



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SEDE: CENTLA, VILLAHERMOSA, TABASCO

TESIS

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR EN EL ESTADO DE TABASCO.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. SILVIA ELIZABETH PÉREZ GARCÍA

Villahermosa, Tabasco, Octubre de 2008.



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.

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS
RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL
ESTADO DE TABASCO**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SILVIA ELIZABETH PÉREZ GARCÍA

DRA. PATRICIA RUIZ CARRANCO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO

ASESOR METODOLÓGICO
M. EN C. MARICELA GUZMÁN CÁCERES
PROFESORA INVESTIGADORA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO
CAMPUS VILLAHERMOSA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
DR. DANIEL ESTEBAN ALTAMIRANO AZAMAR
PSIQUIATRA DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL
PROFESOR INVESTIGADOR

QUÍM. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA

DR. LUÍS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO

VILLAHERMOSA, TABASCO

OCTUBRE DE 2008

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS
RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL
ESTADO DE TABASCO**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SILVIA ELIZABETH PÉREZ GARCÍA

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

VILLAHERMOSA, TABASCO

OCTUBRE DE 2008

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO TEÓRICO	7
1.1. Orígenes del síndrome de Burnout	7
1.2. Concepto de Burnout	10
1.3. Distinción entre burnout y otros estados similares	14
1.3.1. Tedio	14
1.3.2. Alienación	15
1.3.3. Depresión	15
1.3.4. Ansiedad	15
1.3.5. Fatiga	16
1.3.6. Insatisfacción laboral	17
1.3.7. Estrés	17
1.3.8. Estrés laboral	18
1.4. Modelos explicativos del Burnout	19
1.4.1. Perspectiva psicosocial	20
1.4.2. Perspectiva organizativa	20
1.4.3. Perspectiva histórica	20
1.5. Modelos psicosociales	21
1.5.1. Teoría sociocognitiva del yo	21
1.5.2. Teorías del intercambio social	22
1.5.3. Teoría organizacional	23
1.5.4. Modelo integrado de Gil Montes y Peiró	24
1.6. Etapas del burnout	24
1.6.1. Evolución del cuadro y sintomatología asociada a cada etapa	26
1.7. Profesiones de riesgo	28
1.8. Manifestaciones clínicas del síndrome	29
1.9. Instrumentos de medida del Burnout	30
1.9.1. Cuestionario breve de Burnout de Maslach (MBI)	31
1.10. Variables facilitadoras del Burnout	31
1.10.1. Variables personales	32
1.10.2. Variables del contexto organizacional	33
1.10.3. Variables del contexto familiar, social y cultural	34
1.10.4. Variables facilitadoras específicas de los profesionales de la salud	34
1.11. Consecuencias del agotamiento laboral	35
1.11.1. Consecuencias físicas	36
1.11.2. Consecuencias psicológicas	36
1.11.3. Consecuencias organizacionales	37
1.12. Prevención y tratamiento	37
1.12.1. Estrategias de intervención individual	39
1.12.2. Estrategias de intervención social	42

	PÁGINA
1.12.3. Estrategias de intervención organizacional	45
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	53
III. JUSTIFICACIÓN	56
IV. OBJETIVOS	59
V. HIPÓTESIS	60
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	61
6.1. Tipo de investigación, alcance y método	61
6.2. Instrumentos empleados	61
6.3. Variables y categorías	63
6.4. Tratamiento estadístico	64
6.5. Consideraciones éticas	64
VII. RESULTADOS	66
7.1. Análisis descriptivo	66
7.1.1. Características sociodemográficas	66
7.1.2. Características laborales	70
7.1.3. Inventario Burnout de Maslach (M.B.I.)	74
7.2. Análisis inferencial	78
7.2.1. Variables sociodemográficas	79
7.2.1.1. Edad	79
7.2.1.2. Sexo	80
7.2.1.3. Estado civil	80
7.2.1.4. Número de hijos	81
7.2.2. Variables laborales	81
7.2.2.1. Área de trabajo	81
7.2.2.2. Tipo de contratación	82
7.2.2.3. Antigüedad	82
7.2.2.4. Carga laboral extra	83
CONCLUSIONES	85
SUGERENCIAS	86
REFERENCIAS	
ANEXOS	
A. Cuestionario sociodemográfico	
B. Inventario de Burnout de Maslach (M.B.I.)	

RESUMEN

El presente estudio evalúa la presencia del Síndrome de burnout en una muestra 228 médicos generales, estudiantes de la especialidad de Medicina Familiar que laboran en la Secretaría de Salud del estado de Tabasco. Los instrumentos empleados fueron el Maslach Burnout Inventory (MBI) y un cuestionario para medir el perfil sociodemográfico y laborales de los sujetos de estudio. Se buscó determinar la prevalencia del síndrome en las tres subescalas que mide el MBI: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo y relacionarlos con las variables sociodemográficas y laborales. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y un análisis inferencial utilizando el paquete estadístico SPSS versión 11.5. Los principales resultados encontrados fueron los siguientes: Los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del estado de Tabasco que participaron en la investigación presentan bajos niveles de burnout de acuerdo a los resultados obtenidos en sus tres dimensiones: agotamiento emocional (9,62), despersonalización (3,31) y realización personal en el trabajo (41,87). No existen diferencias significativas entre las tres dimensiones del burnout y las variables sociodemográficas y laborales. Aunque los resultados indican bajos niveles de Burnout entre los médicos estudiados, es pertinente la necesidad de replicar la investigación en otros grupos de médicos susceptibles a padecer el síndrome, así como a realizar intervenciones de tipo preventivo con estos profesionales, dotándoles de estrategias que les permitan hacer frente a las demandas de este tipo de trabajo.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome de burnout, personal médico, estrés ocupacional.

ABSTRACT:

This study evaluates the presence of burnout syndrome in a sample of 228 general practitioners, students from the specialty of Family Medicine working in the Ministry of Health of the state of Tabasco. The instruments used were the Maslach Burnout Inventory (MBI) and a questionnaire to measure the socio-demographic profile and labour of study subjects. We sought to determine the prevalence of the syndrome in the three subscales measuring the MBI: emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment at work and relate with socio-demographic variables and labor. A study descriptive statistical analysis and inferential using SPSS version 11.5. The main results were as follows: The residents of the medical specialty of family medicine in the state of Tabasco who participated in the investigation have low levels of burnout according to the results achieved in its three dimensions: emotional exhaustion (9.62), depersonalization (3.31) and personal fulfillment at work (41.87). There are no significant differences between the three dimensions of burnout and social variables and labor. While the results indicate low levels of burnout among physicians surveyed, it is pertinent to replicate the research in other groups of doctors likely to suffer from the syndrome, as well as conducting preventive interventions with these professionals, equipped with strategies that enable them to cope with the demands of this kind of work.

KEY WORDS: Burnout syndrome, medical personnel, occupational stress.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en una muestra de 228 médicos residentes de la Especialidad de Medicina familiar en el estado de Tabasco.

La tesis tiene la siguiente estructura:

En el primer capítulo la intención es comenzar a conocer los aspectos relacionados con el burnout. Desde hace tres décadas son múltiples los artículos, referencias y demás publicaciones científicas y estudios experimentales referentes al tan usado término de burnout que se conceptualiza ya sea como un desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales, o bien como una crisis de autoeficacia, bien como un afrontamiento incorrecto del trabajo asistencial y de las preocupaciones ligadas a él, bien como una respuesta al estrés laboral crónico o como un proceso disfuncional de deterioro o un trastorno adaptativo crónico en asociación con las demandas psicosociales.

De igual forma, existen diferentes denominaciones que se le han dado al término: síndrome de burnout, síndrome de quemazón profesional, síndrome de desgaste profesional, síndrome de estrés laboral asistencial, síndrome de estar quemado. En esta tesis se define como Síndrome de Burnout.

La necesidad de estudiar el burnout se ha hecho particularmente intensa en los servicios de salud. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en

el personal de estos equipos que suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados, debido entre otras variables a la fuerte tensión laboral a la que están diariamente sometidos. Ya que el burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para los equipos de salud, resulta de sumo interés identificarlo y saberlo manejar. Para identificar el burnout será necesario definirlo convenientemente así como estudiar los modelos teóricos explicativos.

En el segundo capítulo conoceremos cuáles son los nexos de unión que tiene el burnout con otras alteraciones emocionales como la ansiedad, la depresión, o las actitudes psicológicas disfuncionales así como la relación existente con una variable psicosocial de primer orden, el apoyo social.

En el tercer capítulo se detallan los resultados de los estudios realizados en donde podremos observar que se trata de un síndrome ciertamente preocupante ya sea por su expansión acelerada, por su universalidad de afectados, especialmente dentro del campo de los trabajadores de la salud y de otras profesiones humanitarias de ayuda y sobre todo por los riesgos que para la salud comporta tanto física como psíquica.

Para poder manejar el burnout es necesario aprender de él, de su comportamiento, de su manera de distribuirse y desarrollarse, para entonces poder estar en disposición de poder controlarlo, evitarlo o hacerlo salir de nuestras vidas. Por ello se incluyen sugerencias de prevención e intervención que han hecho algunos teóricos.

en el primer capítulo denominado Marco Teórico, se presentan los fundamentos : Orígenes del síndrome de burnout, concepto de burnout, distinción entre burnout y otros estados similares, modelos explicativos del burnout, modelos psicosociales, etapas del burnout, profesiones de riesgo, manifestaciones clínicas del síndrome, instrumentos de medida del burnout, variables facilitadoras del burnout, consecuencias del agotamiento laboral y prevención y tratamiento.

Estructura de la Investigación se plantea el protocolo e la investigación, indicando el planteamiento del problema, justificación del estudio, objetivo general y objetivos específicos, hipótesis, definición de variables y categorías y metodología, en la cual se incluyen material y métodos, tipo de investigación, muestra y procedimiento, instrumentos empleados y tratamiento estadístico de los datos. El capítulo se cierra con las consideraciones éticas alusivas a la investigación.

El segundo capítulo desarrolla el Marco

El tercer capítulo nos presenta los Resultados de la investigación y éste se divide en: análisis descriptivo y análisis inferencial, en el análisis descriptivo se abordan por un lado los aspectos sociodemográficos, los relacionados con los aspectos laborales y los que tienen que ver con las dimensiones del burnout, estableciendo las puntuaciones medias que se obtuvieron en la muestra de médicos con quienes se trabajó.

Por otra parte, el análisis inferencial buscó relacionar tanto las variables sociodemográficas como las variables laborales con las puntuaciones medias obtenidas en las tres dimensiones del burnout, con la finalidad de obtener correlaciones de significancia entre los grupos de variables estudiadas.

Finalmente se desarrollan las principales conclusiones a las que llegó el estudio, sugerencias, bibliografía y anexos.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. ORÍGENES DEL TÉRMINO “SÍNDROME DEL BURNOUT”.

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la “Free Clinic” de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un período más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría de los médicos sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión¹.

De acuerdo con Leiter², el tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió el proceso por el cual estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo Freudenberger eligió la misma palabra “Burnout” (estar quemado, consumido, apagado) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. En aquellos tiempos, esa palabra era de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados, pese al esfuerzo realizado.

Por otra parte, la psicóloga social Cristina Maslach en el año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas y eligió el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión de gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este término descriptivo no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos.

Los primeros estudios publicados relacionados con el síndrome del burnout en distintos profesionales, tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc., así como en la divulgación de los medios de comunicación, se destacaba más la importancia de las diferencias individuales como de personalidad previa, tales como perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo³.

En aquel entonces se popularizaron los seminarios de prevención y de intervención dirigidos a su adecuado afrontamiento. Tal uso indiscriminado del término produjo que perdiera su rigor científico ya que fue utilizado por investigadores y legos dándole distintas connotaciones, las cuales iban desde considerarlo como un síndrome asociado al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación, basado en el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman, la cual es una condición psicológica en la que

un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil.

Es en el año 1981, cuando las autoras Maslach y Jackson⁴ tienen una decisiva influencia sobre el tema al definir el burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por: un cansancio emocional, una despersonalización y una reducida realización personal. Además estas autoras crearon un instrumento específico para medir los niveles del síndrome tomando como bases estos tres componentes. El instrumento se denomina Maslach Burnout Inventory (MBI).

En la actualidad los estudios sobre el burnout han ido adquiriendo una especial importancia en los diversos ámbitos laborales pasando a constituir una preocupación específica de quienes trabajan en el ámbito de la salud, el servicio social y la educación en forma fundamental y extendiéndose ésta preocupación a gendarmes y empleados bancarios.

La búsqueda de la autorrealización y de sentirse satisfecho consigo mismos hace que las personas necesiten integrar adecuadamente su identidad personal con su identidad profesional. Una dicotomía de ambos aspectos conlleva a un deterioro de su autorrealización, y al no verse cumplidas sus expectativas laborales se afecta su deseo de trascendencia personal y comunitaria, especialmente en aquellas personas que trabajan en las llamadas “profesiones de ayuda” o de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”, es decir, profesionales que están más expuestos a riesgos psico-emocionales.

1.2. CONCEPTO DE BURNOUT.

La delimitación conceptual del término burnout ha cambiado a lo largo del tiempo y en ella es posible establecer dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. En esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberger⁵ y Pines y Aaronson⁶.

Por su parte, la perspectiva psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas como se indica en los trabajos de Maslach y Jackson.

Otra distinción clave que es posible hacer en torno al burnout es su conceptualización como *estado* o como *proceso*. En el primer caso, ver al burnout como un estado, implica que el sujeto se “etiqueta” como quemado, en tanto su estado es el producto final de elevados niveles de estrés. Sin embargo, la perspectiva conceptual que lo visualiza como un proceso, tiene otras implicaciones, aparentemente más alentadoras: aquí se aborda al burnout como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo, y en donde el burnout se entiende como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variables mediadora en la relación estrés percibido y sus consecuencias^{7 8}

No existe un consenso todavía entre los investigadores, respecto a la definición de burnout, por lo que a continuación se mencionan algunas de las definiciones conceptuales más conocidas en un recorrido histórico:

Freundenberger⁹: Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Pines y Kafry¹⁰. Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Edelwich y Brodsky¹¹: Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo.

Freundenberger¹²: Estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

Pines, Aaronson y Kafry¹³: Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.

Maslach y Jackson: Respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el

burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Brill¹⁴: Un estado disfuncional y disfórico, caracterizado por un estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad, relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas.

Cronin-Stubbs y Rooks¹⁵: Una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.

