



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA:  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 140  
“DON ALFONSO SÁNCHEZ MADARIAGA”  
MÉXICO, D. F.**

**PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT  
EN LOS MÉDICOS FAMILIARES DE BASE  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 09  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:  
LÓPEZ FRAGA ELDA**

**(No. De Reg. 019)**

**MÉXICO, DF.**

**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.

ELLOS DIERON Y DIERON... HASTA QUE  
FINALMENTE NO HABÍA NADA QUE DAR.

CHRISTINA MASLACH, 1982.

ENTONCES JESÚS SE LEVANTÓ Y SALIÓ DE LA SINAGOGA, Y ENTRÓ EN CASA DE SIMÓN. LA SUEGRA DE SIMÓN TENÍA UNA GRAN FIEBRE; Y LE ROGARON POR ELLA. E INCLINÁNDOSE HACIA ELLA, REPRENDIÓ A LA FIEBRE; Y LA FIEBRE LA DEJÓ Y LEVANTÁNDOSE ELLA AL INSTANTE, LES SERVÍA.

SAN LUCAS 4; 38-39  
(SANTA BIBLIA REV: 1960)

DEDICATORIAS:

AL DADOR DE LA VIDA:

AL INCOMPARABLE DIOS.

A MI HIJO:

ARQ. CARLOS ISRAEL VÁZQUEZ LÓPEZ,  
POR IMPULSAR A CADA MOMENTO UN ESPÍRITU DE FORTALEZA Y  
AMOR. RENOVANDO EN MÍ EL ENTUSIASMO UNIVERSITARIO.

A MIS PADRES Y HERMANOS.

A MIS QUERIDISMOS ABUELITOS: CIPRIANO Y FRANCISCA.

AGRADECIMIENTOS:

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
Y A MI QUERIDA FAC. DE MEDICINA, POR HABERME ACEPTADO NUEVAMENTE  
COMO SU ALUMNA.

DEL CENTRO DE CÓMPUTO DE LA BIBLIOTECA CENTRAL DEL UNAM:  
MAESTRA EN BIBLIOTECOLOGÍA: VERÓNICA SORIA RAMÍREZ.  
LIC. EN BIBLIOTECOLOGÍA: EMA ORDOÑEZ RAMÍREZ

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ESPECIAL A LA DRA. MARÍA  
TERESA ÁVALOS CARRANZA COORDINADORA DEL CURSO.

A TODOS USTEDES MI INMENSA GRATITUD



## ÍNDICE GENERAL

	PÁG.
1.- MARCO TEÓRICO	5
1.1.- HISTORIA.	5
1.2.- DEFINICIONES	6
1.3.- TIPO DE PACIENTES	7
1.4.- CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME	11
1.5.- CAUSAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS	12
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.- JUSTIFICACIÓN	14
4.- OBJETIVOS	15
4.1-GENERAL	
4.2-ESPECÍFICOS	15
5.- METODOLOGÍA	16
5.1.- TIPO DE ESTUDIO	16
5.2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	16
5.3.- SELECCION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
5.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	17
5.5.- INFORMACIÓN A RECOLECTAR	18
5.6.- MÉTODO DE PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	20
5.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
6.- RESULTADOS	22
6.1 DESCRIPCIÓN	22
7.- DISCUSIÓN	25
8.- CONCLUSIONES	27
9.- BIBLIOGRAFÍA	30
10.- ANEXO	32

## 1.- MARCO TEÓRICO

### 1.1.- HISTORIA.

En los años de 1966 y 1973, Donabedian; Freabon y Greenlinck respectivamente, fueron los primeros en interesarse por el problema referido.

El término Burnout, aparece por primera vez en la literatura en 1974, es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al castellano es “estar quemado”. Dicho vocablo fue acuñado por Hebert Freudenberger (1974), un psicoanalista norteamericano, familiarizado con las respuestas al estrés de los miembros que laboran en los hospitales de beneficencia.

Lo relaciona con lo que queda después de un incendio, es decir, solo “pedazos de energía y vida”, tomando un término, que por aquel entonces era de uso coloquial, que definía los efectos del abuso prolongado de drogas “ Burned out on drugs”, para referirse a un estado de cansancio físico y emocional, resultante de las condiciones de trabajo, posteriormente, en esa misma década, otros autores elaboraron diversas definiciones del síndrome, siendo la más consolidada, la realizada por Christina Maslach y Susan E. Jackson en 1982, quienes lo consideran como una respuesta inadecuada a un estrés laboral crónico, cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada hacia los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas a realizar. Para hacer referencia a varias situaciones en las cuales se encontraban sometidos los profesionistas que tenían que tratar con muchas personas, lo que implica que terminaban agotados emocionalmente, cansados físicamente, frustrados, y/o despersonalizados, como lo refieren Ximena Franco Bontempo, Atance Martínez, De Pablo González y Superviola González. Anteriormente a H. Freudenberger, Christina Maslach y Susan E. Jackson, ya había cierta inquietud, por conocer la relación que se presenta entre la satisfacción laboral, y el desgaste de los profesionistas. En 1976, Christina Maslach, publicó su primer artículo referente al tema, con lo que se convierte en una de las más grandes investigadoras y precursoras sobre este síndrome. (1)

Posteriormente 1977, se difundió el concepto, sus características, sistemas de evaluación repercusiones, etc. Pero cuando cobró verdadero auge sanitario y social fué a partir de la Conferencia Nacional sobre el Burnout celebrada en 1981 en Filadelfia. (2)

## 1.2.- DEFINICIONES:

Padró (1982), señala que es: “Un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente, creando con ello en los individuos, un pobre auto-concepto, actitudes negativas hacia el trabajo, y la pérdida de interés por los pacientes, es el proceso de una lucha excesivamente inapropiada, por lograr expectativas irreales en el tratamiento de los pacientes”.

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

Para Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout, es “una pérdida progresiva del idealismo, experimentado por la gente que se dedica a profesiones de ayuda como resultado de su trabajo”.

Riordan y Saltzer (1992), señalan: “el Burnout es un mecanismo de afrontamiento utilizado por los miembros del personal, para distanciarse emocionalmente del paciente, lo cual les da la posibilidad de poder seguir trabajando en ese campo”.

