



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD

ACADÉMICA

C. H. G. Z. No. 32, GUASAVE, SINALOA.

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS
MÉDICOS FAMILIARES DE LA CLÍNICA HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NO. 32, GUASAVE, SINALOA”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

SAUCEDA CASTRO CITLÁLIC

Guasave, Sinaloa, Marzo de 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Saxode Castro C. H. C.

FECHA: 04/05/2010

FIRMA: [Signature]
Rene Natividad Castro
Abellanes.

ADMINISTRADA

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

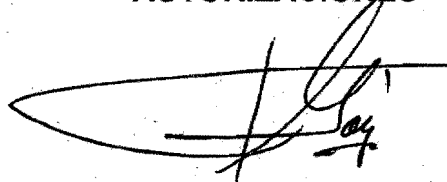
**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS
FAMILIARES DE LA CLÍNICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°
32 EN GUASAVE, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

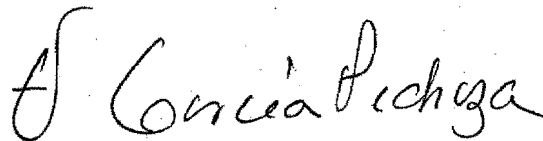
PRESENTA

DRA. CITLÁLIC SAUCEDA CASTRO

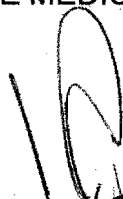
AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

SAUCEDA CASTRO CITLÁLIC

AUTORIZACIONES:


DRA. ALMA LORENALÓPEZ ARMENTA

Jefe de Departamento Clínico

Coordinador de Educación e Investigación Médica.

C.H.G.Z. No.32, Guasave, Sin.


DR. ARTURO RAFAEL JUÁREZ ZAVALA

Profesor titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos
generales en la C.H.G.Z. No.32, Guasave, Sinaloa.


DRA. PAULA FLORES

Asesor del Tema de Tesis

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud, C.H.G. No. 1, Culiacán,
Sinaloa.


L.E.O. NINFA ELENES MONTOYA

Asesor metodológico de Tesis de la C.H.G.Z No.32, Gve., Sin.

ÍNDICE

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.-Antecedentes Históricos.....	4
2.2.-Definición de Síndrome de Burnout.....	5
2.3.-Etapas del Síndrome de Burnout.....	8
2.4.-Dimensiones Fundamentales del Síndrome.....	12
2.5.-Delimitación del Concepto de Burnout.....	14
2.6.-Principales causas del Síndrome de Burnout.....	17
2.7.-Manifestaciones Clínicas.....	34
2.8.-Diagnóstico.....	37
2.9.-Prevención y tratamiento.....	37
2.10.-Estudios realizados.....	44
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
4.-JUSTIFICACIÓN.....	50
5.-OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	54
5.1.-Objetivo General.....	54
5.2.-Objetivos Específicos.....	54
6.-METODOLOGÍA.....	56
6.1.-Tipo de Estudio.....	56

6.2.-Población Objetiva	56
6.3.-Estudio Realizado.....	56
6.4.-Instrumento.....	57
6.5.-Tamaño de la muestra.....	59
6.6-Criterios de Selección.....	60
6.6.1.-Criterios de Inclusión.....	60
6.6.2-Criterios de Exclusión.....	60
6.6.3-Criterios de Eliminación.....	61
7.-PROCEDIMIENTO.....	62
8.-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	63
8.1.-Cuadro de Variables.....	65
9.-RESULTADOS.....	67
-Gráfico 1.....	68
-Gráfico 2.....	69
-Gráfico 3.....	70
-Gráfico 4.....	71
-Gráfico 5.....	72
-Gráfico 6.....	73
-Gráfico 7.....	74
9.1.-Análisis Estadístico.....	75
9.2.-Aspectos Éticos.....	76
10.-DISCUSIÓN.....	77

11.-CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	80
12.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
13.-ANEXOS.....	90

I.- INTRODUCCIÓN

Algunos autores definen al síndrome de Burnout como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos principalmente por trabajadores de las profesiones de ayuda.

Esta pérdida de energía es generalmente producto del estrés al que estas personas se someten en sus ocupaciones día a día.

Se caracteriza por una 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.

La aparición del síndrome ocurre a lo largo del tiempo y está vinculado a un triple proceso:

- 1.- Desequilibrio entre las demandas de trabajo y recursos individuales.
- 2.- Respuesta emocional a corto plazo ante el anterior desequilibrio, caracterizado por tensión, fatiga y agotamiento.
- 3.- Cambio en las actitudes y conductas.

La incidencia del síndrome de Burnout está aumentando en todo el mundo, en algunos países de la Unión Europea, uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, cansancio o estrés que

conducen ocasionalmente a la hospitalización y/o a la incapacidad laboral de la víctima.

Se estima que más de un 9% de los españoles se ven afectados por Burnout.

En la Semana Europea de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (Bilbao, noviembre de 2002) se puso de manifiesto que el estrés laboral es actualmente el segundo problema de salud laboral, con gran repercusión económica en horas de trabajo y costes sanitarios.

En México cada vez son más los estudios que se realizan en los centros de trabajo para detectar enfermedades laborales como el síndrome de Burnout; En México se han confirmado la presencia del síndrome de Burnout en diferentes áreas laborales (Administradores, pedagogos, filósofos, enfermeras y médicos de diferentes especialidades), en casi todos los estados de la República.

A finales de 2008 se reconoció que el 20% de los trabajadores mexicanos padecen Burnout.

Este estudio Pretende indagar la prevalencia del Síndrome Burnout en médicos familiares y partimos del sustento teórico que enuncia que éste síndrome se hace presente en los profesionales dedicados a atender usuarios, clientes, pacientes, etc., es decir profesionales que trabajan atendiendo "gente" y que al no tener un afrontamiento adecuado ante el estrés laboral que viven en su profesión; desarrollan una serie de síntomas propios del síndrome; que van desde la despersonalización, hasta la presencia de conductas "insanas" como alto consumo de alcohol, tabaco, etc., o desarrollando enfermedades y trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, alteraciones del sueño).

Se aplicó la encuesta MBI (Inventario de Burnout de Maslach), en donde se investigaron las dimensiones principales del síndrome además de los antecedentes sociodemográficos del médico, si el tiempo de antigüedad y turno laboral influyen en la aparición del síndrome.

2.- MARCO TEÓRICO:

SÍNDROME DE BURNOUT

2.1-ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El síndrome de Burnout fue estudiado por primera vez en 1974 por Herbert Freudeberger; médico psiquiatra de una clínica de Nueva York.

Freudeberger observó que sus compañeros de trabajo en dicha clínica, la mayoría de ellos jóvenes idealistas, repetían con mucha frecuencia el mismo proceso: al principio llenos de ilusión, con ganas de trabajar, de entregarse al servicio de los demás en una forma altruista, poco a poco se iban perdiendo al ponerse en contacto con la realidad tan cruda en que se encontraban las personas que atendían.

Observo que aproximadamente al año, un buen porcentaje de ellos sufrían trastornos emocionales, se sentían tristes y cansados emocionalmente, además, perdían poco a poco la empatía hacia los

pacientes y hasta mostraban distintos grados de hostilidad y culpaban a los mismos pacientes de su estado.

Eligió el nombre de Burnout para definir un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo. (1)

2.2- DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En 1976, Cristina Maslach también estudiaba las respuestas emocionales que se producían entre las personas que trabajaban en profesiones de ayuda. En 1977 dentro del congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos usó el término Bournout para describir una situación que se presentaba cada vez con mayor frecuencia entre los trabajadores de los servicios humanos, consistente en que después de meses de trabajo y dedicación, terminaban agotándose emocionalmente.

Junto con Jackson en 1986 crearon la definición más conocida y aceptada:

“El síndrome de Bournout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar. (2,1)

En 1979 Dale es uno de los que inician la concepción teórica del Burnout entendiéndolo como consecuencia de estrés laboral, y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. (3,5)

Cherniss en 1980 es uno de los primeros 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.(4,5)

Hay otras definiciones que incluyen algunos matices distintos: En 1984, Brill lo conceptualiza como un estado confusional y disfórico 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 en el ámbito de su rendimiento objetivo, como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una intervención externa. (5,1)

El síndrome puede desarrollarse en cualquier trabajo, aunque más comúnmente se presenta en las profesiones que brindan ayuda.

Según recogen Byars, los trabajos con más alta probabilidad de “quemarse” son:

- Controladores aéreos
- Agentes de compra en la industria de confección
- Agentes de seguros
- Abogados
- Personal sanitario
- Asistentes sociales
- Agentes de bolsa
- Docentes
- Conductores de camiones que transportan mercancías. (6,2)

Según un reciente estudio realizado en España los médicos, profesores y enfermeros son los colectivos más “quemados” por el trabajo en el sector público.

