



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

**“PRESENCIA Y GRADO DE SINDROME DE
BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL
INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA

PRESENTA:

DRA. GUADALUPE LABRA ZAMORA

ASESORES:

DRA. MARGARITA NAVA FRIAS
LIC. ANTONIA LÓPEZ LÓPEZ



HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2010



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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi vida y ayudarme en lo que he logrado

A MIS PADRES:

Beto y Mary: por que el éxito obtenido es gracias a su esfuerzo, también es de ustedes, quienes sin estimar sacrificio alguno me brindaron cariño, amor, formación y educación.

A MI ESPOSO:

Alfredo, por ser mi inspiración, y que gracias a su comprensión, cariño y paciencia a lo largo de estos años, siempre me ha apoyado y ayudado a seguir adelante juntos.

A MIS HERMANOS:

Edgar, José y Beto gracias por estar siempre conmigo y apoyarme en todo lo que he necesitado sin importar tiempo ni distancia

A MI FAMILIA:

Mis cuñados Adriana, Erika, Mary, Álvaro que siempre han estado conmigo y con Alfredo, gracias por su apoyo. Y a mis sobrinos Emilio que tanto quiero, Laura y Regis, así como ahora a mi pequeña Hellen, que llenan de alegría y cariño mi vida.

Y a todos los que no he nombrado pero siempre están en mi corazón. Gracias!!!

INDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	3
Reseña Histórica.....	3
Clasificación de Burnout.....	3
Factores asociados.....	4
Síntomas.....	5
Diagnóstico y Clasificación.....	6
Epidemiología.....	8
Planteamiento del Problema.....	14
Justificación.....	15
Objetivos.....	15
Hipótesis.....	16
Metodología.....	16
Tipo de estudio.....	16
Criterios de selección.....	17
Instrumento.....	17
Plan de análisis estadístico.....	18
Resultados.....	20
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37
Estrategias.....	37
Limitantes.....	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	41

TITULO

“Presencia y Grado de Síndrome de Burnout en el personal de Salud del Hospital Infantil de México, Federico Gómez”

INTRODUCCION

El personal de salud por la naturaleza propia de sus actividades desempeña un trabajo física y emocionalmente agotador ya que participa constantemente en situaciones de vida y muerte, lo cual genera estrés implicando el desarrollo de problemas conductuales como el síndrome de Burnout. El Burnout se produce por la "adicción al trabajo" (entendiéndola, según Machlowitz (1981), como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito"), que provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias a la estimulación laboral adversa. El síndrome de *burnout* o agotamiento profesional, significa estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto. Este síndrome presenta, tres componentes esenciales: el agotamiento emocional, la despersonalización o deshumanización y la falta de realización profesional.

El síndrome de burnout es un trastorno de estrés crónico que se presenta por el trato directo o indirecto con la gente originando agotamiento emocional del trabajador. Como consecuencia de estos hechos el entusiasmo por la profesión empieza a disminuir llevando a frustraciones y finalmente fracaso tanto profesional como personal. Esto se traduce en enojo persistente, mal trato a compañeros y pacientes provocando un ambiente hostil y amenazador (Ortega Ruíz, 2004).

El síndrome se caracteriza por: cansancio profesional que se presenta por pérdida de energía, con agotamiento físico y psíquico; despersonalización o deshumanización, causando un cambio negativo en las actitudes del profesional volviéndolo irritable en contra del usuario y sus compañeros llegándolos a considerar objetos; y finalmente la falta de realización personal produciendo sentimientos de frustración en el trabajo traduciéndose en falta de motivación, iniciativa y ausencia de retos personales, con manifestaciones pseudo depresivas, un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional.(Cherniss 1980)

Todo esto lleva al trabajador de la salud a caer en un cuadro de baja autoestima, llanto fácil, labilidad emocional, ansiedad y en casos extremos a ideación suicida; por tanto este síndrome es motivo de preocupación por las consecuencias personales que involucra, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, por las repercusiones familiares y sociales, así como por la repercusión en el ámbito laboral u organizacional, como ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios y pérdida de productividad. De tal manera que también repercute en el ámbito familiar del trabajador.

De lo anterior se deduce que hace poco más de veinte años que se comenzó a investigar sobre el constructo burnout, habiéndose registrado un desarrollo considerable de la investigación al respecto. Gillespie (1981) manifestaba la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a nivel individual y organizacional, de ahí que Burke (1991) señalara que el interés por caracterizar el constructo de burnout en el contexto organizacional siga creciendo.

Maslach y Jackson (1981), precisan muy bien los objetivos de su estudio: el burnout es un problema que afecta a muchas personas y se necesita saber más acerca de él, para poder reducir tanto la prevalencia como la incidencia de un problema que afecta cada vez a más profesionales, y consecuentemente a más personas. La identificación del síndrome es importante, por lo que este

trabajo busca conocer el comportamiento del síndrome de burnout en el personal del Hospital Infantil de México, por medio de la escala denominada Maslach Burnout Inventory, aceptada de forma internacional para evaluar los tres principales componentes de dicho síndrome. Siendo necesario tomar en consideración algunos factores que predisponen al médico al desarrollo del burnout, los cuales se han observado en diferentes estudios tales como sexo descrita por Pines y Kafry en 1981; edad(Gould(1995); años de laborar dentro de una institución, salario, jornadas de trabajo descritas en 1986 por Wade, Cooley y Savicki; redes de apoyo como pareja e hijos (Friesen y Sarros, 1987), grado de estudios, y si dentro de una misma institución, el pertenecer a un área laboral distinta difiere el grado de presentación del mismo o no (Ortega Ruíz, 2004).

MARCO TEORICO

RESEÑA HISTORICA

El término "Burnout" procede del inglés y se traduce en castellano como "estar quemado por el trabajo". A mediados de los años 70 el Médico Psiquiatra Herbert Freudenberger describió el síndrome Burnout, aunque no con tal nombre, como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas. El citado médico psiquiatra trabajaba en una clínica de Nueva York y observó como la gran mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en un periodo determinado -normalmente un año-, sufrían de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

Su definición reagrupaba diversas manifestaciones de tensión que se daban en personas "adictas al trabajo": Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador".

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó el término Burnout, empleado hasta entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. Determinó que los afectados sufrían " sobrecarga emocional" o síndrome de Burn out y lo definió como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas".

Esta patología recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas y que se manifiesta en los diferentes aspectos.

Según Maslach y Leiter, "el mundo del trabajo es una arena agresiva en la cual el individuo trata de sobrevivir"; y el Burnout es el fracaso de este intento.

Según Freudenberger (1974), este síndrome sería contagioso, ya que los trabajadores que lo padecen pueden afectar a los demás con su hastío, desesperación y cinismo, con lo que en un corto período de tiempo la organización, como entidad, puede caer en el desánimo generalizado. Otros autores como Savicki, Seidman y Zager formulan la posibilidad de que genere efectos epidémicos.

CLASIFICACION DE BURNOUT:

Gillespie (1981) diferenció dos tipos de burnout que surgen precisamente por la ambigüedad en la conceptualización del síndrome:

Burnout activo

- Se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva. Se relaciona con los factores organizacionales o elementos externos a la profesión.

Burnout pasivo

- Predominan los sentimientos de retirada y apatía. Tiene que ver con factores internos psicosociales.

FACTORES ASOCIADOS

El burnout surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo esté más predispuesto a padecerlo. El estrés suele tener carácter laboral, primordialmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el burnout se conceptualiza como un proceso continuo que se manifiesta de manera paulatina y que va interiorizando el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

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

Existen determinados factores que propician el Burnout:

- La naturaleza de la tarea,
- La variable organizacional e institucional,
- La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social),
- La variable individual_(características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad),

Edelwich y Brodsky (1980), proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

- 1.-Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- 2.-Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- 3.-Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

4.-Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

SINTOMAS:

Existen una serie de efectos provocados por éste fenómeno:

- Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía (Compassion Fatigue).
- Favorece la Respuesta Silenciosa (Danieli, 1984, Baranowsky 1997) que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras.
- Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición les agobia y a menudo agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.
- El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.
- Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó al intentar obtener una recompensa esperada.
- La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales que trabajan ayudando a otras personas son el resultado de sus condiciones de trabajo.
- El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.

Es la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro crónico, que genera baja de la autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en algunos caso psicosis con angustia y/o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio. (Aveni y Albani, 1992)