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

Maslach y Jackson mencionaron en 1982, que el Burnout, “Es una respuesta inadecuada al estrés laboral con implicaciones emocionales de carácter crónico, y cuyos rasgos personales son de agotamiento físico y psicológico, la actitud fría y despersonalizada hacia los demandantes del servicio, y el sentimiento de frialdad en lo que se está realizando por parte del trabajador (1)

Desde hace tiempo se conoce la existencia entre los profesionales de la salud el fenómeno denominado de “desgaste profesional”, también conocido como el “quemado”

(Burnout), o el “síndrome de Tomás” y su repercusión sobre la asistencia que prestan esos profesionales. De tal manera que un autor como Donabedian afirma que “el grado de calidad de los servicios prestados en un sistema sanitario esta en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en el. (3)

### 1.3.-TIPO DE PACIENTES:

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

Existen varias características principales en los pacientes, que forman parte importante en el proceso del Burnout.

1) El paciente dependiente: Es aquel que depende de la persona que le atiende y no acepta la responsabilidad de su mejoría, lo cual es un elemento causante del desencadenamiento del Síndrome de Burnout. Así, el paciente que le da un sentido de importancia y omnipotencia al profesionalista, es un paciente desgastante por su demanda ilimitada. Es cuando el médico se siente responsable de la vida, salud o bienestar emocional de otro ser humano, especialmente cuando éste deposita los problemas en el profesionalista sin aceptar que la resolución depende de él, así aumentan las probabilidades de desarrollar el Síndrome de Burnout, ó Síndrome de Agotamiento.

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

3) El paciente que no da una retroalimentación positiva: Maslach (1982), sostiene que el profesionalista que presta ayuda, constantemente escucha quejas y críticas, es decir, cosas negativas sobre el trabajo que realiza, tanto porque el paciente se encuentra en un estado de angustia, como porque en ocasiones la institución no presta el mejor servicio.

4) El paciente con problemas desgastantes: Maslach (1978) afirma que algunos pacientes tienen problemas que son emocionalmente más estresantes que otros, como es el caso de los pacientes terminales, los casos que involucran incesto, violación, maltrato de menores de edad, entre otros.

5) El paciente recurrente y que no presenta mejoría: Maslach (1982) refiere que los pacientes que regresan una y otra vez, los que tienen problemas crónicos son los más desgastantes. Por lo que tratar con este tipo de pacientes es desgastante; ya que sus problemas no desaparecen y o no presentan mejoría por lo que es desmotivante y desgastante para el profesional. En cambio aquellas situaciones extremas y críticas son menos deteriorantes, tal vez porque su manejo es más rápido y no se permite tener un acercamiento continuo. (4)

Mariano Althabe (2002), sostiene que en los últimos años se ha descrito un tipo en particular de paciente que tiene como característica la de despertar, enojo, y “odio” en el médico. Se le denomina de distintas formas: “agujeros negros”, “difíciles”, “heartsink” (en el Reino Unido), “problemáticos”, “antipáticos”, “frustrantes” o inclusive, “odioso”, refiere que prefiere la palabra “desagradable” debido a que le parece más representativa de lo que el médico siente, porque la denominación de “problemático”, “difícil”, o “frustrante” puede dar a confusión con los pacientes que padecen problemas orgánicos de difícil resolución o manejo, pero que no son necesariamente problemáticos, en lo que a la relación médico-paciente se refiere, por lo que es necesario, y vale la pena decir, no despiertan “odio” en el médico.

Estos pacientes, desagradables a los que se refiere Mariano Althabe, se presentan exigiendo respuestas, quejándose de los sistemas de salud y ordenando a los médicos lo que tienen que hacer y lo que se les tiene que dar, o pedir, que se sobre utilicen las prestaciones médicas. En otras palabras que no responden a las pautas del “buen enfermo”.

La importancia de reconocer a estos pacientes radica, por un lado, en la salud emocional del médico que se ve deteriorada si “odia” a los pacientes; y por otro, en la salud de los pacientes, que corren mayor riesgo de daños por iatrogenia, por subprestación o sobreprestación. Esto se ha visto en pacientes hiperconsultadores. Epidemiológicamente, existen algunas controversias, esto se debe a que los estudios que se han hecho son en su mayoría “anecdóticos”, (muestras pequeñas) y los estudios

describían en un perfil muy particular de este tipo de pacientes: mayor de 65 años, soltero o viudo, sexo femenino, bajo nivel de educación y con trastornos mentales (con más frecuencia depresión).

Se presenta en uno de cada 6 pacientes de la consulta de primer nivel, desgraciadamente en la literatura médica no existen investigaciones bien realizadas acerca de las características de los médicos que tienden a definir a los pacientes como desagradables. Se trata de una extraña omisión en la relación médico-paciente, ya que la interacción entre ambas, contribuye a una entrevista difícil. (6)

Maslach (1982) hace referencia a que, “paciente puede sentirse enojado por una respuesta causal e indiferente a un evento importante y desgastarte para él. Por otro lado el que presta ayuda puede irritarse por la exageración del problema por parte del paciente, pensando que le da más importancia de la que tiene. Cada paciente siente que es único y que sus síntomas indican una enfermedad más seria “. En cambio desde la perspectiva del médico, una gripe por ejemplo, no es diferente a las demás y no requiere un tratamiento especial, sino estándar. Pareciera pues, que existe un problema de base en la definición de los roles, fundamentalmente en falsas expectativas, deseos personales y características de personalidad. Por lo que se debe establecer cierta distancia psicológica con el paciente, manteniendo interés en su mejoría, facilitando las entrevistas y el tratamiento, sin embargo, no es común que el equipo médico, posea una orientación y entrenamiento en estas técnicas, por lo que debido a esta falta de preparación para manejar el estrés emocional crónico del trabajo, gran parte del personal de las instituciones de servicio humano, son incapaces de mantener el cuidado y compromiso que tenía inicialmente, siendo entonces cuando comienza el proceso de Burnout. (7)

Luego de haber descrito a pacientes tan complejos o desagradables, se hace imprescindible el aprender a tratarlos, porque al final es el médico el que deberá estar capacitado para su atención, y replantear por que es necesario aprender a hacerlo. (6)

