



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°28

DISTRITO FEDERAL

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS FAMILIARES QUE LABORAN EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS DE ESPECIALIDAD

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN: MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA: DRA. DENISSE VIOLETA FARIAS HERNÁNDEZ
MÉDICO RESIDENTE DEL SEGUNDO AÑO**

ASESOR DE TESIS:

EXPERTO Y METODOLÓGICO:

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

MÉXICO D.F. 2012



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"
MÉXICO, D.F
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

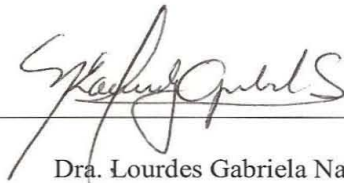
AUTORIZACIÓN DE TESIS

"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES QUE LABORAN
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL"



Dra. Ivonne Anali Roy García
Asesor de tesis

Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF 28



Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"

ÍNDICE

PÁGINA

1.	ANTECEDENTES	7
	1.1 ANTECEDENTES GENERALES	7
	1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	7
2.	JUSTIFICACIÓN	22
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4.	HIPÓTESIS	24
5.	OBJETIVOS	25
	5.1 OBJETIVO GENERAL	25
	5.2 OBJETIVOS PARTICULARES	
6.	MATERIAL Y MÉTODOS	26
	6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	26
	6.2 UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL	26
	6.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO	26
	6.4 MUESTREO	26
	6.4.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	26
	6.4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	26
	6.4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE	26
	MUESTREO	
	6.4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
	6.4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
	6.4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	27
	6.4.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	28
	6.4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	29
	6.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	29
	6.6 MÉTODO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	31
	6.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	32
	6.8 ANÁLISIS DE DATOS	32

7.	LOGÍSTICA	33
	7.1 RECURSOS HUMANOS	33
	7.2 RECURSOS MATERIALES	33
	7.3 RECURSOS FINANCIEROS	33
	7.4 CRONOLOGÍA DE ACTIVIDADES	33
	7.4.1 GRÁFICA DE GANTT	33
8.	ASPECTOS BIOÉTICOS	34
9.	RESULTADOS	35
10.	DISCUSIÓN	44
11.	CONCLUSIONES	45
12.	ANEXOS	46
13.	REFERENCIAS	50

TÍTULO:

“Frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

RESUMEN

“Frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Autora: Dra. Denisse Violeta Farias Hernández (Médico Residente de Medicina Familiar), **Asesor de tesis:** Dra. Ivonne Analí Roy García (Médico especialista en Medicina Familiar).

Introducción: El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente; además de suponer un alto costo, tanto social como económico. Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en los médicos familiares, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el médico sino también para la institución en la que éste labora. Este colectivo ha estado sometido en los últimos años a una serie de cambios organizativos importantes, lo que ha podido contribuir a su desgaste profesional. Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en nuestro personal médico con la finalidad de elaborar planes de prevención. Es fundamental que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas por las importantes labores que van a desempeñar, no sólo a nivel local, sino también a nivel nacional e internacional. Es necesario hacer una descripción del Síndrome de Burnout para diseñar un buen instrumento que permita detectarlo de forma temprana y como afecta dicho síndrome a los médicos familiares dentro de la institución de salud.

Objetivo: Describir la frecuencia del Síndrome de Burnout en relación al turno de trabajo en que los médicos familiares laboran en la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: De acuerdo con las características de las variables en estudio, como son: tipo y escala de medición se determina la siguiente forma de analizarlas: El Síndrome de Burnout se considera como una variable dependiente, cualitativa ordinal, para su análisis se realizarán razones y proporciones, en relación con el turno de trabajo, ésta se considera una variable cualitativa nominal, para el análisis de resultados se hará una tabla de distribución de frecuencias y los resultados se presentarán como estadística descriptiva de tipo razón y proporción. También se utilizarán porcentajes para la presentación de resultados. Para realizar la comparación de Frecuencia del Síndrome de Burnout en los médicos familiares de acuerdo al turno laboral, en éstos 2 grupos se utilizará estadística no paramétrica a través de la prueba Chi Cuadrada.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Médicos familiares, Desgaste profesional, Satisfacción laboral, Turno laboral.

1.- ANTECEDENTES

1.1. ANTECEDENTES GENERALES:

Los profesionales que trabajan directamente con personas se ven expuestos a una serie de estresores organizacionales que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual al estrés, que puede dar lugar a comportamientos adaptativos, o desadaptativos, que provocan ineludiblemente el desgaste y la insatisfacción profesional, esto se ve reflejado en la sociedad actual que una gran parte del tiempo diario lo dedicamos al trabajo, no como actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye todo un sistema cultural de nuestra propia identidad.¹

Las profesiones de servicio que están ligadas a la vida, se caracterizan por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona. La actividad que desarrollan estos profesionales, incluyen un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte, etc.)¹

Esta interacción va sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, lo que puede provocar que el colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio¹.

A este desgaste profesional se le conoce como Síndrome de Burnout (o Síndrome de “quemado”). El concepto de Síndrome de Burnout surgió en los Estados Unidos a mediados de los años 70, cuando Freudenberg trató de explicar el deterioro de los cuidados y atención profesional a los usuarios de servicios sanitarios psiquiátricos. Actualmente se sabe que este síndrome se presenta en diferentes profesionales de servicios como médicos, enfermeras, maestros, policías, asistentes sociales, etcétera, que atienden a usuarios que atraviesan situaciones de dolor o aflicción.²

El Síndrome de Burnout puede estudiarse desde dos perspectivas: clínica y psicosocial. La perspectiva clínica asume al Síndrome de Burnout como entidad patológica que ocurre como consecuencia del estrés laboral y la psicosocial la define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales, pero enfatiza la importancia que tiene el contexto de trabajo en el desarrollo del Síndrome de Burnout².

Quien describe por primera vez, el término de Burnout o “estar quemado” es el médico psiquiatra Freudenberg en 1974, quien trabajaba en una clínica de toxicómanos en Nueva York, observó que al año de trabajar, la mayoría de voluntarios sufría una progresiva pérdida de la energía, hasta llegar al agotamiento, por lo que lo refirió como Burnout.

En la década de 1980 la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley California, en los Estados Unidos de Norteamérica, utilizó el término de Burnout, junto con el psicólogo Michael P. Leiter, para identificar el Síndrome de Burnout, y diseñaron un cuestionario denominado “Cuestionario de Maslach” para diagnosticar el síndrome, posteriormente fue traducido al español por el Dr. Mingote Adán ³.

Los trabajadores “se queman” como consecuencia de la combinación de distintos factores desencadenantes o facilitadores que se originan en el entorno social, en el entorno laboral y en el propio sujeto. Desde esta perspectiva la evolución del síndrome se puede considerar como el resultado de un proceso mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia, mientras que las variables personales cumplen una función facilitadora o inhibidora ⁴.

Se han realizado gran cantidad de estudios para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, así como los factores sociodemográficos y laborales asociados a éste en el colectivo del personal sanitario en diversos centros de salud y hospitales. Muchos de los estudios concuerdan en que la prevalencia es alta. Sin embargo, también hay estudios en donde se reportan niveles más moderados.

En cuanto a las causas del Síndrome de Burnout, los profesionales de la salud se enfrentan continuamente a estresores específicos que suponen una alta implicación emocional (ej. contacto continuo con el sufrimiento y la muerte de los enfermos), que se suman a los relacionados con la propia organización del trabajo (ej. sobrecarga de trabajo), y a factores personales. En referencia a estos últimos, las diferentes investigaciones realizadas han encontrado que los profesionales más propensos a padecer este síndrome son personas con un nivel bajo de dureza emocional, que presentan una baja sensación de control personal sobre las situaciones, altos rasgos de ansiedad, y que utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Se han enumerado una serie de consecuencias negativas fruto de este síndrome. Éstas se producen sobre la salud física, psicológica, laboral, y socio-familiar. En suma, el Síndrome de Burnout constituye una reacción personal al estrés crónico en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación ⁵.

Los efectos negativos del estrés ocupacional en el trabajo han sido ampliamente reportados, y todos los informes indican que los rápidos cambios en las organizaciones son cada vez más causa de estrés en el trabajo que afecta a la fuerza de trabajo. Aunque los efectos se refieran a todas las profesiones, los profesionales de los servicios y atención de la salud parecen ser víctimas particulares de esta situación ⁶.

Se estima que un 22% de los médicos en los EE.UU., el 27% de los médicos en el Reino Unido y el 20% de los médicos en Alemania sufren de Burnout. Sin embargo, el Burnout puede manifestarse en cualquier persona y el número de personas que sufren Burnout está continuamente en aumento ⁷.

La importancia del estudio del Síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar los diferentes procesos de estrés laboral, con el objetivo de conseguir mejoras en la calidad de vida de las personas. Actualmente, es imprescindible considerar los aspectos de bienestar y salud laboral de los trabajadores para evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva, tiene repercusiones sobre la organización (ausentismo, disminución de la productividad, etc.). Por otra parte, y dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general ⁴.

1.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Definiciones

En 1976, Maslach define el *Síndrome de Burnout* como una situación de sobrecarga emocional entre profesionales que después de años de dedicación terminan “quemándose” y lo estructura en tres dimensiones: el cansancio emocional (caracterizado por la pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento); la despersonalización (manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva defensivamente a adoptar un distanciamiento frente a los problemas) y la falta de realización profesional (donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción y baja autoestima) ⁸.

La *sobrecarga emocional* se define como la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo y físico. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La *despersonalización* se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo y frialdad hacia las personas destinatarias del trabajo; pacientes, alumnos, clientes, etcétera.

La *falta de realización personal en el trabajo* se entiende como la predisposición de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial, esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales ².

Etiología

Entre los muchos factores que han sido descritos como elementos incidentes en el Síndrome de Burnout, Maslach y Leiter han descrito seis de ellos que tienen una mayor relevancia y son más frecuentes.: 1) La sobrecarga laboral y su intensidad, demandas temporales y complejidad; 2) El bajo control sobre el establecimiento y planificación de prioridades del día a día; 3) La falta de reconocimiento y los sentimientos de que continuamente tienes que hacer más por menos; 4) Los sentimientos de comunidad, en los que las relaciones se hacen impersonales y el trabajo en equipo queda minado, aumentando los conflictos interpersonales y personales. 5) La ausencia de justicia, en la cual la confianza, la franqueza, y el respeto no están presentes; y 6) Los valores contradictorios, cuándo las opciones relacionadas con los objetivos a menudo están en desacuerdo con los valores principales personales, y no coincide lo que decimos o pensamos con lo que hacemos.

Los conflictos interpersonales se relacionan con síntomas de estrés y actitudes negativas en el trabajo. En no pocos estudios, el conflicto interpersonal aparece como factor antecedente del Síndrome de Burnout, aunque pueda tener también un papel mediador en el proceso. El Síndrome de Burnout, tiene una larga cadena de consecuencias posibles, personales y organizacionales principalmente. Una de ellas, no de las más analizadas, es la intención de abandono de la profesión. Un dato confirmado repetidamente es que el estrés crónico y el Síndrome de Burnout generan el cansancio de la profesión con todas sus secuelas. Actualmente tiende a interpretarse que el tercer componente habitual del síndrome, la falta de realización, tiene ya un componente de dejación que incluye la pérdida de interés por la propia profesión ⁹.

En la aparición del Síndrome de Burnout también intervienen especialmente variables como la sobrecarga laboral y la baja autoeficacia. La sobrecarga laboral incluye tanto las demandas cuantitativas como cualitativas relacionadas con el trabajo, tales como trabajar bajo la presión del tiempo, trabajar duro o en un trabajo estresante.

La sobrecarga cuantitativa se refiere a tener demasiado trabajo que hacer en muy poco tiempo, mientras que la cualitativa tiene que ver con la dificultad de la tarea y el procesamiento de la información. Los resultados de la investigación han señalado que la sobrecarga laboral es un estresor significativo asociado al Síndrome de Burnout, y de manera más intensa al incremento de los niveles de agotamiento emocional. Incluso se apoya la idea de que el Síndrome de Burnout es una respuesta a la sobrecarga laboral.

