



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.**

**TESIS PARA ADQUIRIR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA MÉDICA:**

**Frecuencia y variables asociadas al Síndrome de Burnout
en el personal médico y de enfermería de un hospital
pediátrico.**

Tesista:

Dra. Claudia Flores Flores¹

Investigador Principal:

Dra. Rocío Cárdenas Navarrete²

Dr. Héctor J. González Cabello³.

1. Médico Residente de 4to año de la Especialidad de Pediatría Médica del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

2. Médico Pediatra jefe del servicio de Escolares y Adolescentes del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

3. Médico Pediatra adscrito al servicio de Lactantes del Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Número de autorización de protocolo de investigación: 2007-3603-08



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen	4
Antecedentes	5
Justificación	11
Planteamiento del problema	12
Hipótesis	13
Objetivos	14
Diseño	15
Metodología	16
Resultados	20
Discusión	27
Conclusión	31
Bibliografía	32
Anexos	34

TÍTULO: FRECUENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Flores-Flores C, Cárdenas-Navarrete R, González-Cabello H.

Pediatras Hospital de Pediatría CMN SXXI.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de “Burnout” (SB), se integra por: agotamiento emocional, distanciamiento excesivo hacia el receptor de servicios y baja realización personal, hay una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivación en los prestadores de servicios.

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de Burnout y algunas variables asociadas en la presentación de éste, en el personal médico y de enfermería de un hospital pediátrico.

DISEÑO: observacional, transversal, analítico.

PACIENTES Y MÉTODOS: Después del cálculo de tamaño de muestra se hizo un muestreo aleatorio simple y el grupo final consistió en 144 sujetos a quienes se les aplicó el cuestionario Maslach (confiabilidad 0.9), incluyendo algunas variables demográficas y laborales. Se aplicó estadística descriptiva, inferencial y cálculo de Razón de momios (OR) para establecer la posible asociación de las variables sociodemográficas con las dimensiones de Burnout.

RESULTADOS: La tasa de no-respuesta fue del 0.06%. El 55% del grupo correspondió a personal de enfermería y el 44% al médico, la edad media para ambos grupos fue de 40 años, el 67.9% fueron mujeres, 67.2% son casados, y el promedio de hijos fue de 1 para ambos grupos, con una media de 8 años de matrimonio. El 46.4% de la población cuenta con estudios de postgrado, 22.4% con nivel licenciatura, 28.3% técnicos profesionales y solo un 2.9% con maestría; el 87.3% de la población cuenta con un contrato de base, se obtuvo una media de 11 años como tiempo laborado en el hospital, el 63.7% labora en el turno matutino, el 52.2% labora en el área de hospitalización y el 45.5% cuenta con otro empleo, destacando que el 90% de éstos son médicos. En cuanto al tiempo libre, la media grupal fue 15 horas a la semana. Para cada una de los componentes del Burnout, el 50% se ubicó en baja dimensión para cansancio emocional, 69.4% para despersonalización y para la dimensión de realización personal se obtuvo una escala alta del 73.1%. Se detectaron 5 personas con Burnout, 3 correspondieron a médicos y 2 a enfermería;

Se indagaron variables con posible asociación a SB, mediante el cálculo de OR y solo se demostró asociación con significancia estadística para un grado alto de cansancio emocional para el sexo masculino, con OR 2.48 (1.04-5.91), un grado alto de despersonalización se asocia a menos de 10 años de matrimonio, OR 4.81 (1.22-19.14) y, para un grado alto de realización personal, la variable asociada fue tener 10-20 años de matrimonio, con un OR 2.97 (1.15-7.91). Con respecto al grupo con diagnóstico de completo de SB, no se encontró ninguna variable con asociación significativa.

CONCLUSIONES: El porcentaje en el grupo de estudio, con certeza de SB, fue bajo con respecto a lo reportado en la literatura (3.5 vs. 15%), no obstante existen identificadas algunas variables que están en común presentes en algunos de los componentes de Burnout, en un grupo mayor (50%), que potencialmente pueden incidir en el desempeño laboral, y que son susceptibles de prevenirse, mediante trabajo específico al interior de los grupos y de la unidad hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: Burnout, frecuencia, variables asociadas.

ANTECEDENTES GENERALES

El síndrome de Burnout es definido por tres principales componentes: agotamiento emocional, distanciamiento excesivo hacia el usuario de servicios y baja realización personal. De igual manera se refiere una pérdida progresiva del idealismo, energía y percepción volitiva en la gente que se desempeña en profesiones de servicio al público.⁽¹⁾

La historia de este cortejo sintomático data de 1974 cuando el psiquiatra Herbert Freudenberger trabajaba con pacientes toxicómanos, él observó que un grupo de asistentes voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo, así como síntomas de ansiedad y depresión; estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en sus relaciones con los pacientes, con un trato distanciado y con tendencia a culpar a los pacientes de los propios problemas que padecían. Para la descripción de sus observaciones adoptó el término Burnout, el cual era utilizado para referirse a los efectos de consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso. Freudenberger lo definió como: “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”.⁽²⁾

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó este mismo término que empleaban los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.⁽³⁾ Años más tarde en 1986, Maslach y Jackson lo caracterizan en su tríada clásica consistente en agotamiento emocional, distanciamiento excesivo hacia el receptor de servicios y baja realización personal, datos que podrían producirse entre los individuos que trabajan con personas en el área asistencial.⁽⁴⁾

Pines, propone un concepto más amplio, no restringido a profesionales de ayuda y lo definió como el estado de agotamiento físico, mental y emocional, producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo y en situaciones emocionalmente demandantes.⁽⁵⁾

El interés surgió con base en los problemas que se presentaban en aquellas actividades en las cuales se proveen servicios o cuidados a otras personas, y la necesidad de efectuar intervenciones rápidas. Los enfoques del estudio de Burnout incluyeron el punto de vista clínico y el social: desde lo clínico el objetivo fue evaluar los síntomas y problemas de salud mental, y desde lo social fue la relación entre el proveedor y el usuario, así como el contexto social donde se desarrollan las profesiones u oficios donde se prestan servicios.⁽⁶⁾

El primer componente de este fenómeno: el agotamiento emocional, fue determinado debido a que la provisión de servicios o cuidados puede ser muy demandante, envolvente y extenuante emocionalmente siendo estas características frecuentes en áreas como los servicios médicos. El agotamiento emocional es una reducción de los recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada más que ofrecer a los demás, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas como el abatimiento, la ansiedad e irritabilidad. En esta etapa, las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas.^(1,2,7)

El segundo componente emergió cuando la gente describió los intentos para minimizar las tensiones emocionales de su trabajo, estableciendo una distancia con los usuarios de servicios para protegerse de éstas emociones intensas, interfiriendo en la efectividad del trabajo, esta separación excesiva hacia el usuario parecía llevar al proveedor a tener respuestas negativas, indiferentes y deshumanizadas hacia sus usuarios. Este componente se asocia con una actitud impersonal, aislamiento de los demás, formas de hablar despectivas para calificar a otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales. ^(1,2,7)

El tercer componente: falta de realización personal, se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimiento de baja autoestima. Los primeros dos componentes hacen que el proveedor de servicios encuentre su trabajo poco estimulante y poco satisfactorio dando como resultado este último componente del síndrome. ^(1,2,7)

Hoy en día sigue habiendo controversia en la mayoría de los trabajos en relación con algunas de las características individuales de estos proveedores de servicios que se asocian con la aparición del Burnout, algunos de los factores descritos son:

Edad: es una variable demográfica relacionada con este fenómeno, encontrado en aquellas personas que desarrollan su ejercicio profesional a edades más tempranas tienen un mayor riesgo de presentar niveles más altos de Burnout a una menor edad Mirvis y colaboradores encontraron que a una edad mas temprana, hay falta de claridad en su rol lo que aunado al trabajo con salarios bajos son predictivos para el desarrollo y progresión del Burnout. ⁽⁸⁾