Shirom¹⁶: Consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout.

Moreno, Oliver y Aragonese¹⁷: Tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo.

Peris¹⁸: Trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana.

Párraga: Un trastorno de inadaptación al estrés laboral, agudo o crónico, bien por falta de recursos de afrontamiento, o bien por no llevar a cabo estrategias ya conocidas que conllevaría a un estado disfuncional de tipo emocional y conductual.

De todas estas definiciones de burnout, podemos extraer, siguiendo a Mingote que existen factores comunes entre ellas:

1. Predominancia de síntomas disfóricos (estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad), pero sobre todo el agotamiento emocional.
2. Alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, lo cual implica que las relaciones entre trabajador-cliente se den de forma intensa y duradera para que el síndrome aparezca.
3. Síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, las cuales van surgiendo como un proceso continuo que se da de forma paulatina y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.
4. Síndrome de carácter clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se de en individuos presuntamente “normales”.
5. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

La definición que del síndrome de burnout con la que se trabajará en esta tesis se retoma de Maslach y Jackson la cual se define como una respuesta al estrés laboral crónico, la cual tiene tres dimensiones: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

El objetivo de la presente investigación será definir la prevalencia de estas tres dimensiones en las que se manifiesta el burnout en una muestra de médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del estado de Tabasco, de acuerdo a determinadas variables sociodemográficas y laborales tales como el sexo, la edad, estado civil, número de hijos, área de trabajo, tipo de contratación laboral, antigüedad y si trabajan o no en más de una institución de salud.

1.3. DISTINCIÓN ENTRE BURNOUT Y OTROS ESTADOS SIMILARES.

El conjunto de síntomas que definen el burnout tienden a ser confundidos con el síndrome mismo, por lo cual resulta conveniente, establecer la distinción conceptual entre los términos similares.

1.3.1. Tedio.

Se define como un estado de desinterés o de falta de energía, como reacción a estímulos que se perciben como monótonos, repetitivos o tediosos. Se produce por la falta de cosas interesantes para ver, oír o para hacer (física o intelectualmente) cuando se desea estar activo. Es lo contrario de la diversión o del entretenimiento. Puede causar bostezos. Puede resultar de limitaciones externas (confinamiento solitario, privación sensorial, trabajo monótono) o de una inhibición interna.

1.3.2. Alienación.

La alienación es un concepto que caracteriza tanto el proceso como los resultados de transformar, en determinadas condiciones históricas, los productos de la actividad humana y de la sociedad (productos del trabajo, dinero, relaciones sociales, etc.), así como las propiedades y aptitudes del hombre, en algo independiente de ellos mismos y que domina sobre ellos. Significa por ejemplo, considerar al trabajo como algo esclavizante, y al ser humano como una mercadería y al producto generado por el trabajo como algo que no nos pertenece, algo ajeno a nosotros.

1.3.3. Depresión.

La depresión es un trastorno de estado de ánimo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y abatimiento. La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad, en donde la actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

1.3.4. Ansiedad.

La ansiedad se considera como angustia, agitación, inquietud que suele acompañar a muchas enfermedades y que se da por causas no conocidas a nivel consciente. Dicho estado de angustia y desasosiego puede ser producido por temor ante una amenaza o

peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío o patología, lo cual caracteriza a diferentes trastornos psíquicos.

Puede afectar a personas de todas las edades y sobretodo a aquellas que están sometidas a una tensión familiar o laboral constante, y en aquellas que han arraigado en sus patrones conductuales un sentido de perfeccionismo hacia todo lo que hacen y dicen.

La ansiedad se presenta por lo general como una respuesta emocional del sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral¹⁹.

1.3.5. Fatiga.

Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio. No debe confundirse con la somnolencia, ya que ésta es la sensación de una necesidad de dormir, mientras que la fatiga involucra la falta de energía y de motivación. La

somnolencia y la apatía (un sentimiento de indiferencia o de no importar qué suceda) pueden ser síntomas de fatiga.

La fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o a la falta de sueño. Sin embargo, también puede ser un signo inespecífico de un trastorno psicológico o fisiológico más grave. La fatiga que no se alivia con el hecho de dormir bien, comer bien o tener un ambiente de bajo estrés debe ser evaluada por un médico. Dado que la fatiga es una queja común, algunas veces se puede pasar por alto alguna causa potencialmente seria²⁰.

1.3.6. Insatisfacción laboral.

Se produce cuando las expectativas del trabajador, en cuanto a compensaciones de toda índole que pudiera recibir, se ven mermadas y no compensadas con el esfuerzo personal y profesional que realiza en su puesto de trabajo. Se produce pérdida de interés en las tareas a realizar, posibilidad de desencadenar comportamientos agresivos, disminución del rendimiento e incumplimiento de los deberes laborales.²¹

1.3.7. Estrés

De acuerdo a su significado etimológico grecolatino la palabra estrés se deriva de *stringere* que significa provocar tensión. El estrés se define como un conjunto de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona, las cuales son provocadas por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define al estrés como: “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”, por ende, cuando hablamos del estrés nos referimos a un fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicológicas.

Otra definición de estrés más comprensible, lo define como un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlas, por lo que puede decirse que el estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir a la persona frustrada, furiosa o ansiosa y lo que es estresante para una persona no necesariamente es estresante para otra.

1.3.8. Estrés laboral.

El estrés de trabajo se puede definir como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se refiere al estrés laboral en los siguientes términos: “Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Reciente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores”.²²

Las consecuencias del estrés laboral, por lo general afectan al desempeño del individuo en el trabajo y en otros roles de la vida. El riesgo de ataques al corazón se ha encontrado que es del doble en hombres que tienen puestos que se caracterizan por altas exigencias y bajo control, comparados con los hombres del mismo grupo de edad que desarrollaban otras funciones²³.

Después de haber precisado la definición conceptual de términos similares al burnout, es posible señalar que la principal diferencia entre estos es que el proceso de burnout supone una interacción entre variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales, que se articulan entre si en un episodio secuencial y que más que un estado, el burnout es una respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo.

Por otra parte, otra diferencia sustancial es que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero los efectos del burnout son siempre negativos, además de que el burnout es temporal y específico del ámbito laboral. Así, el burnout es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, constituyendo una reacción al estrés provocado por las demandas y características el trabajo.

Moreno y Peñacoba²⁴, alejándose de los anteriores autores, señalan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. De ahí que las personas no sean receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos.

1.4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.

Existen tres perspectivas diferentes desde las cuales se ha estudiado el Síndrome de Burnout:

1.4.1. Perspectiva psicosocial

Esta perspectiva pretende explicar las condiciones ambientales en las cuales se origina el Síndrome de Burnout, los factores que ayudan a mitigarlo (especialmente el apoyo social) y los síntomas específicos que caracterizarían el síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, en las distintas profesiones. Además, en este enfoque se desarrolló el instrumento de medición más ampliamente utilizado para evaluar el síndrome, el Maslach Burnout Inventory (MBI).

1.4.2. Perspectiva organizativa

Se centra en que las causas del síndrome de burnout se originan en tres niveles distintos, el individual, el organizativo y social. El desarrollo del Síndrome de Burnout genera en los profesionales respuestas al trabajo, que no tienen que aparecer siempre, ni junta, como la pérdida del sentido del trabajo, idealismo y optimismo, o la carencia de simpatía y tolerancia hacia los clientes e incapacidad para apreciar el trabajo como desarrollo personal.

1.4.3. Perspectiva histórica

Es un fruto de los estudios realizados sobre las consecuencias de los rápidos cambios sociales en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial en el trabajo y las condiciones laborales.

En esta investigación nos adscribimos a la perspectiva psicosocial, por lo que hacemos nuestro el concepto tridimensional del Burnout y utilizaremos para la recolección de la información el Maslach Burnout Inventory, versión Human Services Survey.

1.5. MODELOS PSICOSOCIALES.

La necesidad de explicar el episodio del síndrome de quemarse por el trabajo (relación de antecedentes-consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados.

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos²⁵:

1.5.1. Teoría sociocognitiva del yo.

El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo. Básicamente consideran que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison, el modelo de Cherniss, el modelo de Pines y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper. En los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson et al. es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome²⁶.

1.5.2. Teorías del intercambio social

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli o de la teoría de la conservación de recursos de Hobfoll y Fredy).

Proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (por ejemplo ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante.

Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

1.5.3. Teoría organizacional

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al., el modelo de Cox, Kuk y Leiter y el modelo de Winnubst.

El primero de ellos destaca las disfunciones de los procesos del rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome, el modelo de Cox et al. destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.

1.5.4. Modelo integrado de Gil Montes y Peiró

Actualmente, Gil-Montes y Peiró, esbozan un nuevo modelo que puede ser integrado por los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.

1.6. ETAPAS BURNOUT.

De acuerdo a Edelwich y Brodsky, existen cinco fases por las que pasa todo individuo que padece burnout.

1. Etapa de entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción e peligro.
2. Etapa de estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración

3. Etapa de frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome.
4. Etapa de apatía, en la que el individuo la utiliza como un mecanismo de defensa frente a la frustración provocada por su trabajo.
5. Etapa de intervención, en la que es necesario que la Institución en la que labora la persona tome una resolución con el profesional afectado por el burnout.

La progresión de un estadio a otro puede no ser lineal, pero siempre es cíclica o sea que si el afecto al síndrome experimenta recuperación tiende a la recidiva del proceso por persistencia de causas.

Por su parte, Cherniss²⁷ dice que el burnout es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos:

1. Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés)
2. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento
3. Cambios de actitudes y conductas (afrontamiento defensivo)

En otro análisis²⁸, se plantea que el burnout aparece de forma continua y fluctuante en el tiempo. Se debe tener en cuenta que la intensidad del síndrome varía en la misma y en personas diferentes en función del momento, habiendo en principio, una etapa de negación, en donde las personas que padecen este síndrome suelen tener tendencia a negarlo porque en ocasiones puede ser interpretado como una experiencia de fracaso

profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

Entre el cinco por ciento y el diez por ciento de los casos de burnout, terminan en una fase irreversible, en la que la única solución es la retirada hacia los cuidados asistenciales, por lo que resulta fundamental que se realicen diagnósticos precoces y programas preventivos adecuados para evitar esta situación de irreversibilidad

1.6.1. Evolución del cuadro y sintomatología asociada a cada etapa.

En el estudio antes referido, Fernández y colaboradores establecen una detallada sintomatología de acuerdo a las etapas por las que el trabajador va pasando en el desarrollo del síndrome de burnout.

Primera etapa. Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos. Esta situación provoca un estado de estrés agudo relacionado con situaciones como desencanto en el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad y enfrentamiento a situaciones difíciles y un excesivo contacto directo con otras personas.

Segunda etapa. El individuo se enfrenta a un número significativo de situaciones estresantes donde debe poner en funcionamiento distintas estrategias de afrontamiento. En esta etapa puede desarrollarse sintomatología relacionada con:

- Cuadros de hiperactividad. En este caso el profesional comienza a trabajar más horas de lo normal sin remuneración económica, manifestándose sentimientos de desengaño.

- Se disminuye el nivel de compromiso con el trabajo, se producen alteraciones en el nivel de atención, se tienen aspiraciones excesivas, surgen sentimientos de desilusión, falta de motivación, celos y como consecuencia, problemas con el equipo de trabajo.
- En esta etapa es probable que, en función de la persona, también aparezcan sentimientos de culpa, depresión, agresividad.

Tercera etapa: Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional donde pueden aparecer los síntomas descritos en la 2^o etapa, a los que se añaden:

- Síntomas psicósomáticos como cefaleas, dolores osteo-musculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial, alteraciones menstruales, etc.
- Síntomas Conductuales: absentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conducta de alto riesgo como conducción temeraria.
- Síntomas Emocionales: El rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender. Ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas e incluso paranoides hacia clientes, compañeros y jefes. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.
- Síntomas Defensivos: El individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros, jefes, de su situación, no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

Cuarta etapa: El individuo deteriorado psicofísicamente, hace que tenga bajas frecuentes, mayor número de absentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, que lo convierte en un peligro más que en una ayuda para los pacientes que debe atender.

Las conductas más características en esta etapa se relacionan con falta de energía y entusiasmo, una disminución del interés por los pacientes, mayor frustración y desmotivación que en etapas anteriores. Aparecen los deseos de dejar a un lado el trabajo para ocuparse en otra cosa y sobre todo una gran desmoralización. Se sienten agotados todos los recursos humanos emocionales y no les queda nada que ofrecer a los demás y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda. Aparecen frecuentemente los sentimientos de culpa y no son capaces de resolver los problemas. El individuo se siente agotado, hastiado del trabajo, se aleja de la familia y de los amigos y a veces se hunde en la depresión, incluso en casos avanzados en el suicidio, le falta el control sobre sí mismo, y actúa de forma imprevisible. Esto suele ocurrir sobre todo en personas con mayor dedicación, entrega y a los más dispuestos a ayudar a los demás

Tanto en la tercera fase como en la cuarta, se hace necesario un tratamiento adecuado del sujeto en todos sus componentes físicos y psíquicos

1.7. PROFESIONES DE RIESGO.

El síndrome del burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina

la labor que se realiza. Una revisión hecha por Ortega y López²⁹ respecto a los estudios que sobre el burnout se han hecho en España, reveló que las poblaciones sobre las cuales se ha trabajado, debido a que constituyen un factor de riesgo son en su mayoría, profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos, así como las profesionales de enfermería.

Sin embargo, el burnout se ha detectado también en otro tipo de profesiones como son; administrativos y auxiliares administrativos, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios.

Las víctimas del agotamiento: Trabajadores sociales, enfermeras, los maestros y los policías son más vulnerables de ser atacados por este problema. Se vuelven cínicos y negativos, y algunas veces hostiles con sus clientes. Otros propensos al agotamiento son controladores del tránsito aéreo a si como los que tienen que ver con decisiones entre la vida y la muerte, los cardiólogos y aquellos que requieren trabajar en horarios extremos en equipos de noticias por televisión.

1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME:

Las manifestaciones clínicas de este síndrome se engloban dentro de la esfera física, emocional, cognitiva, conductual y social. A continuación se presenta un cuadro en el que se resumen los principales síntomas asociados al burnout³⁰.

Tabla 2-1. Síntomas asociados al Síndrome de Burnout.