La autoeficacia ha sido considerada también como una variable relevante para el desarrollo y prevención del Síndrome de Burnout. La autoeficacia se define como el conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos, que producirán determinados logros o resultados. Los individuos con mayor autoeficacia superarán o afrontarán más eficazmente el estrés y, por consiguiente, experimentarían con menor frecuencia el Síndrome de Burnout, por lo que obtener evidencia empírica para esta afirmación permitirá justificar científicamente las intervenciones. Se han obtenido relaciones significativas y positivas entre autoeficacia y realización personal en el trabajo, y negativas con agotamiento emocional y despersonalización. En algún estudio longitudinal se obtuvo que la autoeficacia presentaba un efecto longitudinal sobre despersonalización, pero no sobre agotamiento emocional ni sobre realización personal en el trabajo ¹⁰.

Hay que agregar además el concepto de “resistencia” (hardiness) que surge a partir de la idea de “protección” frente a los estresores, y no puede entenderse sino como resultado de la interacción individuo-medio, tratando de ser un concepto clave en la psicología social del estrés y la salud. Este constructo está constituido por tres dimensiones: compromiso, control y reto.

El compromiso es la tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida, y es una cualidad que es propuesta como moderadora de los efectos de estrés. Además, esta cualidad no se limita a un sentimiento de competencia personal, sino que incluye igualmente un sentimiento de comunidad y/o corporación.

La dimensión de control ha sido la más estudiada del modelo propuesto por Kobasa. Hace referencia a la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos. Esta capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos o situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad y, en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando así los efectos del estrés.

La dimensión de reto hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Desde este punto de vista, un estímulo estresante se entendería como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad ¹¹.

Teoría de los efectos negativos de tipo psicológico

El concepto de efectos negativos de tipo psicológico del trabajo (EFNP) fue desarrollado por diferentes psicólogos de Europa Oriental y en particular por la llamada Escuela de Dresden, con el Profesor Winfried Hacker y sus colaboradores. Según su autor los efectos negativos del trabajo se expresan en una disminución del comportamiento psicofísico, una valoración subjetiva de carácter negativo que repercute en el rendimiento, la productividad y accidentes. No se traducen en datos clínicos, pero presentan un desequilibrio en el estado funcional del individuo, el cual de mantenerse, en muchos casos desencadena la enfermedad.

Se define a los EFNP como efectos no deseados, que se reflejan en la eficiencia y los estados de ánimo del trabajador; se manifiestan durante y después del trabajo, expresándose en los diferentes niveles funcionales del trabajador.

Esta teoría reconoce cuatro EFNP: la Fatiga, la Monotonía, el Estrés y el Hastío Psíquico. La fatiga hace referencia a la disminución del rendimiento psíquico y corporal causado por el desempeño mantenido de la actividad laboral. La monotonía, a un estado de hipoactividad en donde entre otras cosas, se ejerce la actividad sin motivación y de forma automática. El estrés hace referencia a una valoración emocional negativa o conflicto entre las exigencias de la tarea y los mecanismos y capacidades del trabajador. El hastío psíquico se definió como un estado de alerta con gran carga emocional que se caracteriza por el sentimiento de exaltación, de enfado y de desgano (desmotivación).

Richter y Plath desarrollaron una propuesta instrumental bajo el nombre de BMS 2 para medir los cuatro efectos, dicho instrumento se utilizó con gran éxito en muchos países en décadas anteriores. Aunque la teoría y el instrumento parecían prometedores, en México se realizó un estudio para probar su validez factorial en distintas ocupaciones con resultados inesperados, pues se encontró que los factores encontrados no correspondían a los cuatro planteados por la teoría original, pues solo se conservaron el hastío y el agotamiento (llamado carga psicofísica entonces). Incluso en los análisis apareció una nueva variable de carácter “positivo” que hacía referencia a los sentimientos de maestría y la confianza de enfrentar exitosamente las exigencias del trabajo nombrada “autoeficacia laboral”.

Desde el punto de vista teórico y conceptual dichos hallazgos han apuntado a diversas reflexiones que exigen entender que los efectos psicológicos del trabajo no deben ser exclusivamente negativos y que una teoría integral de los mismos debe incluir efectos psicológicos positivos, lo que implica incluso una redefinición del concepto de efectos psicológicos y nuevas investigaciones basadas en hallazgos anteriores ¹².

Teoría de la conservación de recursos

La teoría de la conservación de recursos (COR) hipotetiza de que la gente se esfuerza para obtener, construir y proteger lo que ellos valoran. El estrés se produce cuando estos recursos se ven amenazados, se pierde o se produce un fallo en la ganancia después de la inversión de los recursos. Los recursos se definen como objetos (herramientas, por ejemplo), características personales (estabilidad emocional, por ejemplo), condiciones (por ejemplo, apoyo social) y energía (por ejemplo, dinero) que son valorados por un individuo como un medio para adquirir y fortalecer los recursos. Las amenazas de pérdida, pérdida real o falta de aumento de los recursos después de la inversión se conceptualizan como las demandas de la teoría.

Los pobres recursos que una persona tiene a su disposición y las altas exigencias impuestas al individuo, ocasionan una mala adaptación. Esta mala adaptación lleva a un incremento en el Síndrome de Burnout y a una reducción en las actitudes organizacionales tales como la satisfacción en el trabajo.

En el contexto de la experiencia de estrés, la pérdida de recursos y la ganancia son centrales en situaciones de alta demanda. En concreto, la primacía la hipótesis de pérdida en estados de pérdida de recursos y el aumento de la demanda tiene un efecto más fuerte en situaciones de alta demanda. Este aspecto es de particular importancia porque implica efectos de moderación del medio ambiente en otras demandas y recursos. La experiencia prolongada de bajos recursos y la alta demanda conduce a una erosión de otros recursos como la energía, identificación y eficacia percibida, que es el proceso del Síndrome de Burnout. De acuerdo con la teoría COR, el agotamiento emocional ocurre primero. El cinismo se presenta como un mecanismo de mala adaptación para lidiar con las demandas excesivas y falta de recursos. Sin embargo, este estilo de afrontamiento desadaptativo conduce a una falta de realización personal. Estos eventos inician una espiral de pérdida de recursos, que es el proceso del Síndrome de Burnout. Por el contrario, altos recursos en un entorno de alta demanda debe conducir a un funcionamiento óptimo, lo que lleva a una reinversión de recursos tales como tiempo y energía en el ambiente de trabajo ¹³.

Respuesta sistémica al estrés

Como el Síndrome de Burnout es un estado de estrés, se ha hipotetizado que el sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (eje HHA) están involucrados. La mayoría de los estudios sobre el comportamiento de estos sistemas se centra en el estrés agudo.

Durante el estrés agudo, la parte simpática del SNA se activa y la parte parasimpática altera su regulación. Estos problemas se reflejan en la sangre periférica por la liberación de catecolaminas a través del

SNA, y por la liberación de cortisol a través del eje HHA. Hay un aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El sistema inmunológico se inhibe temporalmente, y el metabolismo se vuelve catabólico. Entre los pacientes con Síndrome de Burnout, se ha comunicado un aumento en la incidencia del resfriado común y gastroenteritis. Por lo tanto, varios estudios han investigado si los biomarcadores implicados en la respuesta inmune se asocian con el Síndrome de Burnout.

Después del estrés, todos los procesos retornan a la normalidad. La hipótesis es que en el Síndrome de Burnout el SNA y el eje HHA se han agotado debido al estrés prolongado o recurrente. Se ha postulado que, como consecuencia, el desgaste será acompañado por niveles anormales (bajos) en sangre de adrenalina y cortisol y sus metabolitos. Las funciones vitales, tales como la frecuencia cardíaca y la presión arterial, se espera que permanezcan elevadas, además el metabolismo y el sistema inmunológico comprometidos. Estas disfunciones se encargarían de los síntomas de fatiga física ¹⁴.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout que se han descrito son los siguientes:

- *Sobrecarga de trabajo.* Es el factor de riesgo más obvio de una falta de correlación entre la persona y su trabajo, se tiene que hacer más en poco tiempo y con pocos recursos.
- *Pérdida de control sobre lo que se realiza.* Significa que el individuo no tiene suficiente control sobre los recursos que necesita para realizar su trabajo.
- *Falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado.* Cuando no obtenemos reconocimiento tanto en el trabajo como a la persona misma, se crea un sentimiento de devaluación.
- *Pérdida de la cordialidad.* La falta de cordialidad y el no llevarse bien con los demás es el resultado de la pérdida de relaciones interpersonales en el lugar de trabajo.
- *Injusticia.* Que las personas sean tratadas con respeto y su autoestima sea confirmada.
- *Conflicto con los valores.* Ocurre cuando no hay correlación entre los requerimientos del trabajo y los principios morales ³.

Históricamente, los antecedentes de desgaste profesional se han clasificado en tres grandes categorías: organizacionales, ocupacionales, e individuales. A nivel organizativo, los investigadores han examinado el efecto del medio ambiente psicológico de las organizaciones en el Síndrome de Burnout de los empleados.

Además, el agotamiento o la escasez de recursos de la organización, junto con las expectativas de rendimiento constante o el aumento incluso puede tener efectos drásticos y perjudiciales sobre el Síndrome de Burnout de los empleados. Los predictores a nivel ocupacional del Síndrome de Burnout inicialmente se centraron en las características de las interacciones de los empleados con los clientes. Sin embargo, los eruditos comenzaron a reconocer que el fenómeno se produce en todos los tipos de trabajo, las exigencias cuantitativas de trabajo resultaron ser un predictor significativo de dicho síndrome, si esas demandas estaban basadas interpersonalmente o no. En cuanto a predictores a nivel individual, los datos demográficos han sido las principales diferencias individuales que se utilizan para predecir el Síndrome de Burnout profesional.

Resultados mundanos a nivel individual han llevado a los investigadores a asumir, quizá prematuramente, que las variables personales son predictores débiles de Síndrome de Burnout profesional. Sin embargo, usar las personalidades de los individuos para predecir este síndrome debe aumentar los resultados existentes, sobre todo cuando se tiene en cuenta que la personalidad, que es relativamente estable en comparación con predictores situacionales inestables como la carga de trabajo ¹⁵.

Signos y síntomas

El desarrollo del Síndrome de Burnout va a depender de la personalidad del trabajador y de la organización o institución donde labora. En cuanto a la personalidad del trabajador se ha identificado que trabajadores con personalidad tipo A, locus de control externo y bajo control emocional son las personas que tienen mayor riesgo de padecerlo o desarrollarlo. De la misma forma aquellos médicos que tengan malas relaciones (administrativas, de contrato, sindicales, turno, etc.) con la institución laboral aumenta el riesgo considerablemente.

Ambos pueden ser factores importantes que repercutan en el desarrollo o en el incremento progresivo de la severidad del síndrome. Los grados que han sido considerados son:

- 1) Primer grado. Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies.
- 2) Segundo grado. Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.

3) Tercer grado. Los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares.

Se ha demostrado de manera general que el Síndrome de Burnout se presenta en médicas y médicos. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar dicho síndrome. Lo que coincide con los estudios de doble jornada en mujeres (tareas domésticas y el trabajo en alguna institución de salud).

El Síndrome de Burnout se presenta y desarrolla en personal médico que labora en instituciones de salud públicas o privadas. Resultado interesante, ya que siempre se ha considerado que los profesionistas que laboran en instituciones públicas tienen mayor carga de trabajo, y mayor probabilidad de desarrollarlo a diferencia de los médicos que laboran en forma privada. Pero de acuerdo a los resultados encontrados pareciera que el estrés laboral no varía mucho en los médicos de instituciones particulares de nuestro país.

En la mayoría de los estudios se reportan niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, aunque en algunos estudios se han reportado niveles severos, principalmente en agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados coinciden justamente con la literatura teórica que menciona que los principales componentes del desgaste los llama el corazón de Burnout son precisamente el agotamiento emocional y despersonalización. Además de que el componente más afectado es el cinismo en el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres.

Referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años es la población de mayor riesgo. En cuanto al tipo de pareja se detectó que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no estable y en relación con los hijos, es más frecuente en aquellos que no tienen hijos.

Existe un mayor riesgo en médicos que tienen entre 11 a 19 años de ejercicio, pero sobre todo en los que trabajan en más de una clínica, pero con mayor severidad los que trabajan en clínica y además en algún hospital. Esto es una cuestión de resaltar, porque los médicos en nuestro país en su mayoría tienen más de un trabajo, además de contar con la consulta privada.

De acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica, es más frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos profesionistas de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno y que dedican más de dieciséis minutos a cada paciente por consulta. Preocupa porque se ha documentado en la literatura que no importa la cantidad de tiempo, sino la calidad en el servicio, en este caso sería importante estudiar qué factores afectan al médico cuando está en la consulta con el paciente para que se desarrolle este síndrome, considerando que esta actividad la va a realizar hasta que se jubile de la institución de salud o deje de ejercer la medicina ¹⁶.

Escala de medición

El MaslachBurnoutInventory (MBI) es considerado como el patrón oro de los cuestionarios para objetivar el Síndrome de Burnout, el cual ha sido previamente validado en España. Se trata de un cuestionario creado y validado por la Dra. Maslach que valora las 3 esferas relacionadas con el Síndrome de Burnout(cansancio emocional, despersonalización y desrealización personal).

Consta de 22 ítems, cada uno de los cuales se valora con una escala del tipo Likert (en la que se pide que se especifique el grado de acuerdo o desacuerdo con una afirmación, de 0–6 puntos).

De estos 22 ítems, 9 de ellos hacen referencia al cansancio emocional, 5 a la despersonalización, y 8 a la realización personal. Se define la existencia de Síndrome de Burnoutcuando se obtiene una puntuación alta en las escalas de cansancio emocional y/o despersonalización, y se excluye la escala de realización personal por tratarse de una esfera muy influenciada por eventos ajenos al ámbito laboral ¹⁷.

En la literatura se pueden identificar tres criterios para evaluar los niveles del Síndrome de Burnout:

a) Aplicando el método de percentiles originalmente propuesto por las autoras del MBI, según el cual altas puntuaciones son las superiores al percentil 66, mientras que las bajas corresponden a puntuaciones inferiores al percentil 33; b) aplicar la mediana como punto de corte en cada una de las dimensiones para distinguir individuos con altos valores vs. Individuos con bajos valores en cada una de las dimensiones; y c) utilizar los puntos de respuesta de la de frecuencia con la que se responden los ítems, y considerar puntuaciones altas las que indican una frecuencia en la percepción de los síntomas igual o superior a “Algunas veces al mes” ¹⁸.

Se considera como un elevado nivel de estrés es cuando el agotamiento es >29 (máximo 54), medio cuando esta entre 18 y 29, y bajo cuando es <18. La despersonalización es máxima cuando es >11 puntos (máximo 30), media cuando se encuentra entre 6 y 11 y baja si es <6. Por último, la falta de realización personal en el trabajo es mayor cuando es <34 puntos (máximo 0/48), media si se encuentra entre 34 y 39 y baja si es >39 ¹⁹.

Síndrome de Burnout en médicos especialistas

De acuerdo a los resultados de este estudio, los hombres presentan mayor presencia del Síndrome de Burnout que las mujeres. Ya en los años setentas Atance revelaba que las mujeres eran más susceptibles de presentar el Síndrome de Burnoutque los hombres, más tarde Gil- Monte et al. encuentra que son los hombres quienes presentan mayor vínculo entre la dimensión cansancio emocional y despersonalización.

Actualmente la diversidad de estudios publicados continúa mostrando ambivalencia en sus resultados con respecto a esta variable. Por ejemplo Aldrete et al., Alvarez et al. y Parada et al. mencionan que son las mujeres las más propensas a desarrollar el síndrome.

La variable edad se asocia únicamente con el agotamiento emocional, Arias et al. revela asociación con la sobrecarga de trabajo, la dificultad para trabajar con los demás, desacuerdos, sobreesfuerzo físico, aislamiento, cansancio e insuficiente apoyo.

Los análisis estadísticos de Aranda demuestran que son los médicos casados los que reportan porcentajes mayores de Burnout. Moreno et al., describen que las personas solteras tienen mayor riesgo de presentar al menos cansancio emocional.

Burke et al. reporta que los trabajadores con menor antigüedad son los más vulnerables a desarrollar el síndrome, probablemente debido a la inexperiencia laboral y a la falta de capacidad para afrontar las situaciones críticas. Hernández et al. coinciden en que a menor antigüedad hay una mayor probabilidad de caer en despersonalización.

La despersonalización se asocia con el turno laboral, en específico con no tener un turno fijo o estable. Ya desde la década de los noventa Gil-Monte et al. hacen la reflexión de que el turno laboral es uno de los factores psicosociales con funciones facilitadoras del grado de percepción del estrés de origen laboral ²⁰.

Síndrome de Burnout en médicos familiares

Prevalencia

Según Aranda et al. la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos familiares con al menos una de las dimensiones “quemadas” fue de 36.6% (quince sujetos), ocurriendo en cada una de las dimensiones de la siguiente manera: en la de agotamiento emocional, once (28.8%); en la de despersonalización, dos (4.8%), y en la de falta de realización personal y en el trabajo, cinco (12.2%) ²¹.

Las cifras prevalentes reportan hasta el 30 % de profesionales de la salud que padecen de Síndrome de Burnout. En el estudio de Aranda el 42.3 % de los médicos familiares que laboran en el IMSS se encuentran, "quemados".

Manifestaciones clínicas

La Asociación de Médicos Municipales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires publicó en su Boletín Científico que los síntomas relacionados con la actividad laboral son la ansiedad, la tensión, las cefaleas y los problemas cardiovasculares como arritmias e hipertensión. Román en su estudio enfocado hacia el estrés y el Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario menciona que los síntomas de estrés más frecuentes en el nivel primario de atención fueron los trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o pirosis²².

Casi la mitad de los médicos familiares estudiados por Aranda manifestaron haber padecido alguna molestia o enfermedad en el transcurso de los últimos seis meses, tales como lumbalgias (10.0%), resfriados comunes (5.0%), cefaleas (5.0%), problemas dentales (5.0%), agotamiento o cansancio (5.0%); con menor frecuencia, faringoamidalitis, colitis, otras enfermedades gastrointestinales, diabetes, gota, hipertiroidismo, hipertensión, hombro doloroso, artralgias, dolor muscular, osteoporosis y osteoartritis²¹.

Factores asociados

Aranda et al. en un análisis inferencial, demostraron que las únicas asociaciones encontradas entre las variables sociodemográficas y laborales con el síndrome de Síndrome de Burnout en médicos familiares se inclinan hacia la dimensión agotamiento emocional, siendo la asociación con la institución, el estado civil, la escolaridad y el tiempo de laborar para esa institución, y como factor de riesgo el estado civil (ser soltero) y la escolaridad (superior a la requerida por el puesto), con el desarrollo del Síndrome de Burnout y con la dimensión agotamiento emocional, específicamente²³.

Atance asume que a menor antigüedad (< 2 años) mayor probabilidad de desarrollar el síndrome. La falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo, supervisores, jefes, directivos, etc., son características que pueden influenciar en la aparición del síndrome. Por otra parte, una inadecuada organización laboral pone en riesgo la capacidad de rendimiento del empleado, generando un trabajador quemado. Otros factores relevantes son la competencia desmedida entre los compañeros y la escasez de herramientas, el número de turnos semanales que realiza el trabajador, así como el pertenecer a una familia disfuncional. En lo que refiere a la edad, Atance revela diferencias significativas en la dimensión cansancio emocional con los mayores de 44 años de edad; otros estudios, como el de Garnier refiere que los sujetos más jóvenes presentan puntuaciones más altas del síndrome. En cuanto al estado civil, el grupo constituido por los sujetos separados, divorciados y viudos obtienen diferencias significativas con la dimensión “falta de realización personal”²⁴.

Estrategias de afrontamiento y prevención

Se entiende por afrontamiento la serie de respuestas cambiantes, de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y cuyo objetivo es manejar las demandas específicas externas y/o internas que evalúa como excedentes o desbordantes de sus recursos en respuesta al estrés. Se puede agruparlas en tres categorías:

Estrategias individuales

Las estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el Síndrome de Burnout porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape/evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición. Las técnicas para la adquisición de estas estrategias pueden ser dirigidas al entrenamiento en habilidades (como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones sociales, cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno) o al manejo de las emociones (incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.).

Estrategias profesionales

Desde una perspectiva grupal se aconseja fomentar el apoyo social por parte de los compañeros, jefes y directores. A través de él, los facultativos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social, apoyo emocional y consejo. Cobb define este apoyo social como la información que nos permite creer que otros se preocupan por nosotros y nos quieren, somos estimados y valorados. El apoyo social debe venir principalmente de los demás compañeros del servicio y jefes de unidad. Crear grupos informales con la intención de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento ante pacientes especiales (con personal de UCI, medicina interna, oncología o radiología) facilita una reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, supone un incremento de conocimientos y facilita un trabajo más agradable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en los hospitales es fomentar y entrenar a los compañeros y jefes en la realimentación, mediante la cual se nos informa de cómo somos percibidos y entendidos, lo que aumenta nuestra confianza y autoestima.

Estrategias organizacionales

La dirección de la clínica u hospital debería desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima hospitalario, puesto que los desencadenantes del Síndrome de Burnout son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están relacionadas con el puesto laboral y disfunciones en el desempeño de roles.

Programas de socialización anticipada. Tienen un carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el facultativo comience su vida laboral, ofreciendo unas habilidades para desarrollar su actividad. En este sentido se enmarcan los programas de acogida profesional (ejemplo, los destinados a residentes quirúrgicos antes de iniciar su residencia).

Programas de evaluación y realimentación. Pretenden ofrecer realimentación desde la dirección y el propio departamento, y que esta información no se presente nunca como un juicio contra el sujeto, sino como parte de un programa de desarrollo.

Programas de desarrollo organizacional. Deben buscar mejorar el clima hospitalario mediante esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo (aspectos culturales y humanos), entendiendo que la mayor parte de las personas están motivadas hacia el crecimiento y el desarrollo personal si se encuentran en el ambiente propicio

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación surge de la necesidad de diseñar y desarrollar un plan de prevención y gestión de riesgos psicosociales en los médicos familiares, de manera que integre la información acumulada sobre el Síndrome de Burnout que, a su vez, aporte datos relevantes para aquellos aspectos del problema que han recibido menor atención.

La identificación del Síndrome de Burnout en los médicos familiares que actualmente se encuentran laborando en esta unidad, permitirá conocer los factores de riesgo para presentar ésta patología con la finalidad de prevenirlos, con el consecuente impacto favorable en la oportunidad, calidad y eficacia de la atención que les proporcionen a los pacientes que solicitan los servicios de salud, ya que serán cubiertas sus expectativas, mejorará su calidad de vida, disminuirá la visita a los hospitales, en la institución habrá una reducción del gasto público, así como se tendrán índices de estándares de alta calidad, disminución de mortalidad en los pacientes y mejorarán las relaciones médico-paciente.

Finalmente, la Institución de salud se verá favorecida por la imagen que se perciba tanto del personal de salud como de los mismos usuarios, produciendo un impacto favorable para el cambio que deberá instrumentar todo el sistema del sector salud.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto costo, tanto social como económico.

En Hispanoamérica, los médicos familiares evidencian una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde el 7,7% hasta el 91,8%. Por ejemplo, en España el síndrome se detecta con una frecuencia que va del 11,1% al 91,8%; en Centro, Sudamérica y Cuba, del 7,7% al 79,7%, y en México, desde el 12,8% al 50,5%.

Desde hace más de tres décadas se vienen estudiando las diferentes características del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de diferentes países. Múltiples estudios se han enfocado en personal de la salud de diferentes áreas, sin embargo, esta enfermedad no es conocida de manera óptima, entre otras razones porque se trata de una patología relativamente nueva descrita en la literatura, lo que ha generado que gran cantidad de personas que cumplen los criterios diagnósticos para esta patología no reciban un manejo integral oportuno.

Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en los médicos familiares, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el médico sino también para la institución en la que éste trabaja. Este colectivo ha estado sometido en los últimos años a una serie de cambios organizativos importantes, lo que ha podido contribuir a su desgaste profesional.

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este colectivo para poder elaborar planes de prevención. Es fundamental que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas por las importantes labores que van a desempeñar, no sólo a nivel nacional sino también a nivel internacional, en conflictos armados, catástrofes o en misiones de mantenimiento de la paz.

Por lo cual se propone resumir el planteamiento del problema en la siguiente pregunta:
¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en relación al turno de trabajo en que los médicos familiares laboran en la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

4. HIPÓTESIS

Hipótesis de estudio (Ha): “El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en médicos familiares que laboran en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Hipótesis nula (Ho): “El Síndrome de Burnout no se presenta con mayor frecuencia en médicos familiares que laboran en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL:

- Describir la frecuencia del Síndrome de Burnout respecto al turno de trabajo en médicos familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las variables sociodemográficas encontradas en los médicos familiares de acuerdo al turno de trabajo.
- Identificar cuáles son los factores de riesgo predisponentes para presentar el Síndrome de Burnout en médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO: Transversal descriptivo (encuesta descriptiva).

6.2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

A) Observacional: De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza

B) Descriptivo: Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados.

C) Transversal: Según el número de una misma variable o el periodo o secuencia del estudio.

D) Prospectivo: Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información.

6.3. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N° 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Una vez autorizado el Protocolo de investigación, la recolección de datos se realizará en un periodo de un mes; se realizará durante el mes de Marzo del 2012 a los Médicos Familiares de base adscritos a la consulta externa de medicina familiar en los horarios matutino y vespertino.

6.4. ESTRATEGIA DE TRABAJO:

Se delimitará la muestra de acuerdo a los criterios de selección.

Una vez obtenidos los resultados se realizarán análisis estadísticos, análisis de resultados y, finalmente, discusión y conclusiones.

6.5. MUESTREO:

6.5.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

6.5.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionará por cuotas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

6.5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Médicos familiares de base adscritos a la consulta externa de medicina familiar en los horarios matutino y vespertino.

- Médicos familiares que acepten participar y que firmen la hoja de consentimiento informado.

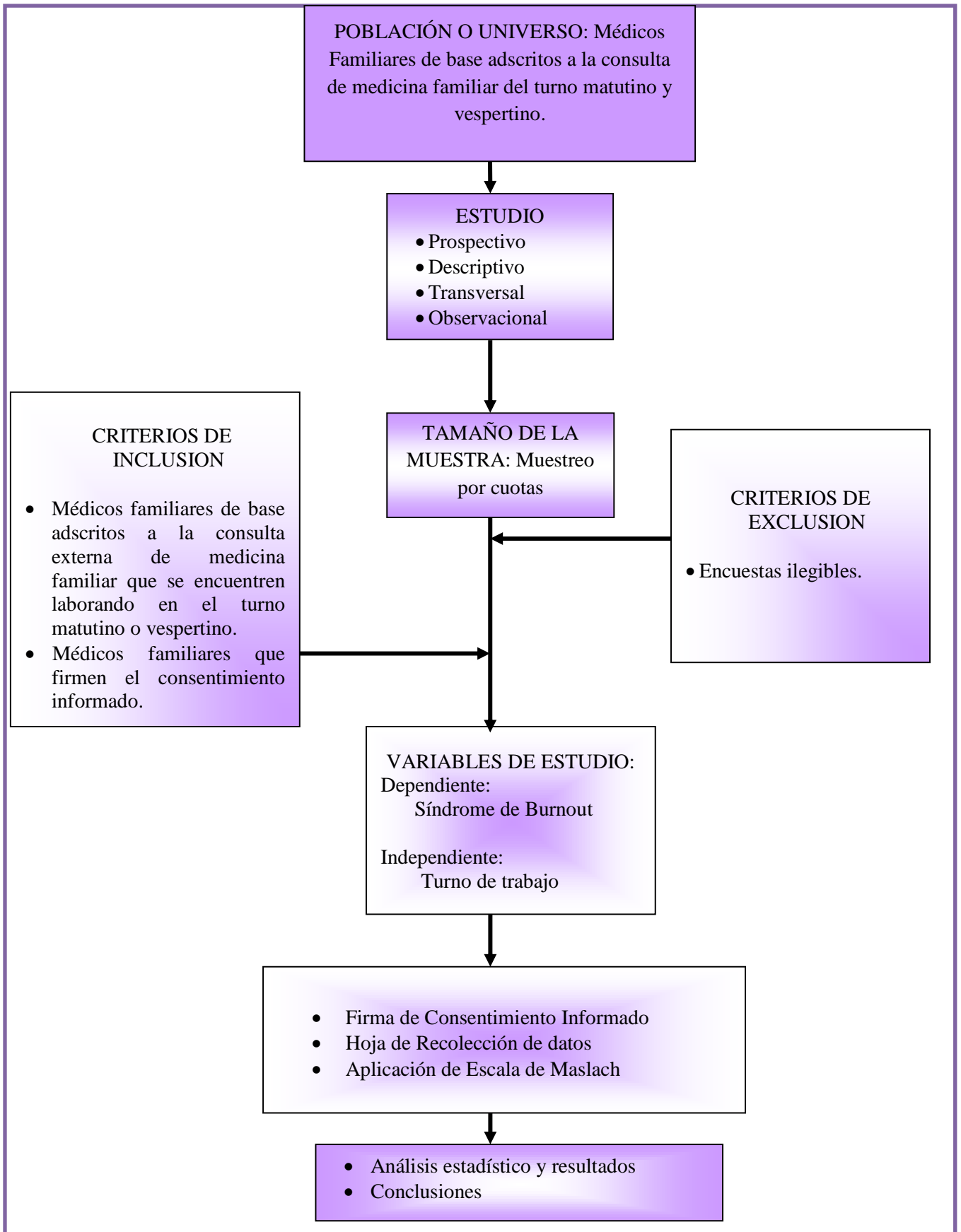
b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Encuestas ilegibles.

c. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas que no sean contestadas completamente.

6.5.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.



6.5.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Total de Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°28: **56**

- 29 Médicos familiares del horario matutino
- 27 Médicos familiares del horario vespertino

6.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

- **SÍNDROME DE BURNOUT:**

Definición Conceptual: El término desgaste profesional o Síndrome de Burnout se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo, en concreto personal sanitario, docente, fuerzas del orden público y significa estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto.

Definición Operacional: El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un cuestionario creado y validado por la Dra. Maslach, considerado el patrón de oro para objetivar el Síndrome de Burnout. Valora las 3 esferas relacionadas con dicho síndrome (cansancio emocional, despersonalización y desrealización personal).

- **HORARIO DE TRABAJO:**

Definición Conceptual: El horario de trabajo es el espacio temporal en el que se distribuye el periodo de trabajo y descanso y se establece el comienzo y el fin de la jornada laboral diaria.

Definición Operacional: El horario de trabajo matutino se encuentra estipulado de las 8:00 a las 14:30hrs. El turno de trabajo vespertino se encuentra estipulado de las 14:00 a las 20:30hrs.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Presencia De Síndrome De Burnout	Dependiente	Cualitativa, nominal, dicotómica	Sí No	Presentarán Síndrome de Burnout aquellos que tengan: - 3 dimensiones altamente afectadas ó - 2 dimensiones altamente afectadas y 1 dimensión media.
Horario De Trabajo	Independiente	Cualitativa, nominal Chi cuadrada	Horario laboral: Mat: 8:00-14:30hrs Vesp: 14:00-20:30hrs	1=Matutino 2=Vespertino

6.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se invitará a todos los médicos familiares de base, adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar de ambos turnos de la UMF 28 (29 médicos familiares del turno matutino y 27 médicos familiares del turno vespertino), durante el mes de Enero del 2012, solicitándoles previo consentimiento informado (Ver anexo 1) contesten una encuesta autoaplicable, la cual contendrá dos apartados, una encuesta social-demográfica (Ver anexo 2) y el inventario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) (Ver anexo 3). Se solicitará a cada médico familiar dentro de su consultorio, al final de su jornada laboral que respondan ambos apartados del instrumento sin un lapso de tiempo establecido para completarlo. Se aplicará por día un total de 8 encuestas, 4 en el turno matutino y 4 en el turno vespertino.

El inventario Maslach Burnout Inventory (MBI) sirve para la detección del Síndrome de Burnout. Se utilizará la versión traducida y validada de la original al español, que ya se ha empleado en numerosos estudios realizados en España y en México. Este instrumento consta de 22 ítems o afirmaciones con 7 opciones de respuesta según frecuencia (escala Likert de 0 a 6), mediante las cuales se evalúan cada una de las tres dimensiones que conforman el síndrome (ver sistema de evaluación en operacionalización de las variables). Las Dimensiones son: a) Cansancio emocional (CE; sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo); b) Despersonalización (DP; respuesta fría e impersonal hacia los pacientes) y c) Realización personal (RP; sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo).

Se considera como un elevado nivel de estrés cuando el agotamiento es >29 (máximo 54), medio cuando está entre 18 y 29, y bajo cuando es <18 . La despersonalización es máxima cuando es >11 puntos (máximo 30), media cuando se encuentra entre 6 y 11 y baja si es <6 . Por último, la falta de realización personal en el trabajo es mayor cuando es <34 puntos (máximo 0/48), media si se encuentra entre 34 y 39 y baja si es <39 .

La información obtenida será almacenada en una base de datos y procesados mediante el programa Microsoft Excel 2010.

6.8. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS:

Para la realización del estudio se aplicaron dos instrumentos: una encuesta social-demográfica y un inventario denominado MaslachBurnoutInventory (MBI). Se utilizó la versión traducida y validada de la original al español, que ya se ha empleado en numerosos estudios realizados en España y en México.

Este instrumento consta de 22 ítems o afirmaciones con 7 opciones de respuesta según frecuencia (escala Likert de 0 a 6), mediante las cuales se evalúan cada una de las tres dimensiones que conforman el síndrome. Las Dimensiones son: a) Cansancio emocional (CE; sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo); b) Despersonalización (DP; respuesta fría e impersonal hacia los pacientes) y c) Realización personal (RP; sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo).

Se considera como un elevado nivel de estrés cuando el agotamiento es >29 (máximo 54), medio cuando está entre 18 y 29, y bajo cuando es <18 . La despersonalización es máxima cuando es >11 puntos (máximo 30), media cuando se encuentra entre 6 y 11 y baja si es <6 . Por último, la falta de realización personal en el trabajo es mayor cuando es <34 puntos (máximo 0/48), media si se encuentra entre 34 y 39 y baja si es >39 .

La información obtenida será almacenada en una base de datos y procesados mediante el programa Microsoft Excel 2010.

6.9. ANÁLISIS DE DATOS:

De acuerdo con las características de las variables en estudio, como son: tipo y escala de medición se determina la siguiente forma de analizarlas.

- **Síndrome de Burnout:** Variable dependiente, cualitativa nominal, dicotómica. Se realizarán razones, proporciones.

- **Turno de trabajo:** Cualitativa nominal. Se realizará una tabla de distribución de frecuencias y los resultados se presentaran como estadística descriptiva de tipo razón y proporción. También se utilizarán porcentajes para la presentación de resultados.

Para realizar la comparación de Frecuencia del Síndrome de Burnout en los médicos familiares de acuerdo al turno laboral (matutino y vespertino) y considerando que se tratan de variables cualitativas, una de ellas (Síndrome de Burnout) en escala ordinal, en 2 grupos con muestras independientes y con libre distribución se utilizará estadística no paramétrica a través de la prueba Chi cuadrada.

7. LOGÍSTICA

7.1. RECURSOS HUMANOS:

Tesista, asesores experto y metodológico.

7.2. RECURSOS MATERIALES:

Procesador de datos y material didáctico.

7.3. RECURSOS FINANCIEROS:

Los gastos del presente estudio serán de la tesista.