2.3- ETAPAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Diversos autores coinciden en que el síndrome de Burnout se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo y mencionan tres etapas evolutivas y cuatro fases transaccionales progresivas:

(7,9)

- En la Primera Etapa , tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la Segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.
- En la Tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada,

rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.(8,9)

En cuanto a las fases describen:

Fase de Entusiasmo:

Cuando el trabajo inicialmente se experimenta como algo estimulante. (9,5)

El sujeto se encuentra preparado física y psicológicamente para transformar el mundo, hacerlo mejor, para triunfar. (10,1)

Esta fase podría coincidir con el comienzo del trabajo, centrada en el carácter activo del trabajador que lo haría ir más allá de los intereses de su organización, totalmente implicado y entusiasmado con su trabajo (engaged). (11,21)

Fase de estancamiento o desilusión:

Cuando se comienzan a plantear dudas a cerca del trabajo, de si vale la pena el esfuerzo, las expectativas iniciales se oscurecen,

los objetivos ya no son tan claros y comienza a aislarse y a interpretar negativamente cualquier propuesta. (12,1)

Comienza a haber insatisfacción por la confrontación de las exageradas expectativas con la realidad. (13,5)

Aunque el sujeto esté desorientado y confuso y al mismo tiempo impaciente por conseguir el éxito, sigue manteniendo la idea de trabajar duro.

Fase de frustración o apatía:

Aquí las herramientas de organización y las personales salvan positivamente la situación, se recobra la ilusión por nuevos proyectos, cambio de trabajo con nuevas perspectivas, o bien, se entra a una etapa donde los problemas psicosomáticos se van cronificando y se va adoptando una actitud irritable, de paso de tiempo, de dudas, de inadecuación con las tareas. (14,5)

El médico se encuentra desesperado, irritable, frustrado. Se comienza a culpar a otros de la falta de éxito y a la vez que se

pierde el entusiasmo, se comienza a ser más escéptico, duro y cínico, desatiende las responsabilidades del trabajo.

Gradualmente se va perdiendo confianza en su propia capacidad. A veces se trata de superar esta fase trabajando con más ahínco lo que hace que los compañeros no sospechen su problema.

Fase de desesperación o de quemado:

- Se tiene la sensación de que todo está perdido, de que sus expectativas y sueños nunca se realizarán. (15,5)
- Aparece un tremendo sentimiento de fracaso, sensación de desgracia, aislamiento y soledad.
- Se produce un colapso físico e intelectual y una sensación de no poder más, es cuando la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas y se puede llegar a presentar un cuadro indistinguible de depresión clínica. (16,5)

2.4- DIMENSIONES FUNDAMENTALES DEL SÍNDROME

En su forma más común, se considera que el Burnout abarca tres dimensiones fundamentalmente: (17,2)

1) **El agotamiento emocional.** Es debido a una reducción de los propios recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. (18,2)

2) **La despersonalización.** Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, así como también hacia los colegas. Esto conduce a la idea de que "los demás" son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales. (19,2)

3) **La falta de realización personal.** Es la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima.

Generalmente, afecta al rendimiento laboral sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de "omnipotencia" que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan el Burnout.(20,2)

A estas tres dimensiones se añadiría un conjunto de síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

Los autores con inclinación somática han observado en ciertas pruebas de imagen anomalías orgánicas cerebrales tales como volumen disminuido de hipocampo y corteza cerebral en afectos de estrés laboral crónico. Parece ser también que el estrés provoca una depleción encefálica de noradrenalina, dopamina y serotonina.(21,2)

La forma de presentación de los factores varía según diversos autores:

Según Golembiewsky y Cols. la Despersonalización se daría al principio, de tal forma que se vería a los clientes como culpables de sus propios problemas. A continuación vendría un descenso en el sentimiento de realización o competencia personal y profesional que finalmente llevaría a un cansancio o agotamiento emocional.(22,1)

Según Leiter la fase inicial sería el cansancio emocional que reaccionaría con aislamiento mediante la despersonalización ejercida hacia los clientes, repercutiendo todo ello en una baja realización personal, llegando así al Burnout.(23,1)

2.5- DELIMITACION DEL CONCEPTO DE BURNOUT

Debido a que el Síndrome de Burnout surge en relación a otros conceptos ya existentes, es difícil establecer claras diferencias entre ellos como sucede principalmente con el estrés y la depresión,

esta última es la que ha desencadenado mayor polémica, unos autores consideran a la depresión como un síntoma del Burnout y señalan que la diferencia se encuentra en los patrones y secuencias que se sigue durante el desarrollo de ambas, lo que hace probable que depresión y Burnout tengan distintas causas aunque se experimenten de modo parecido y por lo tanto merecen nombres distintos. (24, 1)

- La diferencia entre estrés y Burnout es un estrés crónico experimentado en el contexto laboral, o una de las posibles respuestas crónicas al impacto acumulativo del estrés.
- La diferencia con el aburrimiento o tedio en el trabajo consiste en que en el Burnout el aburrimiento o tedio es fruto de repetidas presiones emocionales, mientras que el aburrimiento o tedio puede resultar de cualquier presión o falta de innovación.
- La Diferencia entre la crisis de la edad media de la vida (El modelo de Desarrollo Laboral del Adulto) y el Burnout estriba en que la crisis sobreviene después de un número significativo de años trabajando, mientras que el Burnout generalmente afecta a jóvenes recién incorporados que suelen no estar preparados para hacer

frente a los conflictos emocionales que desde el exterior se les presenten, ni tampoco saben controlar sus propios sentimientos.(25,1)

- Un cuadro con el que se debe establecer diagnóstico diferencial, es el denominado Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) el cual también guarda relación con unas demandas inadecuadas del trabajo y, por tanto, con el Burnout. Se calcula que lo padece el 1 por ciento de la población y se caracteriza por un cansancio persistente padecido durante más de seis meses, diferenciado del insomnio y de la falta de motivación y que no se puede atribuir a ninguna enfermedad física o psiquiátrica. Dicho cansancio no cede con el descanso y ocasiona una reducción del nivel de actividad de la persona afectada. Asimismo, el paciente presenta, al menos, cuatro de los siguientes síntomas: trastornos de concentración o de memoria a corto plazo, faringitis, dolores cervicales, reumatismo muscular, dolor multiarticular sin artritis, dolor de cabeza, sueño no reparador y malestar postesfuerzo de más de 24 horas de duración.(26,2)

2.6- PRINCIPALES CAUSAS DEL BURNOUT

El síndrome de Burnout se debe a distintas causas múltiples, no necesariamente una sola.(27,1)

La aparición del Síndrome de Burnout está vinculada a un triple proceso:

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

En el caso de los médicos la atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la insatisfacción laboral.

El sufrimiento o estrés interpersonal del médico se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.(28,1)

Edad:

Aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, la edad promedio oscila entre los 45- 54 años de edad, lo cual coincide con los primeros años de ejercicio profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.(29,8) (11)

Sexo

Serian principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitaristas por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas

especialidades profesionales que prolongarían la realización del rol de mujer.(30,8) (11)

Estado Civil

Aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar.(31,8) (11)

Turno Laboral

El horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio.(32,8)(11)

Antigüedad Profesional

Tampoco existe un acuerdo.

Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos: el primero correspondiente a los dos primeros años de carrera profesional y el segundo a mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.(33,8) (11)

Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años

en su trabajo serian los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. (34,11)

Sobrecarga Laboral

Este factor, en los profesionales asistenciales, puede producir una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Sin embargo no existe una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout.(35,11)

Salario

Ha sido involucrado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en los profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (36,11)

En múltiples investigaciones se ha documentado que el síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas, no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de

tiempo y en la paga mal remunerada, sin embargo en personas que laboran en amplias jornadas pero bien remuneradas es poco común la presencia del síndrome.(37,10)

Siguiendo a Rafael de Pablo podemos distinguir los siguiente núcleos etiológicos: (38,11)

1. Factor Personal

Características del médico en particular

Desde que el médico está en formación tiene expectativas sobre que quiere conseguir en la profesión que básicamente son de tres tipos:

a. **Expectativas altruistas:** poder ayudar a los que sufren.

Es frecuente observar que aquellos médicos que le dan prioridad al aspecto humano, se cargan de pacientes, lo que hace que con frecuencia sus registros y ahorros sean menores y a la larga sean penalizados por ello. Parecería que el sistema no favoreciera estos aspectos humanos, lo que hace caer al profesional en frecuentes contradicciones.

b. **Expectativas profesionales:** ser un profesional competente y ser considerado como tal.

Este sentimiento se fundamenta en el binomio: Saber lo que hay que hacer y poderlo hacer.

Es frecuente que la alta presión asistencial y la burocratización de las consultas, le impidan al médico familiar aplicar plenamente sus conocimientos y lo que hace que el médico se vaya descapitalizando profesionalmente, reduciendo su capacidad resolutive y se vea acompañado de una importante frustración y sentimiento de minusvalía.

La atención primaria es amplísima, todo lo humano le interesa al médico, la oferta informativa es muy amplia pero quizás poco organizada y en la mayoría de las ocasiones presupone tiempo fuera de la jornada laboral, esto significa una ampliación encubierta de la jornada y tener que escoger entre la familia y la profesión, haciéndolo sentir culpable haga lo que haga. (39,11)

c.- Expectativas sociales: Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

Hace algunos años, el médico era considerado como un profesional de prestigio con una alta consideración social y un importante estatus económico. Actualmente es común en la prensa una noticia de negligencia médica , que hace sentir al médico en permanente acoso, o noticias sobre importantes logros médicos que hacen que cotidianamente se le exijan milagros terapéuticos y muchos profesionales no sanitarios medianamente cualificados superan con creces sus ingresos, con una menor responsabilidad.