Pines y Aronson (1988) y Chermis (1980) refieren que como consecuencia del Burnout, los pacientes esperan mayor tiempo para recibir menor atención e interés, la calidad de la atención es pobre, y la experiencia de obtenerla, puede ser humillante. Mientras que. Maslach (1982). Refiere que el médico que ofrece un trato inhumano a los pacientes y al mismo tiempo a sus familiares, ha desarrollado Burnout, evita llevar a cabo ciertas tareas o simplemente dedica menos tiempo para su atención, y la tensión emocional de trabajar

con mucha gente, puede conducir al profesionalista a renunciar psicológicamente y tener el mínimo contacto con las personas que solicitan su ayuda. Sigue mencionando Maslach (1982), que “los efectos perjudiciales del Burnout no terminan cuando la persona sale del trabajo y llega a su casa, sino que puede dañar su vida personal, el disgusto cínico por la gente y el agotamiento emocional pueden surgir del trabajo, y su impacto puede ser fuertemente sentido por la familia o amigos del profesionalista, La autora refiere que las personas que presentan este síndrome llegan a su casa cansados, tensos, enojados, irritables e impacientes, hasta llegar a causar disgustos maritales y conflictos debido al estrés del trabajo”. Es entonces cuando un trabajo agota toda la energía emocional, la persona es menos capaz y esta menos dispuesta a dar y darse a los demás fuera del mismo.

#### 1.4.- CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME

Este síndrome se caracteriza por tres factores fundamentales:

1.-El Agotamiento Emocional supone síntomas de pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste, y sentimientos de estar al límite. Cuando el médico se involucra intensamente en el aspecto emocional con sus pacientes, es decir, a manera de empatía y sobrecarga de trabajo, y se siente acosado por las demandas emocionales que provienen de ellos, y sienten que ya no pueden dar más de sí mismos mostrándose fríos y distantes con los pacientes lo cual lo lleva a la despersonalización.

2.-La Despersonalización o deshumanización que supone un cambio negativo en las actitudes y respuesta a hacia los beneficios del propio trabajo, con un distanciamiento emocional, irritabilidad y rechazo de los mismos. “Es el desarrollo de una respuesta distante, insensible, e inhumana” es cuando el médico se presenta con actitud de cinismo, burlón, muestra indiferencia a las demandas de la atención que se esta dando, lo que conlleva, a tener angustia o sentimientos de culpa por el mal trato que se le dio a los pacientes, conduciéndolo desde luego, a una ejecución personal disminuida.

3.-La Realización ó disminución de la ejecución personal, se refiere cuando los médicos empiezan a dudar de su capacidad personal y habilidad como profesionistas, para relacionarse con los pacientes, y es donde pueden aparecer sentimientos de frustración, disminución de su autoestima, pudiéndose acompañar de un cuadro de represión en diferentes grados como lo dice Ximena Franco Bontempo, “sería una dimensión relativamente independiente de las anteriores que implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, ineffectividad en el trabajo, ideas de fracaso respecto a la propia realización del mismo. En definitiva, respuestas negativas hacia uno mismo y al trabajo típicas de las depresión.” (6)

¿Cual de estos factores aparece primero?, ¿Cuál se considera causa del siguiente?

-Según Golembiewsky et al, el primero es la despersonalización, luego la baja realización personal y por último el agotamiento.

-Según Leiter, primero es el agotamiento emocional, luego despersonalización, por último la baja realización personal.

-Según Edelwich y Brodsky, lo primero es el idealismo frustración y apatía.

Y las variables que son las menores como son edad, sexo, etc. (2)



### 1.5.- CUSAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

¿Cuáles son las causas del Burnout?, Lo primero que cabe decir es que hay múltiples, nunca hay una sola y todas interactúan. Así pues el modelo causal es complejo. Por ejemplo, puede darse una interacción negativa entre el medio laboral, el equipo y los “clientes”, lo cual supone un elevado riesgo de Burnout. Otros factores típicos son: Las diferencias entre las expectativas laborales y la realidad. La sobrecarga de trabajo, unida a la falta de estímulos. Las bajas expectativas de refuerzos y las altas previsiones de castigo. (6)

Manifestaciones clínicas: En el ámbito cognitivo, somático y emocional. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los síntomas emocionales, existiendo ansiedad y ánimo depresivo expresados como desánimo y hastío. Pueden producirse en ocasiones alteraciones de conducta laboral como el ausentismo, abuso de alcohol, y de otros tóxicos y otros síntomas psicósomáticos como cefaleas, insomnio y trastornos gastrointestinales y todos ellos pueden concluir en incapacidades laborales. Y desde luego pueden “salpicar” al resto de los compañeros de trabajo y el entorno familiar, son frecuentes las actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras, que dificultan y enturbian la dinámica de los grupos, normal en un trabajo de equipos, del mismo modo, esta actitud es sufrida por el paciente, que percibe la apatía del médico, cerrándose así un círculo muy difícil de romper. (8)

Así, el médico, debe estar capacitado para aceptar, y asumir los problemas de su profesión, y desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo que haya de practicar su profesión. Para ello, es necesario su adiestramiento en recursos y actitudes eficaces con los que pueda afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr un autocontrol. Es por eso importante y preocupante señalar que los profesionales de la salud presentan mayor riesgo que el resto de la población, de sufrir enfermedades como la cardiopatía isquémica, hipertensión, no sin olvidar, los trastornos conductuales como son: accidentes de tránsito alcoholismo, adicciones, enfermedades psiquiátricas, depresión, estrés crónico (responsabilidad profesional, exigencias de resultados etc.) (9)

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la literatura médica mexicana se habla poco de este síndrome, aunque es de gran importancia para la relación médico-paciente. Las múltiples exigencias y responsabilidades que se imponen en el trabajo, así como el autoritarismo, son elementos que favorecen y crean una situación constante de ansiedad, mal humor y cambios importantes en la conducta, unido a la insatisfacción con el puesto, el sueldo o las tareas a realizar, junto con la falta de comunicación, entre compañeros y otros inconvenientes físicos del entorno laboral. Las tareas que se realizan sin motivación, no reportan satisfacción, por lo que no tardan en aparecer los primeros errores profesionales. Las quejas de los demás, la acumulación de tareas inacabadas o los accidentes laborales son cada vez más frecuentes y acaban por dañar la autovaloración reduciendo la realización personal.