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia - Cefaleas - Alteraciones gastrointestinales - Hipertensión - Fatiga crónica - Alteraciones respiratorias - Alteraciones en el sueño 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Indefensión. - Desesperanza. - Irritación. - Apatía. - Desilusión. - Pesimismo. - Hostilidad. - Falta de tolerancia. - Acusaciones a los clientes. - Supresión de sentimientos.
SÍNTOMAS COGNITIVOS	SÍNTOMAS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de significado. - Pérdida de valores. - Desaparición de expectativas. - Modificación del auto-concepto - Desorientación cognitiva. - Pérdida de la creatividad. - Distracción. - Cinismo. - Criticismo generalizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación de responsabilidades. - Absentismo. - Conductas inadaptables. - Desorganización. - Sobre-implicación. - Evitación de decisiones. - Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
SÍNTOMAS SOCIALES	
Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.	

1.9. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL BURNOUT.

Para medir el burnout se han elaborado varios instrumentos, de los cuales se destacan el cuestionario breve de Burnout de Maslach (MBI), que es el que se trabajó para esta tesis, sin embargo, también se puede medir el Burnout con el Cuestionario Breve de Maslach de Moreno, el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM), Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (IEPS) y el Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).

1.9.1. Cuestionario breve de Burnout de Maslach (MBI)

Consta de 22 ítems distribuidos en tres escalas, cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems) donde los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo likert en la que identifican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita. La escala de frecuencia tiene 7 puntos que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días).

1.10. VARIABLES FACILITADORAS DEL BURNOUT.

Las variables facilitadoras pueden ser sociodemográficas, de personalidad y los afrontamientos. Entre las primeras, que son de interés para este proyecto, se cuentan el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y en la profesión.

En cuanto al sexo, los hombres puntúan más alto en DP que las mujeres, otros resultados no son concluyentes y aparecen influidos por características de los estudios (muestras, instrumentos, país, cultura). Tales diferencias son condicionadas por los procesos de socialización para los roles masculino y femenino y por los perfiles y requisitos de distintas ocupaciones. A mayor edad parece tenerse menos Burnout, quizás porque estos profesionales han desarrollado mejores afrontamientos y expectativas profesionales más reales.

Con respecto al estado civil, la mayoría de los autores ha encontrado que los casados experimentan menos Burnout, aunque lo que parece más bien influir es el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge, y la satisfacción/insatisfacción matrimonial.

La vida en familia puede hacer más expertos a los sujetos en el trato con los demás y sus problemas. Se ha encontrado que los sujetos con hijos tienen más edad, son más maduros, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva laboral diferente, los que no tienen usan más el trabajo como fuente de vida social, se implican excesivamente con la gente del ámbito laboral y aumenta el riesgo al Burnout.

En relación con la antigüedad de rol y en la profesión, los resultados son similares a los de la edad: los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, por lo que tienen mayor riesgo de Burnout.

1.10.1. Variables individuales

Las variables individuales favorecedoras para el desarrollo de burnout son las siguientes:

- Poca preparación para este tipo de trabajo.
- Muchas demandas concentradas en uno.
- Dificultad para pedir ayuda.
- Dificultad para pedir consejo cuando se necesita.
- No compartir ideas.
- No hacer uso de los mecanismos de soporte, en caso de haberlos.
- Sentimientos de miedo, culpa y desesperanza.

- Necesitar soporte de la familia en determinados momentos y no pedirlo por evitar sobrecargarlos.
- No descansar lo suficiente cuando se está cansado.
- Historia previa de inadecuado afrontamiento de situaciones.

1.10.2. Variables del contexto organizacional

-Relación esfuerzos-recompensas. En cuanto a otro aspecto de las relaciones sociales, el balance de los esfuerzos realizados en el trabajo y las recompensas obtenidas parecen condicionar la probabilidad de aparición de situaciones de estrés y manifestaciones de “burnout”

- Turnicidad Laboral: No existe unanimidad en considerar que la falta de horarios laborales fijos así como las guardias y desempeño laboral en horario de noche, parece favorecer el desarrollo de este síndrome.

- Antigüedad Profesional: No existe un acuerdo claro en considerar a partir de que años de antigüedad existe mayor vulnerabilidad a padecer este síndrome Parece evidenciarse una ligera tendencia a establecer dos periodos favorecedores en el desarrollo del “burnout”; los dos primeros años de carrera profesional y profesionales con más de 10 años de antigüedad.

- Sobrecarga Laboral: En este caso sí parece existir una relación significativa entre sobrecarga laboral y el “burnout”, ya que esta situación produciría una disminución en la calidad asistencial, favorecedora de un mayor estrés y situaciones de mayor tensión profesional.

-- Salario: En la literatura no queda clara la relación, pero algunos autores lo anotan.

1.10.3. Variables del contexto familiar, social y cultural.

- Edad: Parece existir un periodo donde el profesional es más vulnerable al “burnout” y coincide con los primeros años de la carrera profesional, debido a que en este periodo se produce la transición en las expectativas idealistas del profesional, dándose una situación donde las recompensas personales, profesionales y económicas, no son las esperadas.
- Sexo: Parece existir una mayor vulnerabilidad en las mujeres, en este caso, por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y las tareas familiares.
- Estado Civil: Parece no existir un acuerdo claro en afirmar que las personas que no tienen pareja tienen más facilidad para tener “burnout”. Es posible que las personas solteras tengan más cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable.
- Apoyo social: Parece evidenciarse que aquellas personas con mayor apoyo social muestran una tendencia menor a tener “burnout” debido fundamentalmente al papel moderador de esta variable en los niveles de estrés.

1.10.4. Variables facilitadoras específicas de los profesionales de la salud

La mayoría de los investigadores que han desarrollado estudios sobre el burnout coinciden en señalar que debido a que los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias, entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización en el trabajo:

1. Exceso de estimulación adversa. Constantemente se enfrenta al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
2. Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre-implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
3. La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
4. Proporción muy alta de enfermos a los que se deben de atender.
5. Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
6. Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos
7. Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
8. Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
9. Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

1.11. CONSECUENCIAS DEL AGOTAMIENTO LABORAL.

Se habla de agotamiento laboral cuando la motivación para trabajar prácticamente no existe; comienza con ligeras señales: sentimientos de frustración, crisis emocionales, retraimientos, problemas de salud, alienación, desempeño deficiente y consumo de drogas y alcohol. Si se omiten, estos síntomas pueden progresar hasta que la persona sienta hostilidad por ir a trabajar. Algo más grave es que el estrés y el agotamiento tienden a extenderse a los demás aspectos de la vida personal, y es un caso extraño que una persona agotada y estresada a causa del trabajo se mantenga dinámica y

entusiasta en el hogar. Los síntomas de agotamiento se dan en el plano de la salud física, psicológica y organizacional.

1.11.1. Consecuencias físicas

Problemas de salud: Se vuelven más frecuentes padecimientos menores como resfriados, dolores de cabeza, insomnio y dolores en la espalda. Existe también una sensación general de cansancio y de inmovilidad. Mientras disminuyen las reservas emocionales de personas y se deterioran la calidad de las relaciones, la salud de la víctima del agotamiento decae.

1.11.2. Consecuencias psicológicas

Las emociones negativas: Cuando las personas quedan atrapadas en el ciclo del agotamiento por lo general experimentan estas emociones negativas de manera recurrente, hasta que se convierten en un problema crónico. Los sentimientos ocasionales de frustración, ira, depresión, insatisfacción y ansiedad son parte de la vida y del trabajo.

Los problemas interpersonales: Cuando inevitablemente surgen conflictos, la víctima del estrés y el agotamiento tiende a reaccionar con crisis emocionales y hostilidad intensa, sentirse emocionalmente debilitado vuelve las relaciones sociales más difíciles en el trabajo y en el hogar. Esto hace que la comunicación con los compañeros de trabajo, amigos y familiares se convierta en un problema. La víctima se vuelve un ser insociable.

1.11.3. Consecuencias organizacionales

Disminución del rendimiento: La víctima del agotamiento puede descubrir que cada vez le cuesta más trabajo concentrarse en los proyectos. Durante el procesamiento, la persona puede sentirse aburrida e incapaz de emocionarse con los proyectos.

Los abuso en ciertas sustancias: Para superar el estrés provocado por conflictos en el trabajo y por la disminución del rendimiento, el individuo consume más bebidas alcohólicas come de más o de menos, fuma y bebe más café a la larga, ese abuso le acarrearán otros problemas.

Los sentimientos de vacío: Aumenta el predominio de las ideas de “y que” y “por qué preocuparse”. Esto es muy común entre quienes sufren de agotamiento. El cinismo reemplaza al entusiasmo. El trabajo parece no tener sentido.

1.12. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

Al ser el burnout un problema de salud de nuestros tiempos, los gobiernos y las organizaciones, así como el sector salud, hacen una serie de recomendaciones para evitarlo o por lo menos minimizar sus efectos dentro de las organizaciones³¹:

Burnout es sin duda un mal de nuestro tiempo, por ello debemos cuidar en las organizaciones:

- La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
- El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.

- El conflicto de rol, la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
- La ambigüedad de rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
- La falta de equidad o justicia organizacional.
- Las relaciones tensas y /o conflictivas con los usuarios /clientes de la organización.
- Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para que pueda desarrollar su trabajo.
- La falta de participación en la toma de decisiones.
- La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo.
- Las relaciones conflictivas con compañeros o superiores.

Si tratásemos de establecer una clasificación entre las 10 variables mencionadas, podemos observar que éstas pueden agruparse en tres ámbitos fundamentales de actuación:

- La propia tarea, referida a aspectos técnicos del rol profesional
 - El exceso de trabajo
 - El conflicto de rol
 - La ambigüedad de rol
- Las relaciones interpersonales, reflejando la habilidad para trabajar con otros: compañeros, superiores, clientes, ...

- Las relaciones tensas y conflictivas con los usuarios/cliente de la organización
- Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para poder desarrollar el trabajo
- Las relaciones conflictivas con los compañeros o superiores
- La organización, referida al grado de influencia social y política
 - La falta de equidad y /o justicia organizacional
 - La falta de participación en la toma de decisiones
 - La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo

1.12.1. Estrategias de intervención individual

En el Burnout pueden influir muchos factores externos, ocurre que a veces nos preocupamos en exceso por factores que no podemos modificar, lo que nos crea una molesta sensación de impotencia y bloquea la modificación de pequeños aspectos que sí esta a nuestro alcance corregir para mejorar.

Un resultado indeseable del Burnout es que comenzamos a abandonarnos, dejamos las cosas fuera de su lugar y posteriormente se gasta tiempo y energía en encontrarlos. Se podría argumentar que no tendríamos que preocuparnos de estas cosas si nuestra empresa fuera “como debería ser”. Pero esa actitud no nos servirá de nada por lo que sería mejor elaborar una lista de las cosas que nos producen molestias y que nos roban energía y que podríamos eliminar y crearnos hábitos diarios que realmente nos resulten agradables y que este a nuestro alcance hacer³².

Trabajar mejor en lugar de trabajar más significa hacer pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresantes, más eficiente y más llevadero. Siguiendo a Maslach, una serie de estrategias pueden ser útiles en este sentido.

1. Establecer objetivos más realistas. Es frecuente en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados (la injusticia, el hambre). La mayoría de estas situaciones son imposibles de solucionar en la vida del individuo, por lo que si no se orientan los objetivos, cada día de trabajo esta destinado a ser un fracaso. Más que objetivos abstractos debemos procurar conseguir cosas mas específicas, mas factibles, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
2. Hacer la misma cosa de manera distinta. Intentar huir de la rutina, siempre será útil nos proporcionara mayor sentido de autonomía y libertad personal.
3. Planificar adecuadamente nuestro tiempo. Es importante ser consciente de cómo estamos utilizando nuestro tiempo.
4. Permitirse pensar. Proporcionarse la oportunidad de darse un respiro, de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una sensación delicada o impertinente. La pausa del café a media mañana puede ser útil para relajarse.
5. Tomar las cosas con más distancia. El burnout aumenta cuando el profesional se implica demasiado con la gente. La empatía también supone distancia. No se puede ayudar profesionalmente sin ella.
6. Cuidarse así mismo además de los otros. Será imposible que ayudemos a los demás si, en primer lugar, no nos cuidamos de nosotros mismos. Para ello, podemos poner en práctica algunas de estas estrategias.

7. Acentuar los aspectos positivos. En las situaciones de ayuda es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones.
8. Conocerse así mismo. Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar sobre el porque de tales reacciones. Este autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa un acto victimista, sino, por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal.
9. Establecer límites o fronteras. Es importante diferenciar lo que es el trabajo y lo que es el hogar. Aunque a veces no es fácil. Hay que intentar establecer una frontera entre ambos ámbitos. Maslach habla de la “descompresión” como en las personas que practican el buceo. Si se ha descendido a mucha profundidad no se debe ascender demasiado de prisa, para evitar accidentes por entrada de nitrógeno en el torrente sanguíneo. Algo similar se puede hacer de regreso a casa, por ejemplo, caminando de regreso.
10. Mantener la vida privada. Sería una consecuencia de las anteriores. Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un conyugue comprensivo. Es importante tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni el “hobby” nuestro tiempo de trabajo, pues esto suele ser un signo o consecuencia del Burnout.
11. Cambiar de trabajo. Como ultimo recurso o alternativa para profesionales “quemados” se puede considerar esta decisión que puede ser difícil en la sociedad en la que vivimos, pero no imposible. En la práctica así sucede, y

profesionales afectados del síndrome acaban cambiando de trabajo, incluso de profesión.

1.12.2. Estrategias de intervención social

Toda intervención psicosocial debe estar orientada a tratar de romper la dinámica que se genera con el burnout, es decir, buscar en el sujeto cualquier respuesta que rompa el ciclo de un proceso de desilusión en el que está inmerso el sujeto “quemado”.

La psicología ha desarrollado un grupo de técnicas denominadas “de afrontamiento” con el objetivo de desarrollar conocimientos para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de técnicas se agrupan en programas preventivos que se articulan en el entrenamiento previo de aspectos específicos (proceso de estrés, afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.) para concienciar a los trabajadores de la importancia de prevenir los factores de riesgo. También se desarrollan estrategias que aborden los aspectos sociales y organizacionales del burnout. Así, se trabajará para fortalecer las relaciones interpersonales y redes de apoyo social y, si es posible, la eliminación de los estresores organizacionales.