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

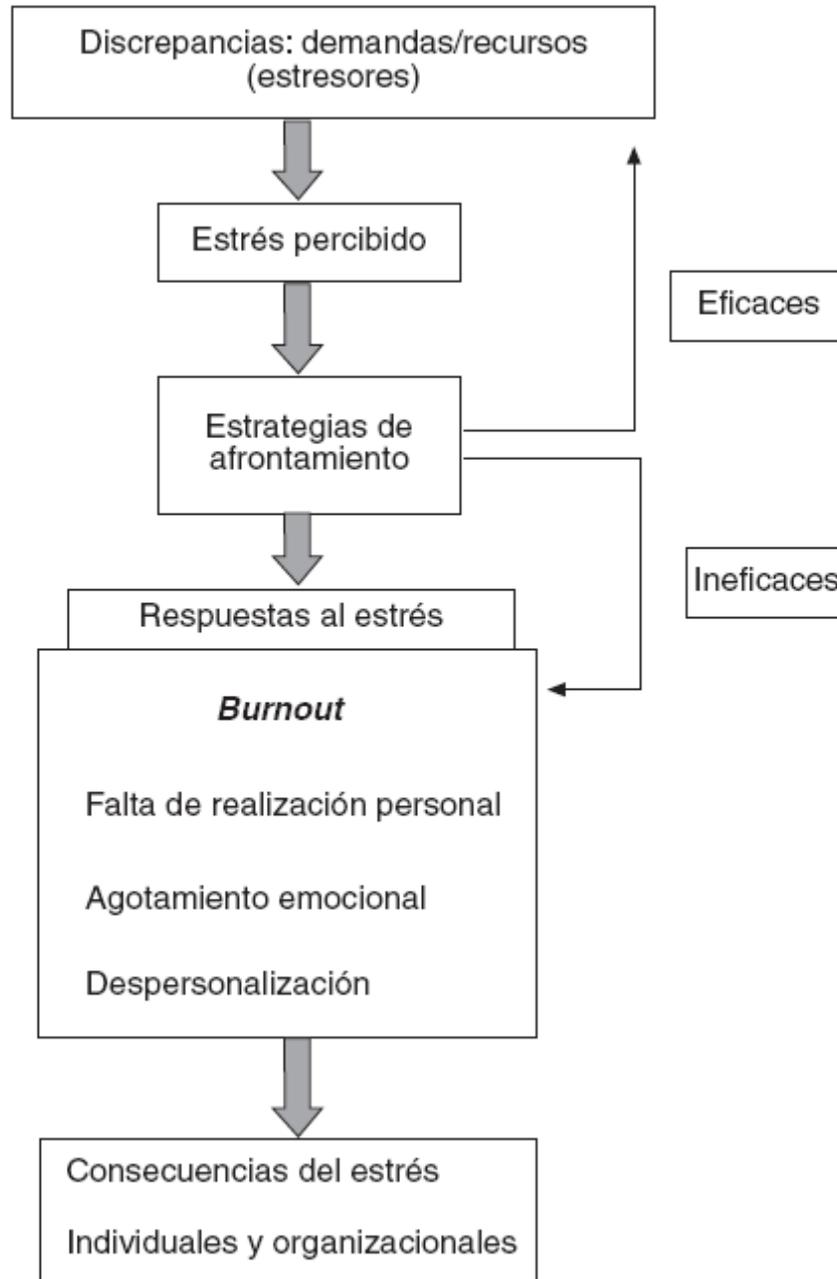
El síndrome de Burnout está configurado como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, los cuales se miden por el cuestionario creado en 1981 por Jackson y Maslach, en el cual se mide la frecuencia e intensidad del Burnout. Consta de 22 apartados que evalúa tres dimensiones:

- El agotamiento emocional y físico se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los trabajadores que se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía. Conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20; la relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional, es decir no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Las puntuaciones en cada área se distribuyen en rangos que definen un grado de burnout, siendo bajo menos de 18, medio de 19 a 26 y alto mayor 27, lo que quiere decir que a mayor puntuación el individuo se encuentra más afectado.

- La despersonalización o deshumanización se caracteriza por tratar a los usuarios, compañeros y la organización como objetos. Los trabajadores pueden demostrar insensibilidad emocional, un estado psíquico en que prevalece el cinismo o la disimulación afectiva, la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás. Constituida por los ítems 5, 10, 11, 15, y 22; siendo nivel bajo menor de 5 puntos, medio 6-9, y alto mayor a 10. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del burnout.

- La disminución de la realización personal en el trabajo que se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas. La conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, y 21. A diferencia de las anteriores la escala de realización personal funciona en sentido opuesto, es decir a mayor puntuación se asigna un grado bajo (más de 40 puntos), medio de 34 a 39 y bajo menor a 33 puntos, es decir a mayor puntuación el individuo se encuentra más afectado. Para calificar cada aseveración se utilizan 6 grados del 0-6 con los siguientes parámetros de respuesta: 0= nunca, 1= pocas veces al año, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5=pocas veces a la semana, 6= todos los días.

Figura 1. Modelo de Gil-Monte, Peiro, el Burnout es considerado un desequilibrio entre demandas del medio o de la persona y su capacidad de respuesta ante el estrés laboral.



Gil-Monte P, Peiró J. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública México 2002; 44 (1): 33-40.

EPIDEMIOLOGIA

Existen en la literatura médica internacional diversos estudios realizados por numerosos investigadores, que ofrecen información sobre la influencia y trascendencia del Síndrome de Desgaste o del Burnout según la profesión, reportándose desde 1982 por Maslach y Jackson una incidencia en personal médico del 20-35%, Henderson (1984) 30-40%; y Deckard, Meterko y Field (1994) del 50%. Observando que cada vez es mayor la frecuencia con la que se presenta este problema y está en relación al malestar en los profesionales de la salud de los hospitales, especialmente en los últimos años, por el proceso de deterioro de las condiciones socioeconómicas y el incremento de la demanda de asistencia de la población en los hospitales públicos.

La mayoría de los estudios psicológicos y sociológicos realizados a profesionales de la salud, apuntan a que ésta actividad laboral es una de las que más estrés origina debido a los cambios que se han vivido en los últimos 10 años. Estos cambios ha generado, posiblemente en muchos profesionales de la salud, intenso estrés y en consecuencia: enfermedades, suicidios, ausentismo laboral, etc., (Gillespie, 1980).

A nivel internacional es importante mencionar que una de las instituciones que desde hace ya un par de años viene introduciendo el estudio del Síndrome de Desgaste Profesional o "Burnout", entre sus temas de investigación, es la Universidad Autónoma de Madrid; la cual lo define como una forma específica de estrés laboral o estrés laboral asistencial tal como las autoras originalmente llaman al síndrome. Posteriormente universidades como la de Málaga, La Laguna, Valencia, Salamanca y Zaragoza, también se han dedicado al estudio del síndrome.

Esta insatisfacción vivida en el mundo hospitalario se comparte también en el plano familiar, ocasionando cambios de conducta y disfunciones familiares. Esto conduce a agrupar los factores de tensión en tres grupos:

- a. Factores relacionados con el trabajo.
- b. Factores externos o no relacionados con el trabajo
- c. Características individuales o personales.

Es importante destacar el papel que como institución social juega el centro de trabajo, en este caso el hospital, para poder hacer un abordaje acerca del síndrome de burnout.

El apoyo del sistema hospitalario se encuentra de manera importante en los profesionales de la salud que tienen contacto directo con las demandas de la población; necesidades que esperan ser atendidas en el menor tiempo posible y también con el menor sufrimiento. Esta situación hace a los profesionales sanitarios ser reconocidos socialmente.

El problema en este sentido, no es cuestionar la labor reconocida del profesional de la salud dentro de la institución hospitalaria, sino más bien el hecho de que a medida que la población crece y requiere que sean atendidas sus demandas de salud, la institución hospitalaria se ha ido burocratizando de tal manera que el cumplir con nuevas actividades, muchas de ellas en orden de lo administrativo; traen como consecuencia un constante estado de estrés, ansiedad y fatiga.

El síndrome de burnout es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación médico-paciente, y por la relación profesionista-organización. En cuanto a la organización de los Hospitales, y el uso de la tecnología, la división del trabajo cada vez es más compleja, la intensificación y especialización han hecho de los hospitales sistemas cada vez más complejos, esto impacta en una elevada jerarquía de autoridad y también se adoptan nuevas normas y reglas de funcionamiento, creando así dos líneas de autoridad: la administrativa y la profesional.

Independientemente de los aspectos mencionados, el sistema hospitalario es desencadenador tanto en pacientes como en su personal; de procesos de "despersonalización" en distintos momentos de su funcionamiento, la rutina de trabajo, interrupción de actividades, la respuesta a distintas líneas de autoridad, la falta de autonomía, resultan en situaciones que impactan emocionalmente al personal de salud, con manifestaciones de conductas inadecuadas, rebeldía, inestabilidad emocional, irritabilidad, ira, reacciones paranoides, todos ellos síntomas propios del síndrome, que habrán de transformarse en agresividad o a un estado de "pasividad" que literalmente se puede traducir como desilusión, e indiferencia.

En el 2006, se realizó un estudio en 600 trabajadores americanos se encontró que la aparición del síndrome estaba relacionada con el proceso de trabajo y que propiciaba el ausentismo, siendo la población más afectada médicos, enfermeras, trabajadores sociales y dentistas, así como personal que labora con pacientes de oncología, o en servicios como urgencias etc.

En América Latina, existen datos que ayudan a valorar la situación particular de diversas instituciones en relación a las diferentes profesiones que se ven afectadas y el costo que éste tiene para la economía, en la siguiente tabla se mencionan algunos estudios realizados en personal médico (Ver Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Datos epidemiológicos acerca de burnout en diferentes profesiones.

Estudio	Resultados
Kyriacou (1980)	25% en profesores
Pines, Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20-35% en enfermeras
Henderson (1984)	30-40% en médicos
Smith, Birch y Marchant (1984)	12-40% en bibliotecarios
Rosse, Johnson y Crown (1991)	20% en policías y personal sanitario
García Izquierdo (1991a)	17% en enfermeras
Jorgesen (1992)	39% en estudiantes de enfermería
Price y Spence (1994)	20% en policías y personal sanitario
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en médicos

García M, Sáez MC, Llor B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;1:215-28.

Tabla 2. Porcentaje de Burnout en personal médico según diversas investigaciones.

INVESTIGADOR	% OBTENIDO
Henderson (1984)	30%
Deckard, Meterlo, Fiel	50%
Atance (1997)	47.1%
Casadel et al (2001)	63%
Caballero, Fernandez (2001)	38.3%
J. Cebria et al (2001)	40%
Buitrago (2001)	40%
Pera y Serra –Prat (2002)	27%
Apellániz Pascual (2005)	50%
Loria-Guzmán (2006)	40% (médicos fgamiliares)
Loria-Guzmán (2006)	30% (cirujanos generales)
Loria-Guzmán (2006)	30% (,médicos internistas)
Loria-Guzmán (2006)	20.8% (pediatras)
Loria-Guzmán (2006)	44% (anestesiólogos)
Loria-Guzmán (2006)	61.1% (urgenciólogos)

Faragher EB, Cass M, Cooper CL: The relationship between job satisfaction and health:a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005; 62: 105-112.

En México, se realizó un estudio por Cabrera y cols. en el 2005, en el Hospital de Especialidades en Guanajuato en donde participaron 235 enfermeras, se encontró que todas tenían algún grado de desgaste profesional, aunque el (61%) se ubicaba en grado bajo .