7.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

7.4.1 GRÁFICA DE GANTT:

FECHA	Ene 2011	Feb 2011	Mar 2011	Abr 2011	May 2011	Jun 2011	Jul 2011	Ago 2011	Sep 2011	Oct 2011	Nov 2011	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012	Mar 2012	Abr 2012
TITULO	X	X	X													
ANTECEDENTES	X	X	X	X	X	X										
PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA		X	X	X												
OBJTETIVOS		X	X	X	X	X										
HIPOTESIS		X	X	X	X	X										
PROPOSITOS		X	X	X	X											
DISEÑO METODOLOGICO			X	X	X	X										
ANALISIS ESTADISTICO																X
CONSIDERACION ES ETICAS	X	X	X	X												
RECURSOS	X	X	X	X	X	X	X									
RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA															X	
BIBLIOGRAFÍA		X	X	X	X	X	X	X	X	X						
REGISTRO EN EL SIRELCIS														X		

7.5 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Existen cinco tipos de sesgos: de selección, información, análisis e interpretación, medición (valido y confiable).

Se reconoce que existen sesgos de información, debido a que no es posible confirmar la veracidad de los datos proporcionados por el médico familiar.

1.-Se aplicará la encuesta sociodemográfica y la prueba MaslachBrnoutInventory adaptada al español, las cuales son autoaplicables (llenadas por losmédicos familiares), dentro de su ambiente laboral (en su consultorio) al final de su jornada laboral y anónimas, para valorar lafrecuencia del Síndrome de Burnout.

2.-Se aplicará a médicos familiares que laboran en la consulta externa en los horarios de trabajo matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar N°28 del Instituto Mexicano del Seguro Social que cumplan con los criterios de inclusión de este estudio.

3.- Los cuestionarios que sean llenados de forma incompleta o sean ilegibles quedaran eliminados de este estudio.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los Estados Unidos Mexicanos, la presente se clasifica como riesgo 1 (investigación sin riesgo).

El estudio no representará riesgo alguno para el paciente y se conservarán los principios de respeto, beneficencia y justicia. Los resultados permitirán conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos familiares adscritos a la unidad de medicina familiar No. 28 del IMSS e identificar los factores de riesgo asociados a la patología con el fin de mejorar las condiciones laborales y calidad de vida de los médicos familiares y por tanto mejorar la calidad de la atención brindada al derechohabiente.

Respecto a los códigos de ética en la investigación con seres humanos la presente se basa en la declaración de Helsinki y Ginebra para conservar ante todo la integridad del paciente.

Por lo anterior se trabajará bajo consentimiento informado (ver anexo en página 36), asegurando la confidencialidad de los pacientes así como de los datos obtenidos.

9. RESULTADOS

De los 56 médicos familiares que laboran dentro de la Unidad de Medicina Familiar N°28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (29 en el turno matutino y 27 en el turno vespertino) aceptaron colaborar en el presente estudio 52, distribuidos 26 por turno.

En esta muestra se puede observar el fenómeno de feminización en la medicina, y la medicina familiar no es la excepción, ya que en ambos turnos predominan las médicas familiares, por ejemplo en el turno matutino están adscritas el 69.23% y en el turno vespertino 76.92%.(Ver figura 1).

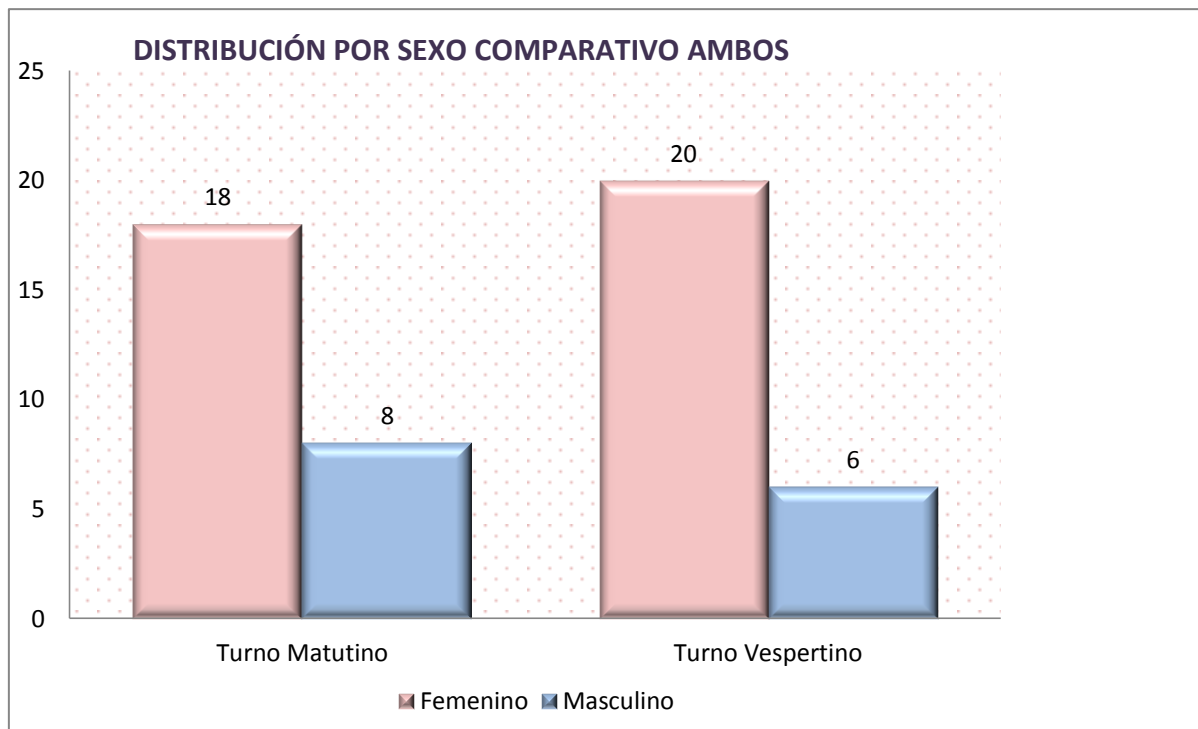


Fig. 1 Distribución por sexo comprando ambos turnos laborales

Los rangos de edad observados van de los 60 años como máximo y 30 años como mínimo en el turno matutino con una edad promedio de 42.5 años, en el turno vespertino los extremos se encuentran entre los 62 años y los 28 años con una edad promedio de 43.8 años. (Ver figura 2).

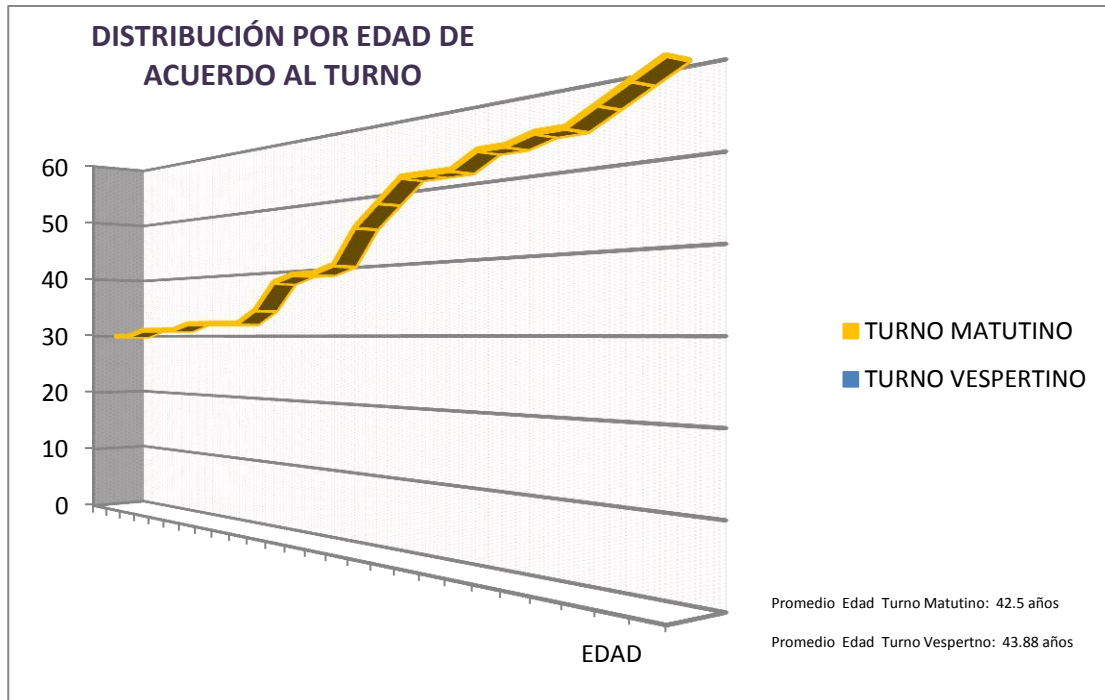


Fig. 2 Distribución por edad y promedio de acuerdo al turno laboral

Del estado civil observamos en el turno matutino encontramos una mayor proporción de mujeres casadas representado por el 42% comparado con el 23% de mujeres solteras, respecto al turno vespertino esta relación se encuentra invertida encontrando que las mujeres solteras representan la mayor proporción con un 57.69% comparado con el 15.38% de mujeres casadas. El sexo masculino conserva una proporción similar de casados en ambos turnos con un porcentaje de 23.07% en el matutino y 19.23% en el vespertino, no así en los hombres solteros los cuales se representan 0% en el matutino y 7.6% en el vespertino como se muestra en la figura 3. Los años de convivencia de estas parejas en el turno matutino en promedio es 13.11 años y en el turno vespertino es de 20.08 años. (Ver figura 4).