Género: no se ha considerado como un predictor para el fenómeno, sin embargo, se encontró que el rol de género respecto a la actividad realizada puede influir en un mayor nivel de Burnout. ⁽¹⁾

Estado civil: se ha relacionado con los niveles de Burnout en función a que las personas solteras experimentan más este fenómeno que las personas casadas. ⁽⁵⁾ Gabbe y colaboradores reportaron que los niveles altos de agotamiento emocional en ginecólogos y obstetras estaban inversamente relacionados con el apoyo ofrecido por su cónyuge. ⁽⁹⁾

Escolaridad; varios estudios han mostrado que los empleados con niveles educativos más altos presentan un mayor índice de Burnout, no obstante, la interpretación de esta variable puede estar relacionada con el rol y puesto que desarrolla en su trabajo. ⁽²⁾

Existen informes acerca de otros factores relacionados con situaciones **laborales** directas que favorecen la aparición de estos problemas como: un excesivo número de clientes o pacientes, actitud negativa de los mismos y falta de recursos en el trabajo. ⁽⁶⁾

Imai y colaboradores en un estudio efectuado en un grupo de enfermeras encontraron que la pérdida de control en el trabajo y el elevado número de emergencias fueron factores laborales asociadas al desarrollo del fenómeno, concluyendo que esta pérdida de control en el trabajo se debió a que el éxito o falla en el manejo, está determinado por el personal médico y que a pesar de su labor no son reconocidas, refiriendo también dificultad en la relación con los médicos. ⁽⁸⁾

Para Pines, las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales tales como el comercio, la política o en diversos cargos directivos. En opinión de esta autora, el factor mediador más importante depende de las condiciones laborales objetivas que faciliten la consecución de los objetivos propuestos, con la realización de las expectativas personales en oposición a la presencia de un medio laboral que sea vivido como frustrante, predominando las características negativas. Destaca la importancia de las relaciones interpersonales en el trabajo, en la supervisión y en las oportunidades de aprendizaje continuo así como el desarrollo de la carrera profesional. Este autor describe que el síndrome de Burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión, a evitar el trato directo con los pacientes con la realización de trabajos administrativos o de investigación, o bien el estrés laboral puede ser vivido como un reto positivo que promueva el desarrollo personal.⁽¹¹⁾

En suma: el síndrome de Burnout incluye los siguientes datos comunes:

1. Predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional.
2. Destacan las alteraciones de conducta como pueden ser:
 - Conflictos interpersonales en el trabajo y el ambiente familiar.
 - Consumo elevado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales.
 - Ausentismo laboral.
 - Bajo rendimiento personal.
3. Síntomas físicos como:
 - Cansancio.
 - Dolores osteoarticulares y cefaleas.
 - Trastornos del sueño.
 - Alteraciones gastrointestinales.
 - Taquicardias.
4. Síntomas mentales o cognitivos:
 - Sentimientos de desamparo, fracaso o impotencia.
 - Baja autoestima.
 - Inquietud y dificultad para la concentración.
 - Comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y familia.⁽¹²⁾

Es resumen es un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque sé de en individuos considerados presuntamente como normales. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización laboral, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación, falta de organización y trabajo en equipo. Por otro lado además de lo laboral y los factores demográficos antes mencionados se han determinado algunas características de la personalidad que pueden llevar más fácilmente a la persona sometida a un exceso de estrés a desarrollar Burnout. Estas características son:

- Sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros.
 - Dedicación al trabajo.
 - Idealismo.
 - Personalidad ansiosa.
-
-

- Elevada autoexigencia ⁽¹³⁾

La medición del Burnout se realiza con el denominado MBI (Maslach Burnout Inventory) siendo el instrumento más utilizado, consiste en un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems (en su versión en español), el cual ha sido validado con una consistencia de 0.9 por alfa de Chronbach ⁽²¹⁾ y consta de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. (anexo1) El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome: cansancio emocional, distanciamiento excesivo hacia los pacientes y baja realización personal. Se otorga una calificación de acuerdo a la respuesta de cada ítem considerando 3 niveles de puntuación: alto, intermedio y bajo; cada pregunta esta definida para la evaluación de cada aspecto de acuerdo al número de pregunta asignada en el cuestionario:

1. Subescala de agotamiento personal: consta de 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 que valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
2. Subescala de distanciamiento excesivo hacia el paciente: esta formada de 5 preguntas: 5, 10, 11, 15 y 22 que valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
3. Subescala de realización personal: se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 que evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. ^(14,15)

Se consideran que las puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. ⁽¹⁵⁾

Diversas investigaciones al respecto se han realizado entre médicos y otros trabajadores de la salud en diferentes países:

Un grupo de médicos en Salamanca, realizó un estudio de campo sobre los médicos del Hospital clínico de esta ciudad, concluyendo que este grupo médico presentaba un grado medio de Burnout, caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, niveles medios de distanciamiento excesivo hacia el paciente y moderadamente altos de realización personal. Observaron que un grado mayor de Burnout se asocia con el consumo de más de 20 cigarrillos al día, esto produce una menor implicación laboral afectiva y peor salud general que aquellos que no son fumadores o que afirman fumar menos de 20 cigarrillos al día. Un 20% de los médicos presentan síntomas psicopatológicos que alcanzan el nivel de probable caso psiquiátrico. ⁽¹⁶⁾

Mingote, Denia y Jiménez realizaron un estudio sobre el síndrome de Burnout en diplomados universitarios de enfermería que trabajan en el hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid con el objetivo de estudiar su posible asociación de este síndrome con variables ocupacionales como la especialidad y las algunas variables demográficas. Aquí se detectó la existencia de un mayor porcentaje de personal de edades más jóvenes con contratos eventuales en las unidades de hospitalización de pacientes graves y/o con alta tasa de mortalidad, mientras que en los servicios centrales y con pacientes de baja mortalidad predominaban los profesionales de mayor edad y con contrato fijo de trabajo. En la muestra de profesionales que se ocupan de pacientes con alta mortalidad, se apreció una incidencia significativamente mayor de agotamiento emocional, mayor nivel subjetivo de estrés y consumo excesivo de café, tabaco y alcohol así como deseo de cambio de trabajo. ⁽¹⁷⁾

Spickard, Gabbe y Christensen realizaron una revisión de los factores de riesgo que se han asociado a una mayor incidencia de Burnout entre los trabajadores de la salud: en cuanto a las características de la personalidad se describió que aquellas personas que eran más demandantes en cuanto a su desarrollo y desempeño laboral, personal y familiar tenían niveles más altos de Burnout; los problemas maritales y familiares son causas de conflictos emocionales serios y altos niveles de Burnout; el sexo femenino en un 60% es más probable que presente síntomas de Burnout debido a que es más fácil la relación o involucro sentimental con sus pacientes así como tener mayores responsabilidades fuera del ámbito laboral (actividades domésticas y roles de madre).