El estudio realizado por Yusvisaret Palmer y cols en el 2005, en la ciudad de Mexicali, en 92 médicos anestesiólogos halló una prevalencia del 44% de síndrome de desgaste profesional, de los cuales la dimensión más afectada con (17%) fue el de agotamiento emocional .

Curiel y cols. en 2006 realizaron un estudio comparativo entre el personal de enfermería y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como en el Instituto del Seguro Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), obtuvo niveles superiores al 40% tanto en la dimensión de despersonalización y agotamiento en el personal médico, observando que estos niveles fueron significativamente mayores en el IMSS .

Datos de Ávila y Sandoval de un estudio realizado en 130 Médicos Residentes de diferentes sedes de la Especialidad de Urgencias en el 2002, refieren que el 60% de los médicos presentaban datos de estrés, 33.33% algún grado de depresión y 47.7% algún nivel de ansiedad;

dichos datos se presentaron en mayor medida dentro de los primeros años de la residencia, no encontrando diferencias en cuestiones de género.

Por su parte Díaz Cruz y cols, observaron en 168 Médicos Residentes de las Especialidades de Urgencias, Pediatría, Medicina Interna, Anestesiología y Cirugía General durante el 2004 que un 23% tenían niveles altos de despersonalización o deshumanización y 17% mostraron agotamiento emocional respectivamente, aunque prácticamente en todos los individuos se encontraban presentes; teniendo que las especialidades más afectadas fueron Urgencias y Pediatría.

Diversos estudios recientemente realizados han encontrado resultados notablemente consistentes referentes al Síndrome de burnout, lo cual sugiere que el personal de salud en sus distintos niveles tiene altas tasas de morbilidad psicológica.

En los aspectos epidemiológicos descritos en la literatura no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores, en relación a la edad en que se considera que puede existir un periodo de sensibilización para la aparición del burnout, se considera que durante los primeros años de la carrera profesional se es especialmente vulnerable, dado que es el periodo en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. Según el género las mujeres son el grupo más vulnerable, tal vez en este caso podría ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y el rol familiar. Respecto al estado civil parece ser que las personas solteras tienen un mayor riesgo que las que están casadas o conviven con parejas estables., ya que al contar con redes de apoyo el grado de burnout disminuye.

En nuestro Hospital se realizó una tesis de especialidad por Soria Magaña y Kunh en el 2005 a 86 residentes de los 3 años de la especialidad de pediatría, en el que observó 35% de burnout para grado alto, 16% grado moderado, y 49% grado bajo; siendo más afectados los residentes de segundo año, en cuanto al sexo las mujeres presentaron mayor grado del síndrome siendo del 57% con respecto al 39% en los hombres; en cuanto a estado civil no encontró significancia estadística. Dentro de sus tesis menciona la presencia de los siguientes factores:

1. Factores físicos: jornadas largas de trabajo (>24 horas), tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño.
2. Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas, etc.).
3. Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc.
4. Factores personales: edad entre 20 y 30 años, sexo femenino, experiencia laboral, etc.

Es claro que el diseño actual de las instituciones de salud no están diseñadas para promover e impulsar el auto cuidado de los trabajadores mediante espacios asignados, reglamentaciones a su favor, alimentación adecuada, programas extracurriculares, tiempo para descanso y esparcimiento, y relaciones interpersonales, motivo por lo cual la OMS está promoviendo los Hospitales promotores de la salud.

Tomando en cuenta que un grupo importante de las instituciones de salud de nuestro país son los médicos residentes, se ha encontrado que durante la residencia médica se experimenta el periodo más abrumador y estresante, dentro del cual el médico residente trabaja un gran número

de horas y asume la responsabilidad de muchas vidas, mientras adquiere la experiencia y conocimientos clínicos. Existen controversias acerca de si los factores psicosociales a los que se enfrenta día con día el personal medico tienen consecuencias inmediatas, o a largo plazo, no obstante parecen inevitables, por lo tanto esta población tiene un alto riesgo de sufrir los embates de este síndrome.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de los estudios psicológicos y sociológicos realizados a profesionales de la salud, apuntan a que ésta actividad laboral es una de las que más estrés origina debido a los cambios que se han vivido en los últimos años, por lo que se ha estudiado la presencia del síndrome así como de los posibles factores de riesgo, observando que aún no hay un acuerdo de dichos factores. La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

Durante algún tiempo se ha creído que la sobrecarga de trabajo y rigidez en las actividades educativas son ambientes adecuados para la formación del médico especialista, por el constante contacto con el estrés, diversos estudios han apuntado la influencia que tiene éste en la fortaleza e integridad para afrontar situaciones difíciles de la práctica diaria, pero no desde el punto de vista como es percibido por el residente (Chavarría I, 2004)

Finalmente al identificar el síndrome deberá iniciarse tratamiento, sin embargo lo primordial sería buscar la forma de prevenirlo; esto mediante educación organizacional del personal de salud para evitar el exceso de trabajo, implementación de actividades recreativas, mejorar el ambiente de trabajo lo que ayudará a mejorar la calidad del servicio al paciente y la satisfacción laboral y personal.

Con base en lo antes mencionado, es importante establecer la presencia y grado de síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG), ya que este es un Hospital pediátrico de alta especialidad, donde, la atención es brindada a un gran número de pacientes con padecimientos crónicos, de escasos recursos, en donde existe además una gran carga laboral, tanto para el personal de enfermería, trabajo social, como de médicos residentes que desempeñan su labor asistencial, todo esto puede afectar la salud física y mental del trabajador, así como la calidad de la atención que otorga al paciente y familiares; un trabajador desgastado puede encontrarse en un círculo vicioso de maltrato con los compañeros de trabajo, pacientes y familiares, lo que lleva a tener malas relaciones interpersonales y desgaste profesionales, es decir la presencia del síndrome de burnout, lo cual requeriría de plantear e implementar estrategias de prevención.

JUSTIFICACION

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez se atiende a un gran número de pacientes, sobre todo aquellos con padecimientos crónicos degenerativos, existiendo una gran sobrecarga de trabajo, repercutiendo en su salud y desempeño laboral, e interfiriendo en su vida personal y en la relación con sus pacientes, si bien, la presencia del síndrome de "Burnout" ya había sido demostrada en un estudio previo, en el personal médico; considero importante la aplicación del instrumento en el personal de salud del área de enfermería y trabajo social, pues en la mayoría de los casos se trabaja de forma conjunta con los pacientes.

Así entonces se ha encontrado una frecuencia alta en los médicos en formación, personal de enfermería y en todos aquellos que tienen contacto con enfermos, causando problemas tanto en la relación médico-paciente así como en errores en la práctica médica que pueden repercutir en el tratamiento de los pacientes. Por este motivo estamos obligados a conocer la frecuencia del síndrome de burnout y el grado del mismo así como determinar e identificar los factores de riesgo relacionados.

Los altos porcentajes de síndrome de burnout están en sintonía con el planteamiento de Freudenberger (1977) según el cual el burnout es "contagioso", ya que los trabajadores que padecen el síndrome pueden afectar a los demás de su letargo, cinismo y desesperación, con lo que en un corto periodo de tiempo la organización, como ente, puede caer en el desánimo generalizado.

En este trabajo se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objeto de determinar la presencia del síndrome de burnout en, médicos residentes de pediatría, personal de enfermería y trabajo social, se da un panorama general de estudios realizados en México y resultados que se han encontrado, los cuales en su gran mayoría identifica la frecuencia del síndrome, pero aún no se proponen guías de manejo y prevención, de este.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la presencia y grado del síndrome de Burnout en médicos residentes de pediatría, enfermeras y trabajadoras Sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el mes de mayo de 2009.

ESPECIFICOS

- Obtener el perfil sociodemográfico de la población a estudiar
- Identificar la frecuencia del síndrome de burnout y el grado del mismo en el personal de salud del HIM
- Describir el grado de burnout entre los diferentes grupos estudiados.

HIPÓTESIS

El personal de salud del Hospital Infantil de México presenta un grado de síndrome de burnout debido a los constantes estresores laborales a los que se enfrenta.

El profesional de la salud que mayor agotamiento emocional sufre presenta también sentimientos de despersonalización más frecuentemente y de modo significativo, es decir, la dimensión despersonalización es directamente proporcional a la dimensión agotamiento emocional.

El agotamiento emocional y la despersonalización son inversamente proporcionales a logro y realización personal.

Los factores sociodemográficos, laborales y motivacionales son buenos predictores del síndrome de burnout.

Los diferentes niveles de burnout (bajo, medio y alto) están asociados a factores sociodemográficos, laborales, motivacionales y modos de afrontamiento.

HIPOTESIS NULA

El personal de salud del Hospital Infantil de México no presenta las características propias del síndrome de burnout a pesar de los estresores laborales a los que se enfrenta.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo y transversal con el objeto de determinar la presencia y características del síndrome de burnout

Lugar de estudio: Hospital Infantil de México "Federico Gómez", en México Distrito Federal

Población de estudio

Médicos residentes, enfermeras y trabajadores sociales del Hospital infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

Periodo de estudio: de mayo de 2008 a julio de 2009.

Tamaño de la muestra.

Para el calculo de la muestra se empleo la formula para muestras finitas; considerando el total de personal de salud del hospital, siendo un total de 952 con un error de .05 y confianza del 95%, necesitando una muestra de 315 participantes estratificados de la siguiente forma: residentes: 62, enfermeras 230 y Trabajadores sociales 21. Sin embargo, solo se incluyeron 233 personas participantes, de los cuales 83 fueron residentes de pediatría, 123 pertenecían al personal de enfermería, y 28 a trabajo social.

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

1. Formar parte del personal de salud del HIM, ya sea como médico residente, enfermería o trabajador social.
2. Aceptar participar en el estudio

EXCLUSION

1. Ser personal de salud externo al hospital o realizar cualquier otra función dentro del mismo que no sea como residente, enfermero o trabajador social.
2. No aceptar participar en el estudio

ELIMINACION

1. Los cuestionarios incompletos.

INSTRUMENTO

El instrumento de evaluación que empleamos lo forma un cuestionario sociodemográfico y el inventario de burnout de Maslach o M.B.I.(1986), que se utiliza para medir el síndrome de burnout. El cuestionario sociodemográfico, laboral y motivacional abarca aspectos biológicos y sociales, laborales y otros de carácter más cognitivos y motivacionales. El factor sociodemográfico engloba a su vez las variables: sexo, edad, estado civil, paternidad y número de hijos. En cambio, el laboral comprende datos descriptivos del puesto de trabajo y de la situación laboral, años de ejercicio.

