

11226

15

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ" I S S S T E

**DETECCION DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO Y
DE ENFERMERIA DE CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR EN TRES
INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.**

203-21

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

PRESENTA:



DR. ANDRÉS BERNAL PAREDES

ISSSTE

MÉXICO, D.F.

2001



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).

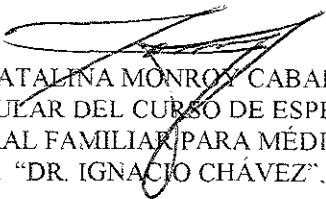
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**DETECCION DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO Y
DE ENFERMERIA DE CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR EN TRES
INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.**

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

PRESENTA

DR. ANDRÉS BERNAL PAREDES



DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ", I.S.S.S.T.E



DR. BERTHA BOSCHETTI FENTANES
ASESOR DE TESIS

I. S. S. S. T. E.
Sub-Delegación Médica
Zona Sur, D.F.



MAYO 31 2001



Clinica Dr. Ignacio Chávez

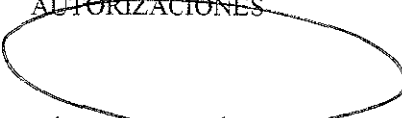
**DETECCION DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO Y
DE ENFERMERIA DE CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR EN TRES
INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.**

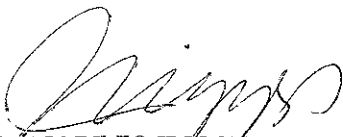
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

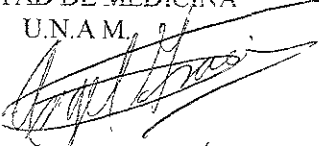
PRESENTA

DR. ANDRÉS BERNAL PAREDES

AUTORIZACIONES


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


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

**DETECCION DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE
CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR EN TRES
INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.**

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios Padre Todopoderoso,
creador del cielo, de la tierra,
y todas las cosas, visibles e invisibles.
Por su bondad, misericordia y amor,
que siempre me ha brindado, para culminar con éxito,
mi carrera profesional y adiestramiento en Medicina Familiar.

A mis padres Andrés y Leonor.
A quienes debo lo que soy y he logrado,
por su amor, respeto, comprensión y apoyo,
porque gracias a ellos obtengo un éxito más en la vida,
“SER MEDICO FAMILIAR”.

A mi hermana Beatriz, por su apoyo y tiempo brindado.

A mis sobrinos Jesús Alán y Laura Carolina,
que con sus caritas tiernas, dulces y felices me han brindado,
su apoyo y amor, y me han dado fuerza en momentos difíciles,
para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de mis profesores de Medicina Familiar,
Los cuales han contribuido en mi crecimiento como persona y
profesionista, en especial a:

Dr. Eduardo De la Cruz García.
Dra. Catalina Monroy Caballero.
Psic. Bertha Boschetti Fentánes.
Dr. J. Enrique Yañez Puig .
Dr. Francisco Javier Fluvio Gómez-Clavelina.

Y a todos aquellos médicos de todas las especialidades y áreas médicas que
me brindaron sus conocimientos, respeto, apoyo y comprensión,
pero sobre todo SU CONFIANZA en mí,
como ser humano, estudiante y profesionista.

INDICE GENERAL

	PAGINA
MARCO TEORICO (Marco de referencia o antecedentes).....	1.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19.
JUSTIFICACION.....	20.
OBJETIVOS:	
General y Específicos.....	21.
METODOLOGIA:	
Tipo de estudio; Población, lugar y tiempo del estudio; tipo y tamaño de la muestra y método para captar la información.....	23.
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	25.
Información y Variables a Recolectar.....	26.
Consideraciones éticas.....	29.
TIPO DE RECURSOS.....	30.
RESULTADOS:	
Descripción de los resultados.....	31.
Gráficas.....	53.
DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	59.
CONCLUSIONES.....	62.
RECOMENDACIONES.....	64.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65.

DETECCION DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR EN TRES INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.

MARCO TEORICO.