Las estrategias de intervención individuales sobre burnout se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. La intervención en burnout debe presentarse a partir de una serie de estrategias que intenten modificar los procesos cognitivos de autoevaluación (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea y a la solución de problemas) que sirvan para desarrollar

estrategias cognitivo-conductuales que neutralicen los razonamientos negativos (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, inoculación de estrés, organización personal...) y que desarrollen habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.

Podemos dividir estas técnicas en dos grupos de estrategia:

- Las orientadas a lograr una mejora de las estrategias instrumentales que se centran en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y control del tiempo, mejora de la comunicación, mejora de relaciones sociales y del estilo de vida.
- Las orientadas a lograr que el individuo desarrolle estrategias paliativas para aprender y desarrollar habilidades para el manejo de las emociones asociadas, sepa relajarse y maneje adecuadamente los sentimientos de culpa.

Las estrategias recomendadas buscan el aumento de la competencia profesional, rediseño personal de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre, tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, y habilidades de comunicación.

La mayoría de estudios señalan la importancia de las técnicas de relajación y disminución de activación, el ejercicio y mejora de la condición física, las técnicas de biofeedback o las técnicas cognitivo conductuales como la inoculación del estrés, detención del pensamiento, entrenamiento autógeno o la solución de problemas como

técnicas que deberían ser utilizadas en programas individuales para intervenir sobre el burnout de manera preventiva.

La intervención individual es importante para que el empleado en puestos de trabajo “de riesgo” desarrolle estrategias de afrontamiento que ayuden a reducir y controlar las demandas internas y externas de una situación laboral. Las estrategias de afrontamiento permiten razonar (cognitivamente) los problemas y evitan el desarrollo de burnout con reacciones centradas en la emoción tales como la evitación y el escape.

Las estrategias de intervención sociales sobre burnout se centran en la adquisición y desarrollo de habilidades sociales como prevención o tratamiento burnout.

El apoyo social es el principal factor a potenciar, ya que se ha demostrado que éste disminuye el impacto de estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros. Se recomienda fomentar el apoyo social de compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares, de manera que el trabajador reciba apoyo personal, información sobre su rendimiento laboral y sobre y sobre cómo puede mejorarlo de forma realista.

Es importante mencionar que las estrategias de intervención social, por lo general, forman parte de programas de intervención individual y organizacional, ya que sus variables se superponen y se complementan³³.

1.1.2.3. Estrategias de intervención organizacional

Primeramente todos los cambios que se vayan a generar en el proyecto debido al compromiso de controlar el estrés organizacional deberá ser hecho considerando el proceso de desarrollo organizacional, el cual ayudara a mejorar el ambiente de trabajo dentro de la organización, para el consecuente alcance de objetivos y eficiencia organizacional a través de una mejor relación trabajador - empresa, mejorar la calidad de vida del trabajador y lograr mayor rentabilidad. Todos estos aspectos se encuentran inter-relacionados.

La intención es planificar cualquiera de los cambios que se llevaran a efecto derivados de este estudio, involucrando a toda la organización iniciando desde la cumbre, para incrementar la eficacia y la salud de la organización a través de una intervención planificada sobre la organización utilizando los conocimientos de la ciencia de la conducta.

Para controlar el aburrimiento por estar sobre calificado para el desempeño, la sensación de no desafío y las tareas de rutina, es pertinente aumentar el interés del trabajo actuando sobre la organización del trabajo, es decir, modificando la manera de realizarlo, modificando sus fases, intercambiando las tareas con otros trabajadores (rotación de tareas), realizando una mayor diversidad de tareas (ampliación de tareas) o realizando tareas de mayor calificación relacionadas con el puesto como la planificación del trabajo, el control de calidad, etc. (enriquecimiento de trabajo).

En tareas de escaso contenido debe procurarse aumentar la posibilidad de tomar decisiones ampliando o enriqueciendo las tareas; pero muchas veces una tarea no es interesante o carente de interés en sí misma sino que depende de la percepción y valoración subjetiva de la persona que deba desarrollarla, lo que estará en función de los intereses individuales, las capacidades, etc.. Teniendo en cuenta esto, sería conveniente considerar el perfil de cada puesto y de los posibles candidatos a fin de poder adaptar lo máximo posible las necesidades del trabajo con las motivaciones, intereses o preferencias personales.

De primera instancia se puede enriquecer el puesto o expandir verticalmente el puesto, esto puede lograrse aumentando la autonomía y capacidad de respuesta de los empleados para el caso específico del reconocimiento y responsabilidad, esto se lograra;

- Elevando el nivel de dificultad y responsabilidad del puesto
- Permitir a los empleados retener mas autoridad y control sobre los resultados del trabajo
- Proporcionar directamente a los empleados informes de desempeño individual o por unidad
- Agregar al puesto nuevas tareas que requieran capacitación y crecimiento
- Asignar tareas especiales
- Estos factores permitirán a los empleados asumir un papel mas importante en el proceso de toma de decisiones y participar mas en la planeación, organización, dirección y control de su propio trabajo.

Para el caso del personal que no conoce los criterios de evaluación, La sensación de falta de diferencia entre el buen y mal desempeño, la falta de relación entre el desempeño y la forma en que el empleado es tratado, el ignorar lo que el supervisor opina acerca del desempeño de sus empleados, la sensación que el buen trabajo pasa inadvertido y cuando el progreso en el trabajo no es el adecuado sugerimos iniciar lo mas pronto posible un programa de evaluación del desempeño completo con el fin de;

- Dar a los empleados la oportunidad de analizar regularmente el desempeño y sus normas con el supervisor
- Proporcionar al supervisor los medios de identificar las fortalezas y debilidades del desempeño de un empleado
- Brindar un formato que permita al supervisor recomendar un programa específico para ayudar a un empleado a mejorar el desempeño
- Aportar una base para un sistema de compensación

Con la evaluación se brindara la retroalimentación esencial para analizar las fortalezas y debilidades, así como para mejorar el desempeño, también brindara la oportunidad para identificar los puntos de análisis, eliminar cualquier problema potencial y establecer nuevas metas para alcanzar un desempeño mayor.

Para el caso en el que el personal siente Excesiva carga de trabajo y afectación de la calidad del desempeño recomendamos distribuir o equilibrar la carga de trabajo realizando un Análisis del puesto, con este proceso se obtendrá la información sobre

los puestos al definir sus deberes, tareas o actividades, al finalizar este proceso entre otras se obtendrá mejorar el desempeño y la productividad organizacional al distribuir la carga de trabajo en los diversos puestos de trabajo.

Para el caso en que el personal tiende a estar en medio de los conflictos y continuos desacuerdos en el trabajo, Falta de información para desarrollar el trabajo, recomendamos un Sistema de información y comunicación para abatir los problemas que se pueden dar por una deficiente información y comunicación son muy importantes, es necesario para paliar estas deficiencias, el desarrollo de unos sistemas de información y comunicación (tanto descendente como ascendente u horizontal) verdaderamente efectivos y no solamente restringidos a la eficacia productiva sino que respondan a las necesidades de los trabajadores y que faciliten su ajuste con la organización de trabajo.

Con la comunicación descendente se podrá;

- Coordinar a los miembros de una organización para conseguir sus objetivos.

Informar a las personas para que contribuyan a esa consecución de objetivos y consigan una mejor comprensión de la tarea y la organización y así fomentar la motivación, pues el conocimiento y la comprensión del trabajo y la organización puede tener efectos motivadores.

Con la mejora en la comunicación horizontal se hará énfasis al intercambio de mensajes entre miembros de un mismo nivel jerárquico dentro de la organización. Este tipo de

comunicación hará posible la coordinación de actividades y la resolución de conflictos. Generalmente, constituye un medio que facilita el apoyo emocional entre los empleados y es, en sí misma, una fuente de satisfacción.

Con la mejora de la Comunicación ascendente se facilitará el funcionamiento de la organización, se resolverán los problemas, se fomentará el compromiso organizacional y se mejorarán las relaciones personales ya que:

- Permitirá conocer los puntos de vista y canalizar las iniciativas de los trabajadores acerca de distintos aspectos del funcionamiento de la empresa.
- Facilitará una buena retroalimentación para conocer la calidad de la comunicación descendente y el nivel con el que los trabajadores asumen los objetivos de la organización.
- Constituirá una condición básica para facilitar la participación de los trabajadores.

La técnica sugerida para estimular la participación de los empleados es el sistema de sugerencias, la cual cubrirá todas las áreas de trabajo que estén relacionadas con la eficacia de la organización, si se diera el caso podría darse un porcentaje de los ahorros netos donde hayan intervenido las sugerencias de los empleados, los beneficios intangibles serán la mejor comunicación, aumento del espíritu del equipo y empleados comprometidos que piensan mas en términos de productividad, calidad del producto y seguridad en el lugar de trabajo.

Otra técnica sugerida para mejorar la comunicación ascendente y las contribuciones de los empleados es la encuesta de actitudes, a partir de las respuestas, los gerentes pueden averiguar como ven los empleados a sus supervisores, puestos, ingresos, condiciones de trabajo y demás aspectos del empleo, tomando consideración de;

- El apoyo de la dirección desde el principio
- Que las respuestas permanezcan anónimas
- Obtenerse la participación de tantos empleados como se pueda
- Informe de la dirección a todos los empleados
- Trabajo de la dirección con los empleados para desarrollar un plan de acción a fin de manejar las respuestas.

Otra herramienta puede ser la integración de grupos para integrar a los empleados o también llamados círculos de calidad, formados por grupos de 5 a 10 empleados que realizan funciones similares o relacionadas y que se reúnen con regularidad para identificar, analizar y sugerir soluciones a los problemas compartidos, con esto se lograra involucrar a los empleados en las metas principales de la organización, estos grupos recomendaran sus soluciones a la gerencia quien decidirá su instrumentación.

Ahora bien, para reforzar las medidas de prevención de estrés en la organización y como parte fundamental de ésta pero centrado en la persona y no en la fuente de generación de estrés en la organización, se recomienda reforzar con un Proceso de socialización y de formación dirigido a los empleados sobre:

Relaciones interpersonales, así prestara especial atención a los procesos de socialización y entrenamiento en las relaciones interpersonales como medida para evitar que unas relaciones inadecuadas puedan convertirse en una posible fuente de estrés o insatisfacción.

El apoyo social como recurso de afrontamiento a una situación de estrés permitirá sentir al trabajador el apoyo de la organización lo cual amortiguara el impacto emocional y la generación de consecuencias físicas y psíquicas de las situaciones estresantes.

En cuanto a la adaptación del trabajador al puesto habría que tener en cuenta, que además de la presentación previa del puesto al candidato, es necesaria la realización de una formación previa al desempeño del puesto y ante cualquier cambio que se realice.

Muchas de las recomendaciones propuestas anteriormente deben ser complementadas con la impartición de formación a los empleados (cuadros directivos y trabajadores) sobre cómo desenvolverse en la organización, también ante una situación de cambio será necesario la intervención individual que consistirá en dotar a los individuos de estrategias de adaptación sobre algunos aspectos que son difícilmente abordables mediante medidas organizativas, estos serán en este caso particular;

- Entrenamiento asertivo
- Solución de conflictos
- Toma de decisiones

- Entrenamiento en habilidades interpersonales
- Técnicas de relajación

Para complementar las técnicas de relajación, la empresa puede mejorar los medios de entretenimiento de los empleados, tales como;

- Inducir a la lectura, creando una biblioteca
- Realizando un programa de proyección de películas
- Torneos de juegos de mesa aceptados por la empresa

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas que trabajan dentro de lo que se ha denominado profesiones de ayuda o asistenciales, es decir, aquellas que brindan un servicio público tales como los profesionales de la enseñanza, trabajadores de la salud, particularmente médicos y enfermeras, son las principales víctimas del síndrome de burnout, dado que se ven sometidas a fuertes presiones laborales y situaciones en el trabajo que provocan un enorme desgaste profesional.

Una de las características de este tipo de profesiones es que exigen entrega, implicación cercana con los pacientes, alumnos o clientes, ciertos niveles de idealismo y un indudable servicio a los demás, lo cual en muchas ocasiones provoca un desequilibrio entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario.

Este síndrome de Burnout, de desgaste, se puede considerar un trastorno adaptativo crónico y puede manifestarse tanto por un excesivo grado de exigencia como por escasez de recursos. También se relaciona con un bajo reconocimiento social en relación con otras profesiones o las peculiares condiciones de trabajo caracterizadas, en el caso de los médicos, por el contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes al prestar asistencia con una elevada presión por la acumulación de tareas y, en ocasiones, por la falta de soporte social.

El tema es motivo de preocupación por las importantes repercusiones en los ámbitos personal, familiar y laboral que trae consigo el hecho de que un médico se encuentre en la situación de tener un nivel de burnout medio o elevado, ya que los síntomas emocionales, conductuales o psicosomáticos, ocasionan entre otros, disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, conducta adictivas,

pérdida de productividad, alta morbilidad laboral y repercusiones en otras esferas, como la familiar.

Desde hace tres décadas son múltiples los artículos, referencias y demás publicaciones científicas y estudios experimentales referentes a la prevalencia del burnout y sus consecuencias personales, organizacionales y familiares. Dichos estudios reportan el aumento progresivo de este fenómeno, principalmente en el ámbito de atención primaria, por lo que es necesario realizar estudios diagnósticos sobre la presencia del burnout en población de riesgo, con lo cual se podrán sentar las bases para tomar medidas preventivas.

La problemática que da origen a la presente investigación es el hecho de que en el estado de Tabasco no se han desarrollado estudios sistemáticos y suficientes respecto a la prevalencia del burnout, lo cual constituye por si mismo un factor de riesgo, pues no se conoce si el personal médico que labora en la entidad se encuentra en alguno de los niveles de burnout y por lo tanto, tampoco es posible realizar acciones de prevención.

De ahí que la presente investigación de tesis busca llenar un vacío del conocimiento en torno a la prevalencia del burnout en el personal médico residente de la especialidad en medicina familiar que labora en la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, con la finalidad de que sirva como un diagnóstico que permita conocer cómo se encuentra la salud laboral de dichos médicos y que esa información sirva de base para instrumentar medidas preventivas, o en su caso intervenciones específicas para atenuar la presencia del Síndrome de burnout en los profesionales sanitarios de la entidad.

Por todo lo anterior, las preguntas de investigación a las que responde la presente tesis son: ¿Cuál es la prevalencia del burnout en la población de médicos residentes de la especialidad de medicina familiar que laboran en la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco?

