

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

COMPARACIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT EN DOS MUESTRAS  
DE PROFESIONALES DE LA SALUD: UNO DE MÉDICOS ADSCRITOS Y  
OTRO DE MÉDICOS RESIDENTES DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO INCan

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GERARDO OBREGÓN HERNÁNDEZ

**JURADO DE EXAMEN**

Tutora: Dra. Bertha Ramos del Río

Comité: Lic. Margarita Villaseñor Ponce

Dr. Sergio Antonio Bastar Guzmán

Dr. Carlos Gonzalo Figueroa López

Lic. Éliezer Erosa Rosado



MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2011



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a la vida, gracias a mi familia que siempre está y gracias a la gente que quise y quiero.

*Gerardo Obregón Hernández*

<b>INDICE</b>	
<b>RESUMEN</b>	5
<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPITULO I. EL ESTRÉS LABORAL</b>	
1.1 Conceptualización	9
1.2 <b>Modelos teóricos</b>	11
Cognitivo o transaccional del estrés	11
Demanda - control - apoyo social	12
Desequilibrio esfuerzo-recompensa	13
<b>CAPITULO II. EL SINDROME DE BURNOUT</b>	
2.1 Conceptualización	15
2.2 Aspecto psicosocial del burnout	17
2.3 Síntomas y consecuencias	18
2.4 Determinantes	21
2.5 Relevancia social del síndrome de burnout	23
2.6. Medición	25
2.7 Prevención e intervención	30
<b>CAPITULO III. EL SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	
3.1 El síndrome de burnout en profesionales de la salud.	33
3.2 Síndrome burnout en personal de oncología	35
3.2.1 Médicos	36
3.2.2 Residentes Médicos	37
<b>CAPITULO IV</b>	
Justificación	40

Planteamiento del problema	40
Método	43
<b>CAPITULO IV</b>	
Resultados	46
Discusión y conclusiones	52
<b>REFERENCIAS</b>	55
<b>ANEXOS</b>	64

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la presencia del Síndrome de Burnout (SB) en profesionales de la salud del área de oncología (médicos adscritos y médicos residentes) del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México (INCan). Los participantes fueron divididos en dos grupos: Grupo 1, n= 26 médicos adscritos y Grupo 2, n= 20 médicos residentes del INCan, el promedio de edad de la *muestra total* fue de 37 años, el 54.3% (25) eran hombres y 45.7% mujeres (21). Se aplicaron una Cédula de Información Sociodemográfica y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), en su versión española (Ramírez & Rangel 2005). La aplicación del instrumento se llevó a cabo en una sola sesión, previo consentimiento informado. Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto la manifestación del burnout. Se concluyó que el ser médico adscrito o ser residente es una condición de estatus laboral que no determina la percepción de los médicos la presencia de burnout.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo, además de proporcionar seguridad económica, nivel social, placer, satisfacción, entre otros, también constituye una fuente importante de estrés y de riesgo para la salud.

El estrés crónico en el contexto laboral se asocia con la sobrecarga de trabajo, la baja utilización de habilidades y otros factores ocupacionales que implican presión, conflicto y ambigüedad en las funciones, el campo del estrés laboral se ha ampliado y, concretamente, en el caso de los profesionales de la salud su presencia se ha hecho más patente e insistente. Vinculados al ámbito laboral sanitario y a los estresores laborales, se han señalado tres grupos principales de transformaciones socio-laborales como especialmente relevantes para la salud médica: a) una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en el aumento de la carga emocional y mental; b) mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado una necesidad de incremento de adaptación de los trabajadores sanitarios y c) un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa, cambios de oficio o profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad (Fernández-López, Siegrist, Rödel, Hernández-Mejía, 2003).

Esta situación que en el campo de la psicología se denomina Síndrome de *Burnout*, se caracteriza por una sensación de fatiga laboral o desgaste profesional y se expresa por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como en el familiar (Vinaccia & Alvaran, 2004).

Aunque inicialmente fue identificado en profesionistas que trabajaban con gente que “sufre”, posteriormente se ha detectado en todo tipo de profesiones, pero sobre todo en aquellos que mantienen un contacto diario y continuo, atendiendo las demandas de las personas (por ejemplo, pacientes, clientes, alumnos, etc.). En la literatura se han señalado tres dimensiones ante la presencia del Síndrome

de Burnout: a) Cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja auto estima profesional (Escriba, Artazcoz & Pérez 2007).

Este síndrome se ha estudiado en diferentes países con distintas poblaciones:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en cuatro centros de Atención Primaria de la Caja Nacional de Salud, ciudad de La Paz, en noviembre de 2004, con una muestra de 81 personas. Se encontró una prevalencia del 45.7% en la población en estudio del Síndrome de Burnout, con al menos una de las tres dimensiones “quemadas”.

Analizando los datos del Maslach Burnout Inventory (MBI) en forma global, las cifras prevalentes encontradas en cada una de las dimensiones corresponden al 43.25% para la dimensión agotamiento emocional, el 51.35% en la despersonalización y el 62.15% en la baja realización personal (Montes H & Carreon L. 2005).

En 2009 se realiza un estudio con un Diseño denominado : Encuesta transversal comparativa. Con una población total de 240 trabajadores en del área de la salud adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar 36 de la ciudad de Cardel, Veracruz, se obtuvo una muestra de 160 personas que incluía a médicos, enfermeras y asistentes médicas.

Se encontró como resultado una prevalencia del síndrome de burnout entre el grupo de médicos del 19.6% con al menos una de las tres subescalas alteradas. Asimismo se observa que en todas las asistentes médicas hubo alteración de un mínimo de dos subescalas. El personal de enfermería no presentó datos que constituyeran un riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout (Pereda L, Márquez F, Hoyos M, Yánes M. 2009).



La etiología del desgaste profesional depende de la propia naturaleza del trabajo y de los estresores asociados, por lo que es conveniente la investigación específica de cada entorno laboral asociado a cada profesión.

Ramirez, Graham, Richards, Cull, & Gregory (1996) y Jiménez, Garrosa, Rodríguez y Morante (2003) han mostrado cómo el desgaste profesional en profesionales de oncología está relacionado positivamente con el sufrimiento del paciente. Los profesionales de la oncología han de hacer frente a pacientes críticamente enfermos, su muerte, necesidades y cuestiones de los familiares y al mantenimiento de equipos técnicos muy complejos, responsabilidades que implican un desgaste emocional importante que junto con problemas personales, escaso apoyo o dificultades organizacionales favorecen el desarrollo del desgaste profesional.

En estudios como el realizado en 2007, en Valencia, España, en una muestra de especialidades de medicina intensiva, medicina interna, traumatología, oncología y radiología se encontró una prevalencia de cansancio emocional superior en las especialidades de oncología (22,4%) y traumatología (20,5%) (Escriba, Artazcoz & Pérez, 2007), lo cual sugiere que los profesionistas que laboran en el área oncológica son identificados como un grupo de alto riesgo en donde el personal se enfrenta diariamente a circunstancias que por la naturaleza de la enfermedad y la atención pueden desencadenar este síndrome.

La literatura dispone de estudios, como el anterior, que aportan evidencia clara de que el personal de oncología es un grupo de alto riesgo a desarrollar este síndrome, por lo que el objetivo del presente trabajo fue identificar y comparar el Síndrome de Burnout en personal de oncología pero con diferentes condiciones laborales, médicos adscritos y médicos residentes.

## CAPITULO I

### ESTRÉS LABORAL

#### 1.1. Conceptualización

La palabra "*stress*" fue empleada por primera vez en un contexto científico en 1911, por Walter Cannon. Este autor descubrió accidentalmente la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. Estudiando más detalladamente este efecto, Cannon desarrolló el concepto de la *reacción de lucha o huida*, respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa (González de Rivera ,1994).

El *estrés laboral* puede definirse como el resultado de la relación entre las exigencias o demandas del mundo laboral y la capacidad de los trabajadores para dar respuesta a tales demandas; da lugar a un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ante ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Este estado se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, alta emocionalidad negativa (ansiedad, miedo, irritabilidad, ira, depresión.), con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación (Dávalos 2005, Marulanda 2007).

El estrés laboral se considera un proceso interactivo en el que influyen las características de la situación (demandas) y las características del sujeto (recursos) para hacer frente a dicha situación. Si las demandas de la situación superan a los recursos del individuo, tenderá a producirse una situación de estrés en la que el individuo intentará generar más recursos para atender las demandas de la situación (Collado ,2009)

Se ha observado que el estrés en el contexto laboral ocurre cuando los trabajadores o empleados confrontan exigencias ocupacionales que no corresponden a su conocimiento, destrezas o habilidades y que retan su habilidad para hacer frente a la situación. Cuando existe un desequilibrio entre estas exigencias y los recursos del entorno o personales con los que cuenta el

trabajador, se presentan en el individuo una serie de reacciones que pueden incluir varios tipos de respuestas: (a) *Fisiológicas*: aumento del ritmo cardíaco o de la presión arterial, hiperventilación, así como secreción de las hormonas del “estrés” como es la adrenalina y el cortisol, etc (b) *Emocionales*: sentirse nervioso o irritado, angustiados y sienten que no pueden hacer frente a las situaciones, etc. (c) *Cognitivas*: reducción o limitación en la atención, problemas de concentración, alteraciones de la memoria, preocupación, etc. y (d) *Conductuales*: agresividad, conductas compulsivas, tendencia a cometer errores, menos eficiencia en la ejecución de las tareas, etc.) (Houtman, Jettinghoff & Cedillo 2008).

Las características individuales, tales como la personalidad, valores, metas, edad, género, nivel de escolaridad y situación familiar, influyen la capacidad de interpretación que hace el sujeto de su medio ambiente y, como hacer frente a las exigencias que le han sido impuestas. Estas características pueden interactuar con los factores de riesgo en el trabajo y exacerbar o atenuar sus efectos (Houtman, Jettinghoff & Cedillo 2008, Astudillo, Alarcón, & Lema, 2009).

Cuando los trabajadores no pueden cumplir con las exigencias que les demanda el medio laboral, surge el estrés en este contexto. Cuando el estrés persiste u ocurre repetidamente, puede tener varios efectos negativos sobre los trabajadores y las compañías para las que trabajan, entre los que se destacan los siguientes:

- Conduce a diversos problemas de salud que afectan la salud fisiológica y psicológica, así como el proceso cognitivo y las conductas del trabajador.
- Afectar el desempeño corporativo debido a los costos asociados con un creciente ausentismo y rotación de personal, reducción en el desempeño y productividad, aumento en las prácticas laborales inseguras y en las tasas de accidentes, aumento en las quejas de clientes y otros.

Existen modelos y teorías que han tratado de explicar la interacción entre el medio y las características propias del individuo que desencadenan en él un estado de estrés y diferentes formas de responder ante éste.

A continuación se citan algunos modelos teóricos que han servido como explicación de la interacción entre el estrés laboral y sus repercusiones; modelo cognitivo o transaccional del estrés, demanda-control-apoyo y desequilibrio esfuerzo-recompensa.