DEFINICION.

El término "Burnout" significa quemado en el idioma francés y se refiere a una serie de alteraciones que son secundarias a estrés por exceso ó sobrecarga de trabajo, el cual se presenta en aquellos profesionistas que tienen que tratar constante y directamente con muchas personas, sobre todo, cuando se trata de ayudarlas. Hay un sinónimo que hace referencia al mismo cuadro patológico que es aniquilamiento, también existe otro cuadro psicopatológico que puede ser el equivalente del burnout que es conocido como "Enfermedad de Tomás", el cual se define como "una alteración de la identidad del profesionista sanitario cuyo síntoma cardinal es la pérdida de la autoestima (1,2,3,4,5,6,7)

ANTECEDENTES.

El término fue descrito originalmente en 1974 por el psicoanalista Herbert Freudenburger, con relación a lo que queda después de un incendio, es decir, "sólo pedazos de energía y vida" (1,2,3,4,5,6), pero son Maslach y Jackson quienes utilizan éste concepto en 1982 para hacer referencia a varias situaciones a las que se encontraban sometidos aquellos profesionistas que tenían que tratar con muchas personas, por lo cual terminaban agotados emocionalmente, cansados físicamente, frustrados y/o despersonalizados (2-9) Tal como lo refieren Ximena Franco Bontempo, Atance Martínez, De Pablo González y Suberviola González.

Previamente a Freudenburger y a Maslach y Jackson ya había cierta inquietud por conocer la relación existente entre la satisfacción laboral y el desgaste de tales profesionistas, y fueron Donabedian en 1966 y posteriormente Freebon y Greenlick en 1973, de los primeros en interesarse en éste tipo de investigaciones (2-8).

Después de que Maslach realizó varias investigaciones al respecto, encontró que dicho síndrome, se caracteriza por un proceso que causa agotamiento o cansancio de los recursos físicos y/o emocionales en los profesionistas que están involucrados en el proceso salud-enfermedad de las demás personas y que involucra a su vez, un deterioro en la ejecución del tratamiento, propiciando un autoconcepto y actitudes negativas hacia su trabajo, y pérdida de interés por sus pacientes

Se cree que lo anterior, se presenta debido al enfrentamiento constante al estrés provocado por situaciones difíciles como lo implica el enfrentarse al sufrimiento causado por la enfermedad de los pacientes y quizá a la muerte de los mismos (2-8)

Según Maslach, el síndrome de burnout involucra tres componentes que son agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP), y disminución en la ejecución personal (EP)

El primer componente que es el agotamiento emocional (AE) se inicia cuando el profesionista de la salud se involucra demasiado en el aspecto emocional, con sus pacientes, se sobrecarga de trabajo y se siente continuamente acosado por las demandas emocionales que provienen de ellos. Así mismo, se siente por tanto agotado o cansado físicamente, es decir, con poca o sin energía para afrontar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo. Para evitar tal situación, el individuo se aísla de la gente, evita involucrarse emocionalmente y por lo mismo se olvida de la relación individual, por lo que se vuelve frío y distante con sus pacientes, lo cual puede llevarle a la despersonalización

El segundo componente, que es la despersonalización (DP), "es el desarrollo de una respuesta distante, insensible, e inhumana", el profesionista de la salud, se puede volver cínico, burlón, e indiferente a las demandas y atención de sus pacientes, lo que lleva al profesionista, a tener angustia o sentimientos de culpa por el mal trato hacia los pacientes, conduciéndolo así mismo a una ejecución personal disminuida.

El tercer componente, que es la disminución de la ejecución personal (EP), se refiere cuando los médicos (as) y enfermeros (as), empiezan a dudar de su capacidad y habilidad como profesionistas y para relacionarse con los pacientes, pudiendo aparecer sentimientos de frustración, disminución de su autoestima y un cuadro de depresión en diferentes grados (2-8) Tal como lo refiere Ximena Franco Bontempo.

ETIOLOGÍA.