Aunque la población médica tenga un mejor nivel de salud física que la población general, no parece ser lo mismo en cuanto a la salud mental. El conocer y reconocer este tipo de problemas resulta de suma importancia no sólo porque la prevalencia de salud mental es mayor en este grupo que en la población general sino también por las implicaciones que la presencia de estos problemas pueden tener en el objeto de trabajo de los médicos: los pacientes.

Hay tres aspectos que llama la atención en relación de la salud mental de los médicos: la presencia de síntomas ansioso-depresivos, la mayor frecuencia de uso de alcohol y otras sustancias, la mayor incidencia de accidentes sobre todo de tipo automovilístico (dos veces más que en la población general).

Es importante saber el estado de salud mental de los trabajadores de la salud y si existen los riesgos ya mencionados en nuestra población médica para desarrollar Burnout.

En el trabajo cotidiano de la práctica médica se observa a los médicos con ciertos aspectos negativos en su desarrollo profesional, como son: insatisfacción laboral, deshumanización, y la disminución en la ejecución personal. Por lo que muchos pacientes, se encuentran insatisfechos por el tipo de atención recibida, por tal motivo, surge la siguiente pregunta:

¿El personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 09, (UMF 09) del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) Delegación 3-4 Sureste (Deleg. 3-4 So.) presenta Síndrome de Burnout?

### 3.- JUSTIFICACIÓN:

Dadas las características de su desempeño, aunado a la sobrecarga de trabajo a la que se someten los médicos del la UMF 09 del IMSS, Deleg. 3-4 Suroeste del DF; además del reducido tiempo que tienen para atender a los pacientes, la posibilidad de que se desarrolle un deterioro en la relación médico - paciente es muy probable, por lo que es necesario el estudio del síndrome de Burnout, con el propósito de determinar si existe en el personal del área médica.

Si considera que en nuestro país, el 80 por ciento de la atención médica, es en el primer nivel de atención, entonces es donde pudiera encontrarse este síndrome.

En México existen pocos estudios, en los cuales se haya diagnosticado a Médicos Familiares con este problema, se consideró que debería investigarse la presencia del Síndrome de Burnout en sus tres componentes, y detectar las variables más importantes con el propósito de implementar las medidas necesarias, para su detección, prevención y control.

Con ello identificar la magnitud de este problema, ya que la presencia de este Síndrome representaría un alto riesgo, primero en lo que se refiere a la calidad de vida de los médicos y su entorno familiar, y en segundo término lo que significaría en la calidad de la atención médica que se brinda a los derechohabientes y desde luego a sus familias.

#### 4.- OBJETIVOS:

##### 4.1.- GENERAL:

- 1.- Conocer si existe el Síndrome de Burnout, en el personal médico de base de los turnos matutinos y vespertinos de la UMF 09, del IMSS, Deleg. 3-4 So. del DF.

##### 4.2.- ESPECÍFICOS:

- 1.- Describir las variables sociodemográficas del personal encuestado.
- 2.- Describir el nivel de desgaste profesional en el personal médico de base de la UMF 09 Del IMSS, Deleg. 3-4 So. del DF.
- 3.- Proponer alternativas de solución en los médicos que presentan este síndrome.

## 5.- METODOLOGÍA:

### 5.1.- TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional, descriptivo de corte trasversal.

### 5.2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se realizó el estudio, tomando en cuenta el número total de médicos familiares de base en los turnos, matutino y vespertino, de la UMF 09 del IMSS, Deleg. 3-4 So. del DF. Dicha Unidad Médica se ubica en la delegación Benito Juárez. Se solicitó permiso a las autoridades de la unidad en estudio, para la aplicación del instrumento de trabajo, Maslach Burnout Inventory, (MBI), explicando la metodología a seguir y sus objetivos.

Se determinó serían aplicadas 60 encuestas durante tres días hábiles del mes de octubre del 2004, empleando aproximadamente 6 minutos en el llenado e los mismos, siguiendo las indicaciones correspondientes para aplicar el instrumento de trabajo (MBI) sin interferir en las actividades de los médicos, solo se dió instrucción verbal sobre el motivo de la aplicación del cuestionario, con el fin de evitar sesgos en sus respuestas y respetando el anonimato. Posteriormente se recuperaron los cuestionarios ya contestados, registrando los datos obtenidos.

### 5.3.- SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El universo de estudio fué de 60 médicos familiares de base, adscritos en la UMF 09 de IMSS, Deleg. 3 - 4 So. del DF.

### 5.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN:

- Inclusión: Médicos Familiares de Base que laboran en la UMF 09 del IMSS, Deleg. 3 - 4 So, del DF, de los turnos matutino y vespertino, que aceptaron de manera voluntaria
- Exclusión: Médicos sin contrato de base, licencia, vacaciones, incapacidad, cursos y a los seis jefes de Depto. Clínico, incluyendo a la directora de la UMF (Los cuales sería motivo de otro estudio, ya que en ellos también se observó, por la manera de conducirse ante los médicos adscritos a consultorio; ciertos rasgos muy marcados de Burnout.
- Eliminación: Se eliminaron del estudio, todos aquellos cuestionarios que estaban incompletos o que fueron contestados en forma gramatical y no numérica; y uno de ellos que se quedó con el cuestionario argumentando que posteriormente lo entregaría.

### 5.5.- INFORMACIÓN A RECOLECTAR.

Se aplicó el cuestionario, MBI, que es un instrumento de medición que evalúa, a través de la aplicación encuestas el síndrome Burnout en diferentes trabajadores de la salud. Es el más utilizado para medir la presencia del síndrome, consta de 22 reactivos de afirmación sobre los sentimientos, y actitudes del médico en su trabajo y hacia los pacientes con 7 opciones de respuesta, (escala de Likert de 0 a 6). Se agregó encuesta sociodemográfica que incluye 8 preguntas como son la antigüedad en el IMSS, si se cuenta con otro empleo, si se tiene especialidad, edad, sexo estado civil, si su pareja trabaja número de hijos (9),

Es importante señalar que dicho instrumento está ya validado internacionalmente con pruebas de sensibilidad y especificidad que se encuentran por arriba del 85 por ciento; (Todos los cuestionarios fueron capturados y analizados en el paquete EPI-INFO versión 6.2b) Las puntuaciones de la escala se obtienen al sumar los valores de los 22 reactivos. Como puntos de corte se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores. Para ello se consideró que en la escala de cansancio emocional; puntuaciones de 27 ó más son indicadores de alto nivel de Burnout, de 19 a 26 nivel moderado y menos de 19 nos habla de nivel bajo. En cuanto a la despersonalización más de 10 es alto nivel, de 6 a 9 nivel moderado y menos de 6 bajo y la última que es la realización personal (en sentido opuesto a las anteriores), de 0 a 33 baja, de 34 a 39 nivel moderado, de 0 a 40 es un logro. Las puntuaciones de los sujetos para el MBI, se calificaron sobre la base a la norma americana, y adaptación catalana determinando las categorías de bajo, moderado y alto. (Ver tabla anexa al final del trabajo).