## **1.2. Modelos teóricos**

### **1.2.1. Cognitivo o Transaccional del Estrés**

Este modelo, propuesto por Lazarus, basado en la teoría cognitiva plantea que lo que provoca la reacción emocional ante un evento no son las situaciones en sí mismas, sino la interpretación que el individuo hace acerca de ellas (Lazarus & Folkman, 1984). Desde este modelo la respuesta emocional ante el estrés surge debido a la existencia de los procesos cognitivos de valoración que el sujeto realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para él mismo, y después sobre sus recursos de afrontamiento para evitar o reducir las consecuencias negativas.

Según este modelo, cuando un individuo se enfrenta a una situación estresante realiza una serie de procesos cognitivos de valoración. La *valoración primaria*, sobre las posibles consecuencias que dicha situación tenga para el individuo, puede dar como resultado tres alternativas posibles: (a) valoración de amenaza (b) valoración como un desafío (c) valoración como irrelevante. En el primer caso (valoración de amenaza) se producirá una reacción de ansiedad; mientras que en el segundo caso, puede que surja, o puede que no, la reacción de ansiedad; sin embargo, en el tercer caso no se producirá dicha reacción emocional negativa al valorar la situación como irrelevante o poco importante. Mientras que la *valoración secundaria*, refiere a la capacidad de afrontamiento que el individuo tiene para afrontar la situación.

### 1.2.2. Demanda- Control- Apoyo Social

Este modelo propuesto por Karasek, Pieper & Schwartz (1993), explica que el estrés laboral es un proceso en el que están en juego: (a) las demandas psicológicas objetivas del trabajo; y (b) la posibilidad objetiva de decidir y utilizar los recursos que posee el individuo (control). Los autores observaron que los efectos del trabajo, tanto en la salud como en el comportamiento, parecían ser resultado de la combinación de las demandas psicológicas laborales y de las características estructurales del trabajo relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades

La demanda hace referencia a las exigencias del trabajo: nivel de atención-concentración, volumen de trabajo, presión de tiempo, interrupciones, etc.

El control hace referencia al poder de decisión o grado de autonomía para llevar a cabo las demandas poniendo en práctica los propios conocimientos. El control es un recurso para moderar las demandas del trabajo. Es decir, el estrés no depende tanto del hecho de tener muchas demandas, sino de no tener capacidad o autoridad para resolverlas. El control por tanto, tiene dos componentes; grado de autonomía (posibilidad que tiene la persona de tomar decisiones relacionadas con su trabajo y de controlar sus propias actividades) y el desarrollo de habilidades (grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades).

Vega (2009) amplió el modelo demanda-control introduciendo la dimensión de *apoyo social* en el contexto de lo laboral, tiene la función de incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés crónico, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud. Además de que el *apoyo social* hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros, como con los superiores

El interés por estudiar la *calidad de vida laboral* está asociado al estrés laboral y a sus repercusiones, ya que este afecta la salud física y mental del trabajador, incide sobre su deterioro y rendimiento laboral, así mismo impacta de manera directa a la organización que lo contrata dado el aumento del ausentismo, rotación,

abandono del servicio ofrecido, entre otros. En consecuencia, Savio (2008) considera que dentro del marco del estudio de los procesos del estrés laboral surgió el estudio del síndrome de Burnout considerado hoy en día, un importante proceso que deteriora y pone en riesgo la calidad de vida del trabajador.

### **1.2.3. Desequilibrio esfuerzo-recompensa**

En este modelo Siegrist (2003), plantea que el estrés laboral depende del esfuerzo realizado, la recompensa recibida y el grado de compromiso personal con el trabajo: la falta de reciprocidad entre el esfuerzo gastado (alto) y las recompensas recibidas (bajas) crean un estado de malestar emocional, caracterizado por alta activación autonómica y elevada respuesta neuroendócrina. Esta situación de estrés puede agravarse con un estilo de afrontamiento individual rígido caracterizado por el sobre-compromiso. El modelo considera las diferencias individuales en la *percepción de desequilibrio esfuerzo-recompensa*. Los sujetos que presentan un patrón motivacional caracterizado por un compromiso elevado y una alta necesidad de aprobación (sujetos sobrecomprometidos) tienen un mayor riesgo de experimentar tensión y frustración debido a un intercambio no simétrico.

Dentro de los esfuerzos y las recompensas se distinguen dos componentes:

- a) *Componente extrínseco* (condiciones del trabajo):
  - Esfuerzo: demandas, obligaciones
  - Recompensas: dinero, autoestima, oportunidades, seguridad
  
- b) *Componente intrínseco* (estilo de afrontamiento personal):
  - Esfuerzo: grado de compromiso.
  - Recompensas: auto-refuerzos.

La condición de *alto desequilibrio esfuerzo-recompensa* combinada con el bajo control está asociada a peor salud. Las exigencias psicológicas, el control sobre el contenido del trabajo, el apoyo social en el trabajo y las recompensas o compensaciones del trabajo son los cuatro ejes básicos que explican el efecto de los riesgos psicosociales sobre la salud.

Modelos como los anteriores relacionan estrechamente el estrés y sus repercusiones en quién lo desarrolla y lo padece, dando paso a categorizar y estudiar sus consecuencias, de tal forma que síndromes como el de burnout son temas de interés e investigación.

## CAPITULO II.

### EL SINDROME DE BURNOUT

#### 2.1. Conceptualización

La palabra “burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Este término data de 1974, acuñado por el psiquiatra Hebert Freudembreg quien trabajaba en una clínica para tratar toxicómanos en Nueva York (Morianana & Herruzo, 2004; Gil-Monte, 2002a; Ordenes, 2004)

Según lo plantea Diéguez, Sarmiento & Calderón (2006), “ Freudemberg, observó que en la mayoría de los voluntarios de la clínica había una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como la desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo. Luego, el primero en usar el término fue Graham Green en la publicación en 1961, “*A burnout case*”, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado, que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana”

En 1976, Cristina Maslach dio a conocer la palabra “*burnout*” de forma pública en el congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “*quemándose*”.

Maslach & Jackson (1981), luego de años de estudios empíricos, lo describen como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

Una de las definiciones en la que coinciden varios autores es la postulada por Farber (1983), donde explica la relación del burnout con el ámbito laboral:



“El *burnout* es un *síndrome* relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro de auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima”.

El *síndrome de burnout* tiene características específicas y esta frecuentemente presente en ciertas profesiones: médico, asistente social, psicólogo, enfermero, etc., profesionistas de servicio en las que el trabajador está en contacto directo con quien recibe el servicio. Estos profesionistas parecen tener una fuerte vocación de servicio y una marcada motivación por ayudar a los demás e inician su trayectoria con expectativas, muchas veces, de trascendencia. La discrepancia entre esas expectativas e ideales iniciales y las características de la realidad cotidiana del trabajo inciden en la aparición de este síndrome (Savio, 2008).

En el análisis de Moreno & Oliver (1997), se intenta explicar la razón por la cual son las profesiones asistenciales las más afectadas por este tipo de síndrome lo que se encuentra intrínsecamente relacionado con la etiología del burnout. Los autores argumentan que por un lado, son las profesiones asistenciales las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo. Sin embargo, el shock que experimentan estos profesionistas al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, puede estar determinando, en gran parte el comportamiento de estos profesionales. De tal forma que la prevalencia de expectativas no realistas acerca de los servicios humanos y profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad están contribuyendo en gran medida al estrés que experimentan.

Por su reciente aceptación como enfermedad, a este síndrome se le considera una entidad relativamente moderna producto de la exposición crónica y gradual (mínimo 6 meses continuos) a factores estresantes que se caracterizan por tres dimensiones : (a) cansancio emocional: en donde el trabajo pierde atractivo y cualquier sentimiento de satisfacción (b) despersonalización: en donde el trabajador desarrolla sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabaja, como maltrato y actitudes de cinismo y (c) baja realización personal en el trabajo: en donde el trabajador evalúa de forma negativa su labor, desarrolla sentimientos de incompetencia y falta de logro en el trabajo, sintiéndose insatisfecho con los resultados del mismo, lo cual afecta su auto-concepto, su auto-estima y las relaciones con los demás (Campos, Córdoba, Silva & Illera, 2007).

La necesidad de explicar el síndrome de burnout, junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos

## **2.2. Aspecto psicosocial del burnout**

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos. El primero incluye los modelos desarrollados en el marco de la *Teoría Socio-cognitiva del Yo*. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo, el cuál consideran que:

- a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y
- b) La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también

determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

El segundo recoge los modelos elaborados desde las *teorías del intercambio social*. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la *teoría organizacional*. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral (Gil-Monte & Peiró, 1999).

### **2.3. Síntomas y Consecuencias**

Bittar (2008) señala que el cuadro del síndrome no aparece en forma abrupta o súbita, sino que paulatinamente se atraviesan diferentes etapas que terminan en la configuración del síndrome:

*1° Etapa:* Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

*2° Etapa:* El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible.

*3° Etapa:* Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descritos a los que se añaden:

- Síntomas Psicosomáticos: como cefaleas, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial y alteraciones menstruales.

- Síntomas Conductuales: ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares y conducta de alto riesgo como conducción temeraria.

- Síntomas Emocionales: el rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas, al que se agregan impaciencia, deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad. La ansiedad disminuye la concentración y el rendimiento, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo que surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.

- Síntomas Defensivos: el individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros, jefes, de su situación y no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

*4° Etapa:* Cuando el individuo se encuentra deteriorado psicofísicamente, tiene bajas frecuentes, ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, lo que lo

convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

El estrés laboral y el burnout pueden dar lugar a medio y largo plazo a un amplio abanico de consecuencias, afectando la salud física y mental. Si las respuestas de estrés son excesivamente intensas, frecuentes o duraderas pueden producirse diversos trastornos psicofisiológicos (Crespo & Labrador 2003, citado en Bernaldo & Labrador ,2008).

Cuando se ha investigado la relación entre el estrés laboral y el estado de salud, se ha señalado que el estrés laboral se relaciona positivamente con diversos síntomas psicológicos, en concreto aumenta la sintomatología depresiva y ansiosa. Asimismo se ha observado que el estrés laboral se relaciona con el número de síntomas cognitivos, físicos y emocionales percibidos, con el estado de salud percibido y con el desarrollo de un número mayor de enfermedades ( Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998, citado en Bernaldo & Labrador, 2008).

También se ha encontrado relación entre el burnout y el estado de salud, señalándose que este problema está asociado a un mayor número de quejas físicas, a síntomas psicopatológicos y a un menor nivel de bienestar que se manifiesta a través de ansiedad, depresión, disfunción social y problemas somáticos de origen psicológico.