El inventario de Maslach ó M.B.I. (1986) lo empleamos con el fin de evaluar las tres dimensiones del síndrome. Esta versión que hemos empleado sólo puntúa la frecuencia y está compuesta por 22 preguntas, en forma de afirmaciones referidas a actitudes, emociones y sentimientos personales del profesional en su trabajo y hacia las personas a las que tiene que atender. Evalúa en qué medida el contenido de cada pregunta es aplicable al trabajo que desempeña. Pueden ser valorados de acuerdo con la frecuencia con la que se experimenta una serie de sentimientos cuantificados de 0 a 4. Los 22 reactivos están agrupados en tres dimensiones o escalas, derivadas de la factorización de las mismas, y cada una evalúa los tres rasgos o síntomas característicos que definen el síndrome de burnout: Agotamiento emocional, Despersonalización y Logro personal. El personal que sufre síndrome de burnout o desgaste profesional obtendrá en el M.B.I. (1986) puntuaciones altas en Agotamiento emocional (el sujeto está soportando una tensión más allá de sus posibilidades y límites), en Despersonalización (el trabajador tiende a distanciarse de los demás y a pensar en ellos como objetos) y bajas en Logro personal (para el individuo su trabajo no merece la pena).

En cuanto a las propiedades psicométricas del inventario de Maslach (Maslach y Jackson, 1986), la consistencia interna estimada por las autoras, es de 0,90 para el Agotamiento emocional, de 0,79 para la Despersonalización y de 0,71 para Logro Personal.

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario autoaplicable que estuvo estructurada por una parte sociodemográfica y el instrumento Maslach Burnout Inventory.

Escala de Maslach Burnout Inventory, se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 preguntas. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los sujetos valoran cada enunciado con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado los sentimientos o actitudes de esas afirmaciones.

Puntuaciones altas en los dos primeras sub escalas y baja en el tercero definen el síndrome.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional (CE): hace referencia al sentimiento del sujeto de saturación emocional por el trabajo. 1,2,3,6,8,13,14,16,20.

Despersonalización (DP): vinculado al estilo de respuesta fría e impersonal hacia el paciente. 5,10,11,15,22.

Realización Personal (RP): relacionado con los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. 4,7,9,12,17,18,19,21.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO:

La captura y codificación de los datos se realizó en Excel, para el análisis se utilizó el paquete estadístico Statical Package For Social Sciences (SPSS) versión 17. Las estadísticas empleadas fueron frecuencias simples, porcentajes y bivariado.

La información obtenida fue procesada de la siguiente manera:

- a) Análisis descriptivo de la población, mediante estadística descriptiva
- b) Análisis comparativo población/muestra,
- c) Análisis descriptivo de la muestra, que a su vez examina las características sociodemográficas, laborales y un análisis descriptivo del MBI en la muestra
- d) Análisis de las variables de la escala, despersonalización, falta de realización personal y cansancio emocional.
- e) El análisis de riesgo se llevó a cabo con la razón de momios, estableciendo los intervalos de confianza al 95% para evaluar su significancia estadística.

DESCRIPCION DE VARIABLES:

Variable dependiente: síndrome de desgaste profesional y grado de intensidad

Variable independiente: año de residencia, edad, sexo, estado civil, número de hijos, escolaridad, profesión, años de antigüedad, tipo de plaza, jornada laboral y salario. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Descripción de variables

VARIABLE	CONCEPTO	MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años	Cuantitativa Continua
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales o plantas	Masculino o femenino	Cuantitativa Continua
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Soltero, casado, divorciado o viudo	Cuantitativa Continua
Número de hijos		Número entero	Cuantitativa ,Continua
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Bachillerato, licenciatura, posgrado	Cuantitativa Continua
Profesión	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que recibe una retribución.	Residente, enfermero, trabajador social.	Cuantitativa Continua

Años de antigüedad	Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo.	Número entero	Cuantitativa Continua
Jornada laboral	Tiempo de duración del trabajo diario	Matutino, vespertino, nocturno, completo.	Cuantitativa Continua
Cansancio emocional	Caracterizado por la presencia progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc	0= nunca, 1= pocas veces al año, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5=pocas veces a la semana, 6= todos los días.	Cualitativa Nominal
Despersonalización	Manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo.	0= nunca, 1= pocas veces al año, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5=pocas veces a la semana, 6= todos los días.	Cualitativa Nominal
Baja realización personal	Incompetencia personal, con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo	0=nunca, 1=pocas veces al año, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5=pocas veces a la semana, 6= todos los días.	Cualitativa nominal

RESULTADOS

Se aplicaron 233 encuestas al personal que labora en el Hospital Infantil de México, de las cuales se eliminaron 7 (3%) por no cumplir con los criterios establecidos.

De la población estudiada 82.3% fueron del sexo femenino y 17.7% masculinos; 71.3% tiene entre 20 y 39 años de edad, 51% son solteros y 42.2% casados; en cuanto a l número de hijos el 53% no tiene y 38.5% tiene en promedio de uno a dos hijos. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Datos sociodemográficos

SEXO	FRECUENCIA	PROCENTAJE
FEMENINO	186	82.30%
MASCULINO	40	17.70%
TOTAL	226	100.00%
EDAD	FRECUENCIA	PROCENTAJE
20-29 años	79	35.00%
30-39 años	82	36.30%
40-49 años	45	19.90%
50-59 años	17	7.50%
60 Y MAS	3	1.00%
TOTAL	226	99.70%
E.CIVIL	FRECUENCIA	PROCENTAJE
CASADO	100	44.20%
SOLTERO	116	51.30%
UNION LIBRE	8	3.50%
DIVORCIADO	2	0.90%
TOTAL	226	99.90%
N.HIJOS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
1	37	16.40%
2	50	22.1
3	17	7.50%
4	3	1.30%
6	1	0.40%
TOTAL	108	47.70%

La población participante estuvo conformada por 51.8% personal de enfermería de los tres turnos, 35.8% médicos residentes de pediatría de cualquier año y subespecialidad, y el 12.4% restante son trabajadoras sociales. Los cuales 61.5% tienen como grado de estudios licenciatura; 45% son personal de base, mientras que 14.6% son de contrato. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Datos sociodemográficos

PROFESION	FRECUENCIA	PROCENTAJE
RESIDENTE	81	35.80%
ENFERMERIA	117	51.80%
TRAB. SOCIAL	28	12.40%
TOTAL	226	100.00%
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PROCENTAJE
BACHILLERATO	56	24.80%
LICENCIATURA	139	61.50%
POSGRADO	31	13.70%
TOTAL	226	100.00%
PLAZA	FRECUENCIA	PROCENTAJE
BASE	102	45.10%
CONTRATO	33	14.60%
RESIDENTE	80	35.40%
CONFIANZA	8	3.50%
TECNICO	3	1.30%
TOTAL	226	99.90%

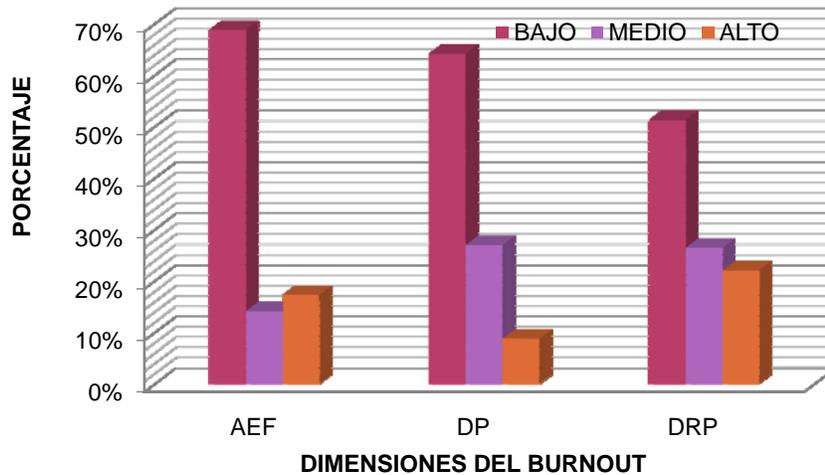
En cuanto a los años de antigüedad 53.3% tiene menos de 10 años de ejercicio profesional. Los mayores porcentajes son casi similares en el turno matutino y completo con 32.3% y 35.8% respectivamente. Por último podemos observar que el 57.10% percibe un salario entre los \$ 5,000-\$6,900 pesos quincenales (Ver tabla 6).

