junio 2002: 343-5.

Pinelo N., Salgado V. (2002) Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs médico y paramédico del C.M.N. 20 de Noviembre (ISSSTE). Tesis de licenciatura en Psicología. México. UNAM.

Pines y Aronson (1988). Career Burnout causes and cures. New York, E.U. The Free Press.

Pines, A. (1993) Bornout. Handbook of stress. E.U. Mc Millan.

Ramos, P. y Díaz, J. (1972). Reflexiones sobre la medicina actual. México. La Prensa Médica Mexicana.

San Martín, H. (1975). Salud y Enfermedad. México. La Prensa Médica Mexicana.

Siegel, S. (1986). Estadística no paramétrica. México. Trillas.

Roldán, J. (1984). Ética Médica. México. Ed. Universidad La Salle.

San Martín, H. Salud y Enfermedad. México. La prensa Médica Mexicana.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario Maslach de Burnout (MBI).

Anexo 2. Encuesta de Exigencias Laborales.

Anexo 2. Encuesta de Exigencias Laborales.

Reactivos de la encuesta de exigencias laborales.

Instrucciones: Conteste a las siguientes afirmaciones SI en caso de presentarla y NO en caso contrario. Gracias.

Encuesta No. _____

1. Sexo: (1) Hombre. (2) Mujer.
2. Edad:
3. Estado civil: (1) soltero (2) casado (3) viudo (4) divorciado.

	SI	NO
4. ¿Tienes una jornada semanal mayor de 48 horas?		
5. ¿Realizas trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones?		
6. ¿Realizas rotación de turnos?		
7. ¿Realizas trabajo nocturno?		
8. ¿Soportas una supervisión estricta?		
9. ¿Estás sin comunicación con tus compañeros?		
10. ¿Trabajas en un espacio reducido?		
11. ¿Recibes órdenes confusas o poco claras de tus jefes?		
12. ¿Realizas un trabajo que le puede ocasionar algún daño a tu salud?		
13. ¿Te gustaría que tus hijos trabajaran en lo mismo que tú?		
14. ¿Te da satisfacción la realización de tus actividades?		
15. ¿Estás interesado en tu trabajo?		
16. ¿Tus compañeros son solidarios contigo y valoran tu trabajo?		
17. ¿Tu trabajo es importante para tus jefes?		
18. ¿El salario que percibes te alcanza para cubrir tus gastos más necesarios?		