La dimensión cansancio emocional se ha relacionado significativamente con depresión, esta es la dimensión que mantiene relaciones con más problemas mentales (Leiter & Durup, 1994; Fernández 2001)

En 2007 se realiza un estudio en el Hospital Vélez Sarsfield de la ciudad de Buenos Aires, Argentina el cual tuvo como objetivo determinar los problemas de salud posteriores al inicio laboral en una muestra de 298 trabajadores hospitalarios se encontraron los siguientes resultados:

Las alteraciones de salud más frecuentes acontecidas luego del inicio laboral fueron: cefaleas (50.00%), dolores ósteomusculares (53.02%), cansancio crónico (53.35%), e irritabilidad (53.02%). La media de problemas/ persona es  $4.16 \pm 0.14$ ,

situándose la mayoría en el rango de 1 a 5 problemas (60.06%), presentándose Despersonalización y cansancio emocional como predictoras del número de problemas de salud en el análisis de regresión lineal, con  $p = 0.0347$  (Valdez, 2007). La existencia de una relación entre el burnout y la depresión parece estar clara, pero se sabe menos de la naturaleza de esa asociación, parece ser que una persona con una mayor sensibilidad a la depresión tiene un riesgo mayor de desarrollar burnout, además se ha visto que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos y dos dimensiones del síndrome, el cansancio emocional y la despersonalización. Igualmente se ha observado la existencia de una asociación entre estas dos dimensiones del síndrome de desgaste profesional y una historia de depresión en familiares cercanos.

Se ha encontrado también una relación entre agotamiento emocional y los trastornos obsesivos compulsivos, la ansiedad, la hostilidad y la ideación paranoide, también se ha visto que existe una relación entre la despersonalización y la hostilidad, la ideación paranoide y la personalidad psicótica (Cáceres, 2006).

#### **2.4. Determinantes**

“El clima laboral es un filtro o un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema organizacional (estructura, liderazgo, toma de decisiones), y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización en cuanto a productividad, satisfacción, rotación, ausentismo, etc. Por lo tanto, evaluando el Clima Organizacional se mide la forma como es percibida la organización” (Bittar, 2008).

“De esta manera, la satisfacción en el trabajo es el resultado de varias actitudes que tiene un empleado hacia él mismo y hacia la vida en general. Consiste en la diferencia entre la cantidad de recompensas que el trabajador recibe y la cantidad que cree que debería recibir” (Bittar, 2008).

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y las condiciones de trabajo. De todos modos no se puede descartar la influencia de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal.

La exposición a factores de riesgo psicosocial, las fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga excesiva de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad, recursos y autonomía en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desembogue en el burnout, provocando un serio daño para la salud del trabajador.

Cuando las exigencias del entorno laboral son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del burnout (Bittar, 2008).

En las investigaciones de Bittar (2008) se han evidenciado múltiples causas del síndrome. En general se pueden identificar tres grupos de estresores susceptibles de desencadenar el burnout:

- a) Factores de riesgo a nivel de la organización.
- b) Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo.
- c) Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales.

#### VARIABLES INDIVIDUALES

El estrés y el burnout son principalmente la consecuencia de factores estresantes organizacionales, pero no puede prescindirse de la influencia aditiva o moderadora de las variables individuales. En este sentido el tipo de personalidad que fomenta la práctica médica, altruista, comprometido y desinteresado, facilita la aparición del estrés

Eisendrath & Dukel (1979), citado en Moreno-Jimenez (2009), han llamado la atención sobre la “cultura médica” que actúa como terreno apropiado para la

aparición de este tipo de problemas. La cultura médica se caracteriza por un tipo de perfil de conductas que implícitamente se supone en la clase médica en general. El perfil estaría constituido por elementos como altas autoexpectativas, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y de perfección, necesidad de control y de seguridad y un sentimiento de omnipotencia sobre los males del enfermo.

## **2.5. Relevancia social del síndrome de burnout**

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

**La edad.** Aunque la edad 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, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas (Atance, 1997).

**El sexo.** Con respecto al sexo, sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios 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 el rol de mujer (Cooper, Rout & Faragher 1989, Mc Craine, Lambert & Lambert 1987).

**El estado civil.** Se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, pero 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 más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1996, Dale & Weinberg 1989, Maslach & Jackson 1985, Greenglass & Burke 1989).

**La rotación de turno laboral y el horario** laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor (Mc Craine, Lambert & Lambert 1987)

Sobre **la antigüedad** profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning (1991) 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 serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Se ha estudiado la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burn out, si bien si es referida por otros autores (Jackson, Schwab & Schuler, 1986, Maslach & Jackson, 1981).

También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales (Atance, 1997).

En general, no existen datos precisos de prevalencia respecto a la población general. No obstante, se pueden destacar algunas tendencias. Con relación al sexo, los estudios no establecen diferencias significativas. En cuanto a la edad, coinciden en que, por diversas causas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años. Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido hasta el momento diferencias significativas que determinen una tendencia. Los estudios se han centrado en colectivos específicos como profesionales sanitarios, maestros, servicios sociales (en general, en profesiones que mantienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo). Algunas prospecciones sobre estos colectivos muestran unos porcentajes de prevalencia que oscilan entre el 10% al 50% de trabajadores afectados. No obstante, el síndrome de quemarse por el trabajo no es exclusivo de estas profesiones; existen estudios en vendedores, ingenieros, estudiantes, directores, secretarios y también en profesiones que no pertenecen al sector de servicios (Bittar, 2008).

## **2.6. Medición**

Desde las primeras formulaciones del concepto burnout (quemarse por el trabajo) empleados por Freudenberg (1974) para dar cuenta del “agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas”, se han sucedido tanto la evolución del término mismo como una gran variedad de instrumentos para medir el fenómeno.

Las primeras medidas del Burnout lo eran desde la observación clínica y eran fundamentalmente asistemáticas. Desde la entrevista estructurada, hasta la utilización de métodos proyectivos, aparecieron diversos instrumentos que tuvieron una aplicación muy limitada. No obstante, otros, entre los que se

encuentran el *Staff Burnout Scale* (SBS) (Jones, 1980), el *Burnout Measure* (BM) (Pines, Arosón y Kafry, 1981) y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986) han sido utilizados desde su aparición de un modo continuado, riguroso y sistemático.

- **Staff Burnout Scale**

El Staff Burnout Scale (SBS) de Jones (1980) sugiere una escala compuesta por 30 ítems a partir de los estudios que Maslach y Jackson estaban desarrollando y que culminan en la construcción del MBI o Maslach Burnout Inventory. La escala busca medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que están en el origen del burnout (Jones, 1980). La escala propone una puntuación general de 16 puntos que permite una gradación según la frecuencia que el sujeto señala en sus respuestas a los ítems. Sin embargo, el instrumento presenta una estructura factorial de cuatro componentes: Insatisfacción con el Trabajo, Tensión Psicológica e Interpersonal, Enfermedad Física y Distrés, y Negativas Relaciones Profesionales con los Pacientes. Es una escala preparada para medir burnout solamente en profesiones relacionadas con la salud; por ello su uso queda bastante limitado.

- **Tedium Measure (Burnout Measure BM)**

La escala de tedio Medium Measure TM fue elaborada por Pines, Aronson y Kafry (1981) sobre la base de su conceptualización de Burnout como un estado de fatiga emocional, creado por el tedio. Estos autores distinguían inicialmente el tedio, como resultado de tensiones que aparecen en profesiones que no son de ayuda, del burnout, que a su parecer, aparecía como resultado de presiones emocionales cónicas e implicaciones en profesiones de ayuda, por lo que el Tedium Measure evaluaría indistintamente uno u otro concepto, dependiendo del tipo de profesionales a los que se aplicara. Posteriormente abandonaron esta diferencia entre tedio y burnout y ampliaron su concepto de este último, que ahora incluye el tedio. Como consecuencia el Tedium Measure pasó a ser denominado "Burnout Measure".

El “Burnout Measure” está integrado por 21 reactivos, en 3 subescalas:

1. Agotamiento Físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.
2. Agotamiento Emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y burnout.
3. Agotamiento Mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

7 reactivos cada una, valorados en una escala de 7 grados. La puntuación de las 3 dimensiones se combina en una puntuación única (Gómez & Grau 2006).

- **Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach**

El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del síndrome, contribuyendo así a sistematizar la investigación sobre el constructo. La primera publicación del cuestionario apareció en 1981 como resultado de numerosas entrevistas de caso y se formuló como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal” Maslach y Jackson (1986) destaca que al éxito de esta definición contribuyó de un modo definitivo el artículo publicado por Perlman & Hartman (1982), en el que realizó una revisión de la literatura tomando en consideración las conceptualizaciones, encontrando más de 48 definiciones elaboradas entre 1974 y 1980 sobre el fenómeno y en el que concluyeron que el síndrome de quemarse por el trabajo se definía como “ una respuesta al estrés laboral crónico cuyos componentes son agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y una excesiva despersonalización. Esta conclusión resultó muy similar a la definición elaborada por Maslach y Jackson (1986) como resultado de la factorización del MBI. Hasta tal punto se ha generalizado su aceptación y empleo que el síndrome se conceptualiza en base a este instrumento.

El primer inventario creado por Maslach y Jackson para medir el nivel de Burnout o estar quemado, consistía en un cuestionario de 47 ítems aplicado a una muestra de 605 personas de organizaciones de servicio. Las respuestas obtenidas fueron sometidas a un análisis factorial, del cual se obtuvieron 10 factores compuestos

por 25 ítems. Estos a su vez fueron nuevamente sometidos a prueba en una muestra confirmatoria de 420 personas en la que reaparecieron 4 factores. Finalmente de ellos quedaron 3 factores, que por su alta contribución a la explicación de la varianza, constituyen las tres dimensiones del burnout, con 22 ítems finales. Por otra parte la primera versión del MBI mantenía dos tipos de escalas según las frecuencias e intensidad del síndrome. De éstas, la escala de frecuencias es la que muestra una mejor correlación en la mayoría de las investigaciones. Debido a estas razones los autores han aceptado la utilización de una sola escala de frecuencias en la segunda edición. Así se desarrolló la versión final del Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual fue el primer instrumento científicamente validado sobre el tema (Maslach, Leiter & Schaufeli 2001).

El cuestionario mide la frecuencia 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 reactivos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir, a mayor puntuación en esta subescala mayor es el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

**Despersonalización:** Constituida por los ítems 5, 10, 11,15, y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del burnout.

**Realización personal:** La conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18,19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout; es decir, a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado está el sujeto.

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

La forma más actualizada y la más utilizada del MBI emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los

sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación de tipo Likert, con siete niveles:

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

La relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos que definen un nivel de burnout experimentado como:

**BAJO:** Agotamiento emocional =  $0 < 18$ ; Despersonalización =  $0 < 5$ ; Realización personal =  $0 > 40$

**MEDIO:** Agotamiento emocional 19-26; Despersonalización 6-9; Realización personal 34-39

**ALTO:** Agotamiento emocional =  $0 > 27$ ; Despersonalización =  $0 > 10$  Realización personal =  $0 < 33$ .

Estos tramos se han elaborado mediante una distribución normativa de las puntuaciones obtenidas en grupos de individuos pertenecientes a diversas profesiones, como educadores, trabajadores de servicios, trabajadores sanitarios, personal de salud mental y otros.

### **Validación en México**

El (MBI) se ha aplicado en su mayoría a población española y estadounidense; en población mexicana la localización y difusión de investigaciones en donde se ha utilizado la prueba se encuentra limitada.

En 2005 se llevó a cabo una investigación de campo transaccional titulada, "Confiabilidad del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores Mexicanos pertenecientes al Distrito Federal"; con el

objetivo de establecer si el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), permitía obtener resultados consistentes en población mexicana.