Determinaron que se podían establecer estrategias para disminuir el grado de Burnout o la incidencia de la misma tales como: influencia positiva a través de cultivar los valores personales, pasar más tiempo con la familia y los amigos, actividades religiosas o espirituales, cuidar su salud con una buena alimentación y ejercicio, soporte familiar o de una pareja, un buen control del ambiente laboral, determinar límites en trabajo y significado a sus actividades, tener un adecuado sistema administrativo y tener un mentor.⁽¹⁸⁾

En el 2000 se publica un reporte del comité de trabajo sobre aspectos psicosociales en oncología pediátrica de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica donde se trata el tema de reconocimiento, prevención y solución del síndrome de Burnout ya que se destaca la alta prevalencia del mismo y el impacto en los profesionales de salud así como la necesidad de establecer medidas para la prevención del mismo.⁽¹⁹⁾

En México Cabrera y colaboradores realizaron un estudio para determinar la frecuencia y los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Guanajuato, donde se aplicó el cuestionario de 35 ítems propuesto por Cyberia Shink encontrándose que la edad y puesto de trabajo son factores relacionados con la presencia de Burnout, el 40% del personal mostró agotamiento emocional, el 32% presentaron despersonalización y el 63% presentó desinterés en su trabajo.⁽²⁰⁾

En un estudio realizado en personal de enfermería por Parada y colaboradores en Venezuela, donde se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory se encontró que el 6.73% del personal encuestado presentó Burnout, así como encontrar que el 13.5% presentó un alto grado de Burnout en al menos una de las tres dimensiones.⁽⁷⁾

Aranda y colaboradores en un estudio realizado en médicos familiares en México, encontró una prevalencia de Burnout del 41.8%, determinando factores de riesgo como el estado civil soltero y la escolaridad superior a la requerida en el puesto que desempeñaban.⁽²¹⁾

En un estudio realizado a médicos y enfermeras en el Hospital Nacional del Sur Este del Cusco Perú, no se encontró personal con Burnout en grado alto, ubicándose más del 80% de la población estudiada en niveles bajos.⁽²²⁾

La bibliografía al respecto es abundante lo que muestra el gran interés y a preocupación que existe al respecto. Al haber tanta variabilidad y diversidad en los factores que intervienen, es muy importante que cada grupo de trabajo investigue su situación y las variables asociadas con el objetivo de proponer estrategias específicas y adecuadas para cada población, reconociendo incluso que a lo largo del tiempo en una misma población pueden existir cambios.

Las diferentes revisiones concluyen que es importante la intervención temprana para reducir los síntomas de Burnout, facilitar la reinserción al trabajo y prevenir la reaparición de problemas relacionados con el trabajo. Se proponen entrenamientos en técnicas de relajación, en manejo del estrés, terapias cognitivas y reinserción planificada en etapas como psicoterapéuticas efectivas, teniendo como meta principal la restauración del sentido global del individuo respecto a valores y eficacia. ⁽²³⁾

JUSTIFICACIÓN

En el mundo actual la globalización ha propiciado entre otros muchos factores que el ambiente laboral sea altamente competitivo y que de manera perenne, exista el riesgo latente de desempleo todo lo cual propicia una situación de estrés continuo en el individuo.

El ritmo de vida nos conduce en una vorágine, con repercusión en la esfera mental expresada como angustia, agotamiento emocional, trastornos en el ritmo de alimentación, poco tiempo para la actividad física y descanso, concomitantemente con la aparición de síntomas físicos, psíquicos, lo que en su conjunto son factores diversos que ponen en riesgo la salud de los individuos.

Además de tener identificados algunos de estos factores de riesgo, se sabe que existen entidades como el Síndrome de Burnout que exacerbaban o hacen manifiestos cambios en la personalidad de los individuos que trabajan -sobre todo en áreas asistenciales-, como en aquellas en donde el trato con los pacientes y su familia es primordial, este es el caso de los hospitales pediátricos.

Se ha estudiado ampliamente esta entidad en diversos ambientes laborales, y en los últimos años se han extendido estos trabajos al ambiente del prestador de servicios en salud, sobre todo en las unidades médicas en donde el prestador de servicio se encuentra con una demanda de atención tal, que lo que se observa es precisamente un distanciamiento y un trato frío hacia el paciente y su familia. En el área pediátrica ha sido poco estudiado este fenómeno, existiendo además una variable asociada más - no sólo es el trato con el paciente-, sino la relación que se entabla con la familia, esto es con el adulto responsable del menor en donde suelen surgir diferencias de opinión y de comunicación que pueden llegar a ser tales, que obstaculicen el trabajo en conjunto hacia el paciente. Además de lo anterior entidades como el Síndrome de Burnout pueden exacerbar este distanciamiento y hacer que en conjunto la calidad de la atención que se otorga se demerite. Una expresión de este fenómeno son los denominados eventos centinela que dentro de las posibles explicaciones también se encuentra que el personal de salud puede estar cursando con síndrome de Burnout.

En unidades médicas como la nuestra en donde la atención se encuentra dirigida a pacientes graves y/o crónicos, con enfermedades potencialmente mortales, en donde se requiere de una óptima relación profesional hacia el paciente y su familia es de suma importancia evitar en lo posible que el personal pueda estar afectado por Burnout, dado que cada uno de los componentes que integran este síndrome si existe afección, puede repercutir en la atención hacia el paciente. Identificando algunos de los posibles factores asociados con el desarrollo de esta entidad pueden buscarse soluciones factibles que proporcionen bienestar al personal de salud y por ende una mejor atención a los pacientes en todas sus esferas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la frecuencia de Burnout y que variables se relacionan con su presentación, en el personal médico y de enfermería que labora en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI?

HIPÓTESIS

1. La frecuencia Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI no difiere de lo reportado en la literatura esperando que sea de un 15%.
2. Las variables asociadas reportadas en diversos estudios que contribuyen al desarrollo del Síndrome de Burnout como la edad, el género, estado civil y escolaridad se encontrarán con diferencias estadísticamente significativas en el grupo de estudio.
3. Las variables como turno en el que labora, tiempo libre y el desarrollo de otro trabajo además del institucional, se espera que muestren una asociación con el desarrollo del Síndrome de Burnout

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de Burnout y algunas de las variables asociadas a la presentación de éste en el personal médico y de enfermería del hospital de pediatría CMN SXXI

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar si las siguientes variables demográficas se asocian a SB: sexo, edad, estado civil, años de matrimonio, número de hijos y grado de estudio.
2. Indagar si las siguientes variables laborales se asocian a SB: antigüedad, turno, servicio de adscripción, categoría contractual, más de un trabajo, y tiempo libre.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal observacional y analítico

MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

Se realizó en Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

ELECCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Personal médico y de enfermería que labore en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI, en todas las jornadas.

EXCLUSIÓN

- Personal incapacitado, becado o con permiso (por más de un mes), ya que rebasará el tiempo en el cual se aplicará el instrumento de medición.
- Médicos residentes, dadas las características laborales particulares de este grupo.

ELIMINACIÓN

- Aquellos que contesten de manera incompleta el cuestionario.

TIPO DE MUESTREO

A través del departamento de personal se obtuvo el registro de personal médico y de enfermería activos en la unidad siendo un total de 751 personas, con 156 médicos y 595 enfermeras. El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la incidencia reportada en la literatura con un nivel de confianza del 95% teniendo como resultado una muestra de 119 personas. Se realizó un muestreo aleatorio simple, partiendo de una lista que incluía a todos los médicos y enfermeras de la unidad.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se aplicó el instrumento de medición una vez seleccionado el personal que debe participar por medio de aleatorización a través de la lista que se proporcionó en el departamento de personal, en un periodo no mayor a un mes y posteriormente se realizará el análisis de lo obtenido en los cuestionarios aplicados.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

DEPENDIENTE

Burnout

INDEPENDIENTES

Edad, sexo, estado civil años de matrimonio, número de hijos, tiempo de laborar en la unidad, nivel de estudios, categoría laboral, servicio en el que labora, horario de trabajo y horas de esparcimiento a la semana.