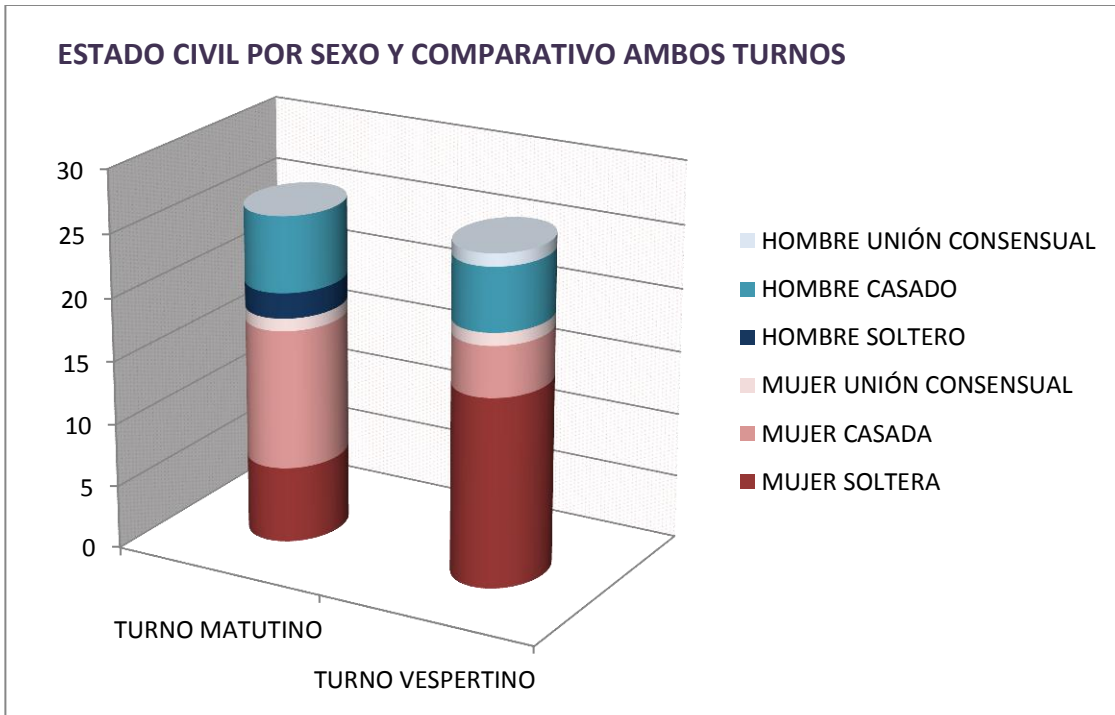


Figura 3 Estado civil por sexo y comparativo ambos turnos

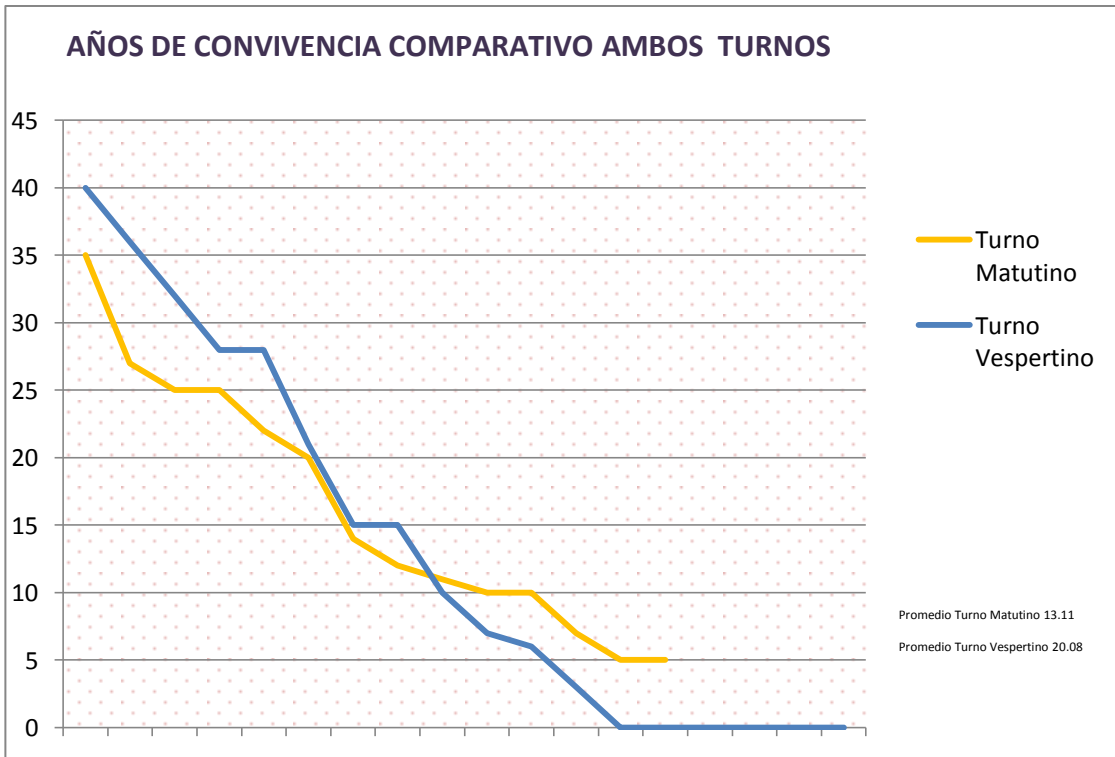


Figura 4 Años de convivencia comparativo ambos turnos

Respecto a los años de ejercicio profesional encontramos en el turno matutino extremos de 35 y 2 años con un promedio de 14 años y en el turno vespertino extremos de 30 y 1 años con un promedio de 16.34 años. (Ver Figura 5).

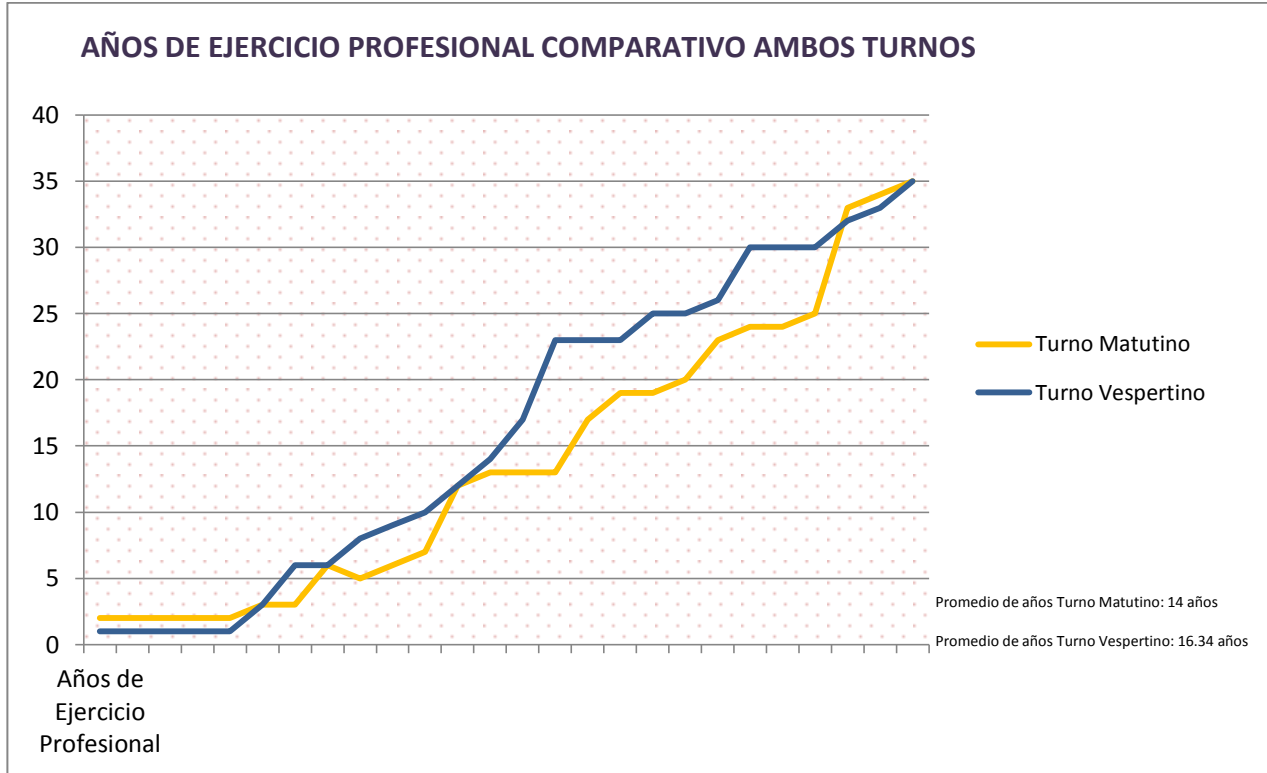


Figura 5. Años de ejercicio profesional comparativo ambos turnos

Se encontró en esta unidad de medicina familiar que el promedio de consultas otorgadas por día en el turno matutino en promedio es de 26.30 consultas y en el turno vespertino el promedio es de 28.8 consultas (Ver Figura 6). De la población estudiada en el turno matutino 23% cuenta con otro empleo y en el turno vespertino dicho porcentaje es mayor reportando un 53.8%. (Ver figura 7).

Se aplicó el MaslachBurnoutInventory (MBI) en ambos turnos encontrando que en el turno matutino la dimensión de Cansancio emocional se encuentra altamente afectada en un 46% de los médicos familiares (Ver figura 8); en la dimensión de Despersonalización se encuentra medianamente afectada en un 31% de los médicos familiares (Ver Figura 9), y en la dimensión de Realización personal se encuentra una afección baja en 73% de los médicos familiares. (Ver figura 10).

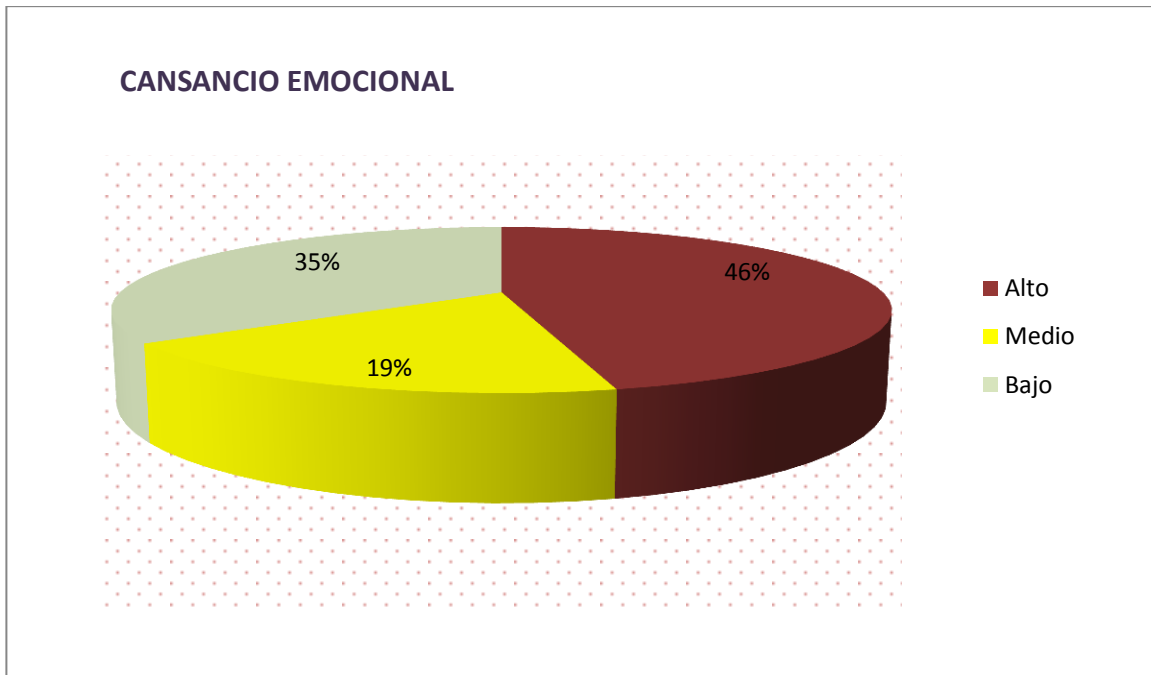


Figura 8. MaslachBurnoutInventory. Dimensión de Cansancio emocional Turno Matutino

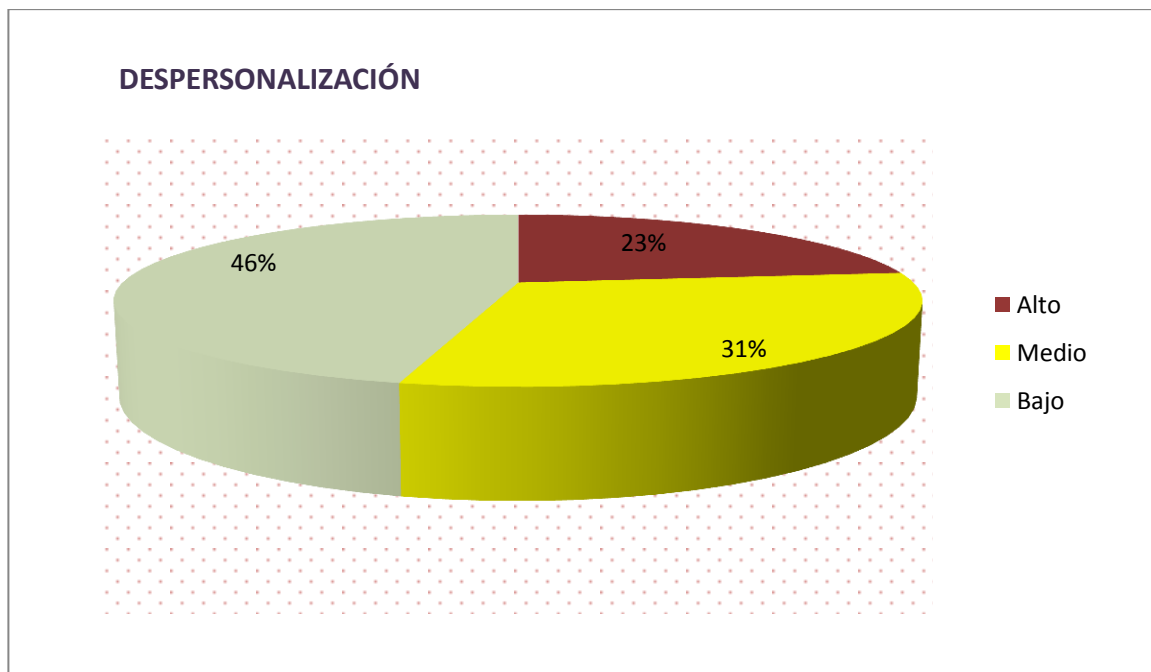


Figura 9. MaslachBurnoutInventory. Dimensión de Despersonalización Turno Matutino