Esta Investigación concluye que la prueba Maslach Burnout Inventory (MBI) resultó ser un instrumento confiable para detectar el Síndrome de Burnout, así como en sus tres subescalas: Cansancio emocional, con un alfa de Cronbach de .8458, Despersonalización, con un alfa de Cronbach de .6041 y Realización personal con un alfa de Cronbach de .7727 y puede ser utilizada en muestras mexicanas que tengan las mismas características que los sujetos del estudio y que además sean trabajadores que tienen una constante interacción con otras personas (clientes, alumnado, pacientes y público en general (Ramírez & Rangel, 2005).

Este instrumento ha sido muy utilizado por diferentes autores y en diversos campos laborales, mientras el resto de los instrumentos se han desarrollado en campos más específicos como la salud o simplemente en la literatura científica.

Por lo anterior se puede deducir que el instrumento de medición *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1981), es un instrumento apropiado para la medición de burnout, a la vez que puede adaptarse para ser aplicado en diferentes países, por lo tanto se considera que para fines prácticos es el instrumento idóneo para esta investigación.

## **2.7. Prevención e intervención**

La respuesta psicológica al estrés laboral crónico es de carácter interpersonal y emocional, esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal en el trabajo; por un deterioro afectivo caracterizado por alto agotamiento emocional y físico debido al contacto continuado con las personas objeto de atención, y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos. Este síntoma ha sido denominado despersonalización, indolencia, o cinismo. En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa (Gil-Monte,

2006).

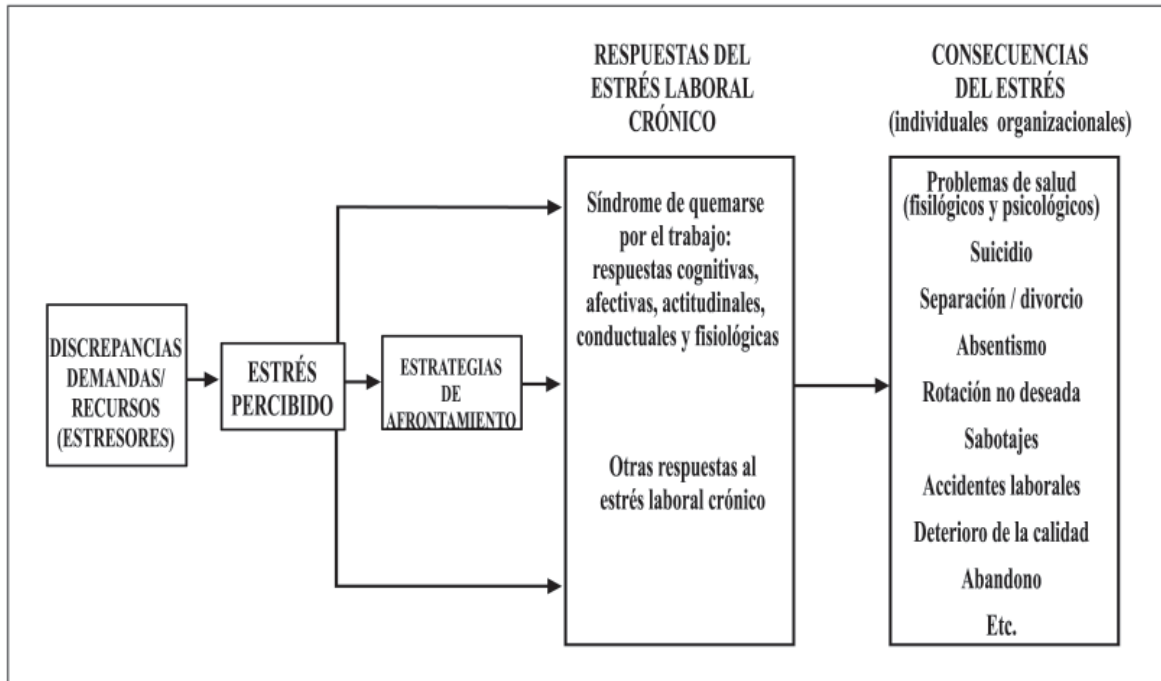


Figura 1. El Síndrome de Burnout en el proceso de estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2006).

La prevención del estrés y del burnout es el enfoque más eficaz porque evita un deterioro que no siempre puede ser subsanado una vez aparecido.

Para la prevención de este síndrome no hay una técnica única y simple, sino que se debe utilizar un modelo que integre varias técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

En la prevención del burnout se debe incluir una serie de medidas durante la etapa de formación de los nuevos profesionales, que contemplen programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral y proporcionen expectativas realistas acerca de la futura profesión (Cáceres, 2006).

La práctica totalidad de autores insisten en la importancia del control del estrés en sus fuentes, es decir en los aspectos organizacionales del trabajo sanitario. La variabilidad y la flexibilidad de la tarea, la necesidad de cambiar el tipo de actividad o el tipo de cliente al que se tiene que atender son aspectos sumamente importantes.



Así mismo es importante conocer las estrategias que se han desarrollado a partir de las distintas áreas en las que se desenvuelve el trabajador.

### **Estrategias orientadas al individuo**

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: (a) Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas y (b) Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas a entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson & Ivancevich, 1987).

### **Estrategias sociales**

Una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación

En el grupo social se orientan los métodos de intervención hacia la institucionalización del soporte social de jefes y compañeros a través de encuentros regulares establecidos. El apoyo social juega un papel tanto preventivo como interventivo y su mejora resulta factible allí donde otros aspectos organizacionales no pueden ser modificados (Ramos, 1999).

### **Estrategias organizacionales**

Cada vez hay más acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el burnout están fuera del sujeto, en la organización (Cáceres, 2006).

Por lo tanto, son las intervenciones en el ambiente de trabajo las que se consideran más importantes para disminuir el burnout, ya que se ha visto que la aplicación de técnicas individuales de forma aislada (“como sesiones educativas” en pequeños grupos de trabajadores, programas de relajación, entrenamiento asertivo, entrenamiento de habilidades personales y sociales, etc.) sólo en algunas ocasiones disminuía el agotamiento emocional, y rara vez producía cambios positivos en la despersonalización y realización personal (Cáceres, 2006)

## **CAPITULO III.**

### **3.1 El síndrome de burnout en profesionales de la salud.**

Se han realizado múltiples trabajos que estudian la prevalencia del burnout y de sus tres dimensiones en personal sanitario, especialmente médicos y enfermeros, tanto de atención primaria como especializada, no es así para el caso de los médicos residentes.

El estudiar la salud mental de los trabajadores sanitarios, con la finalidad de instrumentar medidas correctivas y/o preventivas, representa ventajas a todos niveles. Para las instituciones se esperaría un decremento de los daños laborales y económicos derivados de la presencia de trastornos mentales en estos profesionales; para la sociedad, se reflejaría en una mejor calidad en el servicio y atención de las necesidades del paciente y su familia y, por supuesto, para los propios trabajadores representaría el contar con soluciones viables a su problemática, avaladas institucionalmente, lo que evitaría el sufrimiento silencioso de miles de personas.

En una encuesta reciente del British Medical Journal, el 41% de los profesionales de la salud se declararon infelices en su trabajo y el 16%, muy infeliz. Las razones referidas con más frecuencia fueron, por orden, la sobrecarga de trabajo, el bajo salario, la falta de apoyo por parte de las instituciones, la pérdida de control sobre la propia actividad profesional y como consecuencia, el sentimiento de estar solos ante una sociedad que ha perdido la capacidad de enfrentarse al dolor, a la enfermedad y a la muerte (Gutiérrez & Martínez, 2006).

El asunto de la salud de los médicos ha sido de siempre controvertido. La sociedad en general ha atribuido a los médicos una supuesta posesión de invulnerabilidad ante la enfermedad, como si la misma condición de galeno llevara consigo un mágico escudo protector. Parecería que el acceso a ese conocimiento ajeno al resto de los mortales les permita incluso poseer el secreto de la permanente y eterna salud. Y, como no podía ser de otra forma, los médicos han

participado de ese subconsciente colectivo, siendo de siempre y en la práctica incapaces asumir adecuadamente la condición de paciente cuando la situación lo requiera.

En esas circunstancias, cuando el médico enferma, éste suele actuar por exceso o por defecto, pero en todo caso lejos de lo que él mismo acostumbra a recomendar a sus pacientes. Y lo que es peor, no sabe o es incapaz de pedir ayuda. Y cuando la afección o el trastorno se encuentra en la esfera mental o se relaciona con alguna adicción, la respuesta es aún más negacionista, llegando incluso a arrogante y prepotente.

Desde la formación de pregrado y durante todo el tiempo de ejercicio profesional el médico se ve sometido a un estrés importante. La competitividad académica, el proceso de una formación continuada permanente y una puesta a punto constante, la auto-exigencia, la presión asistencial, las expectativas de los pacientes y sus familias, el miedo y la realidad de las demandas y reclamaciones, los errores y sus consecuencias, el trabajo en solitario, o en organizaciones donde se tienda a la despersonalización de la relación médico-paciente y la limitación de la capacidad de la autonomía en la toma de decisiones o en la organización de su propio trabajo, todas ellas aparecen como factores reales de génesis de estrés profesional en el médico.

Se ha evidenciado la necesidad de profundizar más en el estudio y conocimiento de los factores de riesgo y de los grupos profesionales sometidos a mayor riesgo, la salud de los profesionistas sanitarios, ligada a la calidad de los servicios asistenciales y al funcionamiento de las instituciones sanitarias es cuestión que está irrumpiendo con gran fuerza en el ámbito de los sistemas sanitarios de los países más avanzados.

A todo ello hay que añadir los importantes cambios demográficos habidos en la profesión médica en los últimos dos decenios y que también ha supuesto un cambio en los perfiles de riesgo. Por un lado una feminización progresiva: más del 70% de los nuevos licenciados salidos de nuestras facultades son mujeres, por otro lado, el progresivo envejecimiento de la profesión.

Debemos reconocer que en el proceso de la transformación de las formas de ejercicio de la medicina han aparecido nuevos elementos que se han identificado como generadores de estrés entre los profesionales y que hay que tener muy en cuenta: recursos limitados y control gubernamental, estatus profesional inferior al del pasado, aumento de las expectativas de los pacientes y las familias, pleitos y denuncias, uso ilegal de las drogas, aumento de la presión asistencial, mayor envejecimiento de la población y de las enfermedades crónicas, además de la demanda de una asistencia alejada de riesgos.

Por otro lado, conocemos el efecto beneficioso y de protección del malestar que tiene el ejercicio en equipo y especialmente, el interdisciplinar. En la actualidad, esta modalidad de trabajo está muy extendida, lejos de aquella en la que el médico ejercía en solitario, pero si el equipo no dispone de nivel, equilibrio y liderazgo interno y externo, se convierte en un elemento de estrés superior (Padrós, 2009)

### **3.2. Síndrome burnout en personal de oncología**

Schaufeli, Maslach y Marek (1993), afirman que la etiología del desgaste profesional depende de la propia naturaleza del trabajo y de los estresores asociados, por lo que es conveniente la investigación específica de cada entorno laboral asociado a cada profesión. En líneas generales, se han mostrado cómo el desgaste profesional en profesionales de oncología está relacionado positivamente con el sufrimiento del paciente. Los profesionales de la oncología han de hacer frente a pacientes críticamente enfermos, su muerte, necesidades y cuestiones de los familiares y al mantenimiento de equipos técnicos muy complejos, responsabilidades que implican un desgaste emocional importante que junto con problemas personales, escaso apoyo o dificultades organizacionales favorecen el desarrollo del desgaste profesional. Escasos niveles de comunicación, conflictos entre compañeros y la intensidad de las relaciones con los pacientes y familiares convierten a las unidades de oncología en ambientes en

los que resulta apto el desarrollo del desgaste profesional y donde los profesionales tienen una mayor probabilidad de experimentar la sintomatología emocional y física del estrés crónico.