Esto da con frecuencia una sensación de importante desilusión.(40,11)

2. Factor Profesional

Características específicas de la atención primaria

Las altas expectativas que se formaron con la reforma de la atención primaria y la creación de los centros de salud, están creando un importante grado de frustración al no verse cumplidas en un forma adecuada.

El enfoque de Integral de la Medicina Familiar, hace que constantemente el médico familiar precise defender su sentido y sus competencias, por lo tanto se encuentra en permanente encrucijada por definir su papel en el sistema sanitario.(41,11)

3.- Factor Institucional

Características de los objetivos, la organización que se establece y de los recursos disponibles.

La presión asistencial excesiva provoca acoso, escaso tiempo de dedicación al paciente y aumento de posibilidad de cometer errores. Hace falta una limitación máxima de la agenda asistencial, tanto en consulta como en visitas a domicilio. Frecuentemente el médico no sabe como va a terminar el día ni que se va a encontrar, además

siempre existe la posibilidad de que se intercalen urgencias no previstas.

Todo esto lleva a una sensación de trabajo en cadena, con la consiguiente falta de control sobre el mismo, lo que es considerado como una importante fuente de estrés.

Burocratización Excesiva

Generalmente el médico familiar trabaja sin un apoyo específico de un personal auxiliar. Se encuentra perdiendo el tiempo en trámites burocráticos, y se reduce el tiempo para resolver problemas a los pacientes.

Escaso trabajo real de equipo

Todavía sigue sin haber una definición normatizada entre los diferentes estamentos no médicos. Este tema ha creado y sigue

creando importantes tensiones y gasto intenso de energía, por dejar al voluntarismo y a las buenas intenciones de los componentes del equipo, la solución del reparto de responsabilidades.

En equipos muy grandes es fácil que se creen subgrupos, así como también es fácil que se creen subgrupos por horarios creando diferentes corrientes de opinión.

La excesiva presión asistencial no permite la existencia de espacios informales de contacto (comienzos de jornada, desayuno, final de jornada) entre los componentes del equipo, que fomenten " una buena atmósfera de grupo"

Todo esto hace que no se tenga un objetivo común, sino múltiples objetivos, con frecuencia enfrentados, lo que provoca discusiones estériles y muy desgastantes , fomentando la competitividad insana ,en lugar de la colaboración para conseguir un objetivo común (misión fundamental de un equipo de trabajo).

(42,11)

Falta de Sintonía con las Gerencias

No hay un acercamiento y sintonía en los objetivos. La mayoría de las veces hay problemas de comunicación entre el trabajador y sus coordinadores, éstos no consiguen su principal objetivo, que es la búsqueda de oportunidades de mejora de la calidad asistencial y aportar al profesional ideas y herramientas para la mejora en su que hacer.(43,11)

Otros autores hacen énfasis en el ambiente físico del puesto de trabajo tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. Ruido

El ruido es un importante potenciador del Burnout en determinados ambientes de trabajo, y más concretamente las

características de ese ruido; la intensidad y la frecuencia suponen una fuente importante de estrés laboral. (44,7)

Diversos investigadores mostraron que las condiciones desagradables de trabajo debidas al ruido predicen de forma negativa el nivel de satisfacción, la productividad y la vulnerabilidad a los accidentes, y en general la tasa de errores. El enmascaramiento que produce el ruido de otras señales relevantes contribuye, así mismo, a incrementar la probabilidad de accidentes y reduce las posibilidades de comunicación psicosocial en el puesto de trabajo.

El ruido se ha relacionado con patología física como fatiga, dolores de cabeza, irritabilidad y dificultades de concentración, así como una reducción de las conductas de ayuda, actitudes sensiblemente más negativas respecto a los demás, así como algunas muestras de abierta hostilidad; debido a sentimientos de agotamiento emocional. (45,7)

2. Vibraciones

En algunos trabajos, el personal se ve sometido a condiciones de vibración producida por máquinas o bien a trabajar sobre soportes que emiten vibraciones. Las investigaciones realizadas evidencian, entre otras, la alta incidencia de daños en la espina dorsal así como alteraciones en el funcionamiento neurológico.

Las vibraciones pueden considerarse como una posible potenciador del estrés y por extensión, del síndrome de Burnout debido especialmente a sentimiento de agotamiento emocional que derivan en irritabilidad y actitudes de despersonalización que deterioran las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo.

(46,7)

3. Iluminación

Diversos aspectos de la iluminación son relevantes tanto para el rendimiento como para la salud y bienestar psicológico. Una iluminación negativa tiene consecuencias negativas en la visión, puede provocar dolores de cabeza, fatiga visual, tensión y frustración derivando hacia el estrés laboral. (47,7)

4. Temperatura

Las personas intercambian calor con su entorno y este intercambio está influido por factores individuales (nivel de actividad) y ambientales (temperatura ambiental, humedad, velocidad del movimiento del aire y temperatura de radiación). Se han elaborado diversos índices para predecir el confort térmico a partir de estos cuatro factores y su impacto sobre el bienestar. Sus implicaciones para la salud mental y la satisfacción han sido menos estudiadas o aisladas de otros factores. Las conclusiones aportadas por estas investigaciones son: trabajos que requieren decisiones críticas o

discriminaciones finas son afectados en términos negativos por el exceso de calor. La destreza manual se deteriora en condiciones de baja temperatura siendo causa de accidentes.

El trabajo desarrollado a la intemperie conlleva a menudo condiciones climatológicas no necesariamente vinculadas a la temperatura, pero que sin embargo afectan al bienestar físico, a la moral, la motivación y en general incrementa la propensión a los accidentes. (48,7)

5. Higiene

Las condiciones higiénicas en los lugares de trabajo no siempre son satisfactorias y adecuadas. La suciedad, el entorno polvoriento, la falta de ventilación, la inadecuación de las áreas de descanso, el mantenimiento de los sanitarios junto con otros aspectos relacionados con la higiene, inciden directamente en la satisfacción laboral, incrementando la irritabilidad, y la frustración, que conlleva el estrés laboral, así como posibles infecciones y otras patologías contagiosas. (49,7)

6. Toxicidad

Determinados trabajos requieren la manipulación de productos tóxicos. Estos pueden tener consecuencias importantes para la salud a corto o largo plazo si no son mantenidas en las condiciones adecuadas o manipulados sin las medidas de prevención adecuadas.

Dejando de lado las repercusiones físicas de su incorrecta manipulación, cabe mencionar, la incomodidad y la insatisfacción laboral que produce, que puede desembocar en situaciones de estrés y ser un potenciador del síndrome de Burnout. (50,7)

2.7- MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Clínicamente, el síndrome de Burnout supone el padecimiento de ansiedad, agotamiento físico y emocional, incapacidad para centrarse en el trabajo diario y sentimientos de frustración e incompetencia.

En general el Síndrome de Burnout se caracteriza por lo siguiente:

Es insidioso:

Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra).

Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra. (51,11)

Se tiende a negar:

Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Esta situación representa un obstáculo importante para el diagnóstico precoz.

Son los compañeros los que primero lo notan. (52,11)

Existe una fase irreversible:

Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tal fuerza que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia.

Por esta razón merece la pena realizar medidas preventivas ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil.

(53,11)

En General el síndrome se presenta mediante las siguientes manifestaciones:

- A. **Psicosomáticos:** fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
- B. **Conductuales:** ausentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- C. **Emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- D. **En el ambiente laboral:** detrimento de la capacidad de trabajo detrimento de la calidad del servicio que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes, frustración, comportamiento paranoide y/o agresividad hacia sus compañeros , incluso a su propia familia (54,13) (1)

2.8- DIAGNÓSTICO

Desde un punto de vista organizativo y global, el primer paso para prevenir el síndrome de Burnout debe ser identificar a aquellos trabajadores con mayores posibilidades de sufrirlo. Una vez identificados esos puestos de trabajo, pueden emprenderse estrategias de adaptación para afrontar el estrés.

2.9- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La prevención y manejo del Burnout se plantea desde una triple perspectiva:(6)

- A NIVEL INDIVIDUAL
- A NIVEL DEL EQUIPO
- A NIVEL DE ORGANIZACIÓN- INSTITUCION

1. Nivel Individual

Es imposible plantear el manejo del Burnout sin abordar la manera de interpretar las situaciones propias de cada médico, sin una verdadera modificación de actitudes y aptitudes.

Se debe tener un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales con la realidad que se impone, marcando objetivos mas realistas, que permitan ha pesar de todo mantener una ilusión por mejorar, sin caer en el escepticismo. (55,6)

Esto supone un doloroso proceso de maduración en el que el profesional va aceptando errores y limitaciones con frecuencia a costa de secuelas y cicatrices en el alma. Se debe aprender a equilibrar los objetivos de una empresa (cartera de servicios, adecuación eficiente de los escasos recursos disponibles), pero sin renunciar a lo más valioso a nivel del profesional médico: los valores humanos.(56,6)

Sin duda en la profesión médica el aspecto emocional, se quiera o no, conciente o inconcientemente, es fundamental.

Todo lo anterior sin duda exige un manejo de las emociones, tanto por los pacientes como por el médico mismo.

En cualquier profesión y más en medicina, es trascendental equilibrar áreas vitales como la Familia, amigos, aficiones, descanso, evitando a toda costa que la profesión absorba éstas. Además todas éstas áreas, son grandes protectores para el Burnout. (57,6)

2. Nivel de Equipo

Los compañeros de trabajo tienen un papel muy importante:

1. Diagnóstico precoz:

Son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado.