#### Definición de Variables que evalúa la encuesta

- 1.- Agotamiento emocional: Comienza cuando el médico se involucra demasiado, en su trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas, y la respuesta a esta situación es el agotamiento, la persona se siente desgastada físicamente, sin energía para afrontar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo (física y emocionalmente). Los reactivos que lo integran esta evaluación son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- 2.- Despersonalización: Es el desarrollo de una respuesta, insensible e inhumana, El médico se puede volver cínico, burlón y también puede ignorar las demandas de los pacientes y brindar una insuficiente o nula ayuda, cuidado o servicio. Valora el grado



en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Los reactivos que lo componen son: 5, 10, 11, 15, y 22.

- 3.- Logro personal: El individuo comienza a dudar de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos presentándose sentimientos de frustración, baja autoestima o depresión. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Los reactivos que lo componen son: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

En México no existe una versión estandarizada del instrumento, sin embargo algunos investigadores han traducido su contenido y han arrojado datos importantes acerca de la validez y confiabilidad del instrumento. Por lo que al revisar la literatura se encontraron algunas investigaciones en las cuales se ha abordado síndrome de Burnout, desde diferentes perspectivas en población mexicana. (11)

A todos los médicos se les pidió que contestaran en forma anónima el cuestionario que se les entregó, una hora antes del término de su jornada laboral para que lo resolvieran con calma y no interfirieran en sus actividades laborales.

#### 5.6.-MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se comunicó a la Dirección y Jefes de Departamento Clínico de la UMF 09, del IMSS Deleg. 3 – 4 So, los objetivos de la investigación y se solicitó su colaboración.

Se pidió a la Jefatura de personal, el número de los médicos de base que laboran en los turnos matutino y vespertino, determinando con esto el tamaño de la muestra. Se estableció el día y la hora de aplicación del cuestionario, favoreciendo que participara la mayoría del personal médico de base.

Se aplicó el cuestionario en el mes de octubre de 2004 al final y principio del rol de vacaciones, entre 13:00 hrs. y 19:00 hrs.

## 5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se apegó a las normas éticas en materia de investigación en seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki y modificaciones de Tokio.

El presente estudio, por sus características consistió en la aplicación del cuestionario en su versión española de Maslach Burnout Inventory, conocido y validado mundialmente, no conlleva riesgo alguno de la integridad física y mental, de la vida privada o familiar de las personas que participaron. Los datos que se obtuvieron a través de esta encuesta, se manejaron en forma muy confidencial y solo para los fines y objetivos ya mencionados en la presente investigación. Además se estudian las variables sociodemográficas, Edad, sexo, estado civil, número de hijos, categoría profesional, antigüedad profesión. Todos los médicos fueron candidatos teóricos sin más criterios de exclusión que los médicos no de base, y entre otros que estaban de vacaciones, cursos, de incapacidad, etcétera.

## 6.- RESULTADOS:

Después de haber considerado a los 60 Médicos de los turnos matutino y vespertino, a 46 se les aplicó el cuestionario, quienes participaron voluntariamente, y de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; 8 médicos estaban de vacaciones; 4 de incapacidad; 3 en cursos de capacitación, y 1 se encontraba de comisión.

Por lo tanto, solo se obtuvieron 40 cuestionarios perfectamente llenados, lo que equivale a una tasa de no respuesta del 28.6 por ciento, valor que se encuentra en el límite superior de lo que permiten estudios de investigación en el área de la salud, ya que, se señala, que aquellas variables biológicas o sociales, cuya distribución, se comporte de acuerdo a una distribución normal teórica, solo bastarían en este caso 30 personas para observar una distribución con predicción.

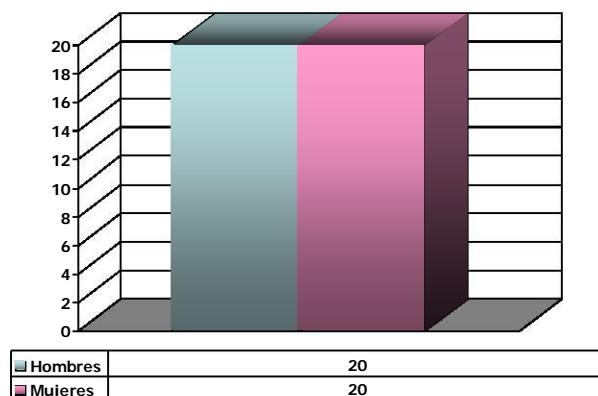
### 6.1.-DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

De los 40 médicos estudiados el 50 por ciento fueron hombres y 50 por ciento mujeres (figura 1), el promedio de edad para ambos sexos fue de 45.7 años, con una moda de 50 años y desviación estándar  $\pm 6.6$ . Por lo que se refiere al estado civil 6 (15%) fueron solteros, 27 (67.5%) casados, 3 (7.5%) divorciados y 4 (10%) en unión libre (figura 2); todos los entrevistados tienen y viven con una pareja, 22 (55%) su pareja si cuenta con un trabajo remunerativo y 18 (45%) no, (figura 3); el promedio de hijos entre la población de estudio fué de 2 por pareja con un rango de 1 a 4. Lo relativo a las variables estudiadas relativas a su estado laboral el promedio de años de antigüedad es 16 años con una desviación estándar de  $\pm 6$  años y un rango de 5 a 26 años. Solo 15 de ellos (37.5%) cuentan con más de un trabajo y 25 (62.5%) solo uno, con un promedio de horas de trabajo en lo general de 48 horas y una desviación de  $\pm 21$  horas, es importante señalar que aquellos 15 que tienen más de un trabajo 11 (73.3%) son hombres y 4 (26.4%) son mujeres. Por último 28 (70%) de los encuestados, tiene especialidad 16 son hombres y 12 son mujeres; y 12 (30%) no cuenta con especialidad, es importante señalar que aquellos médicos entrevistados 16 (40%) que tienen más de un trabajo; (figura 4).