Algunos estudios realizados en personal de salud nos dan el contexto en donde se encuentran ubicados los especialistas en oncología:

### **3.2.1. Médicos**

El predominio y los factores de riesgo ocupacionales de desgaste profesional entre oncólogos, cirujanos, radiólogos clínicos y médicos paliativos han sido comparados en un examen nacional de Graham & Ramírez 2002, que incluía a 1281 consultores. La prevalencia de los problemas de salud mental era ampliamente similar en los diferentes grupos de especialidad.

Un estudio realizado en España en 2002 en 47 especialistas, de los cuales 10 fueron mujeres, con un rango de edad de 31 a 50 años, de los cuales 35 personas eran casadas y 30 tenían hijos, con una experiencia laboral que va desde los 11 a los 30 años y como categoría profesional es la de adjunto, se recogieron las estrategias de afrontamiento ante el estrés y las fuentes de recompensa profesional en un grupo de médicos especialistas, puso de manifiesto la necesidad de la doble intervención (individual y organizativa) para disminuir el estrés laboral. En este estudio se manifestaron dos patrones diferenciales de afrontamiento ante el estrés; por un lado un patrón centrado en las emociones, donde se incluyeron la desconexión conductual (realización de actividades alejadas del ambiente laboral, como deporte, ocio...), la búsqueda de apoyo social emocional (pasar más tiempo con familiares y amigos) y el aumento del consumo de fármacos y tabaco. Otro patrón de afrontamiento fue el centrado en el problema, y se incluyeron la aceptación del mismo y la búsqueda de apoyo instrumental (opiniones de compañeros, bibliografía...). En cuanto a las recompensas laborales expresadas por los médicos, destacaron el salario, la satisfacción personal por la práctica de la medicina, la posibilidad que ofrece el trabajo para la puesta en práctica de las

habilidades adquiridas, las oportunidades de perfeccionamiento profesional, la actividad docente e investigadora y el reconocimiento por otras personas.

Por tanto, para disminuir el estrés laboral es necesario realizar cambios organizativos que tengan en cuenta las recompensas más valoradas por los médicos y que permitieran un mayor desarrollo profesional. Pero también habría que actuar a nivel individual, desarrollando propuestas formativas en materia de estrategias de afrontamiento del estrés (Escribá-Agüir 2002)

En una investigación realizada en noviembre de 2009 en Médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta Colombia en donde la población estuvo conformada por los cincuenta y seis (56) médicos especialistas se encontraron los siguientes resultados:

En relación con la Especialidad Médica y la variable *Agotamiento Emocional*, los oncólogos, cirujanos y cardiólogos alcanzan una puntuación alta en el 100%, En relación a la variable Especialidad con *despersonalización* se encontraron, los Oncólogos en una puntuación media en el 100% y en relación con la Especialización y la variable *realización personal*, los médicos oncólogos puntuaron alto en un 75% (Ferrel, Sierra, & Rodríguez, 2010).

### **3.2.2. Médicos Residentes**

Es Médico Residente, el profesional que culminado su formación académica universitaria, recibe formación postgradual, sujeta a un régimen de trabajo y actividad académica en determinada especialidad en un Centro de Formación Nacional o Extranjero acreditado y/o reconocido por universidades y Sociedades Científicas.

Los médicos especialistas en fase de formación, o médicos internos residentes (MIR), se encuentran en un periodo en el que se consolidan sus competencias como futuros especialistas. Esta formación debe permitirles ejercer correctamente su profesión, en condiciones saludables, teniendo en cuenta no sólo los aspectos técnicos, sino también los recursos para hacer frente al impacto psicoafectivo que

comporta en sí misma la tarea asistencial y la incorporación a una institución sanitaria.

Pero diversos estudios alertan de que este periodo de aprendizaje también puede generar un alto grado de estrés que, dependiendo de los factores ambientales y de la vulnerabilidad personal del residente, puede alterar el equilibrio psico-emocional de éste y, por añadidura, estropear este proceso formativo.

En 2006 se realizó un estudio exploratorio, observacional y analítico de médicos residentes, en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, con el propósito fue determinar la frecuencia y factores de riesgo relacionados con la depresión.

La población se conformo con 80 médicos residentes de especialidades clínicas. Se aplicó la escala de Maslach entre otras, para identificar el síndrome de burnout.

Encontrando los siguientes resultados: el 35% (n = 28) de la población estudiada padeció síndrome de burnout. Se observo que el área más afectada, en la mayor parte de las variables, fue despersonalización en 25%, seguida por cansancio emocional en 16.2% y finalmente la realización profesional en 7.5%.

El 100% de la población estudiada con depresión tuvo también criterios al menos para alguna de las tres áreas que evalúa el Maslach Burnout Inventory.

En cuanto al sexo, se establecieron criterios de depresión en 22.2% de las mujeres y 13% de los hombres (Pérez 2006)

En 2007 se realizó un estudio analítico transversal, observacional, prospectivo y comparativo, en médicos residentes adscritos a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, Veracruz. El objetivo fue determinar la presencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes con jornadas laborales prolongadas aplicando el instrumento de Maslach Burnout Inventory.

La muestra estuvo constituida por 143 médicos residentes de diferentes grados y especialidades distribuidos en grupo de estudio y control .

El grupo de estudio acumuló  $100.5 \pm 7.2$  horas por semana y el grupo control,  $64.4 \pm 9.3$ ; 73 (51.08 %) médicos residentes presentaron síndrome de desgaste profesional, 46 (63.8 %) laboraban  $\geq 80$  horas por semana y 27 (38 %) menos de ese tiempo, con diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.002$ ) (López 2007)

En 2009 se realizó un estudio transversal en residentes del programa de pediatría médica y subespecialidades en el estado de Sonora México.

La muestra fue de 58 médicos residentes, se observó que la totalidad de participantes presentó en algún grado el síndrome de burnout . De ellos, 26 (44.8%) lo presentaron en grado medio, mientras que los individuos con grado alto y bajo tuvieron la misma prevalencia (27.5%).

Al examinar las diferentes dimensiones del síndrome se observó que el desgaste emocional alto fue más frecuente (78.5%) entre los residentes de primer año, aunque 69.2% de los médicos de tercer año y 64.2% de los de especialidades médicas también estuvieron en esta categoría.

En cuanto a la despersonalización, ésta fue alta en 69.2% de los residentes de tercer año, la mayor prevalencia entre los residentes; también se observó en 64.2% de los médicos de primer año, en 29.4% de los de segundo y en 21.4% de los de especialidades

Finalmente, por lo que concierne a la realización personal, 76.9% de los médicos de tercer año, 71.4% de los de especialidades, 64.2% de los de primer año y 58.8% de los de segundo año tuvieron una baja realización personal (Álvarez, Medécigo & Ibarra, 2009).



## **CAPITULO IV**

### **HIPOTESIS**

Los médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología presentan mayores índices de burnout en comparación a los médicos adscritos del mismo instituto.

### **JUSTIFICACIÓN**

El Síndrome de Burnout se ha evaluado en diferentes áreas; médica, profesores, personal de policía, personal bancario, entre otros, a nivel institucional es importante evaluarlo como una forma de detección, prevención e intervención oportuna ya que conlleva a los profesionales de la salud a consecuencias tanto de salud como económicas, de productividad y calidad de atención o servicio.

El profesionalista que se enfrenta día con día a pacientes oncológicos, enfrenta situaciones estresantes relacionadas con la enfermedad grave, el sufrimiento prolongado, deterioro físico, demandas, dolor y muerte, entre otras. Se encuentra documentado que el personal de salud, debido a las condiciones de trabajo estresantes en las cuales labora, llega a presentar aislamiento, irritabilidad, omnipotencia, insatisfacción laboral, que se reflejan en ausentismo, accidentes laborales y conflictos interpersonales con los compañeros de trabajo o con los usuarios. Por lo tanto y en base a la bibliografía existente, los profesionistas de la salud que se encuentran expuestos a condiciones de estrés laboral, muchos de ellos desarrollan síndrome de burnout, por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue identificar si contar con condiciones laborales distintas, personal médico adscrito o personal médico residente, influye en la presencia o ausencia del este síndrome.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Las dimensiones del Síndrome de Burnout se muestran diferentes en dos grupos de profesionales de la salud con condiciones laborales distintas: uno con médicos

adscritos y otro con médicos residentes, del Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México (INCan)?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las diferencias en las dimensiones del Síndrome de Burnout en dos grupos de profesionales de la salud con condiciones laborales distintas, uno de médicos adscritos y otro de médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México (INCan).

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Evaluar el Síndrome de Burnout en médicos adscritos y médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México (INCan).
2. Comparar las dimensiones del Síndrome de Burnout entre dos grupos: uno de médicos adscritos y otro de médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México.(INCan)
3. Comparar las dimensiones del Síndrome de Burnout entre dos grupos: uno de médicos adscritos y otro de médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México,(INCan) a través distintas variables sociodemograficas y laborales; sexo, estado civil y tener otro trabajo.

## **VARIABLES**

### ***Síndrome de Burnout***

#### *Definición conceptual:*

El burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por:

**Agotamiento o cansancio emocional:** Se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y el disgusto causado por las tareas que son propias de la tarea a realizar, de forma que el trabajo pierde el atractivo y cualquier sentimiento de satisfacción que en el pasado pudo tener. Esta fase del bournout también se caracteriza por un cierto sentimiento de idefención como consecuencia de haber intentado activamente modificar situaciones, relaciones y formas de proceder sin haber obtenido ningún resultado por ello. Corresponde a una noción de esfuerzo tanto físico como psicológico y ha sido ligado a los conceptos de tensión, ansiedad, fatiga, insomnio y otros. Es definido como la incapacidad de dar más de sí mismo

en términos emocionales y afectivos, el trabajador siente que sus recursos afectivos han sido superados por el estrés producido por el contacto diario con las personas que reciben directamente su servicio. Implica una sensación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales para enfrentar las situaciones (Savio, S.2008, Gil-Monte, Unda & Sandoval. 2009, Ghisio, P. 2009).

**Despersonalización:** La despersonalización es el núcleo del burnout, básicamente es la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal, el trabajador desarrolla sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabaja, que se manifiesta como maltrato y actitudes de cinismo, en comportamientos y actitudes acordes a esos sentimientos, es una forma de endurecimiento afectivo y rasgos de deshumanización, lo que conlleva que los culpen de sus problemas. La despersonalización es un tipo de conducta en la que van de la mano la depresión y la hostilidad (Savio, S.2008, Gil-Monte, Unda & Sandoval. 2009, Ghisio, P. 2009).