Existen factores que causan el síndrome de burnout, los cuales no siempre se presentan todos ni son siempre los mismos y han sido observados frecuentemente en los médicos (as) y enfermeros (as) afectados, éstos varían de acuerdo a cada paciente y se describen a continuación:

a) Factores Personales:

1. En el aspecto psicológico o emocional, es importante tomar en cuenta que existen rasgos de la personalidad que influyen en los profesionistas de la salud para que padezcan el síndrome de burnout, tales como el ser demasiado idealistas, tener aspiraciones poco realistas, no tener la capacidad adecuada para medir logros, ser exigentes consigo mismos, tener baja autoestima, frustración negativa y sentimientos de minusvalía; ser malos como pacientes y no seguir los tratamientos médicos, el no reconocer sus propias enfermedades, debilidades y capacidades, el no buscar ni aceptar la ayuda de otros colegas por desconfiar de ellos, máxime si éstos son médicos generales o trabajan en el primer nivel de atención médica
2. En relación a la familia, las situaciones agradables y desagradables que se viven dentro del sistema familiar influyen directamente en el aspecto emocional de los profesionistas de la salud, lo que a su vez se puede reflejar en el desempeño de su trabajo
3. Respecto al sitio de trabajo, la distancia entre el domicilio y su centro laboral influye bastante, debido a que el viajar por tiempo prolongado de un lugar a otro, causa que el profesionista se canse físicamente, que tenga situaciones estresantes durante el trayecto y que por tanto se agote emocionalmente con más facilidad.
4. La alimentación inadecuada ya sea por la deficiente calidad y cantidad o por no tener un horario adecuado para realizarla, condiciona que el trabajador no tenga los nutrientes necesarios para tener la energía ni la capacidad suficientes para laborar adecuadamente.

5. En relación a las toxicomanías como en los casos del tabaquismo y del alcoholismo. el gran poder adictivo de éstos, hace que los médicos (as) y enfermeros (as) que fuman o ingieren bebidas embriagantes, lo hagan continuamente y que cada vez lo hagan con mayor frecuencia y en mayor cantidad, lo cual les puede causar problemas severos en relación su propia persona y en sus demás ámbitos

- 6 Respecto a la profesión y especialidad, la falta de estudios de especialidad o una capacitación posterior influye en el aspecto emocional de los trabajadores de la salud, pues ellos se sienten inseguros para realizar su trabajo y además que no han completado sus estudios profesionales y por tanto que no tienen la capacidad necesaria ni suficiente para realizar su trabajo (1,2,3,13)

b) Factores Institucionales:

1. Jeremy Holmes en 1997, apreció en su estudio, que la sobrecarga de trabajo es un factor muy importante por el cansancio físico que causa y el agotamiento emocional, es decir, la cantidad excesiva de pacientes que tienen que atender en tan poco tiempo, el trabajar más de un turno al día, el realizar guardias nocturnas adicionales, estar sometidos a estrés excesivo por tiempo prolongado, el tener muchos años trabajando en el mismo puesto, el tener poco tiempo en un puesto pero con muchas situaciones estresantes, pueden causar el síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. (7-21)

Michael F. Myers hace referencia en su artículo sobre un estudio realizado por Dickstein en 1990, quien encontró que los estudiantes de las carreras de medicina, especialidades y otras áreas médicas y de enfermería y demás relacionadas, padecían el síndrome de burnout en alguno de sus componentes y en algún grado, por estar sometidos a altos grados de estrés y en forma continua, pero que ellos no lo reconocían por no tener conocimiento sobre la existencia del mismo, o porque de alguna manera se les había condicionado para no reconocerse enfermos o se les reprimía para no hacerlo, y por tanto ellos no solicitaban ayuda (7-21)