¿Existen relaciones de significancia entre la presencia del síndrome de burnout y las variables sociodemográficas y laborales de los médicos participantes del estudio?

III. JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones bajo ciertas condiciones en las que se desarrollan las actividades generan cierto estrés en los trabajadores. En el ámbito laboral el impacto es tan importante que la Organización Mundial de la Salud califica actualmente al estrés laboral como epidemia mundial. Los factores intrínsecos al puesto como la carga de trabajo, el ritmo, la autonomía, las características del rol conflictos, ambigüedad, nivel de responsabilidad, el desarrollo de carrera promociones, seguridad, oportunidad, las relaciones interpersonales y la estructura y clima organizacional las pautas de comunicación, estilos gerenciales, entre otros, son generadores de altos niveles de estrés en las personas involucradas.

Las características singulares de la profesión médica en donde se presentan una amplia gama de factores estresantes debido a los elevados niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales con pacientes y exigencias sociales y laborales, hacen que dichos profesionales sean sumamente vulnerables a tener el síndrome del burnout.

Aunado a las anteriores condiciones propias de la profesión médica, se suman las condiciones laborales, que en el caso de los Centros de Salud de primer nivel se caracterizan por las siguientes condiciones que inciden de forma significativa como variables estresantes para el personal sanitario:

1. Escasez de personal.

De acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud³⁴, un núcleo básico de servicios de salud está conformado por un médico, una enfermera, nutriólogo y un auxiliar que hace las veces de promotor, sin embargo, en la vida real, en los Centros de Salud rurales solo se cuenta con el médico y la enfermera, lo cual implica que dicho personal debe realizar todas las actividades requeridas, provocando por ello una carga de trabajo excesiva para el médico y la enfermera encargados de la unidad de salud.

2. Falta de especificidad de funciones.

El personal médico debe realizar actividades que no son propias del área médica y paramédica como es la aplicación de vacuna antirrábica a los perros y gatos de la comunidad donde se labora, la limpieza de la instalación, entre otras, lo que supone el conflicto y ambigüedad de rol.

3. Rápidos cambios tecnológicos.

Tales como la sistematización de los servicios de salud mediante la instalación de equipos de cómputo que permiten el enlace en red a nivel nacional, en donde el médico debe ingresar al paciente en un expediente electrónico, tarea para la cual gran parte del personal no tiene la capacitación requerida para manejar dicho equipo.

Por otra parte, el hecho de que se deba ingresar a cada paciente a dicho expediente electrónico y al mismo tiempo escuchar el problema de salud por el que se acude, hacer la exploración física y dar el tratamiento farmacológico, suma un tiempo aproximado de 35 a 45 minutos, lo cual provoca malestar en los pacientes que se encuentran en el área de espera o que se encuentran en espera de su turno, constituyendo así, una fuente estresante más para el personal médico.

Aunado a las anteriores condiciones laborales, el trato con usuarios problemáticos y el contacto diario con la enfermedad, el dolor y en muchos casos la muerte, constituyen factores de riesgo para el personal médico que merecen atención por parte de las autoridades de salud del país.

La calidad de vida de los médicos y su entorno familiar pueden verse afectadas por la presencia del síndrome de burnout, por lo que se justifica ampliamente la realización de estudios que como éste, buscan encontrar la prevalencia del síndrome en personal médico y relacionarlo con variables sociodemográficas y laborales, a fin de que los resultados permitan identificar los factores de riesgo para la población de médicos

tabasqueños y así posibilitar el desarrollo de medidas preventivas y de atención específica a los médicos que presentan rasgos de este síndrome.

De hacerlo así, podríamos contribuir a evitar las importantes consecuencias que atañen al síndrome de burnout en el desempeño laboral de los médicos, tales como el hecho de tratar a los pacientes de forma despersonalizada, sin calidez humana así como cometer errores en el diagnóstico que traen graves consecuencias en la salud de los pacientes.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar que laboran en la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, buscando encontrar relaciones de significancia con las variables sociodemográficas y laborales de los propios médicos participantes del estudio.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el perfil sociodemográfico de los médicos residentes estudiantes de la especialidad en Medicina Familiar del estado de Tabasco.
- Medir los resultados obtenidos por los médicos en las tres subescalas del Maslach Bournout Inventory: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.
- Determinar la relación entre la frecuencia del burnout en sus tres niveles y las variables sociodemográficas y laborales.

V. HIPÓTESIS

H1. La mayoría de los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar participantes en el estudio presentan elevados niveles de burnout.

H2. Las mujeres médicas residentes presentan una mayor prevalencia de burnout en relación a sus compañeros varones.

H3. Los médicos hombres y mujeres casados o que viven en pareja presentan una mayor incidencia de burnout en relación a los que no tienen pareja.

H4. Los médicos que tienen plaza, presentan niveles más bajos de burnout que quienes se encuentran bajo el régimen de contrato, son sustitutos de pasante o cobran por lista de raya.

H5. Los médicos que tienen carga laboral extra presentan mayores niveles de burnout que los que solo tienen un trabajo.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN, ALCANCE Y MÉTODO.

La investigación desarrollada fue descriptiva y transversal. Para conseguir los objetivos planteados se utilizaron dos instrumentos de evaluación auto administrados que se presentaron en un sobre cerrado a los residentes de medicina familiar de primero, segundo y tercer año que participaron de forma voluntaria en la investigación. En todo momento se aseguro el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos por la investigación. Cada sobre iba asignado con un número y se entregaba de forma aleatoria a cada participante. Los instrumentos se aplicaron durante los meses de Diciembre de 2007 y Enero de 2008.

Población:

La población con la que se realizó la investigación estuvo conformada por 228 participantes, médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar que laboraban en las diferentes unidades de la Secretaría de Salud de los 17 municipios del estado de Tabasco en el momento en que se hizo la recolección de datos.

6.2. INSTRUMENTOS EMPLEADOS

Se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales y el Maslach Burnout Inventory.

Cuestionario sociodemográfico.

Contiene nueve preguntas que recogen variables sociodemográficas y laborales que de acuerdo a diversos estudios, son relevantes con relación a la vulnerabilidad para desarrollar el síndrome de burnout. Las variables sociodemográficas recogidas son: edad, sexo, estado civil y número de hijos. Las variables laborales son: área de trabajo, antigüedad en el puesto, carga de trabajo, tipo de contratación (Ver anexo 1).

Maslach Burnout Inventory

Se utilizó el Maslach Burnout Inventory. Este cuestionario es el más utilizado para evaluar la frecuencia e intensidad del síndrome de estar quemado por el trabajo dentro

del contexto laboral sanitario. De las distintas versiones del Maslach Burnout Inventory, se ha administrado la versión clásica para profesionales de servicios humanos (MBI-HSS)³⁵. El instrumento consta de 22 ítems, y en el se pueden diferenciar tres subescalas que miden las tres dimensiones que conforman el síndrome.

1.- Agotamiento emocional. Esta subescala esta formada por nueve ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente en el trabajo. De acuerdo con la versión comercial española del cuestionario, se establecen los siguientes valores máximos de referencia para interpretar cada una de las dimensiones:

2.- Despersonalización. Esta subescala esta formada por cinco ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención o servicio. Puntuación máxima 54, se relaciona de manera directa con el nivel de burnout.

3.- Realización personal en el trabajo. Subescala compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. Puntuación máxima 48 y se relaciona de manera inversa con el nivel de burnout.

Los veintidós ítems están redactados en forma de afirmaciones referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo y hacia los receptores de su servicio (clientes, pacientes, alumnos, etc.). Los items pueden ser valorados en una escala tipo likert, en la que el sujeto puntúa la pregunta con la que experimenta los sentimientos que configuran el síndrome. El rango de frecuencia esta formado por siete adjetivos que van desde “nunca” (0) a “todos los días” (6).

Los sujetos que presentan síndrome de burnout serán aquellos que puntúen alto en Despersonalización y Agotamiento Emocional y negativo de la Realización Personal

6.3. VARIABLES Y CATEGORÍAS.

A continuación se detallan las variables y categorías utilizadas en el estudio.

Tabla 1-1. Variables y categorías utilizadas en el estudio

VARIABLES	CATEGORÍAS	
Edad	Jóvenes	25-30 años
	Mediana edad	31-40 años
	Maduros	41-50 años
	Mayores	51-60 años
Sexo	Femenino	
	Masculino	
Estado civil	Soltero	
	Casado	
	Divorciado	
	Unión libre	
Número de hijos	Cero	
	Uno	
	Dos	
	Tres	
	Cuatro	
	Cinco o más	
Área de trabajo	Urgencias	
	Consulta externa	
	Otros	
Tipo de contratación	Plaza federal	
	Plaza estatal	
	Contrato	
	Sustituto de pasante	
	Lista de raya	
Antigüedad	Menor de 10 años	
	De 10 a 20 años	
	Mayor de 20 años	
Carga laboral extra	Si	
	No	
Dimensiones del Inventario de Maslach	Agotamiento emocional	
	Despersonalización	
	Realización personal en el trabajo	
Nivel de burnout	Alto	
	Medio	
	Bajo	

6.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

El análisis de los datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 11.5. Se realizó un estudio estadístico descriptivo que consistió fundamentalmente en el cálculo de porcentajes, medias y desviación típica de cada una de las variables.

En cuanto al análisis inferencial se realizaron estudios de contraste entre los distintos grupos de variables, en función de la naturaleza de las variables y de las características de los grupos de contraste. El tratamiento estadístico se realizó al nivel de confianza del 95%. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para determinar la relación entre dos variables cuantitativas para encontrar relaciones significativas entre las variables con la siguiente finalidad:

- a) Determinar si las dos variables están correlacionadas, es decir si los valores de una variable tienden a ser más altos o más bajos para valores más altos o más bajos de la otra variable.
- b) Poder predecir el valor de una variable dado un valor determinado de la otra variable.
- c) Valorar el nivel de concordancia entre los valores de las dos variables.

6.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud³⁶, de acuerdo al título 11. Capítulo 1, artículo 14, fracción VII; se solicitó la aprobación de las autoridades de Salud de la Jurisdicción No. 08 de la Secretaría de Salud para realizar la presente investigación.

Como dispone el artículo 13, para brindar respeto a la dignidad humana y protección de los derechos y bienestar del participante, al aplicar el cuestionario se cuidó la forma en que se realizaron las preguntas, no juzgando la conducta de los sujetos y cuidando la privacidad de los mismos, al no identificar a la persona por su nombre.

Además, de acuerdo al artículo 17 fracción 1, este tipo de estudio entra en la categoría de investigación sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos no experimentales, al no haber manipulación de variables por parte del investigador.

Para dar cumplimiento al artículo 16, referente a garantizar la privacidad y el anonimato de los participantes, se aclaró que la información obtenida será dada a conocer solo de forma grupal y nunca individual y el autor del estudio guardó las encuestas en un lugar seguro al cual solo él tendrá acceso.

Con base en base el artículo 21 y 22, los sujetos de la investigación contaron con la información suficiente sobre el estudio a través del consentimiento informado. Su participación en el estudio fue voluntaria y conforme a la fracción VII, el participante tuvo la libertad de retirar su participación en el momento que lo deseara, por lo cual firmó el consentimiento informado antes de participar en la investigación. (Ver anexo 4)

Los participantes que presentaron el síndrome fueron informados de los resultados obtenidos por la prueba, de manera personal por la investigadora con el fin de que estuvieran enterados y pudieran tomarse así las medidas necesarias a nivel individual.

VII. RESULTADOS.

7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

7.1.1. Características sociodemográficas

A continuación se detallan los resultados de los análisis estadísticos realizados en torno a las variables Edad, Sexo, Estado civil y Número de hijos.

Edad

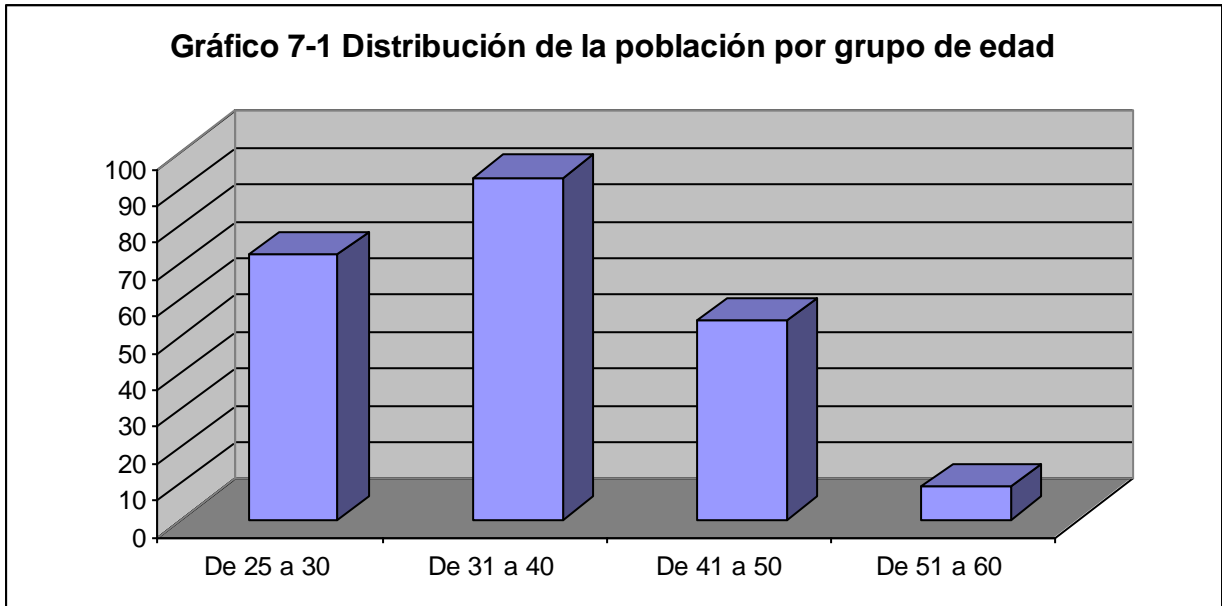
Se dividió la muestra en grupos de edades de acuerdo con cinco estamentos:

Jóvenes	25-30 años
Mediana edad	31-40 años
Maduros	41-50 años
Mayores	51-60 años

La distribución porcentual de edades quedó de la manera siguiente: el grupo de jóvenes de 25 a 30 años constituyen el 32% de la muestra, los de mediana edad, de 32 a 40 años, representan el 40% de la muestra, los maduros, con edades de los cuarenta y uno a los cincuenta años representan el 24% de la muestra, en tanto que los mayores de 51 a 60 años representan solo el 4% de la muestra.