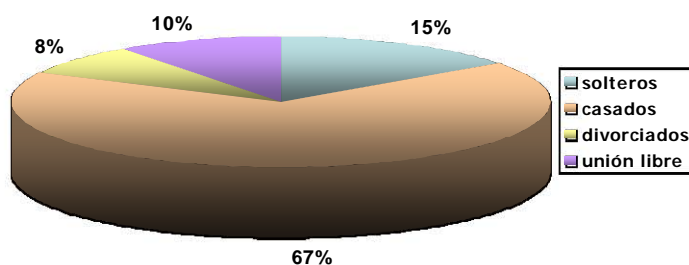
Por lo que se refiere a los resultados de la encuesta de desgaste: solo 2 de los hombres y 2 mujeres presentaron el Síndrome. De las 2 mujeres que presentaron éste síndrome, una tenía 32 años y otra de 53 años; y de los hombres que lo presentaron, uno fue de 38 y otro de 56 años. Al estado civil que corresponden los casos, se presentó en un hombre

divorciado y un soltero, en cuanto a las mujeres, una soltera y una casada. Con respecto al número de hijos, la mujer de 32 años, tiene un hijo mientras que los otros tres no tienen hijos. Su antigüedad laboral, en los hombres el más joven tiene 5 años de antigüedad, mientras que el segundo tiene 21 años laborando. Las mujeres, la menos antigua tiene 7 años laborando, y la más antigua 15 años.

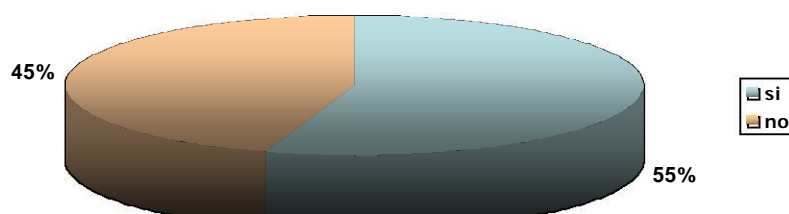
**Figura 1.- Distribución por género de la población de estudio**



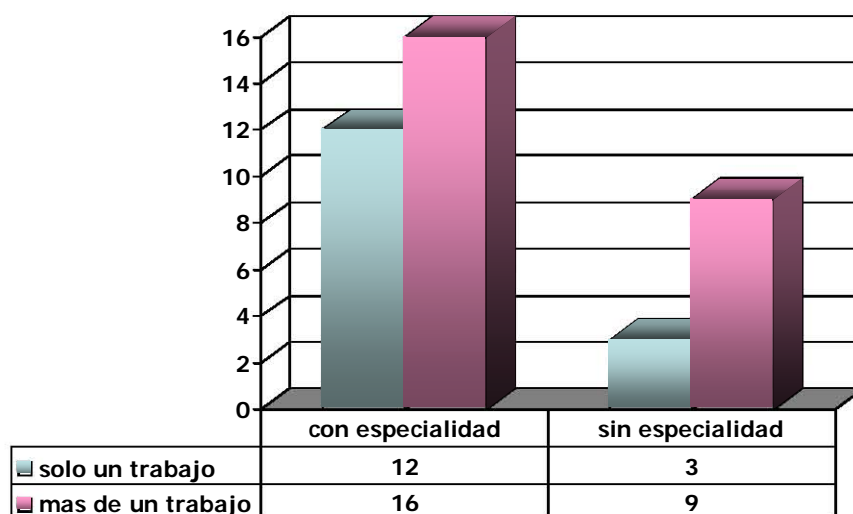
**Figura 2.- Distribución de acuerdo al estado civil de la población de estudio**



**Figura 3.- Distribución de acuerdo a la convivencia de una pareja con trabajo remunerativo de la población de estudio**



**Figura 4.- Distribución de acuerdo a la presencia de uno o más trabajos y su relación con su grado académico de la población de estudio**



Lo relativo a las sub-escalas de evaluación.

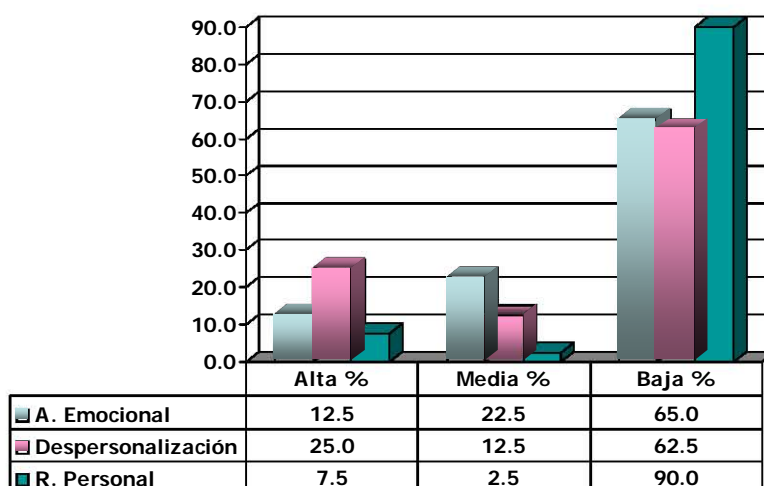
Agotamiento Emocional: se encontró que 5 (12.5%) presentaron una escala de evaluación alta, 9 (22.5%) moderada y 26 (65%) una bajo. (p=0.03)

Despersonalización: se identificó 10 (25%) se identificó en una escala alta, 5 (12.5%) moderada y 25 (62.5%) una evaluación baja. (p=0.026)

La Realización Personal: se reportaron 3 (7.5%) con evaluación alta, moderada 1 (2.5%) y 36 baja (90%). (p=0.001)

Se realizó un análisis de estas subescalas relativas para identificar diferencias estadísticamente significativas sobre las principales variables de estudio, y se identificó que si se encontraron diferencias significativas entre los valores de cada sub-escala de acuerdo a la prueba de Chi<sup>2</sup> para porcentajes. Como se puede observar los valores observados para cada categoría a simple vista tienen un comportamiento muy heterogéneo. Y al realizar un análisis estratificado se encontró que al combinar las sub-escalas de los pacientes de acuerdo a su categoría de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización personal, se encontraron 18 (45%) pacientes que compartieron esa misma categoría de un nivel bajo. (Figura 5,)

Figura 5.- Distribución porcentual de sub-escalas de evaluación de la población de estudio



## 7.-DISCUSIÓN.

La prevalencia del síndrome de Burnout detectada en este estudio es de 4 casos (11.1 %) nos ubica muy por debajo de autores como De las Cuevas, De la Fuente, Alviana y Ruiz-Benítez (1995). (11).