**Baja realización personal ó falta de realización personal en el trabajo :** El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso, consiste en el sentimiento y la creencia, cada vez más generalizada, de que el trabajo no merece la pena, de que institucionalmente es imposible cambiar las cosas, de que la mejora personal e institucional no vale la pena intentarlas, y, finalmente la aparición de pensamientos de posible cambio de trabajo o al menos de institución donde se ejerce. El trabajador evalúa de forma negativa su labor, desarrolla sentimientos de incompetencia y falta de logro en el trabajo, sintiéndose insatisfecho con los resultados del mismo, lo cual afecta su auto-concepto, su auto-estima y las relaciones con los demás (Savio, S.2008, Gil-Monte, Unda & Sandoval. 2009, Ghisio, P. 2009).

*Definición operacional:*

Se determinará por las puntuaciones obtenidas de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI); agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal

## **Médicos adscritos y médicos residentes**

*Definición conceptual:*

1. Personal médico adscrito a la institución: es aquel médico labora cómo especialista en oncología y cuenta con un contrato laboral de por lo menos 6 meses en el Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México.(INCan)
2. Personal médico residente: son aquellos médicos que se encuentran en formación de la especialidad en oncología, que no cuentan con el título de la especialidad y no tienen contrato laboral con el Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México (INCan).

## M É T O D O

### **Participantes**

Para el estudio participaron 26 médicos adscritos y 20 médicos residentes del Instituto Nacional de Cancerología México (INCan) a quienes se les solicitó de forma voluntaria participar en este proyecto de investigación.

Criterios de inclusión:

#### *GRUPO 1: Personal adscrito: médicos*

- Haber laborado al menos durante los últimos seis meses en el área de oncología del Instituto Nacional de Cancerología México (INCan)
- Firmar el Consentimiento Informado de su participación en la investigación (ANEXO 3).

#### *GRUPO 2: Personal residente: médicos*

- Estar realizando su residencia médica al menos durante los últimos seis meses en el área de oncología del Instituto Nacional de Cancerología México (INCan)
- Firmar el Consentimiento Informado de su participación en la investigación (ANEXO 3)

Criterios de exclusión para ambos grupos:

- Al momento del estudio contar con algún permiso o haber interrumpido su actividad laboral o de residencia los últimos seis meses.
- Dejar incompletos los instrumentos de evaluación.

- Personal de salud que no firme la carta de consentimiento informado.

### **Instrumentos**

- *Cédula de identificación sociodemográfica*, recoge aspectos sociodemográficos, características del puesto de trabajo, antigüedad, carga de trabajo (ver Anexo 1).
  
- *Inventario del Síndrome de Burnout de Maslach (MBI)*, Este instrumento en su versión castellana (ver Anexo 2), valora el desgaste profesional en las dimensiones de Cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP), Disminución de la Realización Personal (RP). El resultado de este cuestionario se obtiene en tres variables numéricas (una por cada dimensión), con el siguientes tipo de escala: CE bajo,  $\leq 18$ , CE medio, de 19-26 y CE alto,  $\geq 27$ ; DP bajo,  $\leq 5$ , DP media de 6-9 y DP alta,  $\geq 10$ ; y RP baja,  $\leq 33$ , RP media de 34-39 y RP alta,  $\geq 40$  (RP funciona en sentido inverso a las otras dos escalas. De esta forma un sujeto que se encuentra en la categoría “alto” en las dimensiones CE y DP, y “bajo” para RP puede ser categorizado como un sujeto con alto desgaste emocional.
  
- *Consentimiento Informado* (ver Anexo 3).

### **Tipo y Diseño del Estudio**

Por su tipo, es un estudio transversal, observacional, debido a que se hará una medición, en un sólo tiempo a todos los participantes. Asimismo, es un estudio comparativo porque permitirá comparar a dos grupos con condiciones laborales distintas, personal de salud adscrito y personal de salud residente. El diseño correspondiente es de clase preexperimental, de dos grupos independientes aleatorios, ya que el observador no tiene control sobre las variables y éstas mantienen sus valores naturales. Por observarse las relaciones entre las variables una vez que han ocurrido, también es un tipo de estudio “Post Hoc” (McGuigan, 1976; Kerlinger, 1982)

### **Procedimiento**

Se contactó con el jefe del servicio de cada una de las áreas que componen el personal de salud con el fin de informar de los objetivos de la investigación y se

solicitó su colaboración para la participación del personal de salud interesado que cumpliera con los criterios de la muestra. El estudio se realizó mediante la aplicación de una Cedula de Identificación Sociodemográfica y el Inventario de Maslach (MBI) los cuales son anónimos y auto-administrados, se anexo la carta de consentimiento informado.

Se entregaron los cuestionarios en los diferentes servicios médicos y se definió un día específico para la aplicación y recolección de los instrumentos, informando de la fecha a todo el personal en la sesión clínica anterior, el día de la aplicación se colocaron urnas en todo el hospital y los participantes depositaron sus instrumentos de forma voluntaria.

### **Consideraciones éticas**

La participación de los profesionales de la salud en esta investigación fue avalada por la firma de una carta de consentimiento informado por cada uno de ellos. Asimismo, la información obtenida será sólo para fines de investigación y totalmente confidencial sin revelar la identidad de los participantes.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### ANALISIS ESTADISTICO

La descripción de las características socio-demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes. Para alcanzar el objetivo del estudio se utilizó la prueba *Chi Cuadrada* para determinar la significancia entre los 2 grupos de estudio entre las variables de nivel nominal (e.g. sexo y estado civil, versus el Nivel de Burnout), la prueba de *Mann-Whitney* como prueba de significancia para la comparación del grado de desgaste en cada escala entre ambos grupos, y un análisis de varianza factorial para las comparaciones simultáneas del grado de burnout en cada subescala entre los grupos de médicos y las variables sociodemográficas. En todas las pruebas estadísticas se consideró significancia estadística  $p \leq 0.05$ .

#### **Características socio-demográficas y laborales**

De los 171 cuestionarios entregados se recopilaron 46 cuestionarios que fueron respondidos en su totalidad; de estos, 26 fueron de médicos adscritos (Grupo 1) y 20 de médicos residentes (Grupo 2). Además se obtuvieron 85 cuestionarios del personal de enfermería, los cuales no fueron incluidos en este estudio.

En el promedio de edad de la muestra total se encontró una media de 37 años (ver tabla 1)

**Tabla 1. Promedio de edad de la muestra estudiada por grupos.**

	Muestra	Muestra	D.E	G1.	D.E	G2.	D.E
<b>total</b>		total		Médicos		Médicos	
		Media		Adscritos		Residentes	
				Media		Media	
<b>Media</b>	<b>D.E</b>	37	9.84	42.5	9.8	30.4	4.0
	<b>G1.</b>						
	<b>Médicos</b>						

La tabla 2 muestra los datos socio demográficos correspondientes al sexo y estado civil, en donde se encuentra que en la muestra total prevalece el sexo masculino y pertenecen a la categoría de estado civil soltero (Ver tabla 2)

**Tabla 2 Datos Sociodemográficos de sexo y estado civil de la muestra total y por grupos**

		Muestra Total		Muestra grupos			
		N=46 (Porcentaje)		G 1 Médicos Adscritos n=26 (Porcentaje)		G 2 Médicos Residentes n=20 (Porcentaje)	
<b>Sexo</b>	Masculino	25	54.3	16	61.54	9	45
	Femenino	21	45.7	10	38.46	11	55
<b>Estado Civil</b>	Soltero	22	47.8	8	30.77	14	70
	Casado	21	45.7	16	61.54	5	25
	Separado	2	4.3	1	3.8	1	5
	Divorciado	1	2.2	1	3.8	0	0

En la tabla 3 se muestran los datos laborales de la muestra, encontrándose que el 26.1% de la muestra total pertenecen al servicio de cirugía, el 88.46% de los médicos adscritos pertenecen al turno matutino, y el 60% de los médicos residentes trabajan en todos los turnos. El 65.2% de la muestra total tiene una antigüedad en el puesto actual de 1 a 3 años y el 76.92% de los médicos adscritos cuentan con otro trabajo. (Ver tabla 3)



**Tabla 3 Datos Laborales de la muestra estudiada, total y por grupos**

Variables sociodemográficas		Muestra Total		Muestra grupos			
		N=46	(Porcentaje)	G 1 M. Adscritos n=26 (Porcentaje)		G 2 M. Residentes n=20 (Porcentaje)	
<b>Servicio de adscripción</b>	Cirugía	12	26.1	6	23.07	6	30
	Oncología médica	6	13.0	3	11.58	3	15
	Radioterapia	4	8.7	4	15.38	0	0
	Otro	24	52.2	13	50	11	55
<b>Turno de trabajo</b>	Matutino	31	67.4	23	88.46	8	40
	Vespertino	2	4.3	2	7.69	0	0
	Nocturno	1	2.2	0	0	0	0
	Todos	12	26.1	0	0	12	60
<b>Antigüedad profesional</b>	1-3 años	23	50.0	5	19.23	18	90
	4-6 años	7	15.2	6	23.07	1	5
	7-9 años	4	8.7	4	15.38	0	0
	10 o años más	12	26.1	11	42.30	1	5
<b>Antigüedad en el puesto actual</b>	1-3 años	30	65.2	11	42.30	19	95
	4-6 años	5	10.9	5	19.23	0	0
	7-9 años	5	10.9	4	15.38	1	5
	10 o años más	6	13.0	6	23.07	0	0
<b>Otro trabajo</b>	Si	23	50	20	76.92	3	15
	No	23	50	6	23.07	17	85

### ***Síndrome de burnout***

En la tabla 4 se muestra la frecuencia y severidad del síndrome de burnout en el cual el 36.95% de la muestra total presentaba un burnout bajo, y el 60.86% no presentaron indicadores de presencia de burnout (Ver tabla 4)

Al analizar las 3 subescalas, se observa que en todas ellas los médicos adscritos presentaron mayor puntuación que los residentes sólo en un nivel bajo. Cabe señalar que existió un caso de burnout alto de un médico residente y ninguno en los adscritos, así mismo que en la subescala de realización personal con severidad media y alta el porcentaje es semejante (Ver tabla 4)

**Tabla 4. Frecuencia y severidad del síndrome de burnout en médicos adscritos y residentes del Instituto Nacional de Cancerología, México.**

Subescala	Severidad	Muestra total		Grupos			
		n=46 (Porcentaje)		G1		G2	
				M. Adscritos n=26 (Porcentaje)		M. Residentes n=20 (Porcentaje)	
<b>Cansancio emocional</b>	Bajo	31	67.4	19	73.07	12	60
	Medio-Alto	15	32.6	7	26.93	8	40
<b>Despersonalización</b>	Bajo	25	54.3	15	57.7	10	50
	Medio	12	26.1	8	30.8	4	20
	Alto	9	19.6	3	11.5	6	30
<b>Realización personal</b>	Bajo	35	76.1	20	76.9	15	75
	Medio-Alto	11	23.9	6	23.1	5	25
<b>Burnout Total</b>	No cumple con criterios de clasificación Burnout	28	60.86	14	53.84	14	70
	Burnout Alto	1	2.71	0	0	1	5
	Burnout Bajo	17	36.95	12	46.15	5	25

### ***Relación síndrome de burnout y variables sociodemográficas***

La tabla 5 muestra que los médicos adscritos casados muestran menor cansancio emocional que los residentes solteros. Los médicos adscritos solteros presentan mayor cansancio emocional en relación a los médicos adscritos casados Sin embargo las diferencias no fueron significativas (Ver tabla 5)

En la subescala de despersonalización los médicos adscritos casados sufren menor despersonalización que los médicos adscritos solteros. Sin embargo en los

médicos residentes esta subescala se comporta de manera inversa, es decir los casados muestran mayor despersonalización que los solteros. Sin encontrarse diferencias significativas

La subescala de realización personal en los adscritos casados muestra que se encuentran menos realizados personalmente que los solteros. En los residentes el estado civil no influye en su baja realización personal (Ver tabla 5)

**Tabla 5. Relación Síndrome Burnout y estado civil.**

Sub/Escala	Estado Civil	Estado Civil	
		Médicos Adscritos	Médicos Residentes
<b>Cansancio emocional</b>	Soltero	21.37	16.78
	Casado	10.37	18.4
<b>Despersonalización</b>	Soltero	5.5	6.14
	Casado	3.38	7.8
<b>Realización personal</b>	Soltero	39.5	40.71
	Casado	42.25	41.6

En cuanto al sexo en la subescala de cansancio emocional, las mujeres adscritas muestran mayor cansancio emocional que los varones adscritos, mientras que el cansancio emocional es mayor en los residentes varones.