2. Son una importante fuente de apoyo:

Son quienes mejor se comprenden, ya que pasan por lo mismo.

Se ha observado que cuando las relaciones entre compañeros de trabajo son malas, contribuyen a una rápida evolución del Burnout.

3. Nivel de Organización- Institución

Se consideran tres conceptos clave para la prevención empresarial del Burnout:

Formación, Organización y Tiempo. (58,6)

Para llevar esto a cabo algunos autores señalan puntos muy importantes, por citar algunos:

a)- Minimizar la sensación de falta de control y de trabajo en cadena en la asistencia, limitando una agenda máxima de trabajo, anticipando situaciones.

b)- Minimizar imprevistos, organizando las urgencias, de tal forma que no interfieran en el trabajo planificado.

- c)- Tomar en cuenta un tiempo mínimo por paciente
- d)- Minimizar la burocracia.
- e)- Apoyo de personal auxiliar.
- f)- Coordinación con los especialistas, protocolización conjunta de patología prevalente.
- g)- Marcar objetivos compartidos.
- h)- Formación continuada: Organizada y adaptada a las necesidades reales, siempre que sea posible dentro de la jornada laboral.
- i)- Acortar distancia con las Gerencias: Pacto dialogado sobre objetivos.

j)-Evaluación con retroalimentación (feed-bak) constructiva con el profesional. (59,6)

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia de los médicos para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente.

Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios.

Actualmente actualmente el Burnout es considerado una enfermedad profesional. Es responsabilidad compartida, individual, colegial e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia.

En algunos países existen programas de ayuda al médico enfermo, canalizado a través del los colegios de médicos. (60,6)

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son, las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambas, por su complejidad, precisan del Psiquiatra y psicólogo. (61,9)

2.10.-ESTUDIOS REALIZADOS

La incidencia del Síndrome está aumentando en todo el mundo. En la Unión Europea, las estadísticas demuestran que, en algunos países, uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, cansancio o estrés que conducen ocasionalmente a la hospitalización y/o a la incapacidad laboral de la víctima. (62,2)

Se estima que más de un 9% de los españoles se ven afectados por burnout.

Según un reciente estudio del Ministerio de Administraciones Públicas, los médicos, profesores y enfermeros son los colectivos más “quemados” por el trabajo en el sector público. (63,2)

Según un estudio independiente realizado por el Instituto de Estudios Laborales de ESADE, que fue presentado en Madrid, casi el 90% de los médicos de familia han padecido alguna vez este sentimiento de agotamiento emocional, el *síndrome de estar*

quemado. De hecho, prácticamente el mismo porcentaje de facultativos (un 82%) asegura que en alguna ocasión ha llegado a tal estado de tensión y desánimo como para estar harto de sus pacientes. (64,13)

En México se han confirmado la presencia del síndrome de Burnout en diferentes áreas laborales (Administradores, pedagogos, filósofos, enfermeras y , médicos de diferentes especialidades), en casi todos los estados de la República.

A finales de 2008 se reconoció que el 20% de los trabajadores mexicanos padecen Burnout.

En diferentes hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social se han realizado encuestas a los trabajadores de diversas áreas, para conocer que tan alta es la incidencia, y los resultados indicaron que entre un 50 a 70% de ellos tenían todas las características del Síndrome de Burnout. (65,19)

En Guadalajara Jalisco se encontró que un 42.3% de los médicos familiares de 23 unidades de medicina familiar, padecían Burnout. (66,14)

Un estudio realizado a personal médico en 2 hospitales de Mexicali BC, en México reporto la más baja prevalencia del síndrome en sus trabajadores con un 6.79% afectados. (67,12)

Algunos estudios de éstos encontraron que la población de mayor riesgo de padecer el síndrome se encuentra entre los 35-40 años de edad, es más frecuente, en aquellos solteros, sin hijos y entre los médicos prevalece en aquellos cuya antigüedad laboral oscila entre los 11 y 19 años. (68,4)

En Sinaloa son pocos los estudios realizados sobre el tema. En un estudio realizado al personal del IMSS en El Fuerte Sinaloa se obtuvo un alto porcentaje de trabajadores quemados principalmente en el turno nocturno.

El desconocimiento sobre el síndrome de Burnout dificulta el contar con apoyo para continuar con nuevas investigaciones.

Se requieren en nuestro estado nuevas líneas de investigación pues a medida de que el médico y en general todos los trabajadores gocen de buena salud tanto física como mental les será posible brindar atención de mejor calidad.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de Burnout o síndrome del quemado es la expresión patológica del individuo que se quema por el trabajo o que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño del mismo.

Lo podemos considerar como un grado extremo de estrés laboral o, mejor dicho, como un fallo en los mecanismos adaptativos a este estrés.

Entendamos, entonces, al síndrome de Burnout como la respuesta al estrés laboral crónico que se producirá en unas personas y en otras no, a pesar de soportar el mismo estrés laboral, en función de factores como la personalidad, la educación, el nivel cultural, la capacidad de responder a demandas emocionales, etc.

Algunos rasgos de la personalidad tales como afabilidad, estabilidad, atrevimiento y optimismo, serían protectores frente al estrés crónico.

El Síndrome de Burnout nunca aparece de forma instantánea sino que responde a un proceso continuo, se suele generar, sobre todo, en “gente que trabaja con gente”, como los médicos y otros colectivos con un alto compromiso laboral, que ven defraudadas sus expectativas terminando en un agotamiento emocional muy importante. También puede desencadenarse en ambientes laborales en los que el trabajador se ve sometido a una situación de maltrato, de aislamiento o menosprecio. (69,12)

Ante esta situación consideramos conveniente analizar las condiciones de los médicos familiares de nuestro hospital y nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos familiares de la Clínica Hospital General de Zona No. 32, de Guasave, Sinaloa?

4.- JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout es identificado cada vez con mayor frecuencia entre los trabajadores que desempeñan labores de ayuda como los médicos.

Es de gran trascendencia en quién lo padece ya que las relaciones interpersonales son las que se afectan principalmente, esto repercute ampliamente sobre aspectos de salud laboral, originando quejas constantes de los usuarios por despersonalización y mala atención de su médico tratante.

El Papel de los médicos como personas que de forma desinteresada ayudan a la persona que sufre, además de poseer las cualidades técnicas y valores como empatía, respeto, tolerancia, flexibilidad; con frecuencia entran en dilema con los requerimientos que actualmente exigen las instituciones que los emplean.

La alta presión asistencial y la burocratización de las consultas, le impiden a los médicos familiares aplicar plenamente sus conocimientos y acaban perdiendo su capacidad resolutive llenándose de sentimientos de frustración y minusvalía.

En la actualidad existe un grupo de nuevas enfermedades de carácter laboral que afectan a la población económicamente activa y el Síndrome de Burnout es considerado como tal.

Consideramos muy importante realizar este estudio en nuestra unidad de medicina familiar ya que la incidencia del síndrome de Burnout está aumentando en todo el mundo y en nuestra unidad no se ha realizado éste tipo de estudio.

Las estadísticas demuestran que en algunos países de Europa 1 de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad, cansancio, estrés, que conducen ocasionalmente a la hospitalización o incapacidad laboral de la víctima.

En España se calcula que más de un 9% de la población que trabaja se ve afectada por el síndrome.(70,12).

En México se han confirmado la presencia del síndrome de Burnout en diferentes áreas laborales (administradores, pedagogos, filósofos, enfermeras y médicos de diferentes especialidades), en casi todos los estados de la República.

A finales de 2008 se reconoció que el 20% de los trabajadores mexicanos padecen Burnout.

En diferentes hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social se han realizado encuestas a los trabajadores de diversas áreas, para conocer que tan alta es la incidencia, y los resultados indicaron que entre un 50 a 70% de ellos tenían todas las características del Síndrome de Burnout. (71,19)

En Sinaloa son pocos los estudios realizados sobre el tema.

Este estudio nos permitirá conocer cuantos de los médicos familiares que laboran en la Clínica Hospital General de Zona No.32 de Guasave, Sinaloa, padecen el síndrome de Burnout y en base a los resultados se propondrán estrategias que ayuden a los médicos a aplicar plenamente sus conocimientos que y a su vez se beneficie la población derechohabiente a su cargo.

5.- OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

5.1.-OBJETIVO GENERAL:

“Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos familiares que laboran en la Clínica Hospital General de Zona No. 32, Guasave, Sinaloa”

5.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-- Determinar que sexo se encuentra más afectado.
- 2.-Determinar si el Estado civil se asocia a la aparición del Síndrome.
- 3- Conocer si la edad se relaciona con la aparición del Síndrome.
- 4.-Determinar si la antigüedad influye en la aparición del Síndrome.

5.- Determinar si el turno laboral influye en la aparición del Síndrome.

6.-- Identificar las dimensiones principales del Síndrome (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal).

6.- METODOLOGÍA

6.1.- TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y sociomédico.

6.2.- POBLACION OBJETIVA

Personal médico de base que labora en el área de medicina Familiar y urgencias en los turnos matutino, vespertino y nocturno de la CHGZ C/MF No.32, Guasave Sinaloa.

6.3.- ESTUDIO REALIZADO:

-De febrero de 2008 a febrero de 2009.