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO	ESCALA
Burnout	Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos en las personas que trabajan en las profesiones de servicios al público	El instrumento permite a través de las puntuaciones del 0 al 6 que el encuestado determina de acuerdo a la respuesta que tiene a cada pregunta formulada, determinar el grado de Burnout. Consta de tres subescalas: 1. Subescala de agotamiento personal: consta de 9 preguntas considerándose puntuaciones mayores de 27 como un nivel alto, de 19 a 26 nivel medio y menores de 19 puntuaciones bajas 2. Subescala de distanciamiento excesivo hacia el receptor de servicios esta formada de 5 preguntas considerándose puntuaciones mayores de 10 niveles altos, de 6 a 9 nivel medio y menores de 6 niveles bajos. 3. Subescala de realización personal compuesta de 8 preguntas: donde puntuaciones de 0 a 33 puntos se consideran baja realización, de 34 a 39 nivel medio y mayores de 40 niveles altos.(13,14)	Categoría	Nominal: Burnout = calificación alta en despersonalización y cansancio emocional y baja en realización personal (calificación de 3,3,1)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Duración de vida.	Años cumplidos	Discreta	Nominal
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Masculino Femenino	Dicotómica	Nominal
Estado civil	Condición de la persona en la que se encuentra civilmente con una pareja	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Categoría	Nominal
Numero de hijos	Persona respecto a los padres	En número	Discreta	Nominal

Grado académico	De acuerdo al grado obtenido según el sistema escolar actual	Técnico profesional, Licenciatura, postgrado, maestría, doctorado	Categórica	Nominal
Categoría laboral	Determinado por el Instituto Mexicano del Seguro Social según el contrato colectivo actual	Trabajador base Trabajador eventual	Categórica	Nominal
Tiempo laborado en la unidad	Tiempo transcurrido desde su ingreso al hospital y el día en que se realiza la aplicación del instrumento	Años cumplidos	Continua	Nominal
Tiempo laborado en el área actual	Tiempo transcurrido desde que inicio a laborar en el área actual hasta el día en el cual se aplica el instrumento	Años cumplidos	Continua	Nominal
Horario de trabajo	Horario en el que labora de acuerdo a los establecidos por la institución	Matutino Vespertino Nocturno Otros	Categórica	Nominal
Tiempo de esparcimiento	Tiempo ocupado para actividades recreativas, divertidas o deportivas	Número de horas en total de la semana	Continua	Nominal
Empleo en otra u otras instituciones	Desarrollar otra actividad laboral en un horario diferente al del Hospital de Pediatría CMN SXXI	Si o no	Dicotómica	Nominal

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó el instrumento original de Maslach Burnout Inventory y la versión que se utilizó es la validada en español por Moreno, Oliver et al en 1990⁽²⁵⁾ la cual tiene una confiabilidad de 0.9 y en un análisis factorial de Gil Monte se obtuvo una fiabilidad de 0.85 a 0.74^(24,25)

ANÁLISIS

Se empleó estadística descriptiva con cálculo de frecuencias simples y porcentajes, así como medidas de tendencia central y dispersión. La estadística inferencial se determinó de acuerdo a la distribución de las variables, y se empleo estadística no paramétrica, se indagaron asociaciones mediante la razón de momios (RM) y el intervalo de confianza al 95%. Se considero una p significativa a la < 0.05 . Los datos se analizaron por medio del programa SPSS versión 10 y EPInfo V6

RECURSOS

- Humanos
2 médicos
- Materiales
Equipo de cómputo
Papelería
Instrumento evaluador.

ASPECTOS ÉTICOS

La aplicación de los cuestionarios se realizó, bajo consentimiento informado verbal, en forma anónima y se pidió a los participantes que asignaran un pseudónimo al inicio del mismo; posteriormente al realizar la determinación e identificación de los casos de Burnout, se revisó la lista de pseudónimos identificados y se difundirá a través de personal y de Fomento a la salud, con la intención de facilitar y derivar a este personal para recibir la atención profesional requerida si es que así lo acepta.

CONFLICTO DE INTERÉS: ninguno

RESULTADOS

El universo de personal del HP CMN SXXI, consta de un total 156 médicos y 595 enfermeras que cubren los diferentes turnos; a partir de este grupo total, se calculó un tamaño de muestra de 119, el cual se incrementó en un 20%, razón por la que el grupo final lo constituyeron 144 sujetos para la aplicación del cuestionario Maslach²⁵, de ellos se eliminaron 10 por no haber sido contestados de manera completa, para una tasa de no respuesta de 0.06%. El 55% (73) del grupo correspondió a personal de enfermería y el 44% (59) al médico.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

En la tabla 1 se describen los datos demográficos y laborales de la población estudiada y resalta en ella:

Edad: La media de edad fue de 40 años, tanto para el grupo médico como para enfermería.

Sexo: Con respecto a la distribución por sexo el 67.9% fueron mujeres en el grupo total, predominando éste en un 94.5% en el personal de enfermería, mientras que en el grupo médico predominó el sexo masculino en un 64.4%.

Estado civil: El 67.2% de la población son casados, este estado civil se presentó en enfermería en un 64.4% y para los médicos en un 71.2% de casados.

Número de hijos: El promedio de hijos fue de 1 para ambos grupos.

Años de casados: La población muestra una media de 8 años de matrimonio con un intervalo de de 1 a 34 años de casados, con una diferencia de 10 años en la cifra máxima en el grupo de enfermería.

Grado de estudios: El 46.4% de la población cuenta con estudios de postgrado, 22.4% con nivel licenciatura, 28.3% técnicos profesionales y solo un 2.9% con maestría; en el grupo médico predominan los estudios a nivel de especialidad y maestría y en el grupo de enfermería mas de la mitad (52.1%) es técnico profesional, y no hay ningún caso con maestría.

Con respecto a la situación laboral en la tabla 2 se enuncian los datos relevantes entre ellos:

Tipo de contratación: El 87.3% de la población cuenta con un contrato de base y solo el 12.7% es personal eventual, el grupo en el que hay mas trabajadores de base es el de enfermería con un 91.8%.

Tiempo laborado en el hospital: media es de 11 años con un intervalo de 1 año a 27 años.

Turno: 63.7% lo hace en el turno matutino y el 36.3% en otros; por grupos: en el turno matutino laboran el 84.7% de los médicos, y el 50.7% del personal de enfermería.

Área de trabajo: El 52.2% de la población se encuentra laborando el área de hospitalización.

Trabajo adicional: el 45.5% si cuenta con otro empleo pero destaca que de este último porcentaje casi el 90% son médicos.

Tiempo libre: La media grupal fue 15 horas a la semana con valores extremos desde 0 horas a la semana hasta un máximo de 72 horas. El grupo médico mostró una media de 19 h vs. una cifra de 12 hrs. en el grupo de enfermería.

Tabla 1. Variables demográficas de la población estudiada

Variable	Global (n = 134)		Grupo médico (n = 60)		Grupo de enfermería (n = 74)	
	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE
Sexo						
Masculino	43	32.1	38	64.4	4	5.5
Femenino	91	67.9	21	35.6	69	94.5
Edad	40	23 - 55	40.7	29-55	40	23-55
Estado civil						
Soltero	34	25.4	14	23.7	20	27.4
Casado	90	67.2	42	71.2	47	64.4
Viudo	2	1.4	0	0	1	1.4
Divorciado	8	6.0	3	5.1	5	6.8
Grado de estudios						
Técnico profesional	38	28.3	0	0	38	52.1
Licenciatura	30	22.4	0	0	30	41.1
Postgrado	62	46.3	55	93.2	5	6.8
Maestría	4	4	4	6.8	0	0
Años de casados	8	1 - 34	8	1 - 25	9	1 - 34
Número de hijos	1	0 - 5	1	0 - 4	1	0 - 5

VE: Valores extremos

Tabla 2. Variables relacionadas a situación laboral de la población estudiada

Variable	Global (n = 134)		Grupo médico (n = 60)		Grupo de enfermería (n = 74)	
	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE
Categoría laboral						
Base	117	87.3	49	83.1	67	91.8
Eventual	17	12.7	10	16.9	6	8.2
Turno						
Matutino	88	65.7	50	84.7	37	50.7
Vespertino	17	12.7	5	8.5	12	16.4
Nocturno	26	19.4	1	1.7	24	32.9
Otro	3	2.2	3	5.1	0	0
Servicio en el que labora						
Hospitalización						
Consulta Externa	70	52.2	38	64.4	31	42.5
Quirófano	16	12	7	11.9	9	12.3
Terapia	27	20.2	9	15.3	18	24.7
Jefatura	19	14.2	5	8.5	13	17.8
	2	1.4	0	0	2	2.7
Otro trabajo						
Si	61	45.5	53	89.8	7	9.6
No	73	54.5	6	10.2	66	90.4
Tiempo laborado en la unidad	11	1 - 27	10.2	1-23	11.5	1-27
Tiempo libre	15	0 - 72	19.3	0-72	12	0-60

VE: Valores extremos

BURNOUT

Los resultados encontrados en cada una de las dimensiones del síndrome del Burnout se describen en la tabla 3; al respecto el 50% de la población se ubicó en baja dimensión para cansancio emocional y 69.4% para despersonalización, no así para la dimensión de realización personal que mostró una escala alta del 73.1%.