La escala de realización personal muestra que los adscritos varones así como los residentes (hombres y mujeres) mostraron menor realización personal en comparación que las mujeres adscritas.

Ninguna de las tres subescalas mostró diferencias significativas aunque se mostro un ligero efecto de interacción (ver Tabla 6).

**Tabla 6. Relación síndrome burnout y sexo.**

Sub/Escala	Sexo	Médicos	Médicos
		Adscritos	Residentes
<b>Cansancio emocional</b>	Masculino	11.0	18.78
	Femenino	19.11	15.8
<b>Despersonalización</b>	Masculino	3.33	8.33
	Femenino	5.33	5.0
<b>Realización personal</b>	Masculino	43.53	42.22
	Femenino	37.67	39.8

***Relación síndrome de burnout y variables laborales***

La tabla 7 muestra la relación entre el síndrome de burnout y tener o no otro trabajo; en la subescala de realización personal, todos los médicos (adscritos y residentes) mostraron una baja realización personal. (Ver tabla 7)

Sin embargo en ninguna subescala las diferencias fueron significativas

**Tabla 7. Relación síndrome burnout con otro trabajo.**

Sub/Escala	Otro Trabajo	Médicos	Médicos
		Adscritos	Residentes
Cansancio emocional	Si	14.95	19.0
	No	12.0	16.65
Despersonalización	Si	5.0	3.33
	No	1.67	6.76
Realización personal	Si	41.95	43.0
	No	40.83	40.82

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio encuentra que el 60.86% de la muestra, tomada aleatoriamente en el Instituto Nacional de Cancerología México INCAN, de médicos adscrito y médicos residentes no cumplen criterios de burnout, sólo se detecta un caso de este síndrome en los médicos residentes, lo anterior se puede explicar por algunas cuestiones: a) la N de la muestra no es lo suficientemente representativa, por lo que se recomendaría en investigaciones posteriores aumentarla, b) la muestra estudiada goza de herramientas psicológicas, sociales y laborales que le permiten hacer frente a los estresores que su trabajo implican. Estos resultados contrastan con el estudio de Ferrel, Sierra, & Rodríguez (2010) en donde se encuentra en oncólogos, cansancio emocional alto en el 100%, despersonalización el mismo porcentaje en puntajes medios, y en realización personal, puntajes alto en un 75%, lo cual tampoco coincide con la hipótesis planteada en el presente estudio, en donde asegura que los médicos residentes desarrollan este síndrome.

Al estudiar por subescalas la muestra, se encuentra que tanto para el cansancio emocional como en la realización personal, los rangos de severidad medio y alto se colapsaron para fines de análisis, siguiendo la recomendación de Siegel (1956), debido a que por el tamaño total de la muestra quedarían celdas vacías o con frecuencias esperadas menores que 5, cosa que no pasa con despersonalización, lo que nos remite a pensar que estos individuos realizan un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas laborales pero comienzan a perder el control de la situación desarrollando sentimientos negativos hacia sus pacientes, en esta subescala se reporta una severidad alta en el 30% los médicos residentes, lo cual coincide con la hipótesis planteada (ver tabla 4).

Al relacionar las subescalas del Inventario de Maslach con el sexo, este estudio nos indica que los médicos adscritos del sexo femenino desarrollan cansancio emocional en mayor grado, lo que coincide por una parte con la literatura (Cooper, Rout & Faragher 1989, Mc Craine, Lambert & Lambert 1987), y por otra parte rechaza la hipótesis planteada en este trabajo, la causa puede estar determinada

como lo comentan los autores, por ese doble rol que juega la mujer en la sociedad: trabajadora y madre en muchos casos.

La subescala de realización personal muestra que los adscritos varones así como los residentes (hombres y mujeres) mostraron menor realización personal en comparación que las mujeres adscritas, siendo un dato de importancia ya que jugando ese doble rol en la sociedad como se comenta anteriormente, se esperaría que su realización personal estuviera afectada. Este dato coincide con el planteamiento del problema de este trabajo encontrando que si existe diferencia, aunque no significativa, en las dimensiones del síndrome de burnout en estos dos grupos.

De igual manera al relacionar las subescalas del inventario de Maslach con la variable estado civil, se encuentra que los médicos adscritos casados presentan menos cansancio emocional en relación con los solteros, con respecto a los médicos residentes pasa el caso contrario, lo que orilla a pensar que la relación marital permite la contención y la expresión de emociones, lo que conlleva a sentirse escuchados y comprendidos. Por otra parte este resultado parece coherente ya que la mayoría de los médicos adscritos se encuentran casados y la mayoría de los médicos residentes solteros (ver tabla 2), lo cual también refuerza la idea de que el matrimonio es un factor importante en el desarrollo del síndrome.

En cuanto a la despersonalización y realización personal no se encuentran datos que arrojen alguna significancia estadística.

La subescala de realización personal en los adscritos casados muestra que se encuentran menos realizados personalmente que los solteros. En los residentes el estado civil no influye en su baja realización personal.

Ninguna de las tres subescalas mostró diferencias significativas aunque se mostro un ligero efecto de interacción.

En cuanto a la edad, la literatura describe que se dan más casos de síndrome de burnout en el intervalo de 30 a 50 años (Bittar 2008), lo cual coincide con la media de 37 años que arroja este estudio

En este estudio no existe diferencia significativa entre la percepción de los sujetos de la muestra con el síndrome de burnout tanto el grupo de médicos residentes como el grupo de médicos adscritos y el haberlo desarrollado, exceptuando un médico residente.

## REFERENCIAS

**Álvarez, G. Medécigo, S. Ibarra, C.(2009).** Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el estado de Sonora. Bol Med Hosp Infant Mex, 67, 44-51.

Recuperado el 10 de Enero de 2011 de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2010/hi101f.pdf>

**Astudillo, P. Alarcón, A. Lema, M (2009).** Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, temuco, Chile, Ciencia y Enfermería 15 (3): 111-122.

Recuperado el 10 de Agosto de 2010 de:

[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art\\_12.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_12.pdf)

**Atance, J. C.(1997).** Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública, 71: 293-303.

Recuperado el 28 de septiembre de 2010 de:

<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>

**Ballinas, A. Alarcón, C. Balseiro, C.(2009).** Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; 17 (1): 23-29.

Recuperado el 11 de enero de 2011 de:

<http://www.imss.gob.mx/NR/ronlyres/96EA1AA4-AF79-4EF1B5A3A2F89D960D46/0/RE1200905SindrmedeburnoutCM.pdf>

**Bernaldo, M. Labrador, F (2008).** Relaciones entre el estrés laboral, burn out y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. Anuario de la Psicología Clínica y de la salud, 4, 53-61.

Recuperado el 10 de Agosto de 2010 de:

[http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_4\\_esp\\_53-61.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_53-61.pdf)

**Bittar, M.C.(2008).** Investigación sobre “burn out y estilos de personalidad en estudiantes universitarios”. Recuperado el 11 de Enero de 2011 de:

[http://www.uib.es/catedra\\_iberamericana/investigaciones/documents/bittar/bittar.pdf](http://www.uib.es/catedra_iberamericana/investigaciones/documents/bittar/bittar.pdf)



**Cáceres, G.G.(2006).** Prevalencia del síndrome de burn out en personal sanitario militar. Tesis para optar el grado de doctor, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Madrid, España.

**Campos, L.V. Córdoba, A.J. Silva, J.L. Illera, D.(2007).** Prevalencia de síndrome de burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán.

Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

Recuperado el 11 de Noviembre de 2010 de:

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2008/marzo2008/OK-BURNOUT.pdf>

**Cooper CL, Rout U, Faragher B (1989).** Mental health , job satisfaction and job stress among general practioners M J; 289:366-370.

**Collado D (2009).** Modelos y evaluación del estrés laboral. INTERPSIQUIS, 1. 8 de febrero de 2009. Consultado el 3 de marzo de 2011. Disponible en:

<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/38991/>

**Dale J, Weinberg, RS (1989).** The relations-hip between coche's leadership style and Burnout. Sport psychologist, 1-13.

**Dávalos, H (2005).** Nivel de estrés laboral de enfermeras del hospital nacional de emergencias "José Casimiro Ulloa". Tesis para optar el título de psicóloga, Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería. Lima-Perú.

**Diéguez, X. Sarmiento, D. & Calderón, P (2006).** *Presencia del síndrome de Burnout en los profesores de la escuela internacional de educación física y deporte de Cuba.*

Recuperado el 12 de agosto de 2007, de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEVpZu-VkkkjDKrQmZJ.php>

**Escribá, V. Artazcoz, L. Pérez, S.(2007).** Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. Gac Sanit, 22(4):300-8.

Recuperado el 09 de Diciembre de 2010 de:

<http://www.scielo.org/pdf/gsv22n4/original1.pdf>

**Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. (2002).** Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5):595-604.

**Farber, B. A (1983).** *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.

**Fernández, G (2000).** Burnout y trastornos psicosomáticos. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 16, 229-235.

**Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. (2003).** El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria*;31:1-10.  
Recuperado el 11 de Noviembre de 2011 de:  
<http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud/2004B-MEDICO-Y-SALUDMedicinaClinica.pdf>

**Ferrel, R. Sierra, E. Rodríguez, M. (2010).** Síndrome de desgaste profesional (burn out) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 7(1), 29-40. Recuperado el 09 de Diciembre de 2010 de:  
<http://arimaca.unimagdalena.edu.co/editorial/revistas/index.php/duazary/article/viewFile/203/216>

**Freudenberger, H. J (1974).** Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165

**Ghisio, P. (2009).** Biodanza como sistema generador de resiliencia frente al síndrome de burnout. *Revista Pensamento Biocentrico*, 11:48-69.  
Recuperado el 13 de agosto de 2010 de:  
<http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/revista-11-04.pdf>

**Gil-Monte, P.R. Peiró, J.M. ( 1999).** Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15 (2), 261-268.

**Gil-Monte, P.R.(2005).** El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Anales de psicología , vol. 21, (2) 345-346.