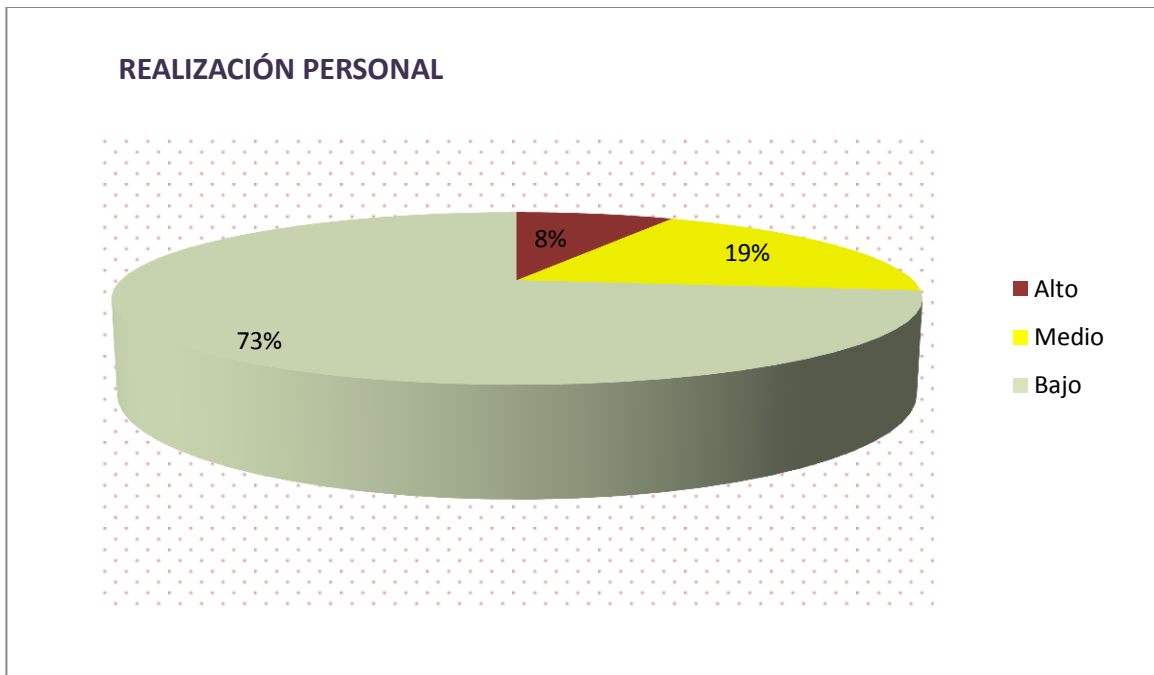


Figura 10. MaslachBurnoutInventory. Dimensión de Realización Personal Turno Matutino

En el turno vespertino matutino el MaslachBurnoutInventory (MBI) reporta los siguientes porcentajes: En la dimensión de Cansancio emocional se encuentra una afección baja con un 54% de los médicos familiares (Ver figura 11); en la dimensión de Despersonalización se encuentra una afección baja con el 65% de los médicos familiares (Ver Figura 12), y en la dimensión de Realización personal se encuentra una afección baja en 62% de los médicos familiares. (Ver figura 13).

Realizando el análisis final de las dimensiones evaluadas por el MaslachBurnoutInventory por turno se concluye que en ningún turno esta presente el Síndrome de Burnout, aunque en el turno matutino se encuentre altamente afectada la dimensión de cansancio emocional, no es diagnóstico de l síndrome, y comparativamente ambos turnos muestran porcentajes similares en las demás dimensiones. (Ver figura 14)

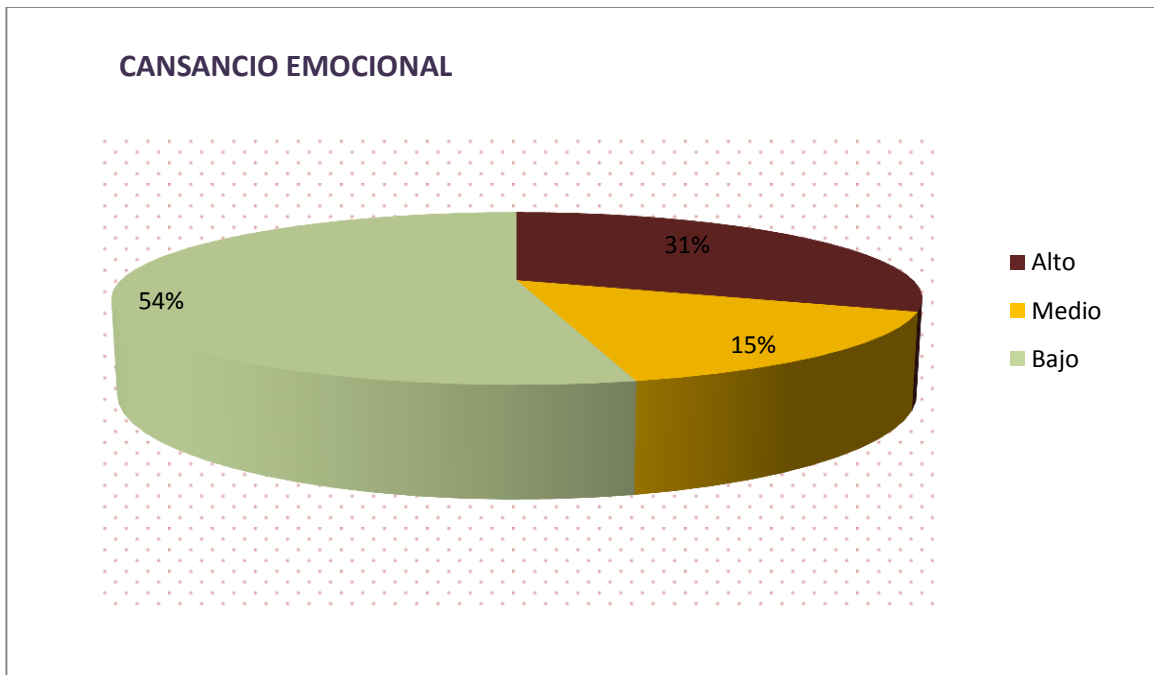


Figura 11. MaslachBurnoutInventory. Dimensión de Cansancio Emocional Turno Vespertino

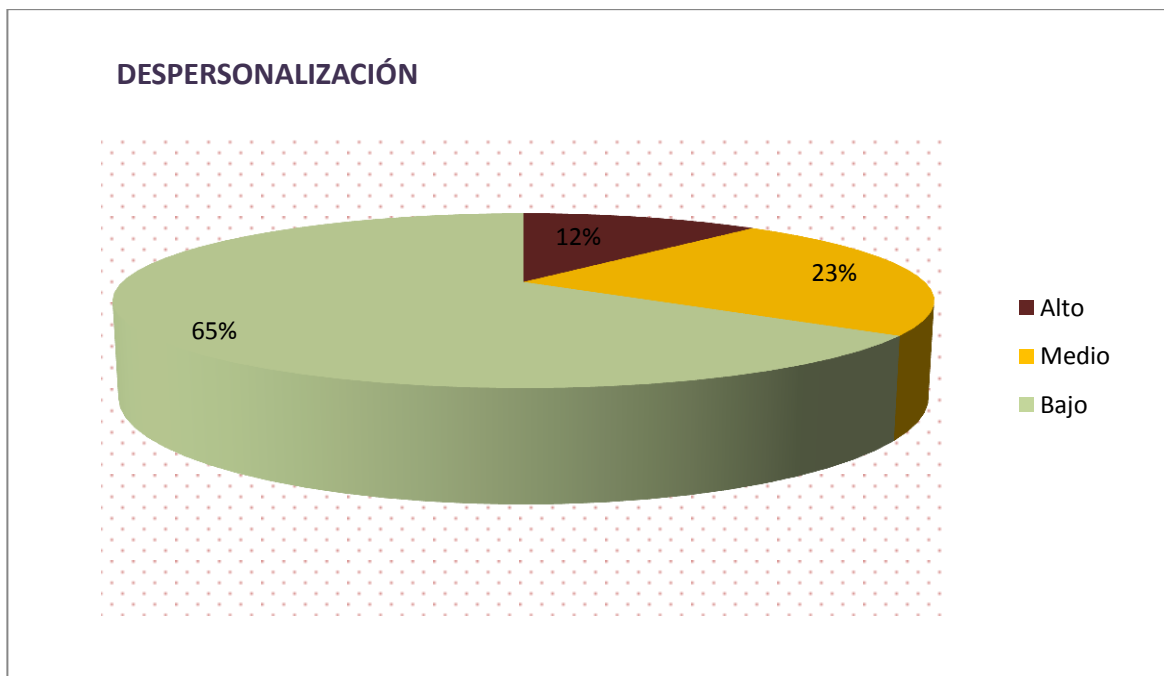


Figura 12. MaslachBurnoutInventory. Dimensión de Despersonalización Turno Vespertino

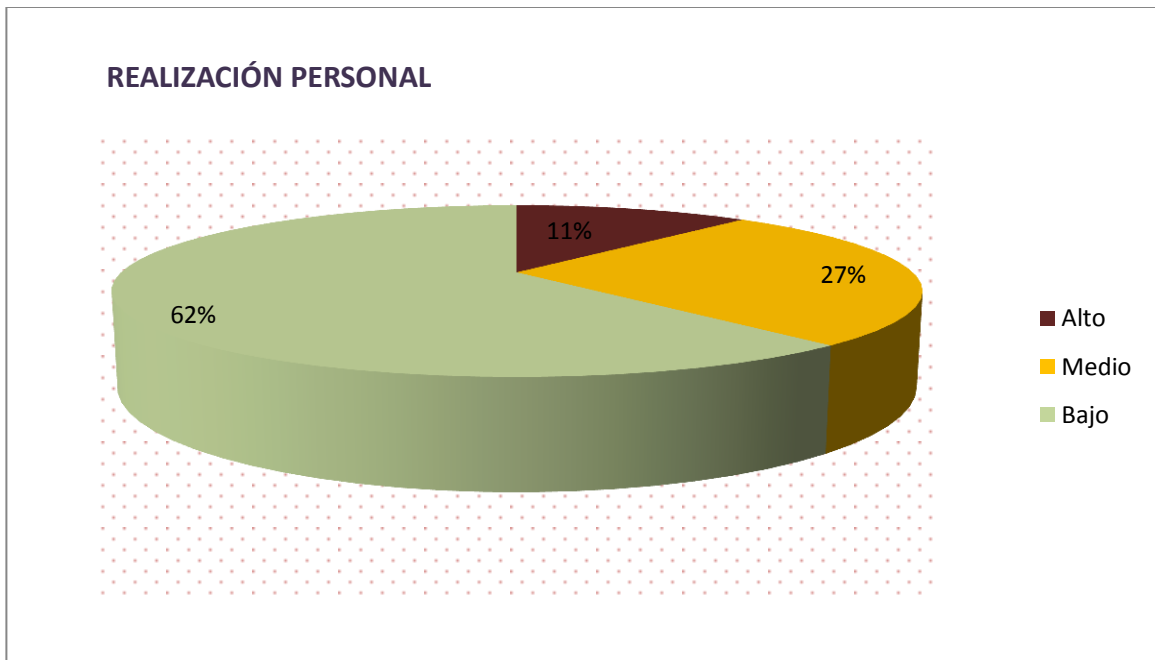


Figura 13. MaslachBurnoutInventory. Dimensión de Realización Personal Turno Vespertino