Tabla 6. Datos sociodemográficos

JORNADA	FRECUENCIA	PROCENTAJE
MATUTINO	73	32.30%
VESPERTINO	29	12.80%
NOCTURNO	43	19.00%
COMPLETO	81	35.80%
TOTAL	226	99.90%
ANTIGÜEDAD	FRECUENCIA	PROCENTAJE
1-10 años	125	55.30%
11-20 años	59	26.10%
21-30 años	31	13.70%
31-40 años	11	4.90%
TOTAL	226	100.00%
SALARIO	FRECUENCIA	PROCENTAJE
3000-4900	85	37.60%
5000-6900	129	57.10%
7000-8900	5	2.20%
9000-10900	5	2.20%
11000 Y MÁS	1	0.40%

En la población estudiada en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (HIMFG), se observó el síndrome de burnout de baja grado para agotamiento emocional y físico (AEF) y despersonalización (DP) con un por porcentaje de 68.6% y 64.2% respectivamente; en la dimensión de disminución de la realización personal (DRP) se presentó un 51.3% para grado bajo. (Ver Gráfico 1)

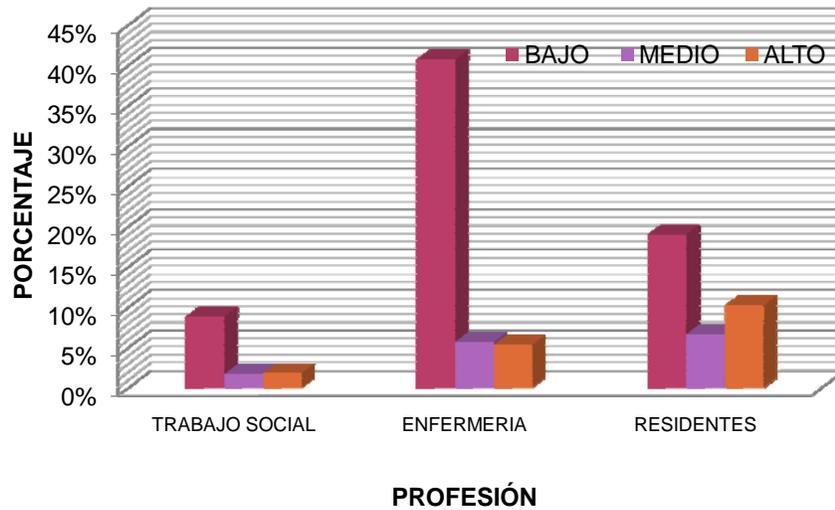
Gráfico 1 . Presencia y Grado de Burnout en el personal del HIMFG



***DRP La puntuación es inversamente proporcional al grado de síndrome; es decir, a menor grado de realización personal más afectado está el sujeto.**

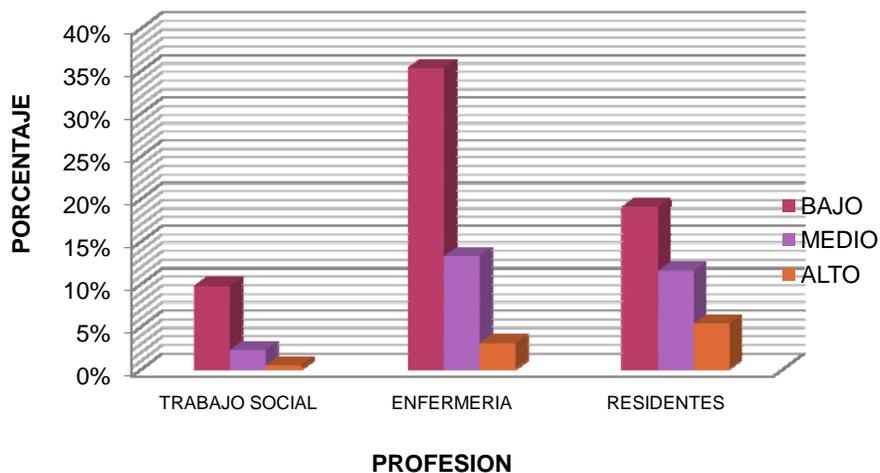
El personal encuestado eran residentes, trabajadoras sociales y enfermeras, por lo que se agruparon en 3 áreas. La frecuencia de burnout en las diferentes profesiones es de 40.7% de grado bajo en cuanto a agotamiento emocional y físico para el personal de enfermería, continuando en frecuencia médicos residentes y al final trabajo social, sin embargo los médicos residentes tienen mayor porcentaje para un grado alto siendo un 10.2% del valor total. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2 . Grado de agotamiento emocional y físico de acuerdo a profesión en el HIMFG



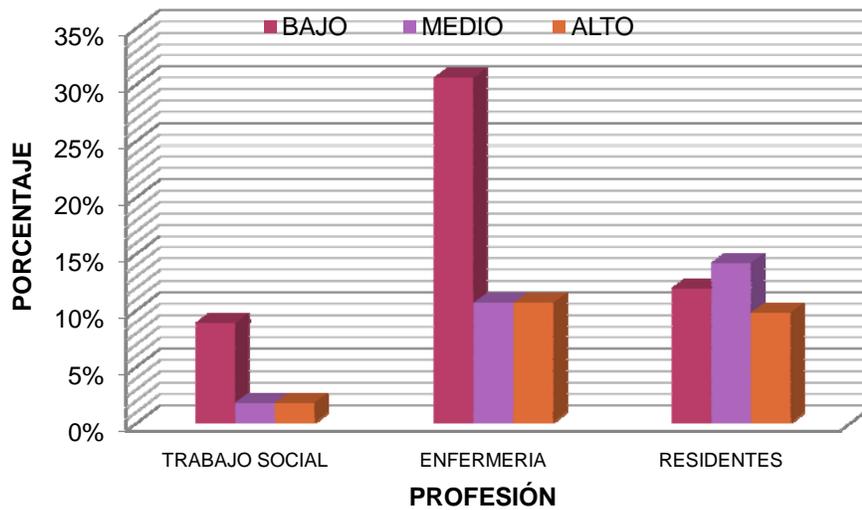
Con respecto al grado de despersonalización nuevamente enfermería presenta un 35.3% de grado bajo seguido de médicos residentes, en el grado medio nuevamente se encuentran en el mismo orden de frecuencia. (Ver Gráfico 3)

Gráfico 3 . Grado de despersonalización de acuerdo a profesión en el HIMFG



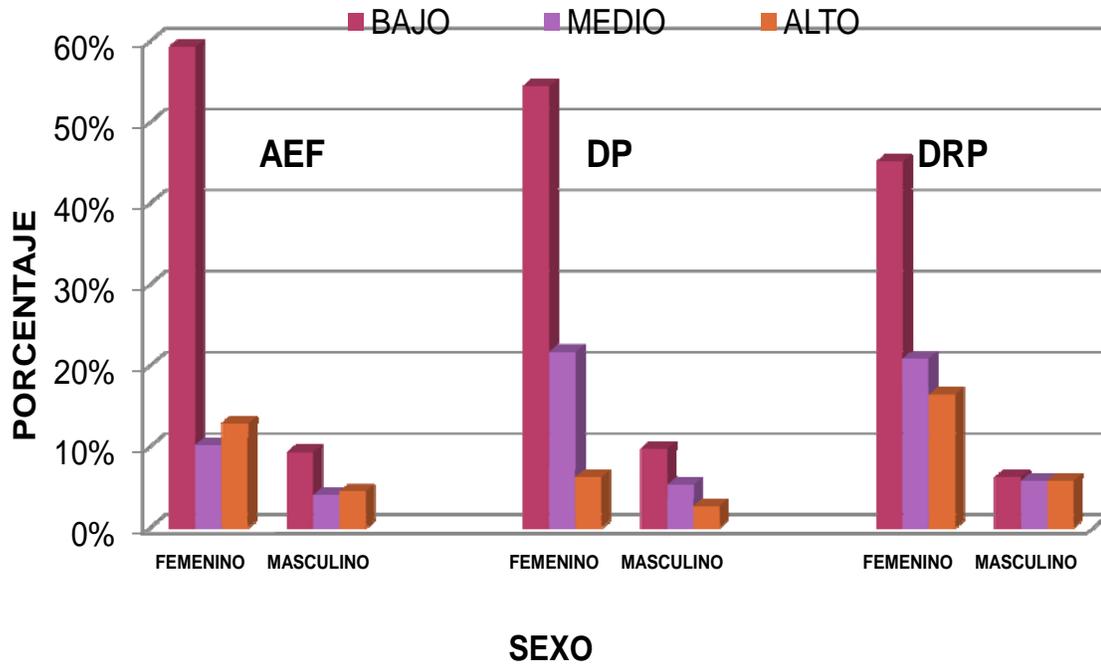
En el área de baja realización personal, puntuaciones altas dan un bajo grado para realización personal lo cual es significativo para enfermería el mayor valor es de 30.5% para baja realización personal, en trabajo social 8.84% para grado bajo y en médicos residentes el mayor valor se encuentra en grado medio con un 14.15%. (Ver gráfico 4.)

Gráfico 4 . Grado de realización personal en el personal del HIMFG.



Tanto en sexo femenino como en masculino el mayor porcentaje para agotamiento emocional y físico, así como despersonalización se encuentran en grado bajo. En el área de realización personal el sexo femenino presenta más del 50% grado bajo, con respecto al sexo masculino que el porcentaje se distribuye en los 3 grados del síndrome. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5 . Presencia y grado de Burnout de acuerdo al sexo.



La variable escolaridad nos muestra diferencias importantes en el grado de agotamiento emocional y físico, pues los resultados encontrados nos permiten prestar atención al incremento en el grado de afectación respecto al nivel de estudios, probablemente se debe a la responsabilidad que implica las funciones y el mayor grado de estrés. En contraste con despersonalización y realización personal no hay significancia estadística. (Ver gráficos 6, 7 y 8)

Gráfico 6. Grado de agotamiento emocional y físico según grado de estudios.

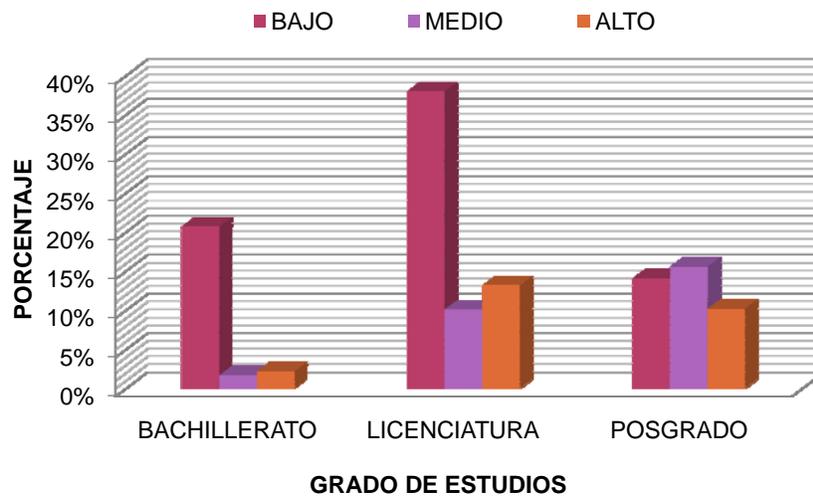


Gráfico 7. Grado de despersonalización de acuerdo al grado de estudios.