6.4.- INSTRUMENTO:

-Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory).

Cuestionario creado por Maslach y Jackson en 1981. Este cuestionario es autoadministrado y está constituido por veintidós ítems en forma de afirmaciones que miden la frecuencia e intensidad del Burnout. En él se pueden diferenciar tres subescalas, que miden, a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome:

- **Agotamiento Emocional:** Conformado por los ítems 1, 2,3,6,8,13,14,16 y 20, su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, a mayor puntuación mayor es el nivel experimentado por la persona.
- **Despersonalización:** Constituida por los ítems 5, 10, 11,15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con el Burnout.
- **Realización Personal:** La conforman los ítems 4.7.9.12.17.18.19 y21 . En éste caso la puntuación es inversamente

proporcional al grado de Burnout, es decir, a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado el sujeto.

Este sistema de evaluación ha demostrado cumplir adecuadamente los criterios sobre validez convergente y validez divergente exigidos a los instrumentos de evaluación.

La forma más actualizada de MBI y la más utilizada actualmente emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que una persona experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem, mediante un sistema de puntuación tipo Likert, con siete niveles:

0=Nunca

1= Pocas veces al año o menos

2= Una vez al mes o menos

3= Pocas veces al mes

4= Una vez a la semana

5= Varias veces a la semana

6=Diariamente

Los resultados se distribuyen en tres rangos que definen un nivel de Burnout experimentado como Bajo, Medio o Alto en cada una de las dimensiones respectivamente.

6.5.- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- 47 –Medicos Familiares.

6.6.-CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.6.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Se incluirán ambos sexos.
- Que sean médicos familiares.
- Que sean de base.
- Aquellos asignados a consulta externa y urgencias.
- Aquellos que laboran en turno matutino, vespertino y jornada acumulada.
- Que acepten participar.

6.6.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Aquellos que estén pasando por una situación de crisis (duelo, enfermedad Terminal)
- Aquellos trabajadores eventuales.
- Médicos no familiares.
- Aquellos que no acepten participar.

6.6.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Aquellos que no terminen de llenar su cuestionario.
- Todos aquellos cuestionarios no legibles.

7.- PROCEDIMIENTO:

El procedimiento que se llevó a cabo para recolectar los datos fue la aplicación del MBI (Maslach Burnout Inventory) a los médicos familiares de base. Se abordaron de manera individual, voluntaria e informada , en su horario de trabajo (previa cita), una sola vez y se ofreció privacidad y en caso de dudas éstas se aclararon al terminar el cuestionario.

Únicamente se incluyó al personal médico que aceptó participar y que respondieron el instrumento al 100%.

8.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES:

1.- Síndrome de Burnout :Es un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

2.- Médico Familiar: Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo.

3.- Edad: Años cumplidos

4.-Sexo: Caracteres morfológicos, genéticos y funcionales que distinguen a los hombres de las mujeres.

5.- Estado civil: Conjunto de condiciones de convivencia que guarda el sujeto en sociedad.

6.-Antigüedad: Tiempo transcurrido desde el día en que se obtiene un empleo.

7.-Turno: Horario de día o noche en que el sujeto desempeña su trabajo.

8.- Agotamiento emocional: Sensación de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.

9.- Despersonalización: Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

10.- Realización personal: Es una pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto, resultado a veces inadvertido de situaciones ingratas.

8.1.-CUADRO DE VARIABLES

Variables Dependientes

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE VALORES
SINDROME DE BOURNOUT	Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.	Dependiente	MBI Maslach Burnout Inventory E. E. Agotamiento emocional (9 ítems) D.Despersonalización (5ítems) P.A.Realización personal en el trabajo (8ítems)	Escala de valoración de frecuencia:De 0 Nunca a 6 Todos los días. Sistema de Percentiles: Arriba del percentil 75=Alto. Entre percentil 25 y el 75= Medio. Por debajo del percentil 25=Bajo.
MEDICO FAMILIAR	Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio.			

Las variables Intervinientes a considerar son las siguientes:

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Años cumplidos	Cuantitativa Demográfica	18 a 60	
SEXO	Caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los hombres de las mujeres	Demográfica	Masculino Femenino	Hombre se identificará con el no. 1 Mujer se identificará con el No. 2
EDO. CIVIL	Conjunto de condiciones de convivencia que guarda el sujeto en sociedad	Demográfica	Variado de acuerdo a los datos reportados	Casado 1 Soltero 2 Unión Libre 3 Divorciado 4 Viudo 5
TURNO	Horario del día o noche en que el sujeto desempeña sus labores	Comparativa	Diurno Vespertino Nocturno Jornada-acumulada	Jornada realizada en primer turno (día)1 Segundo turno (tarde) 2 Tercer turno (noche)3 Días Sábado Domingo o Festivos 4
ANTIGÜEDAD	Tiempo transcurrido desde el día en que se obtiene un empleo	Cuantitativa	1 a 30	1- menos de 2 años 2- 2 a 10 años 3- 11 a 20 años 4- Más de 20 años

9.- RESULTADOS

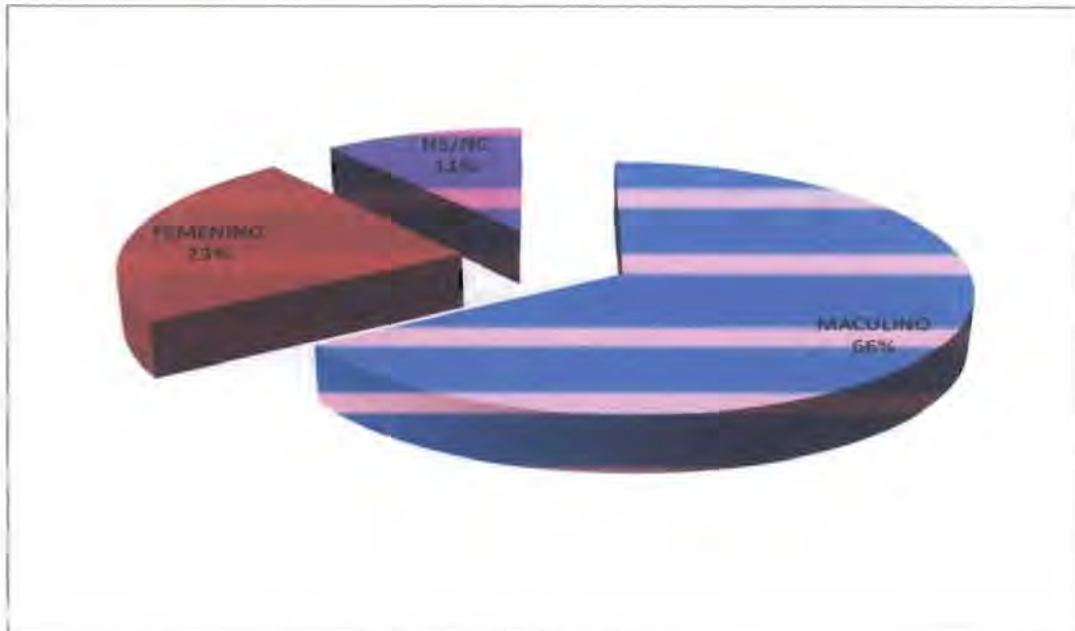
De acuerdo a los resultados que aporta este estudio, con el fin de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los Médicos Familiares de la Clínica Hospital General de Zona No. 32 de Guasave Sinaloa, Se encontró lo siguiente:

La población estudiada, fue de 47 médicos familiares de base que laboran en los turnos matutino, vespertino y nocturno, entrevistados por separado, previa cita, en su turno laboral.

El grupo de casos estuvo constituido por 11 mujeres (23.4%) y 31 hombres (65.9%).