Tabla 3. Clasificación de las dimensiones del Burnout en médicos y enfermeras

DIMENSIONES	Cansancio emocional		Despersonalización o distanciamiento excesivo		Realización personal	
	n	%	n	%	N	%
Bajo	67	50	93	69.4	17	12.7
Medio	31	23.1	29	21.6	19	14.2
Alto	36	26.9	12	9	98	73.1

En la tabla 4 se muestra el análisis estadístico para identificar diferencias de cada una de las dimensiones de un grupo respecto al otro, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas

Tabla 4. Comparación de niveles de cada dimensión de Burnout entre médicos y enfermeras

DIMENSIONES	Médicos(n = 59)		Enfermeras(n = 73)		p*
	n	%	n	%	
Cansancio emocional					
Bajo	31	52.5	34	46.6	0.48
Medio	12	20.3	19	26.0	0.43
Alto	16	27.1	20	27.4	0.96
Despersonalización o distanciamiento excesivo					
Bajo	43	72.9	48	65.8	0.37
Medio	11	18.6	18	24.7	0.40
Alto	5	8.5	7	9.6	0.82
Realización personal					
Bajo	6	10.2	11	15.1	0.40
Medio	6	10.2	13	17.8	0.20
Alto	47	79.7	49	67.1	0.10

* χ^2

De acuerdo a la definición de Burnout, se encontró un total de 5 personas afectadas que representan el 3.4% del total de la muestra, de estos 3 (60%) correspondieron a médicos y 2 (40%) a enfermería; las características demográficas y las relacionadas a la situación laboral se enuncian en la tabla 5 y 6 respectivamente.

Tabla 5. Características demográficas el personal afectado por Burnout

Variable	Global (n = 5)		Grupo médico (n = 3)		Grupo de enfermería (n = 2)	
	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE
Sexo						
Masculino	3	60	3	100	0	0
Femenino	2	40	0	0	2	100
Edad	40.6	38-47	42	38-47	40.6	38-47
Estado civil						
Soltero	1	20	1	34	0	0
Casado	4	80	2	66	2	100
Viudo	0		0		0	
Divorciado	0		0		0	
Grado de estudios						
Técnico profesional	1	20	0		1	50
Licenciatura	1	20	0		1	50
Postgrado	3	60	3	100	0	
Maestría			0			
Años de casados	8	1- 20	9.3	0 - 20	6	2-10
Número de hijos	1	0- 2	1	0 - 2	1	0- 2

VE: Valores extremos

Tabla 6. Variables relacionadas a situación laboral en personal con Burnout

Variable	Global (n = 5)		Grupo médico (n = 3)		Grupo de enfermería (n = 2)	
	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE	n ó media	% o VE
Categoría laboral						
Base	4	80	3	100	1	50
Eventual	1	20	0		1	50
Turno						
Matutino	4	80	3	100	1	50
Vespertino	1	20	0		1	50
Nocturno	0		0		0	
Otro	0		0		0	
Servicio en el que labora						
Hospitalización	2	40	1	33	1	50
Consulta Externa	2	40	2	67	0	0
Quirófano	1	20	0		1	50
Terapia	0		0		0	
Jefatura	0		0		0	
Otro trabajo						
Si	3	60	3	100		
No	2	40	0		2	100
Tiempo laborado en la unidad	9	1-5	10	7-15	7	1 - 13
Tiempo libre	10.8	2- 23	16	12-23	2	0-2

VE: Valores extremos

Se indagaron variables con posible asociación a SB, mediante el cálculo de OR y solo se demostró asociación con significancia estadística para un grado alto de cansancio emocional para el sexo masculino, con un OR 2.48 (1.04-5.91), un grado alto de despersonalización se asocia a menos de 10 años de matrimonio, OR 4.81 (1.22-19.14) y la variable asociada para un grado alto de realización personal, fue tener 10-20 años de matrimonio, con un OR 2.97 (1.15-7.91). Estos datos se pueden observar en la Tabla 7

Finalmente en la tabla 8, se muestra que con respecto al grupo con diagnóstico completo de SB, no se encontró ninguna variable con asociación significativa.

Tabla 7. Factores asociados al desarrollo de Burnout (dimensiones)

Variable	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	RM (IC95%)	p*	RM (IC95%)	p*	RM (IC95%)	p*
TURNO						
MATUTINO	0.93 (0.39-2.23)	0.9	0.71 (0.19-2.77)	0.39	1.54 (0.65-3.65)	0.28
VESPERTINO	0.75 (0.19-2.70)	0.43	2.33 (0.44-11.07)	0.2	0.70 (0.22-2.31)	0.3
NOCTURNO	1.36 (0.48-3.82)	0.5	0.64 (0.10-3.95)	0.5	0.59 (0.21-1.63)	0.25
SEXO						
MASCULINO	2.48 (1.04-5.91)	*0.02	1.06 (0.25-4.23)	0.57	1.32 (0.53-3.34)	0.66
ESTADO CIVIL	0.87 (0.35-2.12)	0.73	1.02 (0.24-4.07)	0.5	0.97(0.40-2.36)	0.94
EDAD						
< 30 AÑOS	1.38 (0.17-9.38)	0.6	2.13 (0.30-12.6)	0.4	0.72 (0.11-5.97)	0.5
> 30 AÑOS	1.17 (0.48-2.81)	0.8	2.67 (0.70-2.43)	0.09	1.38 (0.17-9.38)	0.51
AÑOS DE CASADOS						
< 10 AÑOS	1.83 (0.68-4.9)	0.27	4.81 (1.22-19.14)	0.02	0.29 (0.11-0.78)	*0.005
10-20 AÑOS	0.96 (0.41-2.26)	0.97	0.12 (0.01-0.97)	*0.016	2.97 (1.15-7.91)	*0.01
> 20 AÑOS	0.28 (0.01-2.30)	0.37	1.14 (0.16-7.87)	0.62	0.85 (0.18- 4.42)	0.53
PROFESION						
ENFERMERA VS MEDICO	1.02 (0.44-2.36)	0.88	1.15 (0.30-4.46)	0.93	0.52 (0.22-1.24)	0.15
GRADO DE ESTUDIOS						
PROFESIONAL	0.79 (0.30-2.04)	0.75	1.29 (0.30-5.18)	0.45	0.61 (0.25-1.49)	0.32
LICENCIATURA	1.5 (0.43-3.04)	0.93	1.35 (0.36-5.26)	0.4	0.50 (0.21-1.18)	0.12
POSGRADO	1.87 (0.83-4.21)	0.14	0.28 (0.02-7.54)	0.31	0.35 (0.30-3.70)	0.29
MAESTRIA	0.67 (0.03-6.76)	0.5				
SITUACION LABORAL						
BASE	0.57 (0.17-1.94)	0.47	0.36 (0.07-1.92)	0.15	0.59 (0.13-2.45)	0.32
AÑOS DE ANTIGÜEDAD						
< 5 AÑOS	1.40 (0.57-3.81)	0.5	1.76 (0.41-7.16)	0.2	0.71 (0.27-1.86)	0.58
< 10 AÑOS	1.32 (0.57-3.03)	0.6	2.36 (0.60-9.91)	0.28	0.48 (0.20-1.11)	0.09
< 20 AÑOS	1.41 (0.33-5.65)	0.4	1.42 (0.17.3.15)	0.6	0.90 (0.18-3.95)	0.59
TIEMPO LIBRE						
< 24 HRS	0.90 (0.72-3.31)	0.5	1.47 (0.17-32.7)	0.5	2.83 (0.57-19.11)	1.5
> 48 HRS	1.38 (1.24-1.58)	0.3				
OTRO TRABAJO						
SI	1.10 (0.48-2.53)	0.9	0.84 (0.22-3.18)	0.98	1.45 (0.62-3.39)	0.45
NUMERO DE HIJOS						
SIN HIJOS	1.31(0.53-3.22)	0.51	2.70 (0.71-10.3)	0.09	0.91 (0.37-2.28)	0.82
< 3 HIJOS	1.56 (0.49-6.01)	0.56	2.03 (0.24-44.4)	0.5	0.26 (0.04-27)	0.65
> 3 HIJOS	0.64 (0.17-2.26)	0.45	0.49 (0.02-4.10)	0.5	3.83 (0.79-25.29)	0.065