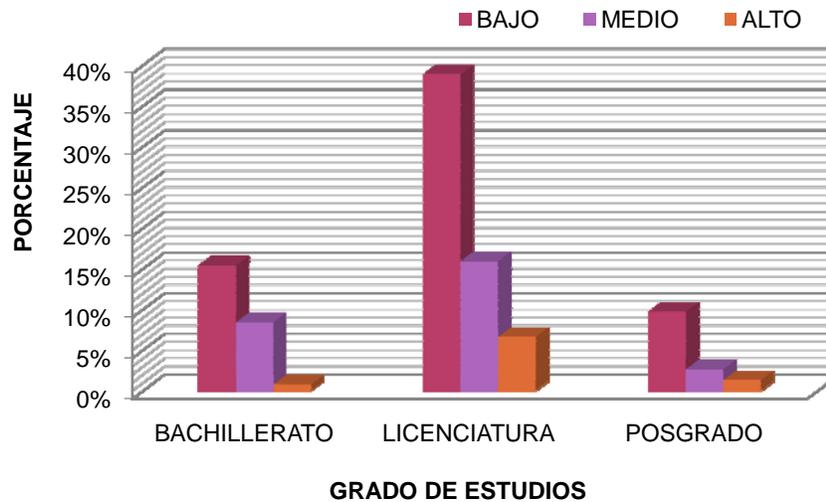
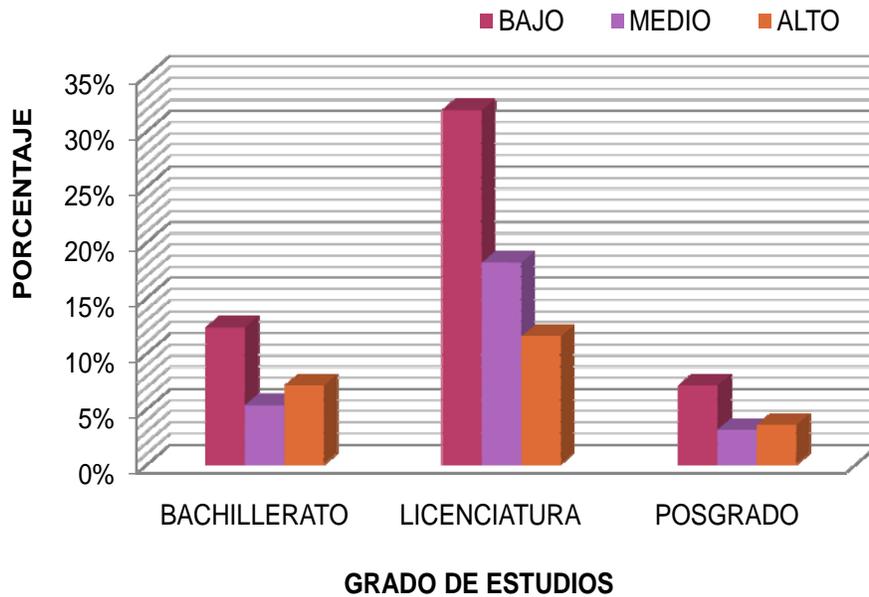


Gráfico 8. Grado de baja realización personal de acuerdo al grado de estudios.



En cuanto a los años de ejercicio de la profesión, los profesionales con menos de 1-10 años de servicio, fueron los que mayor índice de Burnout presentaron, con un total de (55.3%)., quizá tenga relación con la experiencia y habilidades adquiridas que facilitan el empleo, relaciones interpersonales y mayor estabilidad económica; sin embargo para despersonalización llama la atención que de los 31 a 40 años de antigüedad se comienza a presentar predominancia de despersonalización, lo cual pudiera hablar de la falta de motivaciones que llegarían a hacer el trabajo rutinario causando desmotivación y deshumanización hacia los pacientes, Para realización personal no hay diferencias significativas.(Ver gráficos 9, 10 y 11)

Gráfico 9. Grado de agotamiento emocional y físico de acuerdo a años de antigüedad

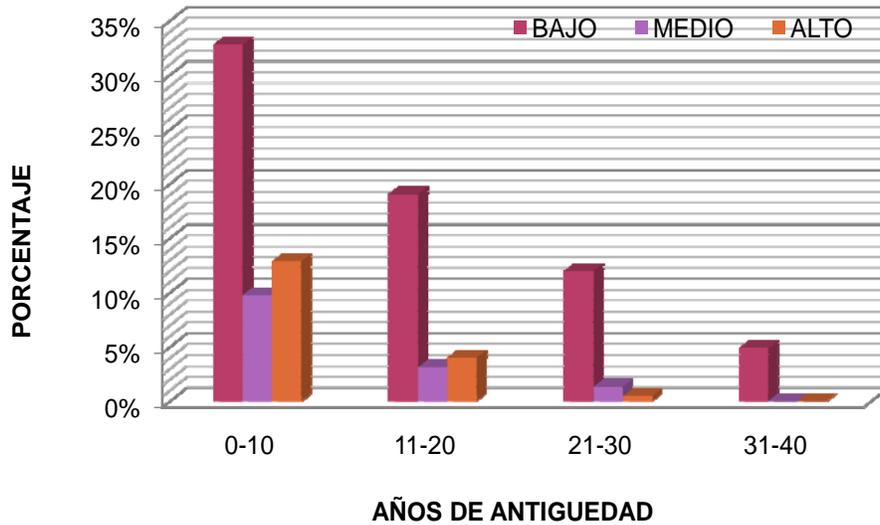


Gráfico 10. Grado de despersonalización de acuerdo a años de antigüedad

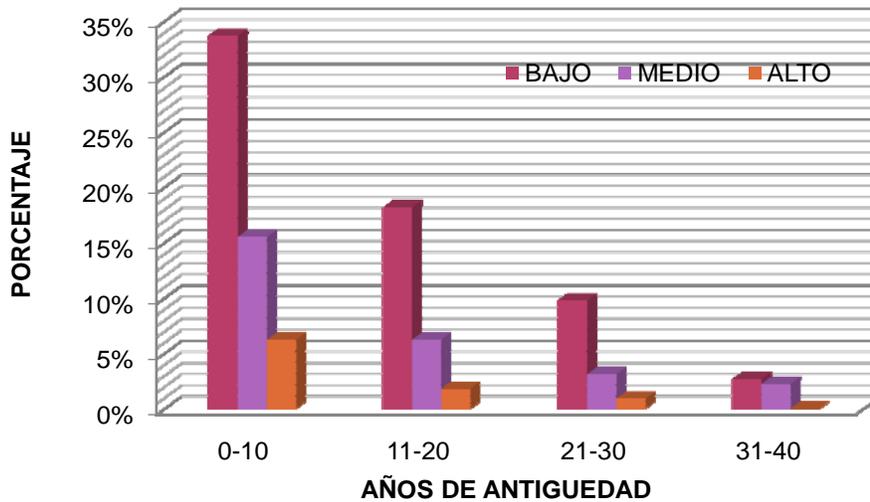
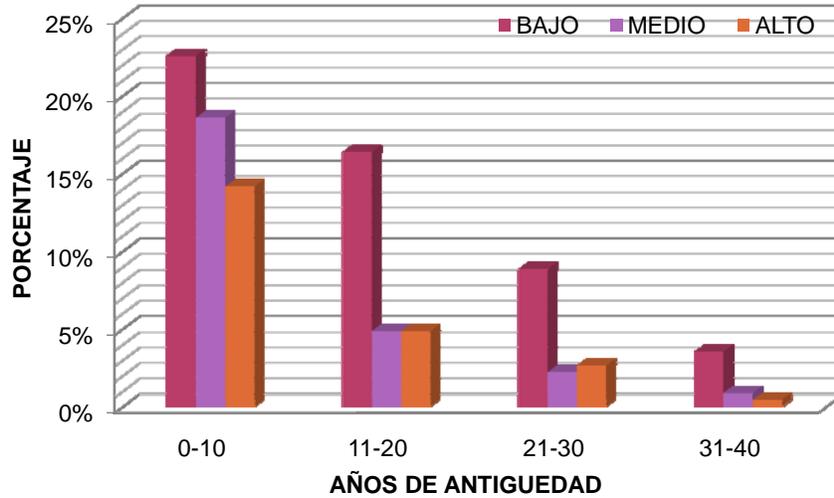
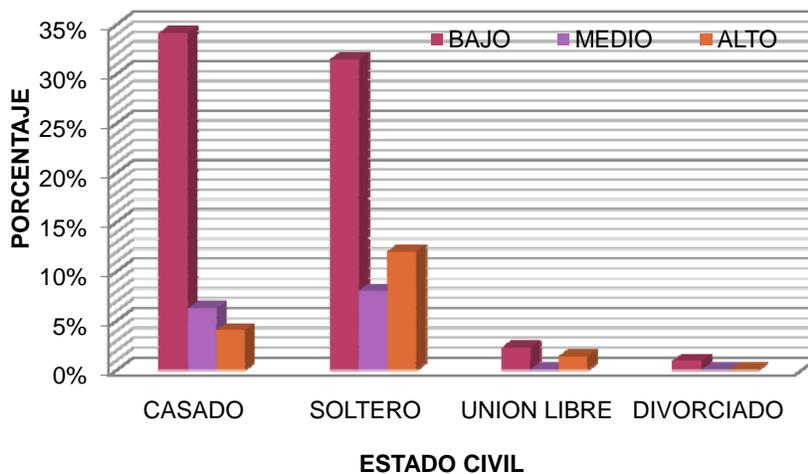