Gráfica N°.1

SEXO



Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

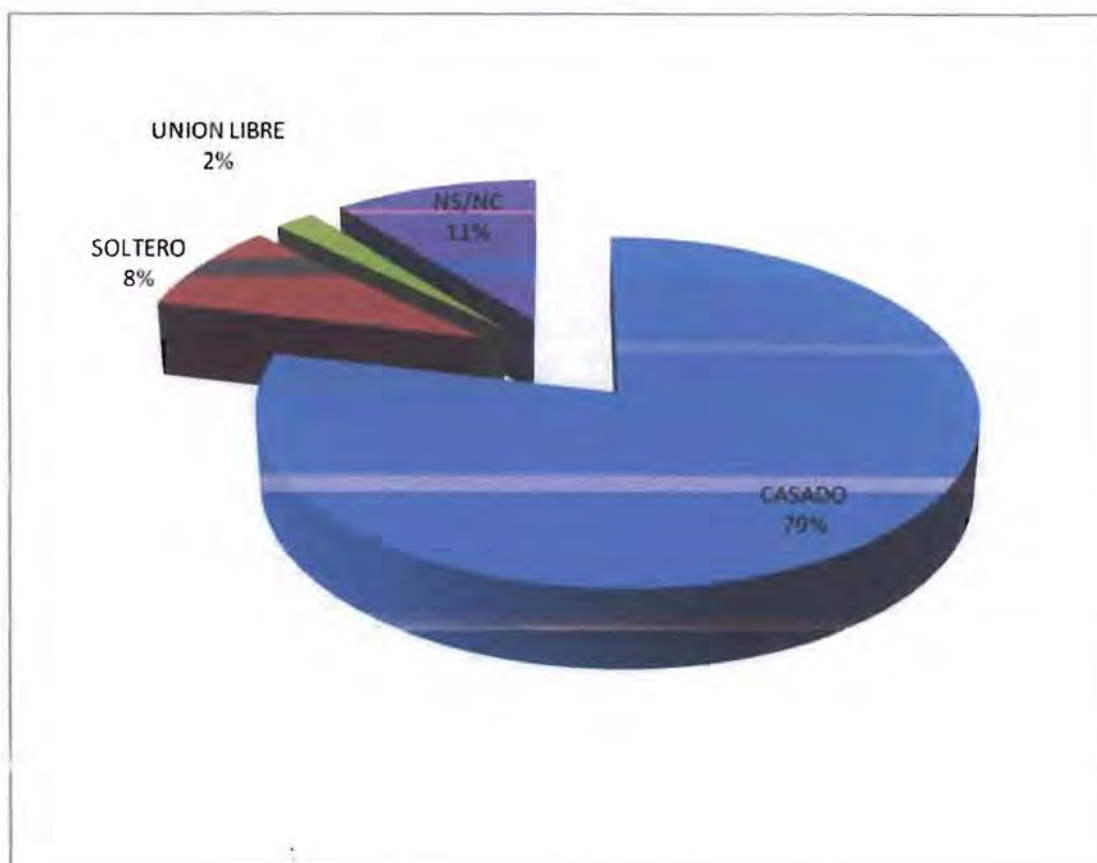
Las edades del grupo analizado oscilaron entre los 37 a 56 años y el caso positivo se presentó en un sujeto de 46 años. Lo cual concuerda con los resultados reportados en la literatura ya que se ha observado que la edad promedio de presentación del síndrome es entre los 45-54 años.

En relación al Estado Civil el 78.7% son casados, Solteros 8.5 % y un 2.1% unión libre.

Gràfica N°.2

ESTADO CIVIL

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

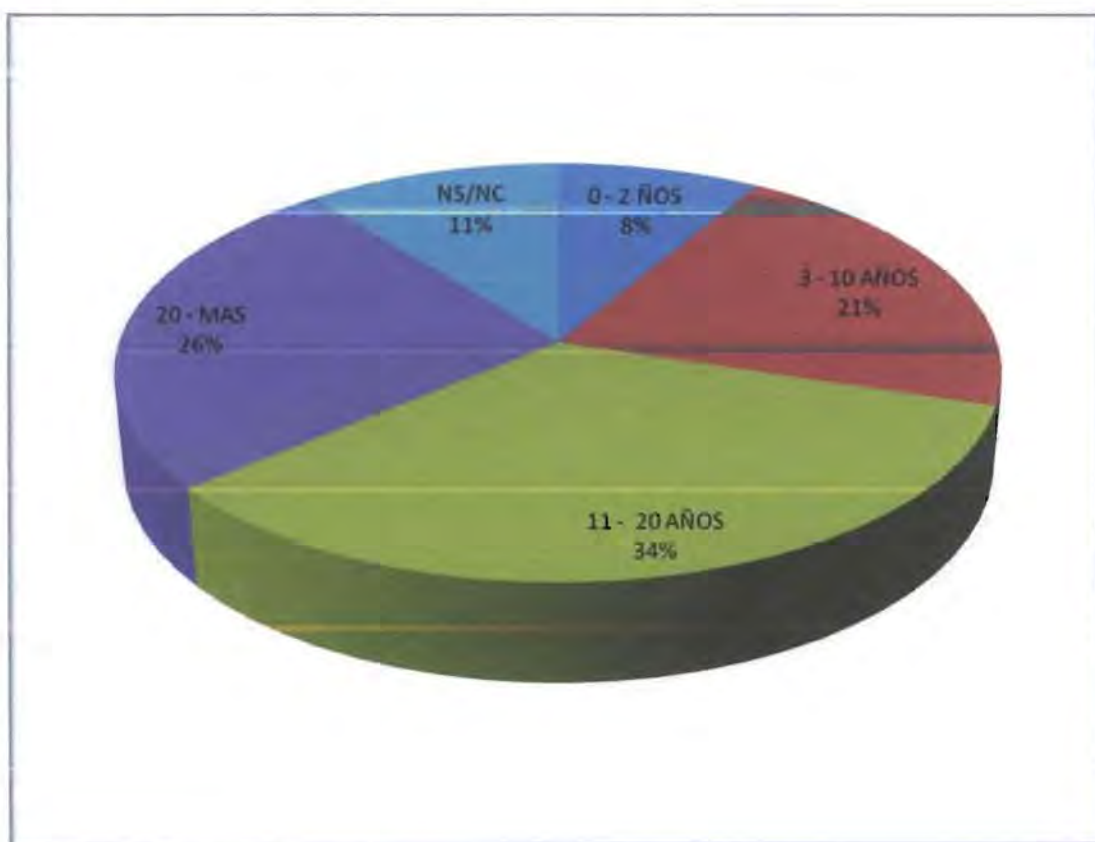


En antigüedad el 8% cuenta con 0 a 2 años, 21.1% 3 a 10 años, 34% 11 a 20 años y 25.5% más de 20 años.

Gráfica N°.3

ANTIGÜEDAD

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

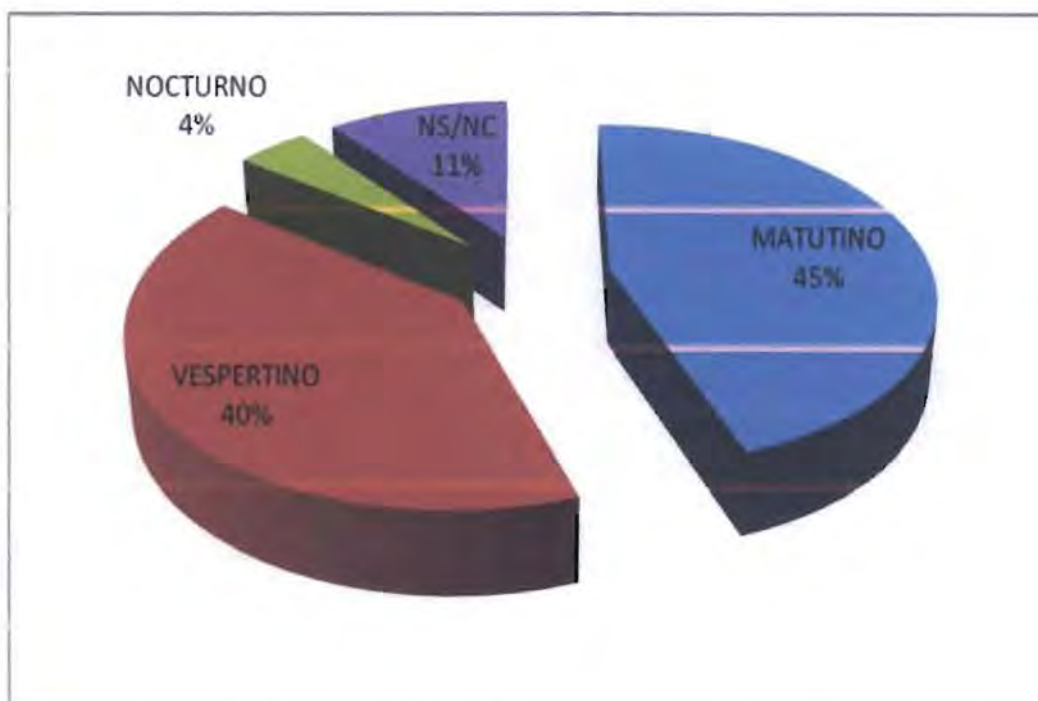


En Turno laboral el 44.6% labora en turno matutino, el 40.4% vespertino y el 4.2% nocturno.

Gráfica N°.4

TURNO LABORAL

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.



En cuanto a las Dimensiones fundamentales del Burnout encontramos:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