Tabla 7-1. Distribución de la población por grupo de edad

Edad	Frecuencia n=228	Porcentaje
De 25 a 30	72	32
De 31 a 40	93	40
De 41 a 50	54	24
De 51 a 60	9	4
Total	228	100

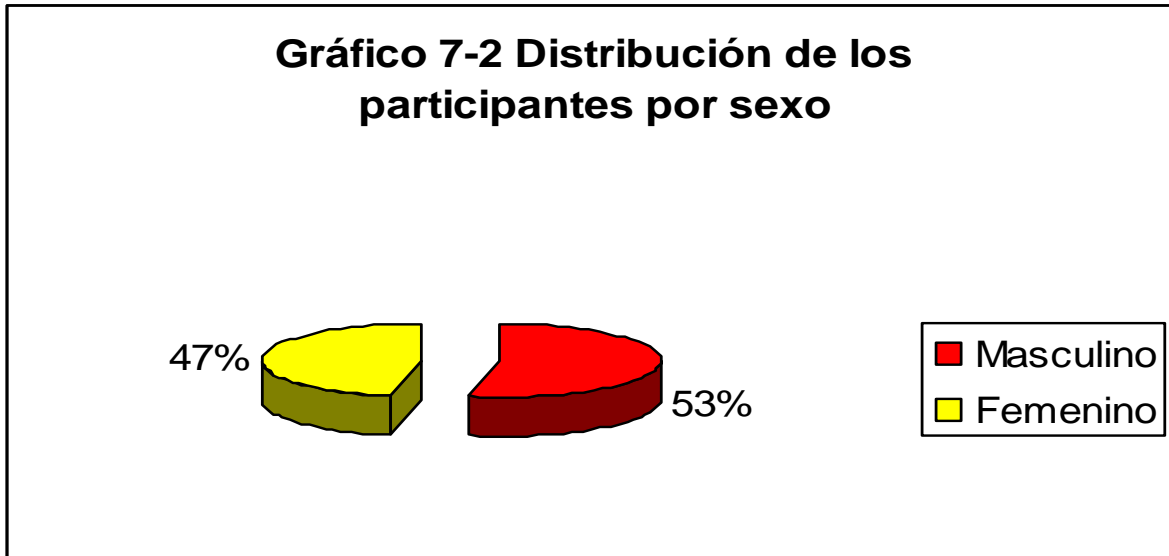


Sexo

Respecto al sexo, encontramos que el 53% de los médicos estudiados son hombres y el 47% mujeres.

Tabla 7-2. Distribución de sexo por frecuencia y porcentajes

Sexo	Frecuencia n=228	Porcentaje
Masculino	121	53
Femenino	107	47
Total	228	100

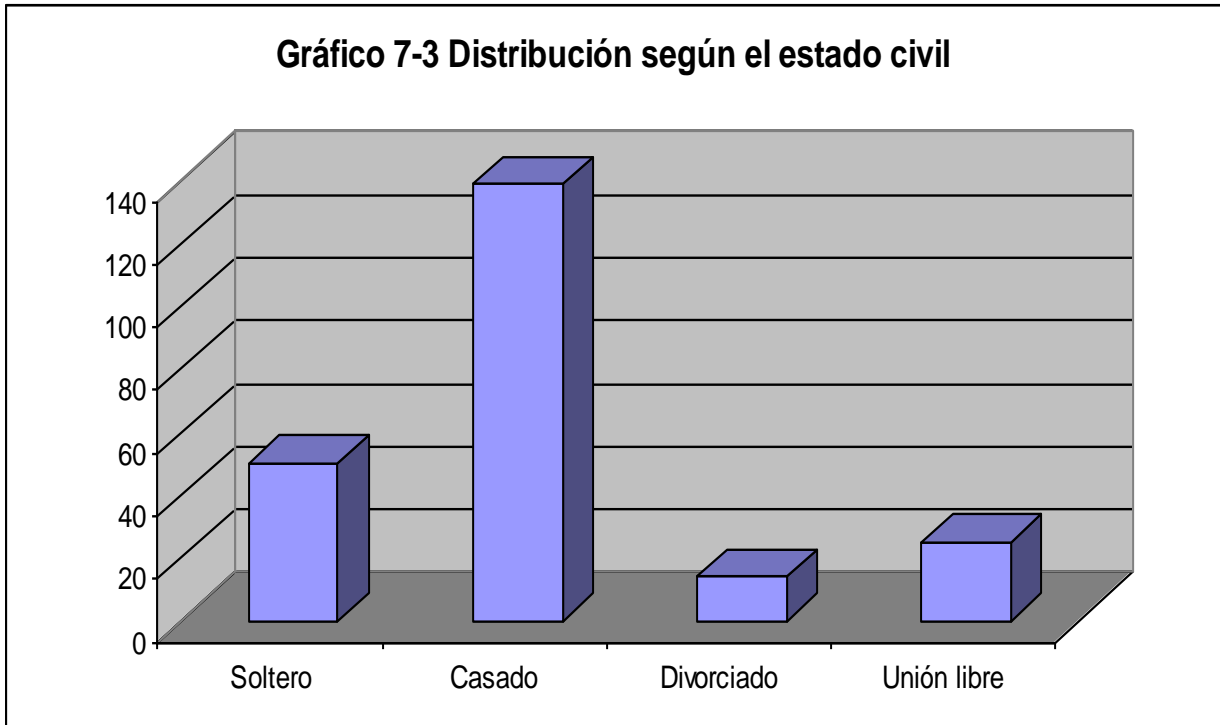


Estado civil

En cuanto al estado civil, los resultados nos dicen que los solteros constituye el 22% de la muestra, casados, el 61% quienes constituyen la mayoría, divorciados, 6% y unión libre, 11%.

Tabla 7-3. Distribución de estado civil por frecuencias y porcentajes

Estado civil	Frecuencia n=228	Porcentaje
Soltero	50	22
Casado	139	61
Divorciado	14	6
Unión libre	25	11
Total	228	100

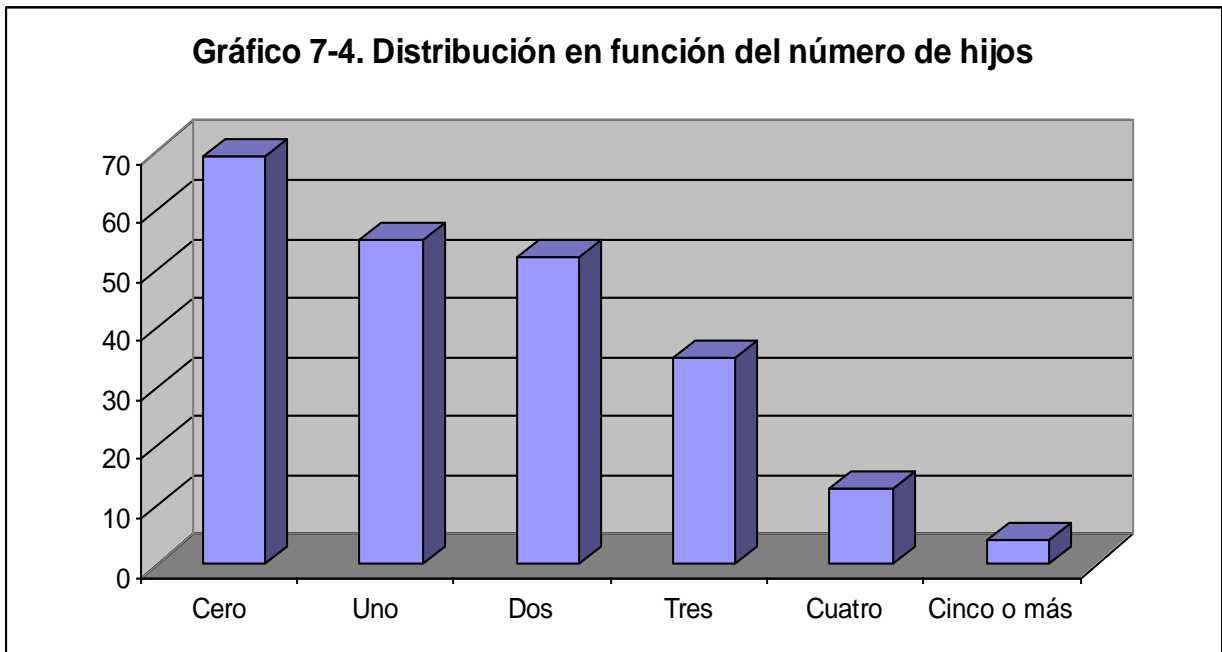


Número de hijos

En cuanto al número de hijos, los porcentajes fueron los siguientes: el 30% de los médicos no tiene hijos, el 24% tiene solamente un hijo, el 23% tiene dos hijos, el 15% tiene tres hijos, el 6% tiene cuatro hijos y apenas el 2% tiene cinco o más.

Tabla 7-4. Distribución de número de hijos por frecuencias y porcentajes

Num. de hijos	Frecuencia n=228	Porcentaje
Cero	69	30
Uno	55	24
Dos	52	23
Tres	35	15
Cuatro	13	6
Cinco o más	4	2
Total	228	100



7.1.2. Características laborales

A continuación se detallan los resultados de los análisis estadísticos realizados en torno a las variables Área de trabajo, Tipo de contratación, Antigüedad en el puesto y Carga de trabajo.

Área de trabajo

Respecto a los porcentajes obtenidos en cuanto al área de trabajo en la que laboraban los médicos participantes en la investigación en el momento de la aplicación del instrumento, tenemos que el 84% pertenecen al área de consulta externa, 14% en el área de urgencias y 2% en otra área.

Tabla 7-5. Distribución de área de trabajo por frecuencias y porcentajes

Área de trabajo	Frecuencia n=228	Porcentaje
Urgencias	32	14
Consulta externa	192	84
Otros	4	2
Total	228	100

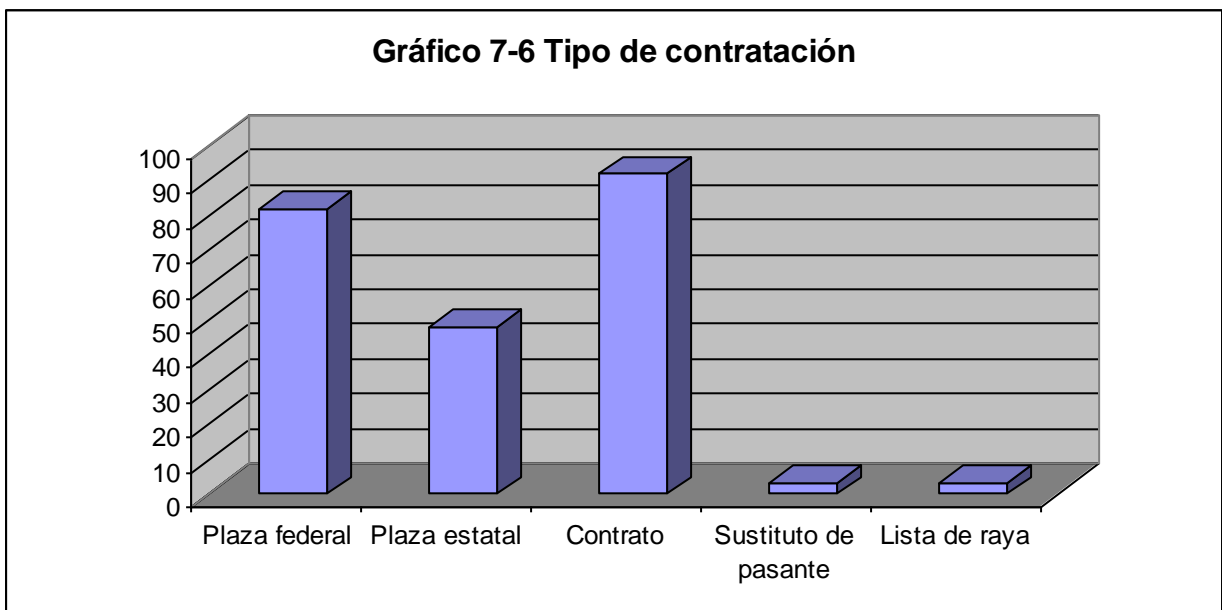


Tipo de contratación

En cuanto al tipo de contratación, lo cual nos habla en un momento dado de la estabilidad en el trabajo, encontramos que el 36% tiene plaza federal, el 21% plaza estatal, el 41% trabaja por contrato, el 1% es sustituto de pasante y otro 1% cobra en lista de raya.

Tabla 7-6. Distribución de tipo de contratación por frecuencias y porcentajes

Tipo de contratación	Frecuencia n=228	Porcentaje
Plaza federal	82	36
Plaza estatal	48	21
Contrato	92	41
Sustituto de pasante	3	1
Lista de raya	3	1
Total	228	100

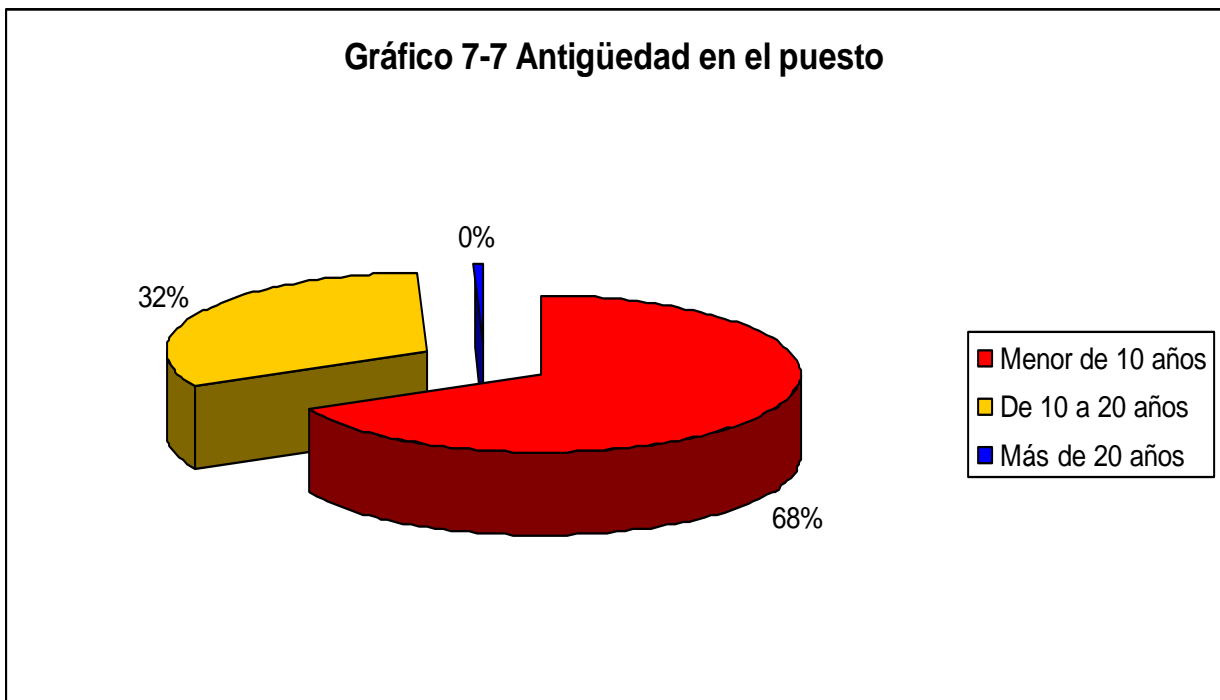


Antigüedad en el puesto

Respecto a los años de antigüedad en el puesto, tenemos que el 68% de los médicos tienen una antigüedad menor a 10 años, mientras que el 32% tienen de 10 a 20 años trabajando en el mismo puesto, apenas un médico contestó que tiene más de 20 años en servicio.