2. En lo referente al ambiente de trabajo el trabajar muchas horas y en un ambiente poco agradable, así como la responsabilidad sobre la vida y la muerte que es característico del tipo de trabajo, las dificultades durante el proceso de otorgamiento de la consulta, y con el personal del mismo nivel de atención para efectuar los trámites administrativos y demás puede originar el síndrome de burnout, como ejemplo tenemos los trámites de referencia y contrarreferencia de pacientes a otro nivel de atención médica, y el hecho de que los pacientes contrarreferidos por los médicos especialistas del segundo al primer nivel de atención, la mayoría de las veces no llevan notas de la valoración o tratamientos realizados por ellos ni tampoco especifican las indicaciones médicas a seguir, lo cual en ocasiones influye en el tratamiento posterior de los pacientes, causando problemas a los trabajadores del primer nivel de atención con los pacientes
3. El salario inadecuado, la falta de estímulos y reconocimientos al personal de salud por su trabajo.
4. El poco o nulo apoyo institucional en diversos ámbitos, el tener problemas y falta de apoyo en el medio de trabajo
5. La falta de materiales y equipo adecuado y necesario para la exploración física de los pacientes
6. Problemas con compañeros de trabajo, la mala relación y pobre entendimiento con los jefes inmediatos, la poca o nula cooperación de los demás integrantes del equipo de salud
7. La deficiente planeación y coordinación del trabajo

Todos éstos son los factores institucionales más observados y que pueden causar el síndrome de burnout

c) Factores de los Pacientes:

Para los médicos (as) y enfermeros (as), parecen ser aquellos:

1. Pacientes difíciles de tratar.
2. Pacientes dependientes.
3. Con retroalimentación negativa
4. Conflictivos y demandantes.
5. Pacientes poco cooperadores con las indicaciones y tratamientos médicos
6. Pacientes que reclaman más atención de la ordinaria

Todas las anteriores son características que influyen en la presentación del síndrome de burnout en diferentes grados y en diferentes plazos, tal como lo refiere Ximena Franco Bontempo (2-14).

EPIDEMIOLOGIA.

Según Maslach, por medio de sus investigaciones encontró que el síndrome de burnout es frecuente en aquellos profesionistas cuyas actividades laborales requieren del contacto continuo con mucha gente y que además tienen una carga afectiva entre ellos, que son los que prestan atención y ayuda y los que son ayudados, como ejemplo de esto tenemos a los médicos (as), enfermeros (as), trabajadores (as) sociales, psicólogos, psiquiatras, abogados, encargados de prisiones, policías, maestros, etc. (3-5)

Se ha visto en relación al sexo, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres, quizá debido a que a ellas se les orienta desde la infancia a que sea más fácil el contacto afectivo y a expresar mejor sus emociones, mientras que a los hombres se les orienta desde la infancia hacia la rudeza, la frustración positiva (en otras ocasiones a la frustración negativa), y a la competencia por el poder y los bienes materiales, y además, se les reprimen los sentimientos, por lo cual tienen mayor dificultad para el contacto afectivo y para la expresión de sentimientos

Las mujeres son por tanto, más proclives a sufrir agotamiento emocional y los hombres son más susceptibles a la despersonalización (3-5)

En cuanto a la edad, algunos investigadores han encontrado que el síndrome de burnout se presenta con mayor frecuencia en jóvenes, quizá debido a las perspectivas e ideales que tienen al iniciar su trabajo como profesionistas, pero que al pasar el tiempo y darse cuenta de que las cosas son muy diferentes a como las habían pensado y planeado, caen muy fácilmente en la frustración y agotamiento emocional y físico y si esto evoluciona, caen en la despersonalización y disminución en la ejecución personal (1-9)

Existe diversidad de criterios en cuanto a la edad en que aparece el síndrome de burnout, por ejemplo, Cruz Cañas (1994), encontró que la edad promedio de las personas afectadas era de 33 años de edad, Atance Martínez (1995), dice que los individuos mayores de 44 años son los afectados con mayor frecuencia; Franco Bontempo (1997 y 1999), refiere que la afección más frecuente del burnout, se presenta en los menores de 28 y mayores de 50 años de edad; mientras que R. De Pablo González y Suberviola González (1998), reportan que la edad promedio más frecuente es de 43 años de edad, Garza Elizondo (1999), encontró en su estudio en el personal de enfermería que la edad promedio de las personas afectadas era de 35 años; debido a lo anterior no se ha establecido un rango de edad exacto en que aparece el síndrome de burnout (1-9)