En cuanto a los factores de riesgo, en este estudio no se encontró asociación con el género, sin embargo debido al número de personas estudiadas no podríamos ser concluyentes.

En relación a la edad todos los casos fueron mayores de 30 años.

En el caso de la antigüedad laboral esta es de 5 años el menos antiguo laboralmente, y el más antiguo de 21 años, Sin embargo la presencia de la antigüedad laboral la edad y la presentación del Síndrome de Burnout no está clara.

Como ya se mencionó Maslach (16) propone que con el devenir de los años el sujeto adquiere mayor seguridad y experiencia en su trabajo, haciéndose menos vulnerable a la tensión laboral. (13)

Al igual que en otros estudios no se encontró relación entre el Síndrome de Burnout y el estado civil aunque el soporte familiar, actúa como amortiguador del estrés laboral. (14).

En cuanto a tener hijos o no, se encontró, que no hay relación alguna. No se encontraron diferencias significativas en las restantes variables sociodemográficas.

El índice de agotamiento emocional, y la falta de realización son bajos ya que solo 4 de ellos lo presentaron 2 hombres y 2 mujeres. Pero se encontró la afectación de por lo menos de 1 a 2 de las escala de del MBI, por lo que se requiere de estrategias de intervención y propuestas para evitar la presencia del síndrome, realizar estudios de seguimiento para profundizar en el tema de clima organizacional y laboral. Realizar evaluaciones periódicas con el propósito de evaluar la salud integral de los trabajadores de la salud, ya que esto repercute, junto con otros elementos en la calidad de la atención médica.

## 8.-CONCLUSIONES:



La conclusiones del presente estudio son las siguientes: solo se encontraron en 4 casos la presencia de este síndrome, lo que nos demuestra que se puede presentar tanto en hombres como en mujeres, aunque en muy bajo porcentaje de los mismos, se pueden presentar tanto en personas jóvenes como de edad avanzada, así como en personas que han tenido poca antigüedad en el Instituto, como personas que tiene antigüedad hasta de más de 20 años, por lo que concluimos que no importa la antigüedad ni la edad para poder presentar este síndrome, los factores demográficos restantes poco influyen en la presencia de este síndrome. Todo en base a lo siguiente: El Burnout es consecuencia de eventos estresantes que predisponen al individuo a padecerlo, Estos eventos son de carácter laboral fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con las diversos condicionante del trabajo son la clave para la aparición del síndrome.

Es necesaria la presencia de “interacciones humanas”, médico-paciente intensa y duradera para que aparezca este síndrome. El Burnout es un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina y que se va “instaurando” en individuos hasta provocar en éste los sentimientos propios del mismo.

El Burnout puede conceptualizarse como un trastorno adaptativo producido por un estrés (entiendase por estrés, estado psicofisiológico producido por cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio) laboral crónico.

Es imprescindible el estudio del Burnout, ya que viene unido a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como de reciente interés es que las organizaciones se preocupen más por la calidad de la vida laboral que ofrecen a sus médicos. Actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar, la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y del estado de salud física y mental que conlleva, tiene repercusiones sobre la organización. Las estrategias para la intervención deben de contemplar tres niveles: El individual donde el desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. El empleo de estrategias de afrontamiento del control previene el desarrollo del síndrome, siendo necesarios los entrenamientos en la solución de problemas, en la asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Practicar técnicas de relajación, toma pequeños descansos durante la jornada y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.

Es importante señalar que el presentar Burnout no significa ser un mal médico. La profesión médica al ser, en si misma una profesión de ayuda, es candidata a sufrir

Burnout, ya que es un trabajo sumamente demandante y en ocasiones altamente estresante que involucra situaciones difíciles, como la enfermedad sufrimiento etc., y los pacientes pueden crear fantasías, exigencias, expectativas realmente inalcanzables para el profesional de la salud, produciéndose un “juego de saber”, entre las demandas del paciente y la omnipotencia del médico. Así el personal médico no está conciente de sus propias limitaciones y posee metas poco realistas, el riesgo a la frustración y presentar el Síndrome de Burnout se incrementa. Sin embargo, puede concluirse que el desarrollar un nivel bajo de Burnout, es un factor adaptativo, incluso, un mecanismo de defensa natural y comprensible, necesario para poder llevar a cabo el trabajo de la medicina, no obstante conforme va aumentando el nivel de Burnout, va perdiendo su función adaptativa, puesto que puede tener consecuencias negativas no solo en el profesional, sino también en su familia, amigos, en la institución en la que se labora y en la atención al paciente.

Es necesario tener estrategias para la prevención del Burnout, y entre estas se encuentran la elaboración y ejecución de un plan de acción, acentuar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrolarse, es decir, que el empleo de estrategias de control o centradas en el problema, previenen el desarrollo del Burnout, y las de evitación y escape centradas en la emoción facilitan su comienzo. Se pueden utilizar técnicas para la adquisición de estrategias, que pueden ser dirigidos al manejo de las emociones, que incluyan el entrenamiento en habilidades como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno, sin excluir que la expresión de las emociones manejo de sentimientos de culpa así como relajación, etc. son de suma importancia para prevenir el Burnout.