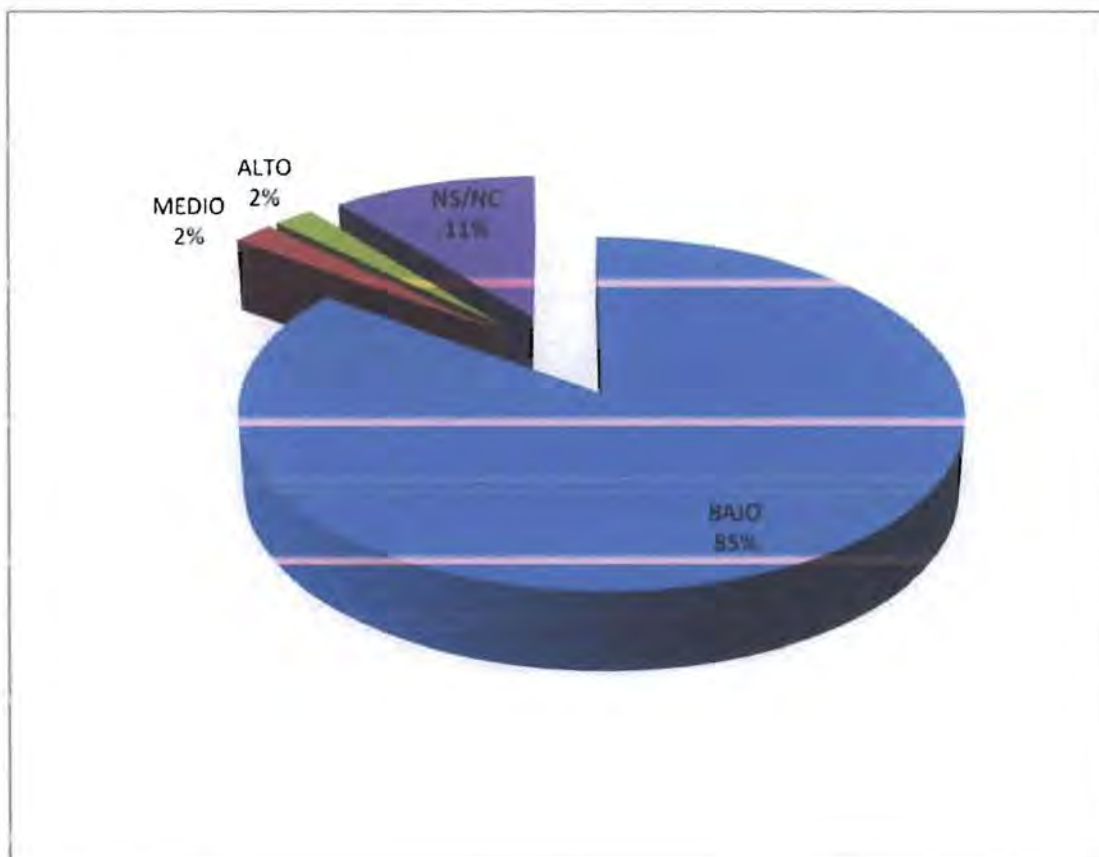
Nivel Bajo: 85.1%

Medio: 2.1%

Alto: 2.1%

Gráfica N°. 5

Fuente: MBI (Maslach Burnout Inventory).



DESPERSONALIZACIÓN

Nivel bajo: 78.7%

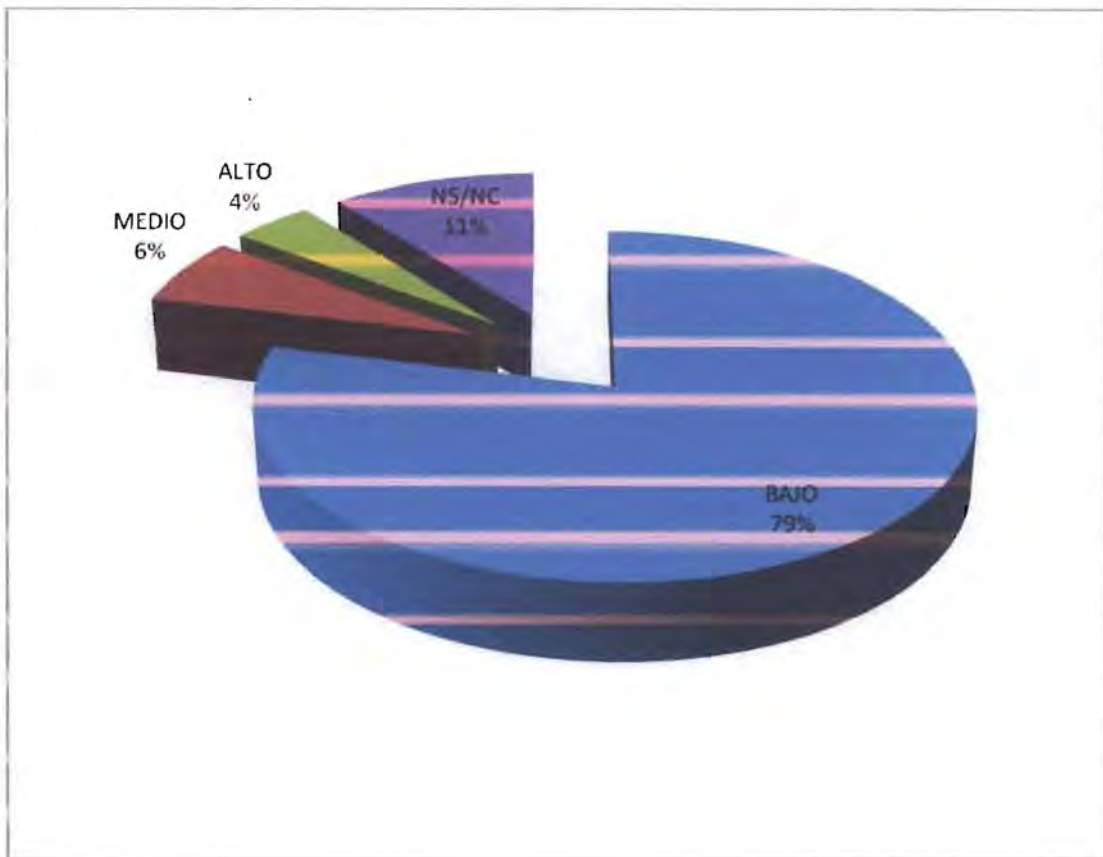
Medio: 2.7%

Alto: 4.2%

Gráfica N°. 6

DESPERSONALIZACIÓN

Fuente: Inventario MBI (Maslach Burnout Inventory).



REALIZACIÓN PERSONAL

Nivel bajo: 6%

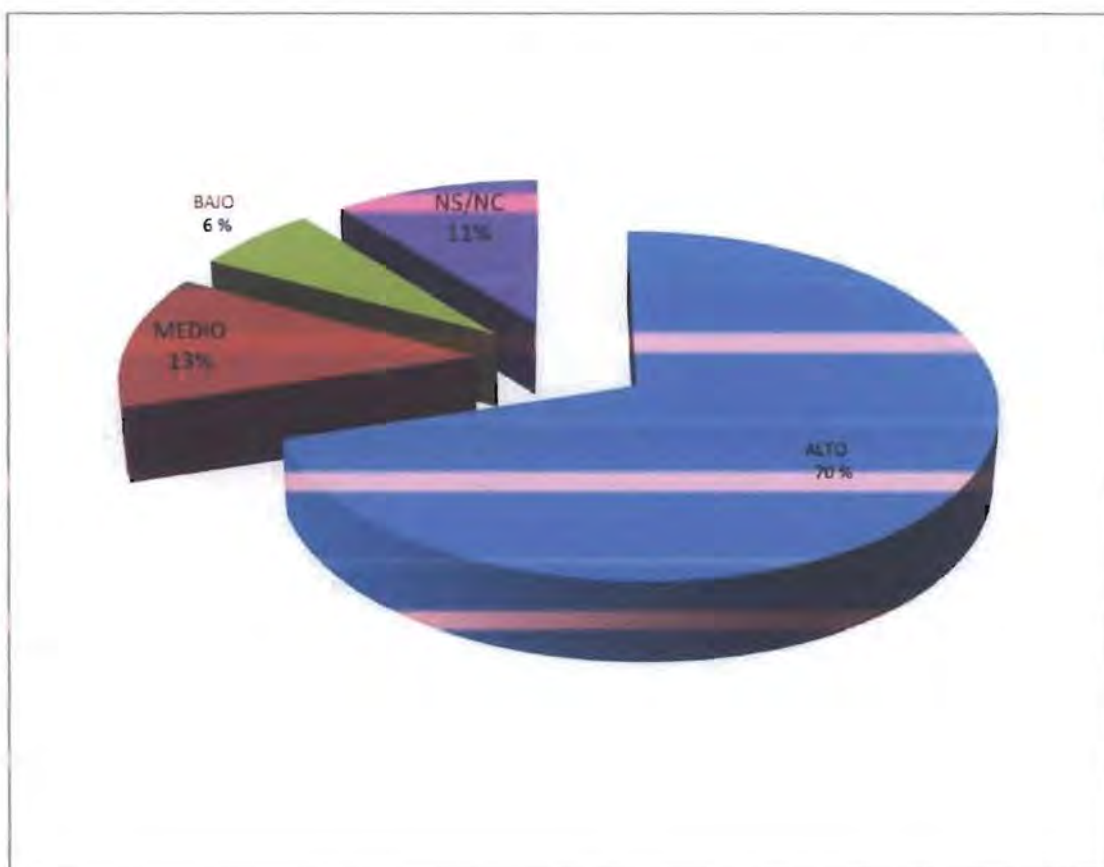
Medio: 13.3%

Alto: 70.2%

Gráfica N°.7

REALIZACIÓN PERSONAL

Fuente: MBI (Maslach Burnout Inventory).



9.1-ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva: Frecuencia y porcentaje para variables nominales y ordinales.

Intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Los resultados se contabilizaron mediante paloteo y posteriormente se obtuvieron porcentajes por cada una de las variables, tomando al total de participantes (47 médicos familiares) como el 100%, para así finalmente determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los Médicos Familiares de la CHGZ NO. 32 Guasave, Sinaloa.

La representación se hizo en gráficos de pastel de acuerdo las variables.

9.2.- ASPECTOS ÉTICOS:

Este protocolo de investigación se elaboró de acuerdo a la ley para investigación en salud y será sujeto a la aprobación del comité de ética del Hospital General de Zona No. 32 .

10.- DISCUSIÓN:

La literatura señala que aproximadamente el 9% de los trabajadores en algunos países Europeos presentan niveles de moderados a severos de Burnout.