En relación al tipo de pareja, se ha observado que se presenta más comúnmente en los profesionistas de la salud que no tienen pareja, o que la tienen pero no es estable (3), algunos investigadores opinan que esto quizá se deba al hecho de que por no tener pareja, quizá no tienen motivos para luchar, esforzarse, o seguir adelante, es decir, no se tienen objetivos para lograr, por lo que caen con más facilidad en alguno de los componentes o subescalas

del síndrome de burnout, y en algunos casos abarcando todos los componentes, por otra parte, aquellos profesionistas que no tienen segura a su pareja (pues en ocasiones no existe ningún otro lazo de unión mas que el afectivo), no confían en tener una vida estable con esa otra persona, lo cual los hunde en la incertidumbre, y desconfianza hacia ella, lo cual podría condicionar que los profesionistas mencionados cursen con alteraciones en alguno ó todos los componentes del burnout.

Así mismo, se ha observado por éstos investigadores, que los profesionistas de la salud que tienen pareja, tienen menor tendencia a padecer el síndrome de burnout, debido a que ellos sí tienen motivos para esforzarse, luchar, seguir adelante y triunfar en la vida como personas y profesionistas, aunque cabe aclarar que no están exentos de padecer algún grado de burnout, en algún componente, pues también éstas personas pueden tener problemas con su pareja, los cuales pueden causar mucho estrés (riñas, violencia verbal y/o física entre la pareja y/o los hijos, etc , poca convivencia familiar, etc.), (3-6)

El tener o no hijos es otro factor que ha sido tomado en cuenta, ya que el no tener hijos juega un papel muy importante en la vida personal, sentimental y afectiva de los seres humanos, lo que se refleja en las demás expectativas, incluyendo las profesionales

Sin embargo, algunos investigadores no concuerdan con esto, y opinan que en realidad éste factor no ha mostrado ser importante para el desarrollo profesional de los individuos y que por tanto no tiene relación con la presentación del síndrome de burnout (4,5,6,7)

Referente a la profesión, ya se explicó que es frecuente que padezcan el síndrome de burnout, todos aquellos profesionistas que tienen contacto con muchas personas debido a que su profesión así lo requiere, pero, ¿qué hay en relación con el grado de capacitación profesional, es decir el tener o no estudios de especialidad en alguna área médica o de enfermería, según sea el caso?, algunos investigadores, han reportado, por la experiencia obtenida de sus estudios, que los médicos (as) y enfermeros (as) con especialidad o no, pueden ser afectados, ya que todos cursan con períodos bastante prolongados de estrés

Los médicos generales, por ejemplo son más proclives a sufrir algún grado de afección con bastante frecuencia, aún más que los que tienen alguna especialidad como lo refirió Ximena

Franco Bontempo (1997 y 1999), quizá debido a que éstos médicos, pudieran estar frustrados o tener sentimientos de minusvalía o de baja autoestima por no ser especialistas quizá porque siente que no han completado su formación profesional y presentan mayor grado de inseguridad (1,2)

Respecto a los años de ejercicio profesional, algunos investigadores refieren que el personal sanitario que tiene una antigüedad laboral de 10 a 19 años era el que se encontraba afectado con más frecuencia por el síndrome de burnout según hallazgos encontrados en su estudio

Otros investigadores contraponen su opinión al respecto, ya que éstos últimos, refieren que es más común la afección del burnout, en el personal recién egresado que inicia su vida laboral en alguna institución o empresa dedicada a la preservación de la salud, quizá porque al iniciar su vida laboral, se encuentran llenos de expectativas, deseo de logros, tienen todos los ánimos para triunfar y lograr muchas cosas buenas en la vida, a través de su trabajo, pero al ver la realidad de las cosas, se dan cuenta que existen una serie de situaciones que no son como ellos las habían pensado o planeado y que no corresponden con las expectativas esperadas, lo cual los hunde en la incertidumbre y los conduce a la angustia, depresión y/o al síndrome de burnout (1-8)

CUADRO CLINICO.