Gráfico 11. Grado de realización personal de acuerdo a años de antigüedad



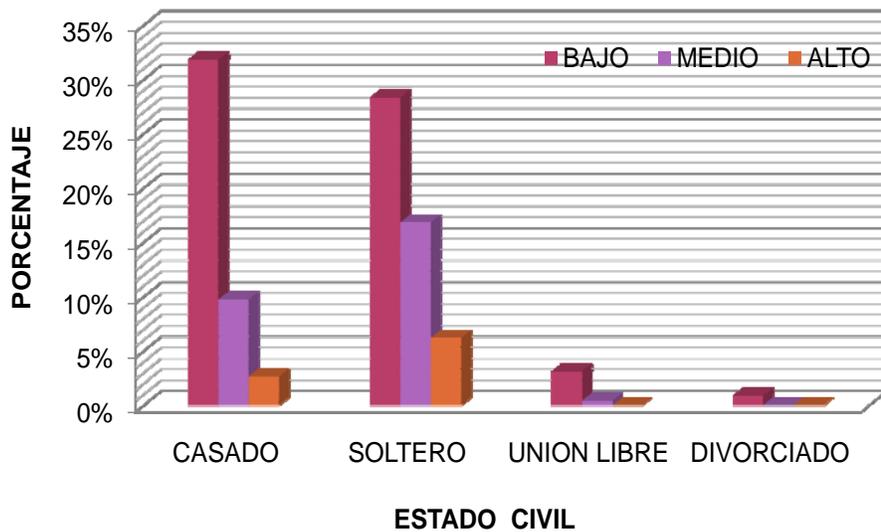
Con respecto al estado civil se observó para realización personal porcentajes muy similares tanto para solteros como para casados en rango bajo 34.1% y 31.4% respectivamente, sin embargo el mayor porcentaje en grado alto se encuentra ser soltero. (Ver gráfico 12)

Gráfico 12. Grado de agotamiento emocional y físico con respecto a estado civil.



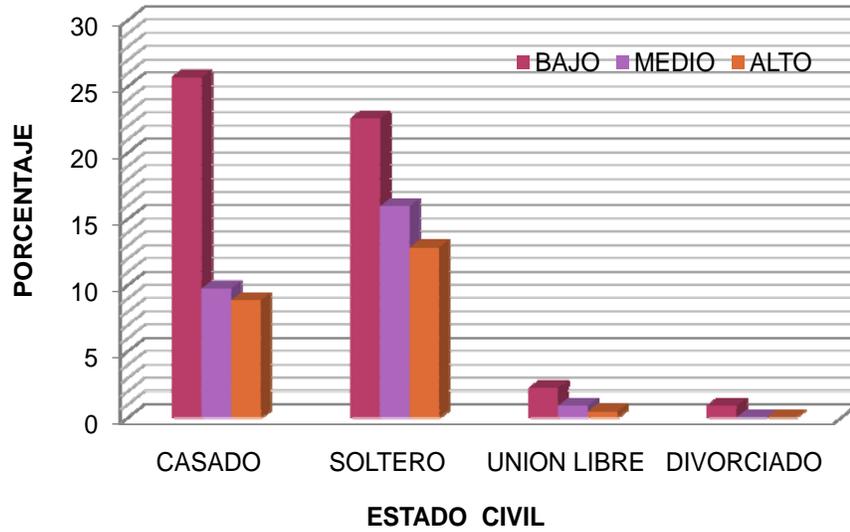
Para el área despersonalización el mayor porcentaje total se encuentra en solteros (51.3%) el resto en cualquier otro de los rangos, siendo el mayor porcentaje de bajo grado para casados 31.9%, en grado medio el mayor porcentaje es en solteros (16.8%) y el mayor porcentaje de grado alto es en solteros 6.2%. (Ver Gráfico 13).

Gráfico 13. Grado de despersonalización con respecto a estado civil.



Al relacionar estado civil con realización personal, se encontró que los casados presentaron un 25.7% de grado bajo, mientras que los solteros representan un 22.6%, lo que quiere decir que son el grupo más afectado, sin embargo en grado medio ser soltero presenta el mayor porcentaje 15.9% y un 12.8% en grado alto, con respecto al resto de los estados civiles. (Ver gráfico 14)

Gráfico 14. Grado de realización personal con respecto a estado civil.



En el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

DISCUSION.

Incluimos a 233 participantes de los cuales se eliminaron 7 quedando una muestra de 226 encuestas.

Los resultados de este estudio demuestran que el síndrome de Burnout es una patología que se encuentra presente en nuestro medio con gran frecuencia independientemente del grado de esta, separando las tres esferas que caracteriza a este síndrome encontramos que existe un alto porcentaje de agotamiento emocional y físico en bajo grado, dato que concuerda con lo encontrado en el 2005 por Cabrera y cols en el que refieren un 61%, en comparación con el 68.6% obtenido en nuestro estudio.

Un hecho que llama la atención es el porcentaje de participantes que presentan nivel bajo de realización personal, dato obtenido en nuestra investigación que difiere de los presentados por la Dra Kuhn en su tesis de 2005 realizada en esta Institución. La Dra. Kuhn encontró que realización personal se presentó en grado alto en un 63.9% en su población de estudio; tal vez esto se pueda explicar por cambios en la organización y el tipo de población estudiada que permite la presencia de una disminución progresiva de la iniciativa, falta de competencia y tendencia al fracaso profesional por falta de retos a nivel laboral, aclarando que dicho estudio se realizó únicamente en médicos residentes y nosotros incluimos a personal de enfermería y trabajo social.

Al realizar el análisis en cuanto a realización personal hallamos que la población más afectada es enfermería en donde observamos un 30.5% , dato que no dista mucho de lo reportado por la Dra Aiken en el 2002 que observaron su presencia en un 40%, en el que observaron que obtener bajos logros personales es mayor en personas que no tiene satisfacción con respecto a las recompensas profesionales, otros factores asociados con falta de realización hace referencia a la falta de actividades de docencia y carga de trabajo como factor de predisponente ya que en el caso de enfermería en ocasiones al tener personal insuficiente se tiene una enfermera por cada 3 a 10 pacientes y esto incrementa su estrés laboral. Otras investigaciones realizadas son las de Schwart y sus colaboradores que demuestran que los valores tanto en las personas como en los grupos se organizan en función de estructuras pluridimensionales, bidimensionales (individualista o colectivista) o tridimensional(relaciones individuo-grupo, responsabilidad social y compromiso humano colectivo) esto plantea posibilidades de "funcionar" de las personas, de cómo influye el rol profesional en todos los procesos de construcción y reconstrucción de los valores y sus jerarquías, en el que los profesionales insertados en una institución sanitaria creemos que estamos obligados a conciliar influencias opuestas y a recuperar constantemente estados internos de equilibrio cognitivo emocional, uno de los riesgos sería la aparición del síndrome de desgaste, lo cual pudiera explicar la presencia de baja realización personal.

Como ya se mencionó el mayor porcentaje para agotamiento emocional y físico se encuentra en rango bajo, sin embargo para grado alto el mayor porcentaje es por los médicos residentes, probablemente esto se deba a la carga de trabajo y jornadas que desempeña este, ya que al encontrarse de tiempo completo, se disminuyen las horas de dispersión y sueño necesarias para una adecuada salud física y mental, en una revisión sistemática realizada en septiembre de 2005 por Fletcher y cols. observaron que la disminución de las horas de sueño y jornadas prolongadas influye en la calidad de vida de los mismos, sin embargo también menciona que al reducir las jornadas se pudiera tener impacto en el aprendizaje. Como seres humanos no nos encontramos inmunes a los efectos de la fatiga, en el caso de los médicos la regulación

laboral permite horarios largos de trabajo que son aplicados a los médicos en formación. Aún no está clara cuál es la duración óptima de los periodos continuos de las jornadas clínicas, sin embargo se ha observado que los médicos que trabajan periodos continuos cortos, suelen estar más descansados con mejor juicio y mejores decisiones clínicas, logrando mejores cuidados al paciente.

En cuanto al sexo las mujeres se encuentran más afectadas ya que presentan porcentajes de hasta 45.13% para baja realización personal, dato que concuerda con lo encontrado por Linzer y cols. en el 2001, en el cual se hace referencia al doble rol que juegan las mujeres en lo profesional y familiar.

A diferencia de lo que se reporta en otros estudios en este no se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a jornada laboral y salario.

Con respecto al estado civil, nosotros encontramos que 16.8% se encuentra en grado medio para despersonalización, Breninkmeijer y Metchteld y cols. describen que en este grupo de personas existe la presencia de un trato impersonal hacia los pacientes, con la consecuente deshumanización y falta de sentimientos así como empatía, afectando las relaciones interpersonales, por lo que coincidimos que el estar casado pudiera ser un factor de protección para no desarrollar burnout.

Respecto a la edad los trabajadores entre 30 y 39 años de edad son los que se encuentran más afectados en los tres aspectos de este síndrome ya que representan el mayor porcentaje de agotamiento emocional y físico así como despersonalización de grado bajo; en cuanto a realización personal se encuentra también baja, lo cual pudiera explicarse por la presencia de cansancio emocional, lo que lo hace sentirse más agotados sin obtener mayores recompensas personales con la realización de su trabajo.

CONCLUSIONES:

En este trabajo encontramos en la población estudiada, la presencia de baja realización personal dentro del síndrome de Burnout, por ello se debe plantear la necesidad de implementar medidas de prevención del estrés, organizar el ambiente laboral, prevenir la aparición de la enfermedad secundaria a la exposición de estresores; modificar la respuesta del individuo a los mismos, y minimizar el efecto de los problemas estresantes que ya ocurrieron, a través del manejo y tratamiento del padecimiento por medio de programas de rehabilitación.

Con base en lo antes expuesto, se realizan las siguientes sugerencias:

- Implementar estrategias de intervención para el control y afrontamiento del *burnout*, enfocadas tanto hacia la institución como al propio individuo.
- Proponemos dos tipos de programas de intervención: individuales y organizacionales. Los primeros van dirigidos manejar las emociones y a la adquisición de estrategias instrumentales cuyo contenido comprende entre otros, el entrenamiento en solución de problemas, en habilidades de comunicación en general y, de modo específico, intervención para hablar en público, en habilidades sociales y en el manejo adecuado del tiempo. Los programas organizacionales tienen como objetivo mejorar las condiciones y el clima laboral. Incluirían programas de formación inicial y permanente del personal y la intervención sobre aspectos organizativos y psicopedagógicos.