Existen estudios que reportan que un 20% de trabajadores mexicanos padecen Síndrome de Burnout.

Los resultados obtenidos de nuestro estudio resultan interesantes ya que obtuvimos una prevalencia baja del síndrome contrario a lo encontrado en la mayoría de los estudios revisados.

De los 47 sujetos analizados se obtuvo solo 1 caso positivo dando una prevalencia de 2.1%, más baja incluso que la prevalencia más baja encontrada en la revisión realizada que fue de 6.79% en médicos en un estudio realizado en Baja California en 2006.

Además de que el sexo afectado, contrario una vez más a lo reportado en los estudios revisados donde se señala al sexo femenino como más propenso a desarrollar esta patología, en este estudio el 2.1% que resultó quemado fue del sexo masculino.

Por lo que deducimos que el síndrome se presenta en médicos independientemente el sexo, y que ambos sexos están igualmente propensos a desarrollarlo.

Algunos autores señalan entre otros factores protectores del Burnout al estar casados, pero el 2.1% con Burnout en este estudio eran casados.

Se considera al turno laboral como un factor predisponente de Burnout y muchos estudios han encontrado al turno nocturno como mayormente afectado, sin embargo, en este estudio el turno laboral afectado fue el matutino.

La literatura señala como el corazón del Burnout a la despersonalización y al agotamiento emocional. Aunque en la mayoría de los estudios revisados se señalan niveles moderados en las 3 dimensiones del síndrome.

Los resultados de este estudio concuerdan con esto ya que las 3 subescalas presentaron puntuaciones positivas al Burnout, aunque no podemos calificarlas como severas.

Con los resultados obtenidos se puede deducir que los médicos Familiares estudiados podrían estar empleando estrategias de afrontamiento o engagement que se considera como la dirección de un esfuerzo voluntario para hacer frente a la situación; centrada en el carácter activo del trabajador que lo haría ir más allá de los intereses de su organización. Es decir, es un trabajador totalmente implicado y entusiasmado con su trabajo.

11.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El Síndrome de Burnout es una enfermedad laboral que afecta principalmente a los trabajadores del ramo de la salud, aunque puede presentarse en otras profesiones, sobre todo aquellas en las que se trata a diario y de manera directa con gente.

Cada vez es más estudiado a nivel mundial y los resultados de los estudios realizados generalmente reportan grados de moderados a severos del síndrome.

En este estudio se determinó la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos familiares de la Clínica Hospital General de Zona No. 32 de Guasave, Sinaloa.

A pesar de todos los estresores laborales a los que los médicos de nuestra clínica se enfrentan día a día y que son reconocidos como potenciadores del Burnout tales como el ruido, el tiempo en consulta limitado a 10 minutos por paciente, la sobrecarga

de trabajo y los términos burocráticos, entre otros, el síndrome se presentó de manera global en un nivel bajo.

Solamente el 2.1% de los médicos resultó con síndrome de Burnout.

Con los resultados obtenidos concluimos que el Síndrome puede presentarse en los trabajadores de cualquier sexo, estado civil y turno laboral, que el rango de edad que más se afecta es el de los 45-54 años, y que el tiempo de antigüedad con más riesgo es de los 11 a 20 años.

Consideramos de utilidad los resultados obtenidos con este estudio , ya que no se han realizado estudios de este tipo con anterioridad, que analicen las condiciones de los médicos de esta clínica, y que permitan enfocar esfuerzos de mejora, que beneficien al trabajador y que le permitan desarrollar al máximo sus conocimientos y su potencial.

Para llevar esto a cabo resulta de suma importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo.

Se sugiere llevar a cabo reuniones tipo taller de manera frecuente para lograr 3 objetivos principalmente :

Primero: Informar a los trabajadores los aspectos fundamentales del Síndrome de Burnout, ya que los médicos deberán ser los más preparados para diagnosticar el síndrome entre ellos mismos.

Segundo: Fomentar la expresión y reflexión sobre las emociones de manera individual, y también en grupo recreando ciertas situaciones a las que diariamente se enfrentan, y analizar detenidamente su actitud ante ellas, que intercambien experiencias y técnicas de abordaje diferentes que los lleven a alcanzar sus objetivos y a manejar sus emociones con el fin de mejorar la relación médico paciente.

Tercero: estas reuniones-talleres fomentaran relaciones interpersonales como equipo de salud, estrecharan vínculos y espíritu de colaboración.

El desarrollo de una vinculación laboral, hace que disminuya la posibilidad de padecer Burnout .

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.-Gonzalez C1, De La Gandara M.2, El médico con Burnout, conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia, Semergen Manuales Clínicos-publicación en línea-Se consigue en: www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/burn/personas.pdf

2.-Garcia de la R.1 , El estrés del pediatra,¿Padeces Burnout?,En línea se consigue en: www.murciapediátrica.com/sindrome%20del%20q7uemado.doc

3.- Montufar Corona B.1, Muñoz J.2,, La prevalencia del Síndrome de Desgaste por Estrés Laboral en profesionales de la salud de Instituciones públicas y privadas,Querétaro y San Juan del Río Querétaro. Se consigue en línea en: www.iztapalapa.uam.mx/amet/congresoqueretaro/ponencias/29_prevalencias.doc

4.- Hernández V.1, Dickinson M.2, Fernández O.3, El síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Mexicanos, Departamento de Medicina Familiar. UNAM 2008, En línea se consigue en:
www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-1/RFMO51000102.pdf

5.- Extraído de la obra Ergonomía y psicología aplicada, 4ta. Edición- publicación en línea- se consigue en:
<http://www.ugt.es/sch/pdf/areadetecnicos/sindromedelQuemado.pdf>

6.- Síndrome burnout, se consigue en :
tusaludlaboral.galeo.com/productos1356480.html

7.-Burnout, Causas relacionales y organizacionales, España 2001, se consigue en: apuntesrincon del
vago.com/burnout.causas_relacionales_y_organizacionales.html.

8.- Diaz Arraya S. Comportamiento del síndrome de desgaste Profesional, Costa Rica, Ago-Oct-2004, AMC Vol.49 (2). Se consigue en línea:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/434/43449208.pdf>.

9.- Plataforma diezminutos. Síndrome de burnout, ene de 2007, se consigue en: http://www.diezminutos.org/burnout_2001

10.- Nestor Rivera A, Burn Out, Síndrome de agotamiento profesional, Se consigue en:

<http://www.monografias.com/trabajos11/burn/sind.burnout.shtml>

11.- Iruretagoyena M, ¿Qué es el síndrome de Burnout?, Buenos Aires Argentina, sep-2009, se consigue en

<http://www.sdpt.par/burnout.htm>

12.- Ruben by General. Engagement. Comprometerse con el trabajo. Mayo 28, 2008.

13.- Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, El Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, Revista Cubana de Salud Pública 2005; 31(2)[publicación periódica en línea-Se consigue en:http://www.inbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo33089&id

14.- Grau A. Flichtentrei D. El Síndrome de Burnout en médicos hispanoamericanos. Revista Española de Salud Pública, Argentina 2009, 83:215-230. No. 2, Marzo-abril 2009.

15- Yusvisaret P. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anesthesiologos. Salud mental. ISSN 0185-3325, Vol. 28 No. 1, México 2005, pag 82.

16.-Aranda C. y cols.Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención.Investigación en salud.Universidad de Guadalajara vol 4.No.1.Abril 2004.

17.- Seward JP.Estrés Profesional.(Ed):Medicina laboral.México:El ManualModerno.1993. pag.623-640.

18.- Fontana D.Control del Estrés. Ed.El Manual Moderno.México.1992.

19.-Rivera M.Desgaste Profesional o Síndrome de burnout,Noticieros Televisa.Mexico, mayo 2008. Se consigue en : www.esmas.com.

20.- Vargas deBR.El Síndrome de Burnout al acecho de los CIOs.México,Marzo 2008
Se consigue en : www.Inworld.com.mx

21.- Acuña G.MV. Burnout cuando el trabajo agota. Integratec digital, Rev. Tecnológico de Monterrey, gdl, Oct-Dic 2007/Año1.No.2, pag 36/47.

22.- Wikimedia by Mediawiki.Engagement.22:25.Sep 2009.

Se consigue en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Engagement>

13.- ANEXOS

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nombre (pcional) _____

Edad: _____

Sexo: _____ 1.- Masculino 2.- Femenino

Edo. civil: _____ 1.- Casado 2.- Soltero 3.- Unión libre 4.- Divorciado

5.- Viudo

Antigüedad: _____ 1.- Menos de 2 años 2.- 2 a 10 años 3.- 11 a 20 años 4.- más de 20 años.

Turno: _____ 1.- Diurno 2.- Vespertino 3.- Nocturno 4.- Jornada acumulada

MBI (MASLACH BURNOUT INVENTORY)

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:.....0 Pocas veces al año o
menos.....1

Una vez al mes o menos2 Unas pocas veces al mes o
menos.....3

Una vez a la semana.....4 Pocas veces a la
semana.....5

Todos los días.....6

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra
jornada de trabajo me

siento agotado.

4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.

5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.

9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente.

11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo.

13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo.

14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de

Investigación

titulado: _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el

número _____

El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá

en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles

riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi

participación en el estudio, que son los

siguientes _____

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se

obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

**Nombre, matricula y firma
investigador principal**

Testigo

Testigo