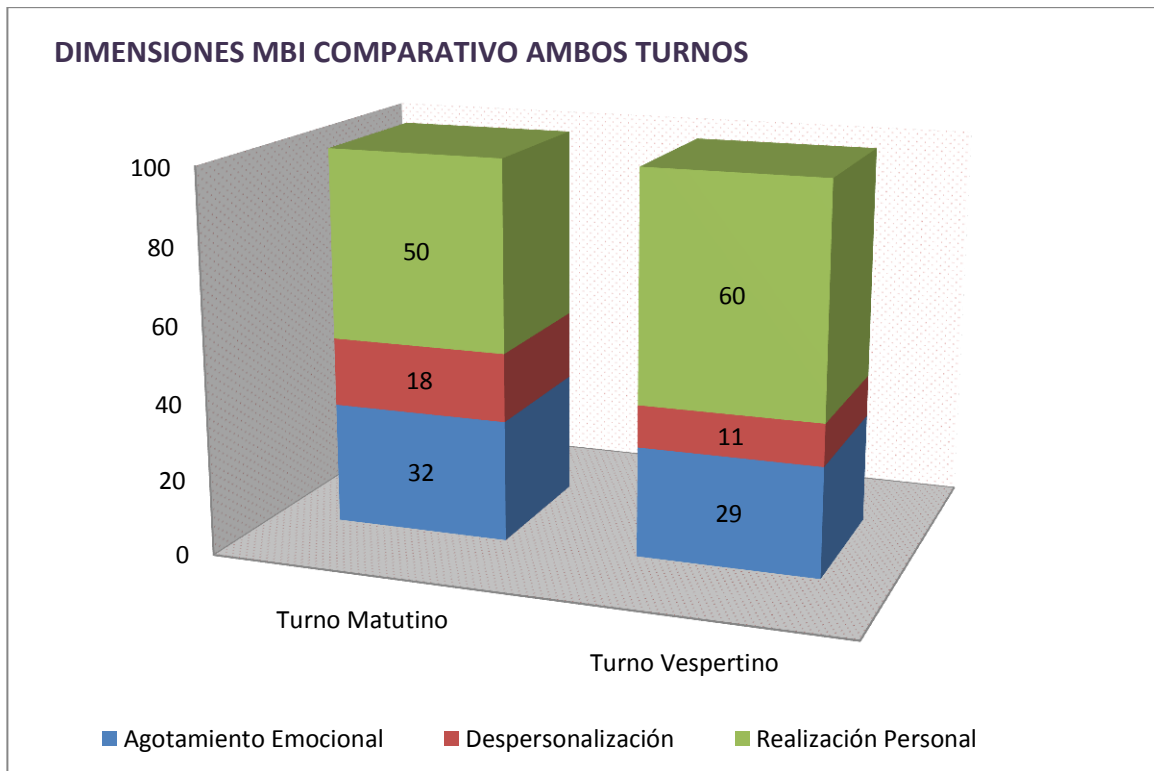


Figura 14. Dimensiones MaslachBurnoutInventory Comparativo ambos turnos

10.DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación aceptan la hipótesis nula “El Síndrome de Burnout no se presenta con mayor frecuencia en médicos familiares que laboran en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social” ya que para realizar el diagnóstico de Síndrome de Burnout se requieren de tres dimensiones altamente afectadas o 2 dimensiones altamente afectadas (> percentil 66) y 1 medianamente afectada (> percentil 33), tal como se señala en el artículo de Unda, 2008. En nuestra muestra únicamente se presentó en el turno matutino la dimensión de cansancio emocional como altamente afectada.

En el turno matutino, pese a tener la dimensión de cansancio emocional altamente afectada no cuenta con los factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Burnout en médicos familiares propuestos por otros autores como Aranda et al. ya que la mayoría de ellos son casados con relaciones estables, no cuentan con otro empleo y su antigüedad en promedio es de 14 años. Sin embargo el que la dimensión de cansancio emocional se encuentre afectada es una señal de alerta para implementar estrategias organizacionales que permitan la disminución en el nivel de cansancio y prevenga la presentación de dicho Síndrome.

En el turno vespertino, si bien, en el momento del estudio observamos que las dimensiones evaluadas por el MBI (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) se encuentran con una afección baja se deberá tomar como una población con alto riesgo de presentar el Síndrome de Burnout de acuerdo a los autores Álvarez et. al. y Aranda et. al. debido a que en esta población el mayor porcentaje son mujeres solteras, sin relación afectiva estable, un mayor número de médicos familiares cuentan con dos empleos y el número de consultas otorgadas en promedio por día (28.8consultas) es mayor comparativamente al turno matutino y a lo estudiado por Hernández C. et. al, 2008. quien menciona como factor de riesgo otorgar mas de 20 consultas por día.

Durante la recolección de datos se presentó como barrera comunicacional la ignorancia a cerca del tema, al grado de rechazar la aplicación del instrumento y esto debe tomarse en consideración para hacer notar la importancia de la difusión de este Síndrome en todo aquel personal cuya labor sea el trato con personas, debido a que es posible prevenir su aparición y sus potenciales consecuencias tanto en le terreno de la salud individual como en el económico.

Para concluir y como recomendación para futuros estudios será necesario prescindir del nombre del médico entrevistado, ya que esto podría ser motivo de un sesgo importante, sobre todo en la dimensión de despersonalización, pues sin pretender afirmar un hecho que no ha sido debidamente estudiado, el colocar su nombre podría suscitar que la expresión de dichos sentimientos de despersonalización se vea limitada o incluso omitida por el personal.

11. CONCLUSIONES

Mediante el estudio realizado concluimos que los Médicos Familiares adscritos al turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 no presentan con mayor frecuencia el Síndrome de Burnout, ya que estos únicamente cuentan con una dimensión del MBI afectada (Cansancio Emocional con 66%) y al comparar la población con los médicos familiares del turno vespertino, en estos no existe ninguna dimensión altamente afectada. Encontrando que no existe ninguna relación entre las variables turno matutino de adscripción laboral y presencia de Síndrome de Burnout.

12. ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ LUGAR Y FECHA: _____.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Frecuencia del Síndrome de Burnout en relación al horario de trabajo en médicos familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar N°28 del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de una encuesta denominada, **PRUEBADE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)** para conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout en Médicos Familiares que laboran en la unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que los datos de la encuesta que me identifican en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y aquellos datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma absolutamente confidencial.

Nombre y Firma de SI Autorizo Médico

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

Nombre Firma del investigador

ANEXO 2**ENCUESTA SOCIAL DEMOGRÁFICA.**

La siguiente información es anónima y confidencial por lo cual agradeceremos la mayor veracidad en sus respuestas, de antemano agradecemos su colaboración en este estudio.

Por favor, responda el siguiente formulario.

Edad: _____

Sexo: F____ M____

Estado Civil (marque con una cruz)

Soltero _____

Casado _____

Unión Consensual _____

Años de convivencia con su pareja: _____

¿Su pareja trabaja? (marque con una cruz)

Si _____ No _____

¿Tiene hijos? (marque con una cruz)

Sí _____ No _____

Cuántos: _____

Años de ejercicio profesional _____

Número de consultas médicas otorgadas en promedio al día _____

¿Cuenta usted con otro empleo (de forma privada u en otra Institución)?

Sí _____ No _____

¿Cómo es su relación con los compañeros de trabajo? (Marque con una cruz)

Bien _____ Mal _____

¿Cómo es su relación con sus jefes de departamento clínico? (Marque con una cruz)

Bien _____ Mal _____

ANEXO 3

**MASLACH BURNOUT INVENTORY ADAPTADO AL ESPAÑOL
(INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA DETECTAR EL SÍNDROME DE BURNOUT)**

Coloque con los siguientes números la frecuencia con qué frecuencia le suceden cada una de las siguientes afirmaciones en relación a su trabajo. Piénselo bien y sea completamente sincero.

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

- A. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo ().**
- B. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo ().**
- C. Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que ir a trabajar ().**
- D. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes ().**
- E. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales ().**
- F. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo ().**
- G. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes ().**
- H. Me siento quemado por mi trabajo ().**
- I. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas ().**
- J. Me he vuelto más insensible con la gente de mi entorno desde que ejerzo esta profesión ().**
- K. Me preocupa mucho el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente ().**
- L. Me siento muy activo ().**
- M. Me siento frustrado en mi trabajo ().**
- N. Creo que estoy trabajando demasiado ().**
- O. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes ().**
- P. Trabajar directamente con personas me produce estrés ().**
- Q. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes ().**
- R. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes ().**
- S. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión ().**
- T. Me siento acabado ().**
- U. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma ().**
- V. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas ().**

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GRÁFICA DE GANTT

FECHA	Ene 2011	Feb 2011	Mar 2011	Abr 2011	May 2011	Jun 2011	Jul 2011	Ago 2011	Sep 2011	Oct 2011	Nov 2011	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012	Mar 2012	Abr 2012
TITULO	X	X	X													
ANTECEDENTES	X	X	X	X	X	X										
PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA		X	X	X												
OBJTETIVOS		X	X	X	X	X										
HIPOTESIS		X	X	X	X	X										
PROPOSITOS		X	X	X	X											
DISEÑO METODOLOGICO			X	X	X	X										
ANALISIS ESTADISTICO																X
CONSIDERACION ES ETICAS	X	X	X	X												
RECURSOS	X	X	X	X	X	X	X									
RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA															X	
BIBLIOGRAFÍA		X	X	X	X	X	X	X	X	X						
REGISTRO EN EL SIRELCIS														X		

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aragón M, Izayana D, et al. Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León, 2007. *Universitas* 2008; 2(2):33-38.
- 2.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Ballinas A, Alarcón C, et al. Síndrome de Burnout en enfermeras de un centro médico. *RevEnfermInstMex Seguro Soc* 2009; 17(1):23-29.
- 3.- Palmer Y. Síndrome de Burnout, una enfermedad de la posmodernidad. *Anestesia en México* 2009; 21(1): 23-25.
- 4.- Cañadas G, Lozano L, et al. Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología* 2010; 3(4):33-39.
- 5.- Amutio A, Ayestaran S, et al. Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2008; 24(2):235-252.
- 6.- Garrosa E, Moreno B, et al. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, Burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45:418–427.
- 7.- Awa W, Plaumann M, et al. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 2010; 78:184–190.
- 8.- Moreno A, Latorre I, et al. Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cir Esp.* 2008; 83(3):118-24.
- 9.- Moreno B, Garrosa E, et al. El Burnout del Profesorado Universitario y las Intenciones de Abandono: Un Estudio Multi-Muestra. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2009; 25(2):149-163.
- 10.- Gil P, García J. Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología* 2008; 25(2):329-337.

- 11.- Ríos M, Godoy C, et al. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología* 2011; 27(1):71-79.
- 12.- Juárez A. Efectos psicológicos del trabajo: su concepción y hallazgos en algunos centros ocupacionales en México. *RESPYN* 2008; 9(3).
- 13.- Alarcon G. A meta-analysis of Burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior* (2011), doi:10.1016/j.jvb.2011.03.007.
- 14.- Danhof M, Van Veen T, et al. Biomarkers in Burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 70:505–524.
- 15.- Swider B, Zimmerman R. Born to Burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 2010; 76:487–506.
- 16.- Hernández C, Dickinson M, et al. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *RevFacMed UNAM* 2008; 51(1):11-14.
- 17.- Fonseca M, Sanclemente G, et al. Residentes, guardias y síndrome de Burnout. *RevClin Esp.* 2010; 210(5):209–215.
- 18.- Unda S, Sandoval J, et al. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (Burnout) en maestros mexicanos. *Información Psicológica* 2008; 91-92:53-63.
- 19.- Santana L, Hernández E, et al. Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *EnfermClin.* 2009; 19(1):31–34.
- 20.- Aranda C, Zarate B, et al. Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional* 2010; 1(1):12-16.
- 21.- Aranda C, Pando M, et al. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud* 2006; 16(1):15-.

22.- Aranda C, Pando M, et al. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cubana Salud Pública 2005; 31(2).

23.- Aranda C, Pando M, et al. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia. México. AnFacMed Lima 2005; 66(3).

24.- Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista Costarricense de Salud Pública 2006; 15(29):1-7.