En la mayoría de las estrategias, se tiene a bien fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores, y a través de esto, los sujetos obtienen nueva información, se adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, así como refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y conseguir apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

Se ha hablado de programas preventivos que pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral, adquiriendo habilidades para desarrollar su actividad (15)

La familia es de suma importancia, por ser uno de los grupos de apoyo, que contrarreste los efectos negativos de un trabajo estresante, escuchando al médico, reconociendo el trabajo, dando apoyo emocional además de ser una fuente de distracción. Por lo que el médico con Burnout, deberá apoyarse en actividades diferentes y renovadoras. No sin

olvidar el apoyo de los amigos, y así compensar el desgaste emocional, originado por el trabajo. Los grupos en los que las personas se puedan relajar a través de la diversión, la risa, el sentido del humor, compartiendo momentos agradables, que permitan compensar el estrés, orientación, reconocimiento y retroalimentación. Los compañeros de trabajo, pueden ser los que mejor entiendan los conflictos tanto laborales como emocionales generados del trabajo, en sí por la relación con los pacientes, razón por la cual, su retroalimentación y reconocimiento puede ser muy positiva. De ellos también puede aprenderse nuevas formas de manejar el estrés y mitigar un poco el Burnout. Estos grupos pueden estar presentes en el centro de trabajo, formado por los mismos médicos también llamado Grupo Balint, el cual enseña de la relación médico paciente, y la prevención del Síndrome de Burnout. Siendo también de utilidad que enseña a escuchar al paciente. (16)

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud tomó la decisión de incluirlo en el Capítulo XXI de la CIE-10, como factor de riesgo para la salud.

10.-ANEXO.

1.-Encuesta sociodemográfica:

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

**Antigüedad laboral en el IMSS** \_\_\_\_\_ **tiene otro empleo** \_\_\_\_\_

**Tiene especialidad médica** \_\_\_\_\_

**Edad** \_\_\_\_\_ **sexo** \_\_\_\_\_ **Edo Civil** \_\_\_\_\_

**Su pareja trabaja** \_\_\_\_\_ **no. De hijos** \_\_\_\_\_

## 2.- MBI

**Instrucciones:** De acuerdo a la siguiente escala, conteste las frases siguientes indicando la frecuencia con que experimenta ese sentimiento.

<b>0 = nunca</b>		<b>4 = una vez a la semana</b>	
<b>1 = pocas veces al año o menos</b>		<b>5 = pocas veces a la semana</b>	
<b>2 = una vez al mes o menos</b>		<b>6 = todos los días</b>	
<b>3 = unas pocas veces al mes o menos</b>			
1	Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo		
2	Me siento cansado (a) al final de la jornada de trabajo		
3	Me siento fatigado (a) cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo		
4	Fácilmente comprendo como 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 las pacientes		
8	Me siento agotado (a) emocional y/o físicamente por mi trabajo		
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas		
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión		
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente		
12	Me siento muy activo (a)		
13	Me siento frustrado (a) con mi trabajo		
14	Creo que estoy trabajando demasiado		
15	No me preocupa realmente lo que ocurre a algunos de mis pacientes		
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés		
17	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes		
18	Me siento estimulado (a) después de trabajar en contacto con mis pacientes		
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión		
20	Me siento acabado (a)		
21	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma		
22	Siento que las personas que trato me culpan por algunos de sus problemas		

**Evaluación:**

<i>Componente</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Total</i>	<i>Bajo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>
Cansancio emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20		= o – de 18	19 a 26	= ó + de 27
Despersonalización	5,10,11,15,22		= ó – de 5	6 a 9	= ó + de 10
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21		= ó + de 40	34 a 39	= ó - de 33

Cansancio emocional: Se valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

Puntuación máxima 54

Despersonalización; Se valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento:

Puntuación máxima 30

Realización personal: Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo.

Puntuación máxima 48

Se considera que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33.

Puntuaciones altas en los 2 primeros y baja en el tercero, definen el Síndrome de Burnout.

(13)

## 9.- BIBLIOGRAFÍA

- 1) C. de las Cuevas y cols. Burnout y Reactividad al Estrés. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, de 1997.
- 2) Jesús de la Gándara Martín. *Burnout* en medicina: ¿qué hacer cuando las cosas se complican?, Semergen, 2002.
- 3) Cervantes Pinelo y Cols. Tesis: Comparación del Nivel de Burnout en Diferentes Staffs Médico y Paramédico, del CMN 20 de Noviembre (ISSSTE), Fac. De Psicología, UNAM. 2002.
- 4).- De la Fuente J. Salud Mental en el Trabajo, (20 de marzo de 1996), [adultos/trabajo.html](#).
- 5).- El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad Congreso On-Line, No. 892-10 Enero 2003.
- 6).- Fernández, I. Nicolás y cols. Síndrome de Burnout sus efectos y Prevención en las Organizaciones. Capital Humano, No.151 Enero 2002
- 7) Franco B. Maria Ximena, Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Manual Integral de Prevención: Comparación del Síndrome de Burnout en un Grupo de Médicos, enfermeras y Paramédicos, Universidad Iberoamericana, México, DF, 1997.
- 8).- Franco, B. María Ximena, Manual Integral de Prevención: Comparación del Síndrome de Burnout en un Grupo de médicos, Enfermeras y Paramédicos. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología. México DF, 1977 Universidad Iberoamericana.
- 9).- García L. Laura. Tesis para Obtener el Grado de Maestría en Modificaciones de Conducta. Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala, UNAM, México DF. 2000.
- 10). - Maslach C. Jackson S. The role of sex and family in Burnout. Sex roles 1985; 12
- 11). - Maslach, Christina y Susan E. Jackson, (1982, 1986). Maslach Burnout Inventory, Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

- 11). - Olivar C. González S, Martínez, MM Factores relacionados con la satisfacción personal y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria en Asturias PAPPS-Sem FYC, 2001.
- 12).- Saura LI. José. Jano, Medicina y Humanidades; Texto Completo: ¿Debemos desarrollar los Médicos de Familia un programa de prevención del Desgaste Profesional Centro de Salud Murcia, Barrio del Carmen.
- 13).- Tevni Grajales G. Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory, versión Española en una población de profesionales mexicanos. Línea de Investigación: Instrumentos de medición Enero-Mayo del año 2000.
- 14).- Davis, M. Mc. Kay, y Esheman, E.R. (1985): Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona.
- 15).- Balint, M. (1966) Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, D.F. Siglo XX1.