Tabla 7-7. Distribución de antigüedad por frecuencias y porcentajes

Antigüedad	Frecuencia n=228	Porcentaje
Menor de 10 años	154	68
De 10 a 20 años	73	32
Más de 20 años	1	0
Total	228	100

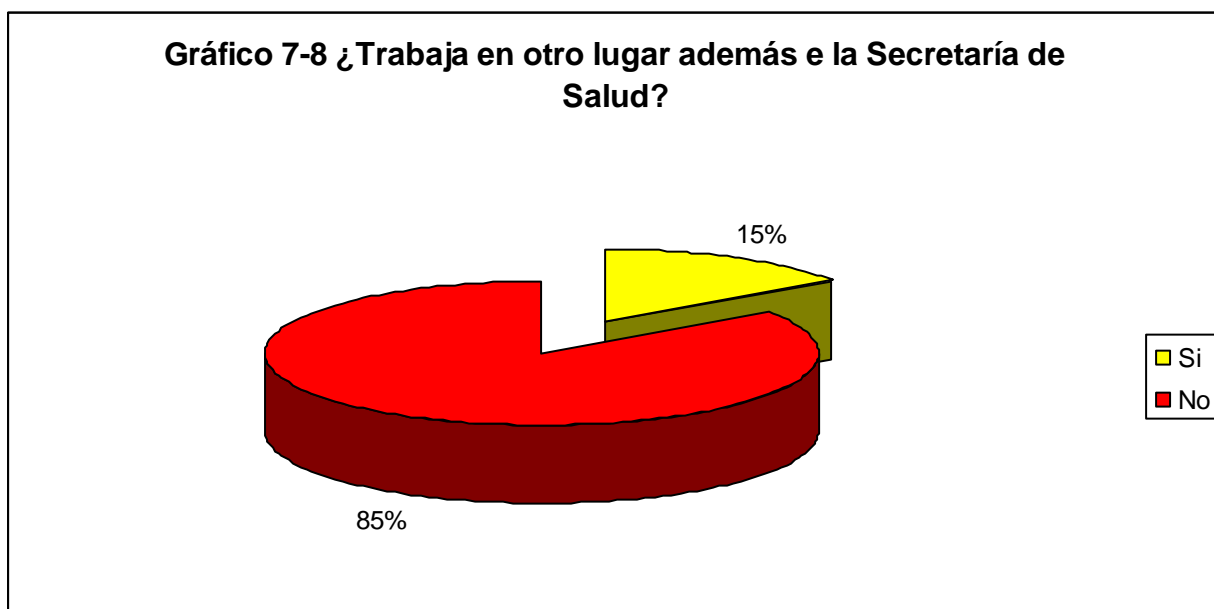


Carga laboral extra

Cuando se les preguntó a los médicos si tienen un trabajo adicional al que desarrollan en la Secretaría de Salud, el 85% respondió que si y el 15% que no.

Tabla 7-8. Distribución de carga laboral extra por frecuencias y porcentajes

¿Trabaja en otro lado?	Frecuencia n=228	Porcentaje
Si	35	85
No	193	15
Total	228	100



7.1.3. Inventario Burnout de Maslach (M.B.I.)

En este apartado se estudian las tres formas posibles de interpretar el síndrome de burnout: para cada dimensión del inventario (promedios), de un modo más globalizado (grados) y por análisis de patrones (niveles)³⁷.

Tabla 7-9 Calificación de las tres dimensiones del Burnout³⁸

Grados de burnout	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal en el trabajo
Bajo	<18 puntos	<5 puntos	>40 puntos
Medio	19-26 puntos	6-9 puntos	34-39 puntos
Alto	>27 puntos	>10 puntos	<33 puntos

Dimensiones del inventario de Maslach

Se presentan a continuación los promedios obtenidos por los médicos residentes de la Especialidad en Medicina Familiar, en las tres dimensiones del Inventario de Maslach

Tabla 7-10 Puntuaciones obtenidas por los médicos residentes en las tres dimensiones del Inventario de Maslach

Dimensiones del Burnout	Puntuaciones n=228
Agotamiento emocional	9,62
Despersonalización	3,31
Realización personal en el trabajo	41,87
Nivel de burnout	Bajo

1. En cuanto a las variables de tipo laboral, se encontró que no existen diferencias significativas entre las tres dimensiones del burnout y la variable área de trabajo.

Niveles de burnout

De acuerdo a los resultados encontrados y tomando como referencia la tabla anterior, tenemos que la media de la muestra le corresponde un nivel de burnout bajo, debido a que en las tres dimensiones del burnout puntuaron bajo en los tres principales percentiles.

Tabla 7-11 Puntuaciones para las tres dimensiones del Inventario de Maslach y nivel de burnout de acuerdo a los tres principales percentiles.

Percentiles	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal en el trabajo	Nivel de burnout
25	4	0	40	Nada
50	7	1.5	44	Nada
75	14	6	48	Nada

En todos los percentiles notamos niveles bajos en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, excepto en el percentil 75 en el que la despersonalización tiene un nivel medio, sin embargo, la suma de las tres puntuaciones de dicho percentil de cualquier modo indica un nivel de burnout nulo (Ver tabla 7-12).

Tabla 7-12 Prevalencia de Burnout en la población estudiada.

Nivel de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
Nada	175	77
Poco	36	16
Medio	9	4
Bastante	7	3
Extremo	1	0
Total	228	100

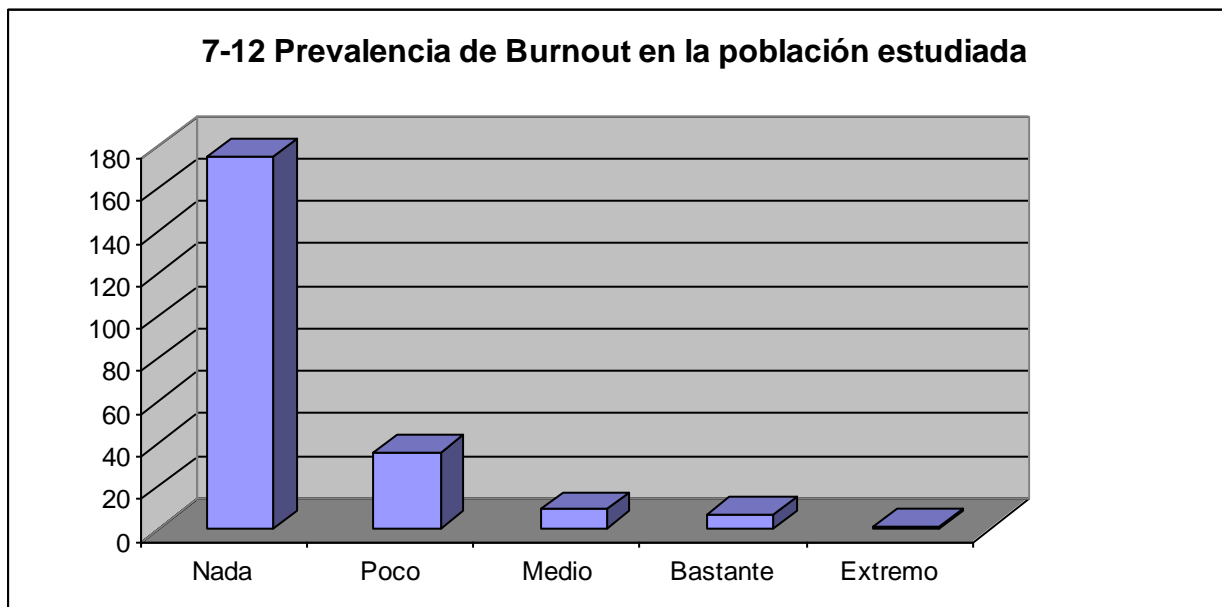


Tabla 7-13 Procedimiento para la obtención de los cinco niveles de Burnout

Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal en el trabajo	Nivel de burnout
Bajo	Bajo	Bajo	Nada
Bajo	Bajo	Medio	Nada
Bajo	Bajo	Superior	Poco
Bajo	Medio	Bajo	Nada
Bajo	Medio	Medio	Poco
Bajo	Medio	Superior	Medio
Bajo	Alto	Bajo	Poco
Bajo	Alto	Medio	Medio
Bajo	Alto	Superior	Bastante
Medio	Bajo	Bajo	Nada
Medio	Bajo	Medio	Poco
Medio	Bajo	Superior	Medio
Medio	Medio	Bajo	Poco
Medio	Medio	Medio	Medio
Medio	Medio	Superior	Bastante
Medio	Alto	Bajo	Medio
Medio	Alto	Medio	Bastante
Medio	Alto	Superior	Extremo
Alto	Bajo	Bajo	Poco
Alto	Bajo	Medio	Medio
Alto	Bajo	Superior	Bastante
Alto	Medio	Bajo	Medio
Alto	Medio	Medio	Bastante
Alto	Medio	Superior	Extremo
Alto	Alto	Bajo	Bastante
Alto	Alto	Medio	Extremo
Alto	Alto	Superior	Extremo

7.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

En este apartado se hacen los estudios de contraste entre los distintos grupos de variables (Ver tabla 3). En función de la naturaleza de las variables a tratar y de las características de los grupos de contraste se sacaron las medias obtenidas en cada correlación de variables y se utilizó la técnica de análisis de correlaciones bivariadas para obtener el Coeficiente de Correlación de Pearson, el cual permitió medir el grado de relación lineal existe entre las variables.

Tabla 7-14. Grupos de variables de los estudios de contraste

ANÁLISIS INFERENCIAL: GRUPOS DE VARIABLES	
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad, sexo, estado civil, número de hijos
VARIABLES LABORALES	Área de trabajo, tipo de contratación, antigüedad, carga laboral extra
VARIABLES PROVENIENTES DEL MBI	Puntuaciones medias en las tres dimensiones, grados de burnout en las tres dimensiones y niveles de burnout

7-14. Tabla para calificar el Coeficiente de Correlación de Pearson³⁹

Valores entre -1,1	
Valores	Significado
-1	Alta relación inversa
0	Nula relación
+1	Alta relación

7.2.1. Variables sociodemográficas

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las puntuaciones medias de acuerdo a las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, correlacionadas con las variables sociodemográficas edad, sexo, estado civil y número de hijos. La prueba estadística que se utilizó fue el Coeficiente de correlación de Pearson.

7.2.1.1. Edad

Los resultados derivados de la aplicación del Inventario de Maslach a la población bajo estudio demuestran que la media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional en la población menor de 41 años fue de 10.09, en tanto que la media obtenida en la población de 41 años o más fue de 8.39, logrando así una correlación significativa de 0,05 bilateral, lo cual se interpreta como que a mayor edad, menor nivel de agotamiento emocional.

Tabla 7-15. Resultados de la Media y Correlación de Pearson entre las Dimensiones del Burnout y la variable edad agrupada

Variable	Menor a 41 años Media n=165	41 años o más Media n=63	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	10.09	8.39	-.135*
Despersonalización	3.53	2.73	-.085
Realización personal en el trabajo	42.18	41.06	-.060

* La correlación es significativa al nivel 0,05 bilateral

7.2.1.2. Sexo

En cuanto a la correlación entre sexo y las dimensiones de burnout, encontramos que no fueron significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 7-16. Resultados de la Media y Correlación de Pearson entre las Dimensiones de Burnout y la variable sexo

Variable	Masculino Media n=121	Femenino Media n=107	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	9.09	10.22	.064
Despersonalización	3.48	3.11	-.044
Realización personal en el trabajo	42.51	41.14	-.082

7.2.1.3. Estado civil

Respecto al estado civil, no se encontraron relaciones significativas entre las dimensiones del burnout y el hecho de ser soltero, casado, divorciado o vivir en unión libre.

Tabla 7-17. Resultados de la Media de las Correlaciones entre Dimensiones de Burnout y el Estado civil

Variable	Soltero n=50	Casado n=139	Divorciado n=14	Unión libre n=	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	8.80	9.91	8.78	10.16	.033
Despersonalización	2.48	3.48	3.35	3.96	.090
Realización personal en el trabajo	42.78	41.93	40.21	40.64	-.081

7.2.1.4. Número de hijos

La relación entre la variable número de hijos y puntajes en las dimensiones del burnout tampoco fueron significativas.

Tabla 7-18. Resultados de la Media de las Correlaciones entre Dimensiones de Burnout y el Número de hijos

Variable	Sin hijos n=69	Un hijo n=55	Dos hijos n=52	Tres hijos N=35	Cuatro hijos n=13	Cinco hijos n=1	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	9.08	9.38	10.44	9.45	10.00	19.00	.045
Despersonalización	3.33	3.30	2.63	2.91	5.76	3.00	.085
Realización personal en el trabajo	41.84	40.83	42.30	42.25	42.69	36.00	.061

7.2.2. Variables laborales

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las puntuaciones medias de acuerdo a las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, correlacionadas con las variables laborales área de trabajo, tipo de contratación, antigüedad y carga laboral extra.