* p < 0.05

Tabla 8. Asociación de variables demográficas y laborales para el desarrollo de Burnout

VARIABLE	RM	P
TURNO		
MATUTINO	2.14 (0.21-51.89)	0.43
SEXO		
FEMENINO	0.30 (0.03 - 2.32)	0.18
ESTADO CIVIL (Casados)	1.38 (0.14 – 33.49)	0.62
EDAD		
< 30 AÑOS	0.0 (0 – 31.47)	0.79
> 30 AÑOS	0.20 (0.02- 5.47)	0.24
AÑOS DE CASADOS		
< 10 AÑOS	3.27 (0.33 - 78.94)	0.26
PROFESIÓN		
MÉDICOS	1.89 (0.25 – 16.86)	0.48
GRADO DE ESTUDIOS		
POSTGRADO	1.84 (0.24-16.34)	0.41
SITUACIÓN LABORAL		
BASE	0.53 (0.05 – 13.21)	0.47
AÑOS DE ANTIGÜEDAD		
< 10 AÑOS	1.67 (0.22 – 14.88)	0.45
TIEMPO LIBRE		
< 24 HRS	0.66 (0.07 – 16.05)	0.54
OTRO TRABAJO		
SI	1.84 (0.24 – 16.34)	0.41
NUMERO DE HIJOS		
< 2 HIJOS	0.93 (0.10 - 7.13)	0.65

DISCUSIÓN

Actualmente en la sociedad en general, se evidencian cambios ostensibles en los estilos de vida que las personas comparten, cada uno de estos puede ser tan diferente como etnias, culturas y sistemas económicos pueden existir, éstos a su vez en su dinámica tienen inmersos diferentes componentes que pueden actuar paradójicamente tanto como factor de riesgo como factor protector en la salud de los individuos que forman dicho núcleo social. Se ha estudiado incluso en torno a la influencia que la cultura tiene en el desarrollo de enfermedades no sólo físicas sino en la esfera mental.

En general en el mundo prevalece el modelo económico que sustenta una sociedad globalizada, modelo en el que se intenta medir con los mismos estándares de producción y de calidad a todos los procesos que sostienen la economía y producción de un país, este mismo modelo se ha implementado también en otras instituciones en las que se encuentra el sector salud. Con este modelo se persigue la eficiencia y la calidad en los servicios que se otorgan pero desafortunadamente no se toman siempre en cuenta para la planeación de los mismos la diversidad étnica, cultural y geográfica, de los trabajadores, como de aquellos que recibirán el servicio a ofrecer.

Los nuevos estilos de vida, han conducido a trastornos en el área de la salud mental, con emergencia de nuevas enfermedades que se relacionan a estereotipos y exigencias en función de estos estilos de vida de nuestra modernidad.

El área de los servicios de salud, no está exenta de este grupo de enfermedades y en los últimos años ha cobrado mucha importancia este aspecto, dado que se ha observado que los proveedores de servicio, tienen y viven ciertas circunstancias, que los pone en riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout (SB), entre otros^(31, 32). En la génesis de estas enfermedades no existe hasta el momento una relación causal, se ha considerado que en este grupo de entidades intervienen diversas variables que favorecen la aparición de signos o síntomas de dichas enfermedades, pero su ausencia tampoco elimina esta posibilidad de desarrollar éstas, por lo tanto la investigación en sociología y psicología se dificulta ante el amplio número de variables que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad de este tipo, toma en cuenta todo esto es que en estas áreas se diseñan instrumentos que intenten aproximarse a las posibles causas de estas alteraciones.

Se han realizado diferentes estudios en médicos y enfermeras bajo situaciones laborales diversas, tales como: unidades de atención ambulatoria, hospitales generales, terapias intensivas, servicios de urgencias, hospitales de especialidad, entre algunos de éstos los pediátricos⁽²⁷⁻²⁹⁾, en los que se encuentra diversidad importante en cuanto a las cifras detectadas de Burnout, tanto de manera global, como particular, en función de las tres dimensiones que integran el síndrome. Esta variabilidad en los resultados se puede explicar de diferentes maneras, la primera y más sencilla es lo ya comentado respecto a la amplia diversidad de factores sociodemográficos y de personalidad en una población específica; otra es aquella que ha sido estudiada en función del área profesional (campo) del que se trate, en donde sobre todo en el área médica es muy marcado el “estereotipo” del ideal del médico y la enfermera.

La sociología se ha encargado ampliamente de esto y culturalmente se perfilan *habitus* (Bourdieu) que se reproducen una y otra vez a lo largo de la historia de una sociedad ⁽³⁴⁾, en el caso del área médica se marcan estándares a seguir que en muchas ocasiones obligan sobre todo, a los médicos, a buscar un doble empleo para satisfacer y conseguir estos estándares de vida, lo cual agrega un factor más de estrés en esta población ⁽³⁵⁾.

El Hospital sede de este trabajo, es una unidad médica de alta especialidad pediátrica, con un alto porcentaje de ingresos de pacientes con enfermedades crónicas y hemato-oncológicas; estas enfermedades reúnen características muy particulares que demandan una atención individualizada, que favorece un alto nivel de estrés en el personal, la familia y los pacientes, ante la gravedad y el pronóstico fatal a plazo no determinado de muchas de estas situaciones morbosas que aquejan a los niños que se atienden.

Ante este panorama, era importante indagar en el grupo de estudio, la frecuencia de SB en el personal de enfermería y el médico, como parte de las estrategias que se deben tener en mente para poder ofrecer la óptima calidad en la atención que requieren estos pacientes y sus familias, ya que si el desempeño laboral de los prestadores de servicio no es el ideal, ya sea por situaciones de índole meramente profesional o por otras personales como es el caso de los individuos con SB, quienes tienden a desarrollar, en alguna medida problemas en la relación con los enfermos y/o sus familiares, además de poder condicionar eventos centinela. ⁽³⁶⁾

Las características de la población de prestadores de servicio con SB, han sido estudiadas, y se han clasificado en factores laborales y personales; en estos últimos, variables como sexo, familia y estado civil se han mostrado como las de mayor asociación ⁽¹⁸⁾. En la población de este trabajo, se encontró predominio del sexo femenino (95%) en el personal de enfermería, semejante a lo reportada en otros estudios con cifras que oscilan del 89.1 al 93% ^(25,30), en el personal médico predominó el sexo masculino (64%), con una cifra menor a lo reportado, en un estudio realizado en un hospital de Perú ⁽²²⁾ en el que más del 80% del grupo estudiado fueron del sexo masculino. La explicación a estos hallazgos es fácil, y esta relacionada al concepto tradicional -al menos en los países latinoamericanos-, que la enfermería debe ser estudiada por mujeres (por ejemplo Florencia Nightingale), y la medicina por los hombres (Hipócrates), situación que ha cambiado sustancial y venturosamente en las últimas tres décadas, en donde cada vez son más las mujeres que ingresan a la carrera de medicina, en virtud de que la percepción económica ha disminuido y parece ser un factor en contra para que esta carrera sea atractiva para el sexo masculino, quienes en Latinoamérica siguen como proveedores de la familia y buscan alternativas en otras profesiones, para mantener el estereotipo culturalmente impuesto. ^(18,34)