Recuperado el 2 de diciembre de 2010 de:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16721217.pdf>

**Gil-Monte, P. R (2002a).** Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo Maringá*, 7, 3-10.

**Gil-Monte. PR (2002).**Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Rev Psicol Estud*; 7 (1).

Recuperado el 16 de Noviembre de 2010 de:

<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01.pdf>

**Gil-Monte. PR (2006).** El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (Burnout): desarrollo y estrategias de intervención. *Congrés penitenciari internacional:la funció social de la política penitenciària Barcelona*

**Gil-Monte, P. R, Unda S, Sandoval S.(2009).** Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31:205-214

**Gómez, M & Grau, A (2006).** Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid España: Arán ediciones

**González de Rivera, J.L.(1994).** Estrés, homeostasis y enfermedad. *Psicologia Médica*. Zaragoza.

Recuperado el 31 de Mayo de 2010 de:

<http://www.fodonto.uncu.edu.ar/upload/HOMEOSTASIS.pdf>

**Graham,J.-Ramirez,A.(2002).** Improving the working lives of cancer clinicians. *Euro-pean journal of cancer care* 11 (3), 188-92.

**Greenglass E.R, Burke RJ (1989).** Career orientations and career development among male and female teachers. *Psichol Report*, 64-59: 591-598.

**Gutiérrez M.T, Martínez S.(2006).** Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. *Salud de los Trabajadores* 14 (1). 19-29.  
Recuperado el 18 de enero de 2011 de:  
<http://www2.scielo.org.ve/pdf/st/v14n1/art03.pdf>

**Houtman, I. Jettinghoff, K. Cedillo, L. (2008).** Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo, un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional. Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza.  
Recuperado el 27 de Mayo de 2010 de:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf)

**Jackson, S. Schwab, R. Schuler, R. (1986).** Toward on understanding of the Burnout phenomenon. *J applied Pscychol*: 4:630-640.

**Jones, J. (1980).** *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House.

**Karasek, R. Pieper, C. & Schwartz, J. (1993).** Job Content Questionnaire and user's guide, version 1.5. Lowell (Boston): University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment.

**Lazarus, R. y Folkman, S. (1984).** *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

**Leiter, M. & Durup, J. (1994)** .The discriminant validity of Burnout and depression . A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, stress and coping*, 7, 297-308.

**López , A. González, F. Morales M. y Espinoza C.M (2007).** Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 45(3): 233-242

**Mc Craine E. Lambert V. Lambert C. (1987).** Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 33(6):374-37X.

**Marulanda, I (2007).** Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida. Bogotá Colombia: Prometeo

**Maslach, C. & Jackson, S. (1981).** The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behavior*; 2:99-113.

**Maslach, C. & Jackson, S. E (1981).** *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

**Maslach C, Jackson S (1985).** The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles*: 12 (7-8): 837-85 1.

**Maslach, C. y Jackson, S. E (1986).** *Maslach Burnout Inventory* (2ª Ed., 1ª Ed. de 1981). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

**Maslach, C. Leiter, P. y Schaufeli (2001).** "Job Burnout", *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, pgs. 397- 422.

**Matteson, M. & Ivancevich, J. (1987).** *Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.

**Montes, H. Carreon, L.(2005).** Síndrome de burnout en trabajadores de la salud de atención primaria de la caja nacional de salud noviembre 2004. *Rev. Pac. Med. Fam.* 2(2): 83-86 83.

Recuperado el 11 de Noviembre de 2011 de:

<http://www.planetadoctor.com/documentos/BURNOUT/desg-boliv.pdf>

**Moriana, J. & Herruzo, J. (2004).** Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 597-621.

**Moreno B. y Oliver C. (1989):** *El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales, adaptación y nuevas versiones (CBB)*, Universidad Autónoma de Madrid.

**Moreno-Jiménez B, Peñacoba P. (1996).** Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI

**Moreno-Jimenez, B .(2009)** Estrés asistencial en los servicios de salud. M.A. Simon (ed), psicología de la salud. Siglo XXI, UAM, pp. 739-764  
Recuperado el 16 de Noviembre de 2008 de:  
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Estres-asistencial-en-los-servicios-de-salud.pdf>

**Naisberg JL, Fcnnig S (1991)** Personality cbaracteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrits. Stress Med, 7,4: 201-205.

**Ordenes, N (2004).** Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría*, 75 (5), 449-454.

**Padrós, J.(2009).**El médico enfermo. Humanitas, humanidades médicas, 41 1-28.  
Recuperado el 09 de Diciembre de 2010 de:  
[http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero41/iarticulo.html](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero41/iarticulo.html)

**Pereda L, Márquez F, Hoyos M, Yánes M (2009).** Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Salud Mental, 32:399-404  
Recuperado el 11 de Noviembre de 2011 de:  
<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3205/sm3205399.pdf>

**Pérez, C. (2006).** Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Med. Int. Méx. 2006;22-282-6.  
Recuperado el 09 de Octubre de 2011 de:  
[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=38982&id\\_seccion=1479&id\\_ejemplar=4018&id\\_revista=47](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38982&id_seccion=1479&id_ejemplar=4018&id_revista=47)

**Perlman, B. y Hartman, E. (1982).** Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35 (4), 283-305.

**Pines, A. Aronson, E. y Kafry, D. (1981).** Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.

**Ramirez AJ.-Graham.K.-Richards.MA.-Cull,A.-Gregory,WM.(1996):** Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 16, 724-8.

**Ramírez, J. Rangel, A.(2005).** Confiabilidad del Cuestionario de Maslach Burn out Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores Mexicanos pertenecientes al Distrito Federal, Tesis para optar el título de psicólogo Facultad de Psicología, Universidad nacional Autónoma de México, México D.F.

**Ramos, F (1999).** El Síndrome de Burnout. Madrid: Klinik, S.L.

**Savio, S.(2008).** El síndrome del burn out : un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática* , 8,(1), 121- 138.  
Recuperado el 11 de Enero de 2011 de:  
[http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08\\_v1pp121\\_138.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf)

**Schaufeli,W. Maslach,C. Marek,T.(1993).** *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis Publishers.

**Siegrist, J. (2003).** Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo "desequilibrio esfuerzo-recompensa". *Medicina Clínica de Barcelona*, 120, 652-657.

**Valdez, P. (2007).** Estrés laboral en salud: estudio en 298 trabajadores hospitalarios. Tesis para optar el grado de licenciatura, Facultad de Psicología, Buenos Aires Argentina.

**Vega, S.(2009).** Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I).Ministerio de trabajo y asuntos sociales España, Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo.

Recuperado el 10 de Agosto de 2010 de:

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp\\_603.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf)

**Vinicia A. Alvaran L.(2004).** El síndrome de burn out en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Revista Universitas Psicológica, Pontificia Universidad Javeriana, 3(1),33-45.

Recuperado el 08 de Febrero de 2011 de:

[http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N104el\\_sindrome.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N104el_sindrome.pdf)



# ANEXOS

## ANEXO 1

### CÉDULA DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

#### Instrucciones:

A continuación se le piden algunos datos que permitirán complementar la evaluación del síndrome de Burnout. Son totalmente confidenciales, estos guardan su anonimato y no repercutirán en lo absoluto en el desempeño de sus funciones.

Por favor conteste todas las preguntas. Si tiene alguna duda, solicite ayuda.

1. Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Estado Civil: (1) Soltero: \_\_\_\_\_ (2) Casado: \_\_\_\_\_ (3) Divorciado: \_\_\_\_\_

4. Servicio al que pertenece en el INCa: \_\_\_\_\_

5. Puesto o actividad que realiza: \_\_\_\_\_

6. Turno de trabajo: (1) Matutino: \_\_\_\_\_ (2) Vespertino: \_\_\_\_\_ (3) Nocturno: \_\_\_\_\_ (4) Fines de semana: \_\_\_\_\_ (5) Días especiales: \_\_\_\_\_

7. Antigüedad profesional: (1) 1 a 3 años \_\_\_\_\_ (2) 4 a 6 años \_\_\_\_\_ (3) 7 a 9 años \_\_\_\_\_ (4) más de 10 años \_\_\_\_\_

8. Antigüedad en el puesto actual: (1) 1 a 3 años \_\_\_\_\_ (2) 4 a 6 años \_\_\_\_\_ (3) 7 a 9 años \_\_\_\_\_ (4) más de 10 años \_\_\_\_\_

9. Número de pacientes que atiende a la semana \_\_\_\_\_

10. Número de horas que trabaja a la semana: \_\_\_\_\_

11. Tiene más de un trabajo: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

## ANEXO 2

### INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

**Instrucciones:**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de la percepción que usted mismo(a) tiene sobre su trabajo y como este lo hace sentir. Por favor lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con toda honestidad. La información obtenida es totalmente confidencial.

Marque con una "X" la casilla que corresponda, utilizando la siguiente escala. No deje casillas en blanco.

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

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los clientes o usuarios	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "desgastado" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado con mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6

15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17. Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con las personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión o tarea	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que las personas que trato me culpan por alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

AQUÍ TERMINA EL CUESTIONARIO. GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

### ANEXO 3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio se le invita a participar en la Investigación Evaluación del síndrome de Burnout en personal de salud del Instituto Nacional de Cancerología, México, misma que permitirá conocer la presencia de desgaste laboral (Burnout) en médicos, enfermeras y personal de salud que labora en el Instituto Nacional de Cancerología, México. Antes de decidir si le gustaría colaborar, favor de leer esta información detenidamente. Es importante que si tiene alguna duda nos pregunte.

La investigación a la cual se le está invitando es parte de un proyecto del Servicio de Psicooncología de este hospital, cuyo propósito es conocer el índice de desgaste laboral (burnout) que se presenta en el ámbito de la salud, específicamente hablando en el trabajo con pacientes oncológicos. Ya que el personal se ve confrontado a una situación de estrés constante donde interactúa con una enfermedad grave, sufrimiento prolongado, deterioro físico, dolor no controlado y muerte, entre otras, es común que se presenten reacciones como aislamiento, irritabilidad, omnipotencia, insatisfacción laboral, que se reflejan en absentismo, accidentes laborales y conflictos interpersonales con los compañeros de trabajo o con los usuarios.

La información obtenida será totalmente anónima y confidencial, además de que con ella se busca brindarle un mejor ambiente laboral por lo que le pedimos los conteste de la manera más honesta posible.

Su participación en esta investigación no afectará de ninguna manera su trabajo o permanencia en la institución, es totalmente voluntaria y usted tendrá toda la libertad para retirarse de ella cuando así lo desee. Esta elección tampoco afectará de ninguna manera su permanencia en el trabajo o puesto que Usted desempeña.

Si después de haber aceptado participar, cambia de opinión, esa elección será respetada y no le afectará de ninguna manera en el futuro.

Si durante el curso de la investigación reconoce la necesidad de algún apoyo psicológico, este le podrá ser brindado por el Servicio responsable (Psicooncología).

**He leído y comprendido toda la información que me ha sido proporcionada y consiento en participar en esta evaluación.**

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

**Confirmando que el participante ha convenido libremente en contestar ésta evaluación.**

Firma del psicólogo \_\_\_\_\_