7.2.2.1. Área de trabajo

Respecto al área de trabajo, los resultados indican que no hay variaciones significativas en los resultados obtenidos en las tres dimensiones del burnout por el hecho de trabajar en el área de urgencias, consulta externa u otra.

Tabla 7-19. Resultados de la Media de las Correlaciones entre Dimensiones de Burnout y el Área de trabajo

Variable	Urgencias n=32	Consulta externa n=192	Otro n=4	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	10.75	9.44	9.50	-.049
Despersonalización	3.84	3.25	2.00	-.060
Realización personal en el trabajo	42.65	41.88	35.25	-.072

7.2.2.2. Tipo de contratación

El tipo de contratación, que se relaciona con la estabilidad laboral, de acuerdo a los resultados obtenidos, no fue significativo para los puntajes en las tres dimensiones del burnout.

Tabla 7-20. Resultados de la Media de las Correlaciones entre Dimensiones de Burnout y el Tipo de contratación

Variable	Plaza Estatal N=82	Plaza Federal n=48	Contrato n=92	Sustituto de pasante n=3	Lista de raya n=3	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	8.89	8.35	11.05	1.00	15.00	.099
Despersonalización	2.65	3.70	3.76	.00	4.3	.089
Realización personal en el trabajo	41.54	42.45	42.21	32.00	40.66	-.006

7.2.2.3. Antigüedad

El número de años que han trabajado como médicos fue significativo de manera inversa, en una correlación bilateral a nivel 0.05, lo cual indica que hay una relación inversa entre el número de años trabajados y los niveles de agotamiento emocional, es decir, mientras más años se han trabajado, menor nivel de burnout se presenta en el aspecto de agotamiento emocional.

Tabla 7-21. Resultados de la Media de las Correlaciones entre Dimensiones de Burnout y la antigüedad

Variable	Cinco o menos años n=107	Más de cinco años n=121	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	10.33	9.00	-.140*
Despersonalización	3.65	3.00	-.089
Realización personal en el trabajo	41.60	42.10	-.023

* La correlación es significativa a nivel 0,05 (bilateral)

7.2.2.4. Carga laboral extra

El hecho de que la mayoría de los médicos cuenten con otro trabajo adicional al que desarrollan en la Secretaría de Salud no constituye una variable significativa para los puntajes obtenidos en las tres dimensiones del burnout.

Tabla 7-22. Resultados de la Media de las Correlaciones entre Dimensiones de Burnout y la existencia o no de una carga laboral extra

Variable	No tiene otro trabajo n=193	Tiene otro trabajo n=35	Correlación de Pearson
Agotamiento emocional	9.37	11.00	.067
Despersonalización	3.22	3.77	.045
Realización personal en el trabajo	41.89	41.77	-.005

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de burnout en los médicos residentes de la especialidad en medicina familiar fue de 23%, encontrando que el 16% tuvo nivel “poco”, 4% nivel medio y 3% nivel bastante. De ahí se desprende que el 77% de la población de médicos residentes bajo estudio no presentaron burnout en alguno de sus niveles (Ver tabla 7-12). Estos resultados rechazan la Hipótesis no. 1: “La mayoría de los médicos residentes de la Especialidad de medicina familiar del estado de Tabasco participantes en el estudio presentan elevados niveles de burnout”.

2. Respecto a las dimensiones de burnout encontramos que en el agotamiento emocional, la media fue de (9,62), despersonalización (3,31) y realización personal en el trabajo (41,87), lo cual implica que los niveles de burnout obtenidos en cada dimensión se encuentran dentro del rango bajo (Ver tablas 7-9 y 7-10)

3. De los análisis estadísticos de correlación entre las variables demográficas y las tres dimensiones del burnout se desprenden las siguientes conclusiones:

a) No existen relaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout y la variable edad, por lo que los casos de médicos que presentan algún nivel de burnout no tienen una relación significativa respecto a la edad de los mismos (Ver tabla 7-15).

b) No existen diferencias significativas entre las tres dimensiones del burnout y la variable sexo, lo cual nos dice que el ser hombre o mujer no impacta directamente en la prevalencia del síndrome de burnout, dado que ambos sexos están expuestos a las mismas condiciones de riesgo para desarrollar el síndrome (Ver tabla 7-16). De aquí se desprende que la Hipótesis no. 2: H2. “Las mujeres médicas residentes presentan una mayor prevalencia de burnout en relación a sus compañeros varones” se rechaza.

c) No existen relaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout y la variable estado civil, es decir, presentan el mismo riesgo de presentar el síndrome de burnout los médicos solteros, casados, divorciados o en unión libre (Ver tabla 7-17). La Hipótesis no. 3 “Los médicos hombres y mujeres casados o que viven en pareja presentan una mayor incidencia de burnout en relación a los que no tienen pareja” se rechaza en virtud de los anteriores resultados.

d) El hecho de tener o no hijos, así como el número de hijos que tienen los médicos participantes en el estudio no son variables que impacten de forma significativa en el desarrollo de las tres dimensiones del burnout, con lo cual podemos concluir que la manutención, el tiempo y los demás elementos asociados a la crianza de los hijos no son estadísticamente significativos para desarrollar el síndrome (Ver tabla 7-18).

e) Respecto a las variables de tipo laboral, se encontró que no existen relaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout y la variable área de trabajo, es decir, el hecho de que los médicos residentes se encuentren laborando en el área de urgencias, de consulta externa o en alguna otra, no tiene una relación significativa para presentar o no el síndrome (Ver tabla 7-19).

f) La estabilidad laboral que en las variables sociodemográficas registradas se trabajó como el tipo de contratación de los médicos que fue: personal médico con plaza estatal, con plaza federal, por contrato, como sustituto de pasante o en lista de raya, no fueron significativas para los niveles de burnout que se presentaron (Ver tabla 7-20). Estos resultados hacen que la Hipótesis no. 4: “Los médicos que tienen plaza presentan niveles más bajos de burnout que quienes se encuentran bajo el régimen de contrato, son sustitutos de pasante o cobran por lista de raya” se rechace.

g) La antigüedad, es decir, el número de años que han laborado los médicos, clasificándolo de menos de cinco años o más de cinco años, no fue un factor significativo para desarrollar el síndrome (Ver tabla 7-21).

h) El hecho de que los médicos tuvieran uno o más de un trabajo, no fue significativo para desarrollar el síndrome (Ver tabla 7-22), lo cual rechaza la Hipótesis no. 5: “Los médicos que tienen carga laboral extra presentan mayores niveles de burnout que los que solo tienen un trabajo”.

La investigación pone de manifiesto la escasa relación entre las variables de índole sociodemográfica y la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del estado de Tabasco, lo cual nos obliga a profundizar en el análisis de los datos para conformar el perfil epidemiológico del 23% de médicos que si presentaron algún nivel de burnout.

SUGERENCIAS

El hecho de que los resultados del presente estudio indiquen que poco menos de la cuarta parte de los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del estado de Tabasco presentan algún nivel de burnout, no quiere decir que dejen de constituir una población con un alto riesgo para desarrollar el síndrome, como demuestran los estudios realizados en otras latitudes,.

Recomendamos por lo tanto, realizar estudios similares en otras poblaciones de médicos de la entidad, para detectar los casos de vulnerabilidad para padecer dicho síndrome y de esa forma, tomar las medidas a nivel individual, organizacional y social necesarias para hacerle frente.

Asimismo es importante que como medidas preventivas se difundan las características del síndrome, sus causas y consecuencias entre la población dedicada a tareas relacionadas con la salud, dado que, paradójicamente, son una de las más vulnerables para padecerlo.

REFERENCIAS

- ¹ Mingote C (1998) Síndrome del burnout o desgaste profesional. FMC. 1998; Vol. 5(8): 493-508.
- ² Leiter, MP. The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. Canadian Psychology 32, 1991 pp. 547-58.
- ³ Párraga Sánchez José Manuel. Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. [Tesis doctoral]. Cáceres. Universidad de Extremadura; Cáceres, España; 2005.
- ⁴ Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. J Occupational Behavior. 1981; 2, 99-113
- ⁵ Freudenberger H.J. Burnout. New York. Doubleday, 1980.
- ⁶ Pines, A., y Aaronson, E. Burnout: Causes and Cures. New York, The Free Press. 1988.
- ⁷ Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis; 1995.
- ⁸ Gil Monte, PR. y Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse, Síntesis, España, 1997.
- ⁹ Freudenberger H. Staff burn-out. Journal of Social Issues 1974; 30: 159-165
- ¹⁰ Pines A y Kafry D. Occupational Tedium in the Social Services. Social Work, v23 n6 p499-507 Nov 1978.

¹¹ Edelwich, J. y Brodsky, A. Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press; 1980

¹² Freudenberger H.J. Burnout. New York. Doubleday; 1980.

¹³ Pines A, Aaronson E, Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. NY: Free Press; 1981

¹⁴ Brill, P. L. The need for an operacional definition of burnout. Family Community Health. 1984; 6, 12-24.

¹⁵ Cronin-Stubbs D y Rooks CA. The stress, social support, and burnout of critical care nurses: the results of research. Heart Lung; 1985 enero;14 (1):31-9.

¹⁶ Shirom, A. Burnout in work organization. En C.L. Cooper y I. Robertson (eds.), internacional review of industrial and organizacional psychology. Nueva York: John Wiley and Sons; 1989.

¹⁷ Moreno B. Oliver, C. y Aragoneses, A. El burnout, una forma específica de estrés laboral en G. Buena-Casal y V.E. Caballo (Eds) Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI editores; 1991

¹⁸ Peris M.D. El número 7+- 2 como explicación cognitiva (LMCP) de síndrome de burnout y de PTSD. En Libro de Ponencias: Jornada de debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaime I de Castellon; 2002. pp 14-12.

¹⁹ Virues Elizondo RA. Estudio sobre ansiedad. Revista electrónica psicología.com [Revista de Internet] 2005 Septiembre-diciembre. [acceso: 22 de mayo de 2008]; 1(71). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-69-estudio-sobre-ansiedad.pdf>

²⁰ Medline Plus Enciclopedia [Sede Web] Rockville Pike, Bethesda. USA. 7/17/2007 [acceso el 22 de abril 2008]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003088.htm>

²¹ Navactiva.com. El portal de las empresas de Navarra. Salud laboral [Sede Web] Navarra, España: navactiva.com; 2008- [acceso el 7 de julio 2008] Disponible en <http://www.navactiva.com/web/es/>

²² OIT. La prevención del estrés en el trabajo. Condiciones de trabajo. Recopilación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1996.

²³ Potter, Beverly A. Estrés y Rendimiento en el Trabajo. México, Editorial Trillas; 2001.

²⁴ Moreno JB, Peñacoba PC. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI, 1996.

²⁵ Gil Monte PR y Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio de quemarse por el trabajo. Anales de psicología; 1999, 15 (2). 261-68.

²⁶ Barraza Macías A, Carrasco Soto R y Arreola Corral MG. Informe final de la investigación "Síndrome de Burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango" Universidad Pedagógica de Durango, Universidad Juárez del Estado de Durango y Secretaría de Salud del Estado de Durango; 2007. [acceso 19 de junio de 2008] Disponible en: www.upd.edu.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf

²⁷ Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger; 1980.

²⁸ Fernández García R, García Montes JM, Fornieles Ortiz I, Muyor Rodríguez JM, Fidalgo Aliste AM. [Revista en Internet] 2008 Desgaste en profesionales de la salud. Interpsiquis.-1, [Acceso 16 junio de 2008] Disponible en <http://www.intersalud.es>

²⁹ Ortega Ruiz, C y López Rios, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology [Revista de Internet] 2004, enero/año vol. 4, número 001 p. 23. [acceso: 22 de junio 2008]. Disponible en: <http://ec3.ugr.es/in-recs/articulos/108714.htm>

³⁰ Caballero MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociadas al burnout en un área de salud. Atención primaria. 2001; 27:313-7.

³¹ Cairo H. Burnout o estrés laboral: un síndrome cada vez más expandido. Mujeres de empresa; 2002. [acceso 15 de mayo de 2008] Disponible en: http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml

³² Maslach, C. Job. Burnout: New directions in research and intervention. Current Directions in Psychological Science. 2003; 12: 189-92.

³³ Tous Pallarés, J. Quemarse en el trabajo: el síndrome del burnout. Editorial Borrmar; 2005. [acceso 12 de mayo de 2008] Disponible en http://www.borrmart.es/articulo_laboral.php?id=1516

³⁴ Manual de organización de centros de salud de 1999. Secretaria de salud, subsecretaria de regulación y fomento sanitario.

³⁵ Maslach, C y Jackson, S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

³⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; D.O. 6-I-1987.

³⁷ Rubio Jiménez, Jesús Carlos. Fuentes de estrés, síndrome de burnout, y actitudes disfuncionales en orientadores del Instituto de Enseñanza Secundaria. [Tesis doctoral], Cáceres. Universidad de Extremadura; Cáceres, España; 2003.

³⁸ Graue Wiechers E, Álvarez Cordero R, Sánchez Mendiola M. La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. 2007. [acceso 28 de julio] Disponible en http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html.

³⁹ Amon, J. Estadística para psicólogos (2). Probabilidad. Estadística Inferencial. Madrid: Pirámide; 1990.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE ASPECTOS

SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

CUESTIONARIO DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

PRESENTACIÓN:

La siguiente encuesta forma parte de un estudio que tiene como objetivo contribuir al conocimiento de las condiciones de salud de los médicos del estado de Tabasco. Su participación es confidencial y muy importante, por lo que agradecemos la sinceridad de sus respuestas.

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste las siguientes preguntas colocando en los espacios en blanco la respuesta correspondiente a cada pregunta o en su caso, escribiendo una X dentro de los paréntesis para señalar la respuesta que coincida con su caso.

1. Edad _____ años
2. Sexo
 1. Masculino ()
 2. Femenino ()
3. Estado civil
 1. Soltero ()
 2. Casado ()
 3. Divorciado ()
 4. Unión libre ()
4. Número de hijos _____
5. Área de trabajo
 1. Urgencias ()
 2. Consulta externa ()
 3. Otro () _____
6. Tipo de contratación
 1. Plaza estatal ()
 2. Plaza federal ()
 3. Por contrato ()
 6. Sustituto de pasante ()
 7. Lista de raya ()
7. Antigüedad en el puesto _____ años
8. ¿Trabaja en algún otro lugar además de la Secretaría de Salud?
 1. Si ()
 2. No ()
9. ¿Dónde? _____

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO II

CUESTIONARIO MBI