En el resto de variables demográficas exploradas, la muestra se comportó de manera homogénea, sin variaciones importantes entre los dos grupos ya que tanto médicos como enfermeras son en su mayoría casados, con promedio de 8 años de matrimonio y un hijo por familia, a semejanza de otros estudios realizados en América Latina y España. ^(20-22, 25)

Se encontraron diferencias –aunque no significativas-, en el nivel de estudios, donde el porcentaje está a favor del área médica. Esta variable es de sumo interés dado que en diversos trabajos se ha identificado como un factor frecuente que influye en el desarrollo de SB⁽²⁾, y que tienen estrecha relación con la dimensión de este síndrome que se relaciona con la realización personal; el hecho de no haber corroborado en el presente estudio dicha relación, puede estar dado por error tipo II, o bien por el ámbito laboral en donde se llevó a cabo este trabajo, pues al ser un hospital con las características ya descritas, la exigencia académica para continuar la capacitación continua es alta, pero también la percepción de realización profesional es alta en el sentido del trabajo que desempeñan, tal y como se muestra en nuestros resultados (70%), el estudio del ambiente laboral es de suma importancia y es un factor trascendental que influye directamente en el desarrollo de esta patología o de otras como ansiedad y depresión de lo cual con el instrumento utilizado no es posible descartar.

Las variables laborales, como la categoría contractual, tiempo de labores dentro de la unidad, área en que se labora, y turno en el que se desempeña mostraron homogeneidad en ambos grupos (médicos y enfermeras), sin diferencias significativas, lo que se asemeja a lo informado por Aranda (México) y Quiroz (Perú),^(21,22)

En este mismo tenor, los médicos suelen tener por lo menos dos actividades remuneradas, no así el personal de enfermería, quienes a la pregunta acerca de la existencia de otro trabajo diferente al institucional, su respuesta fue no, diametralmente opuesto a lo encontrado en el personal médico, no obstante llama la atención que los médicos informaron tener casi el doble de tiempo dedicado al esparcimiento, esta paradoja es explicada por diversos autores -que encontraron resultados similares- y que lo atribuyen al doble papel que desarrolla la mujer, en lo laboral y dentro de su hogar, que da como resultado la sensación en ellas, de contar con menos tiempo libre a pesar de sólo contar con un empleo extra remunerado.^(18, 26)

Al cuantificar la frecuencia de cada una de las dimensiones afectadas que integran el SB, se encontró que la mitad tuvo niveles bajos de *cansancio emocional* sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de médicos y enfermeras; mientras que el grupo identificado con niveles mayores se estableció una asociación estadísticamente significativa con el sexo masculino, lo cual no difiere a lo referido por Quiroz y Saco quienes lo asociaron con el sexo masculino⁽²²⁾. Lo encontrado en el presente estudio, puede explicarse a lo referido en el sentido del doble papel que desempeña la mujer en su hogar y en el área laboral, con menor tiempo libre y una percepción diferente en las esferas emocional y sentimental que son particulares del sexo femenino, pero que en alguna medida encuentran su satisfactor en su hogar, mientras por tendencias culturales la mayor parte de los hombre la busca en el triunfo o éxito profesional o económico.⁽¹⁸⁾

En cuanto a *despersonalización*, el mayor porcentaje se ubicó en puntuaciones bajas; en el grupo con niveles altos se encontró una asociación estadísticamente significativa con un período <10 años de matrimonio, circunstancia explicable en parte, ya que en general este grupo ocupa puestos de menor jerarquía y su importancia dentro de una organización laboral es pobre y en algunas empresas con una gran cantidad de personal, como es el IMSS, muy poco se toma en cuenta el reconocimiento, elemento de mucho valor para quien esta empezando a abrirse paso y que tiene grandes expectativas al futuro y tiende a despersonalizarse; por el contrario se puede considerar como un

factor protector el tener entre 10 y 20 años, que es la fase de expansión del matrimonio⁽³⁷⁾, y no obstante que en esta época se presenta un periodo crítico asociado, por la adolescencia en los hijos aunado al posible climaterio de los padres, entre otros factores, pero con poca influencia de los aspectos de desarrollo laboral y personal de los integrantes de esa familia, quienes en general priorizan la estabilidad en la relación de su familia.

La *realización personal*, es un factor de suma importancia; para su análisis se tomó el nivel alto, y se encontró a esta población ubicada con más del 70%, mientras que solo 15% registraron niveles bajos. La variable asociada fue un tiempo de matrimonio entre 10 a 20 años de matrimonio. Es posible explicar esta asociación en razón de que se espera un buen grado de madurez personal en individuos con matrimonios entre 10-20 años de duración que le favorece un mejor nivel de tolerancia a la frustración, el supuesto es que este grado de madurez se logra a mayor edad y bajo una estabilidad familiar, por otra parte se conoce también que en matrimonios de más de 20 años existe una crisis denominada “síndrome del nido vacío”, que a veces pone en cuestionamiento la realización personal lograda y no se mira lo alcanzado con los hijos o la pareja.

Destaca entre los hallazgos que solo el 3.4% de la muestra cumplió criterios para integrar el SB, cifra menor a lo esperado en la hipótesis de estudio, comparando con otros estudios cuya población es parecida a la estudiada,^(26, 27, 28) La explicación que se puede proponer para esta baja frecuencia, es la evidencia obtenida por un comité interno del Hospital, denominado “Comité de Satisfacción del prestador de servicios”, en el que el personal en general identifica su sitio de trabajo con buen ambiente laboral, y con cargas de trabajo menores a las de otras unidades del mismo sistema de Salud (IMSS).

Además de que dentro de las prestaciones laborales, existe oportunidad de ascenso en las distintas categorías de trabajadores,⁽³³⁾ sin dejar de lado el promedio de edad de la población de estudio, características de índole familiar como el tiempo de matrimonio y el tiempo ocupado para el esparcimiento, así como el nivel de estudios que en general se encontró en nuestra población y aún y cuando son variables que pueden ser tomadas como factores de protección en nuestra unidad, no se encontró una cifra significativa que avale esta aseveración, sin embargo, es importante resaltar en los resultados, que todas estas variables son áreas de oportunidad para seguir trabajando en ellas y lograr que el SB se disminuya o al menos se mantenga en niveles bajos, como los obtenidos hasta el momento.

Finalmente parecería que se rechaza la hipótesis de asociación entre otras variables demográficas y laborales postuladas, que en el análisis no mostraron diferencia estadística pero con cifra de OR que hacen preguntarse si no se trata de un error tipo II, como ya se propuso, sin dejar de la lado la posibilidad de que alguna proporción del grupo de estudio tenga un buen nivel de resiliencia, que explique que a pesar de situaciones adversas el individuo tenga la capacidad de sobreponerse y no caer en alguno de las dimensiones que integran este síndrome.

Lo anterior es alentador pero no para quedarse conformes sino para mantener un trabajo continuo y preventivo en todos aquellos aspectos que han sido identificados como de riesgo, y fortalecer aquellos que brindan protección en el área de la salud laboral del personal, lo cual redundará en una mejora continua en pro de la calidad de la atención.