Todas estas propuestas deben ser insertadas dentro de una planificación estratégica mucho más amplia que involucre la toma de conciencia del problema por parte del personal de salud, el deseo y la responsabilidad de hacer algo al respecto.

ESTRATEGIAS

- a) Programar reuniones terapéuticas de grupo para trabajar los sentimientos encontrados, resentimientos, malos entendidos y mejorar así la comunicación entre compañeros de trabajo.
- b) Promover el desarrollo de actividades académicas como participación en congresos, talleres, realización de trabajos de investigación, proporcionando los recursos adecuados para realizarlos, de acuerdo a los intereses, inquietudes y preferencias individuales.
- c) Buscar la manera de favorecer la relajación diversificando las actividades, como por ejemplo incluir actividades recreativas por lo menos 2 veces a la semana durante una hora o el tiempo permitido de acuerdo a cada una de las funciones y necesidades de los servicios.
- d) Mantener buenos hábitos de alimentación.
- e) Mejorar las condiciones laborales con el fin de limitar la sobrecarga de trabajo a la que están sometidos para poder ofrecer una asistencia de mayor calidad

- f) Establecer relaciones de ayuda, ya que 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. Esta ausencia de esfuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración.

LIMITANTES:

Nuestro estudio incluyó tres grupos de trabajadores de la salud, por lo cual consideramos importante realizar un estudio que involucre al personal de todas las áreas del Hospital para contar con un diagnóstico situacional del Síndrome de Burnout y sugerir estrategias de manejo de situaciones estresantes con lo cual se contribuirá a mejorar la salud física y emocional de los trabajadores del Hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM: Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288 (16):1987-1993.
2. Aveni, M.A. y Albani, F. (1992). The burnout syndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area. En J.M. Via y E. Portella (Comp.), *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía*, (Vol.I). Barcelona: S.G. Editores.
3. Ávila-Sandoval C. Prevalencia de estrés manifestado como ansiedad y depresión entre los residentes en urgencias médico quirúrgicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México 2002. Tesis de especialización en Medicina de Urgencias. IPN-IMSS.
4. Brasel KJ, Pierre AL, Weigelt JA: Resident work hours. *Arch Surg* 2004; 139:490-494.
5. Brenninkmeijer V, Van Yperen N: How to conduct research on burnout advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med* 2003; 60 (sept 1): 116-120.
6. Burke, R.J. "Early work and career experiences of female and male managers. Reasons for optimism?", *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 1991;8:220-24
7. Cabrera-Gutiérrez LS, López-Rojas P, Salinas-Tovar S, Ochoa-Tirado JG, Marín-Cotoñieto IA, Haro-García L. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (1): 11-15
8. Colin P West, Mashele M, Huschka; Paul J Novotny: Association of Perceived Medical Errors with Resident Distress and Empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296 (9): 1071-1078.
9. Curiel-García JA, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (3):221-26
10. Cherniss, C. Staff burnout: Job stress in the human services. 1980. Beverly Hills, California: Sage.
11. Danieli, Y. Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1984:1(1), 23-42.
12. De Vente W, Olf M, Van Amsterdam JGC, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG: Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occup Environ Med* 2003; 60 (suppl 1): 54-61
13. Díaz-Cruz W I. Prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de urgencias médicas del HGR 25 y Hospital General La Raza. México 2004. Tesis de especialización en Medicina de Urgencias. IPN-IMSS
14. Edelwich J, Brodsky P. "burnout". Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press, 1980.
15. Ekstedt M, Fagerberg I: Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of advanced nursing* 2005; 49 (1): 59-67.
16. Escriba, Aguir. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de Burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008; 22(4): 300-8
17. Faragher EB, Cass M, Cooper CL: The relationship between job satisfaction and health:a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005; 62: 105-112.
18. Fletcher E. Effects of Work Hour Reduction on Residents' Lives: A Systematic Review. *JAMA* 2005; 294(9) 1088-1100.
19. Flores J. Síndrome de estar quemado. Barcelona: EdikaMed;1994
20. Freudenberg, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 1974;30(1);159-165.
21. Freudenberg, H.J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout*. Nueva York: Pergamon Press.
22. García M, Sáez MC, Llor B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;1:215-28.
23. Gil Monte P, Peiró J. Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. España: Síntesis; 1997.
24. Gil Monte P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. España: Anales de Psicología; 1999.
25. Gil-Monte P, Peiró J. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública México* 2002; 44 (1): 33-40.
26. Gillespie DF. Correlates for active and passive types of burnout. *J Soc Serv Res* 1981; 4:1-16.
27. Gillespie DF, Numerof RE Burnout among health service providers. *Administration and policy in mental health* 1991;18(3):161-171

28. González J. Factores de estrés y enfermedad. Vol. 10 Madrid: Psiquis; 1989.
29. Gould, D. (1991). La psicología del deporte en la década de los ochenta: Situación, tendencias y posibilidades de investigación en el deporte infantil y juvenil. En J.Riera y J. Cruz (Eds.), *Psicología del deporte. Aplicaciones y perspectivas* (pp. 77-99). Barcelona: Martínez Roca.
30. Gould, D., Tuffey, S., Udry, E. y Loehrs, J. (1996a). Burnout in competitive junior tennis players: I. A quantitative psychological assessment. *The Sport Psychologist*, 10(4), 322-340.
31. Gould, D., Tuffey, S., Udry, E. y Loehrs, J. (1996b). Burnout in competitive junior tennis players: II. Qualitative analysis. *The Sport Psychologist*, 10(4), 341-366.
32. Guerrero BE, Rubio JJC: Estrategias de prevención e intervención del burnout en el ámbito educativo. *Salud Mental* 2005; 28 (5): 27-33.
33. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T: Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med* 2004; 61: 764-768.
34. Kuhn I. Síndrome de desgaste profesional. Frecuencia, factores de riesgo y comorbilidad en residentes de un hospital de tercer nivel. Tesis de la especialidad de Pediatría. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México: febrero; 2006.
35. Lara et al, Tamayo Valenzuela. Manejo del paciente terminal. *Cancerología México* 2006: 283-295.
36. Larson EB: Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293 (9): 1100-1106.
37. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, Mc Murray JE, de Haes HC: Predicting and preventing physician burnout: Results from the Unites States and the Netherlands. *Am J Med* 2001; 111(2): 170-175.
38. López FM, Rodríguez NA, Fernández SM: Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62 (3):248-51.
39. Loria J, Guzmán L. Síndrome de Desgaste Profesional en personal médico adscrito y residentede la especialidad en urgencias de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensivista y Emergencias* 2006; 5(3): 432-442
40. Machlowitz M. *Workaholics: Living With Them, Working With Them*. Reading, MA, Addison-Wesley. 1980
41. Maslach C., Jackson S. The Measurement Of Experienced Burnout. *J Occupat Behaviour* 1981;2:99-113.
42. Maslach C. Burnout. The cost of caring. New York: Printice Hall; 1982.
43. Mira J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generales del Sistema Público de Salud . Vol.14 España; 1994.
44. Mechteld RM, Ellen MA, Frans JO, Hanneke CJ: Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialist. *CMAJ* 2003; 168(3): 271-275.
45. Ortega Ruíz C., López Ríos F. El Burnout o syndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol* 2004;4(1):137-160.
46. Parshuram CS, Dhanani S, Kirrsh JA, Cox PN: Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *CMAJ* 2004; 170 (6): 965-970.
47. Perry MY, Osborne WE: Residency training: rite of passage, but is it right today. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2004; 59(3); 168-9.
48. Pines, A. y Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto.
49. Pines, A. y Kafry, D. (1981). The experience of life tedium in three generations of professional women. *Sex Roles*, 7, 117-134.
50. Rosas S. Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de enfermería del hospital General de Pachuca. *Revista Científica Electrónica de Psicología* 2006; 1(1):115-138.
51. Salinas SJ; Manual de SPSS. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.2002.
52. Schneider KM, Monga M, Kerrigan AJ: Stress in residency: Reality or myth? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:907-909.
53. Schwartz, S. Beyond . Individualismo y colectivismo: Teoría métodos y aplicaciones. *Anales de psicología*, 1994; vol 2.
54. Thomas NK: Resident burnout. *JAMA* 2004; 292 (23): 2880-2889.
55. Wade, D.C., Cooley, E. y Savicki, V. (1986). A longitudinal study of burnout. *Children and Youth Services Review*, 8(2), 161-173.

56. Yusvisaret Palmer-Morales L, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Velez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. Gac Med Mex 2005; 141 (3): 181-183.

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA.

ACTIVIDADES	Mayo 2008	Junio a diciembre 2008	Enero 2009	Abril 2009	Mayo 2009	Junio 2009	Julio 2009
Búsqueda de Bibliografía	X	X	X				
Revisión del protocolo	X						
Aplicación de ficha sociodemografica y Escala de Maslach Burnout				X			
Captura de variables en base de datos				X	X		
Análisis estadístico de base de datos						X	
Realización de gráficos y tablas						X	
Redacción de resultados						X	
Redacción de discusión y conclusiones						X	X
Impresión de tesis							X

ANEXO 2

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Datos Personales

Fecha: / /

Edad: _____ Sexo: F M Estado Civil: _____

No. de Hijos: _____

Escolaridad: _____ Profesión: _____ Años de antigüedad laboral: _____

Depto. en que presta su servicio: _____ Tipo de plaza _____

Jornada Laboral: _____
quincenal: _____

Salario

Instrucciones de llenado: Marque la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con la que sienta las situaciones presentadas en los siguientes enunciados.

	0 NUNCA	1 UNA O VARIAS VECES AL AÑO	2 UNA VEZ AL MENOS O MENOS	3 VARIAS VECES AL MES	4 UNA VEZ A LA SEMANA	5 VARIAS VECES A LA SEMANA	6 TODOS LOS DÍAS
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un							

esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8. Me siento quemado por mi trabajo.							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas							

Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública México. Vol. 44, No. 1, 2002.