Como corolario de este trabajo, y en estricto respeto a las normas éticas en investigación, se cumplió con el compromiso de revisar la lista de pseudónimos identificados de las personas en la que se diagnosticó SB y se difundió a través de Área de Personal y de Fomento a la salud, del Hospital sede del estudio, con la intención de facilitar y derivar a este personal para recibir la atención profesional requerida.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los puntos enunciados en la discusión se pueden fundamentar las siguientes conclusiones y propuestas:

1. Los médicos y enfermeras del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI cuentan con un porcentaje de 3.4% de afectación por Síndrome de Burnout, este resultado es menor al 15% reportado en diferentes estudios realizados en México, América Latina y España, no obstante se detectó compromiso en alguno de los componentes de Burnout en un grupo amplio (50%). Estos sujetos potencialmente pueden manifestar en el desempeño laboral algunos cambios. Estos datos sirven para identificar a quienes estén en riesgo e instalar medidas específicas sobre aquellos factores susceptibles de prevenirse.
2. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre niveles altos de *cansancio emocional* y el sexo masculino, y aunque esta variable no necesariamente se asocie siempre al desarrollo de esta entidad, la implementación en este grupo de técnicas de relajación, terapias grupales o individuales para adquirir habilidades de gerencia del tiempo, darse espacio para su vida personal y compartirlo con su familia, aprender a decir “no” para no sobrecargarse de actividades así como periodos vacaciones efectivos para el descanso, sobre todo en el caso de los hombres que como se observa suelen por lo general tener dos empleos.
3. En *despersonalización* se encontró una asociación significativa con el período de años de matrimonio (menor a 10 años), por lo que es necesario promover la comunicación con su pareja y los miembros de su familia, la cual para este momento se encuentra en la fase de expansión, enfatizar la importancia de la familia y exaltar el valor de la misma en momentos difíciles tanto en el interior de la familia como en apoyo para el ámbito laboral.
4. Con respecto a la *realización personal* en niveles altos, se estableció en un porcentaje del 73%, asociada a tener entre 10 a 20 años de matrimonio, por lo que es indispensable continuar el fomento del desarrollo académico, laboral y familiar del personal de salud. Se deberían facilitar reuniones de reflexión con los miembros del equipo de salud en transiciones difíciles para lograr con mayor facilidad superar las diferentes crisis en el área laboral y familiar.
5. No se logró demostrar una asociación con otras de las variables informadas en poblaciones con Síndrome de Burnout, sin embargo, los resultados obtenidos en las 3 dimensiones de esta entidad justifican realizar un escrutinio de tipo anual o bianual, para buscar las posibles asociaciones y que éstas puedan ser atendidas de manera puntual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leifer MP. Job burnout. *Annu Rev Psicol* 2001; 52:397-422. 0
 2. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract* 1997;12:72-83
 3. Gil P, Peiró JM: Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15: 261-8
 4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup.Behav* 2000;2:99-113
 5. Pines A. The burnout measure, short version. *International Journal of stress management* 2005;12:78-88
 6. Skorupa J, Agresti A. Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology - Research & Practice* 1993; 24:281-285.
 7. Parada M, Moreno R, Mejías Z. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en personal de enfermería del instituto autónomo hospital universitario los andes, Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005;23:33-45
 8. Mirvis DM, Graney MJ, Kilpatrick AO. Burnout among learder of the department of veterans affairs medical center: contributing factors as determined by a longitudinal study. *Health Hum Serv Adm*1992;21:390-412
 9. Gabbe SG, Melville J, Mandek L, Walker E. Burnout in chair obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol.*2002;186: 601-612
 10. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med* 2004;61:764-768
 11. Pines A. Adult attachment styles and their relationship to burnout: a preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress* 2004; 18:66-80.
 12. Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health* 2000;11:23-48
 13. Zapf D, Seifert C, Schmutte B, Mertini H. Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psicol. Health* 2002;13: 245-250
 14. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3 er ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
 15. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. The clinical validity of the maslach burnout inventory and burnout measure. *Psychol Health* 2001;1: 1-15
 16. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Española de Salud Pública.*2000;32: 23-34
 17. Mingote A. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada* 1998; 5: 493-509.
 18. Spicark A, Gabbe S, Christensen J. Mid-Career. Burnout in generalist and sepecialist physicians. *JAMA* 2003;288:1447-50
 19. Spinetta J, Jancovic M, Ben M. Recomendaciones para el reconocimiento, prevención y solución del síndrome de burnout en los profesionales de la salud comprometidos en la asistencia del niño con cáncer. *Med Ped Oncol.*2000;35:122-125
 20. Cabrera L. Burnout syndrome among mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS* 2005; 43:11-15.
 21. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar J, Franco S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *An Fac Med Lima* 2005;66:225-231
-

22. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de salud del cusco. *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana-UNSSAC* 2000;23:11-22
23. Fernández JA, Siegrist J, Rödel A. El estrés laboral : un nuevo factor de riesgo. *Atención primaria* 2003;31:524-526.
24. Gil P. The factorial validity of the maslach burnout inventory-general survey (mbi-gs) spanish version. *Salud Pública Mex* 2002;44:33-40
25. Moreno S, Oliver F. Maslach burnout inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press versión en español.1990.
26. Martínez C, López G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Med Fam* 2005;7:6-9.
27. Curiel JA, Rodríguez M, Guerrero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44:221-226
28. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martín F, Martín JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr* 2005;62:248-51.
29. Shugerman R, Linzer M, Nelson K, Douglas J, Williams R. Pediatric generalists and subspecialists:determinants of career satisfaction. *Pediatrics* 2001;108:40-48
30. Vahey D, Aiken L, Sloane D, Carke S, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004;42:57-66
31. Talma K, Aver C, Kitai E. Continuing medical education and primary physician's job stress, burnout and dissatisfaction. *Med educ* 2000;34:430-436
32. Swanson V, Power K, Simpson R A comparison of stress and job satisfaction in male and female. *Stress Med* 1996;12:17-26.
33. Anuario de Labores del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI del año 2004.
34. Bourdieu P. *Cuestiones de sociología*. Madrid 200:75-118
35. Arenas L, Hernández I, Valdez R, Bonilla P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública Méx* 2004;46:326-332
36. Saucedo A, Durán L. Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental. *Salud Pública Méx* 2000; 42:422-30.

ANEXOS

ANEXO 1

El propósito del siguiente cuestionario es conocer como consideran su trabajo y a las personas a quienes dan servicio como parte de un trabajo de investigación.

Se piden algunos datos personales con la finalidad de identificar sus expectativas en el trabajo y como son los profesionales de la salud

En esta página encontrará 22 frases relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo.

Se solicita un pseudónimo que permitirá el anonimato de sus respuestas. Recuerde el mismo ya que una vez terminada la investigación se podrán consultar los resultados obtenidos de acuerdo al pseudónimo.

Pseudónimo : _____

Sexo: Masculino Femenino Edad: años

Estado civil: Soltero Casado

Divorciado Viudo

Otro: _____ años de vivir con su pareja actual si la tiene _____

Número de hijos: _____ cuantos viven con usted si los tiene _____

Tiempo en horas que ocupa a la semana en actividades de esparcimiento: ____

Nivel de estudios: Técnico Licenciatura Postgrado Maestría Doctorado
Otros _____

Área en que labora: _____

Tiempo de laborar en el área: _____

Antigüedad en el instituto en años con meses: _____

Turno en el cual labora: _____

¿Tiene otro trabajo además del que desarrolla en este hospital?: si no

Lea cada frase y responda en el cuadro con el número correspondiente a la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Pocas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
-------------------	--	--	--------------------------------------	------------------------------------	---	-------------------------------

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.....
4. Comprendo fácilmente como se sienten las personas.....
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales.....
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.....
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.....
8. Me siento agotado por mi trabajo.....
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.....
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.....
12. Me siento muy activo.....
13. Me siento frustrado en mi trabajo.....
14. Creo que estoy trabajando demasiado.....
15. No me preocupa lo que le ocurre a las personas a las que les doy servicio.....
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.....
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con las personas a las que les doy servicio.....
18. Me siento estimulado después de trabajar con las personas.....
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....
20. Me siento acabado.....
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....
22. Creo que las personas me culpan de algunos de sus problemas.....