Existen una serie de manifestaciones clínicas que nos pueden hacer sospechar de la presencia del síndrome de burnout, también conocido como aniquilamiento, en el personal de salud, éstas varían de acuerdo a cada persona, sin embargo, diversos autores hacen referencia a que se pueden presentar signos y síntomas en tres áreas importantes, que son:

1. Físicos. fatiga crónica, astenia, agotamiento físico, insomnio, cefaleas, dolor en cuello y espalda, susceptibilidad a infecciones, alteraciones gastrointestinales (gastritis, colitis, hiper ó hiporexia, etc)

2. Psicológicos: agotamiento emocional, disminución de la autoestima, ansiedad, depresión, frustración (negativa), deseos de aislamiento, cambios de humor (trastornos distímicos), sensación de soledad, desilusión, cinismo, apatía, falta de motivación, sentimientos de culpa,, complicaciones tales como, paranoia, ideación suicida, etc

3 Conductuales el uso y abuso de sustancias, mayor consumo de alcohol, nicotina, cafeína, aumentar o disminuir el consumo de alimentos, irritabilidad, llanto fácil, disminución de la productividad, ausentismos en el trabajo, retrasos en la hora de llegada, adelantos a la hora de salida, etc. (1.2.3.4.5.6 7.14.15)

Además, la presencia de dicho síndrome, se encuentra relacionado con todos los ámbitos de la vida de la persona, es decir, en su profesión, en su familia, en su trabajo, y en la institución donde labora, así mismo se puede reflejar en la relación médico-paciente.

Las consecuencias por tanto, pueden ser muy graves, tanto en el profesionista como en sus pacientes, los cuales pueden presentar diversos problemas al igual que la institución o empresa, lo cual disminuye la calidad de la atención médica y la credibilidad en las mismas y en su personal de salud (3-13)

DIAGNOSTICO.

Al igual que para cualquier otra patología, para hacer el diagnóstico del síndrome de burnout, se debe pensar en algún proceso orgánico, pero no se debe olvidar el aspecto psicológico, pues la afección puede estar a éste nivel.

Para hacer la detección, será siempre necesario realizar una historia clínica completa, acompañada de un estudio de salud familiar integral, siendo de utilidad todos lo medios clínicos y paraclínicos que se conocen, desde la exploración física general y especializada, hasta los medios de laboratorio y de gabinete necesarios (14.15)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Existen otros cuadros patológicos muy parecidos al síndrome de burnout, por lo cual, éste diagnóstico se debe hacer por exclusión de los mismos. Las entidades con las que se debe hacer la exclusión principalmente son alteraciones metabólicas como diabetes mellitus, hipo o hiperglucemia; con miopatías como la miastenia gravis, causas infecciosas por virus, bacterias, hongos, parásitos, en cualquier órgano o sistema, a nivel psicológico con cuadros de depresión, angustia, ansiedad, sólo por mencionar algunos, pero la gama de padecimientos es innumerable (1,2,14,15)

COMPLICACIONES.

Como todo padecimiento, si el síndrome de burnout no es detectado y tratado a tiempo, evolucionará con una serie de complicaciones, las cuales podrían incluso llegar a ser fatales

Las complicaciones a las que tiende a evolucionar son principalmente, agotamiento emocional severo, el cual puede evolucionar a la despersonalización y posteriormente puede presentarse la disminución en la ejecución personal severa y por último puede haber una afección en las tres áreas del síndrome de burnout

También puede haber complicaciones relacionadas con alteraciones de la personalidad, así mismo, abuso de sustancias como el tabaco, alcohol, de medicamentos como los tranquilizantes o barbitúricos, otras toxicomanías (causando dependencia a las mismas); también depresión severa, tendencia al suicidio y culminación del mismo. La angustia y ansiedad severas son frecuentes.

En relación con el ambiente familiar, puede haber discordia conyugal, violencia intrafamiliar, poca convivencia con la familia

En el nivel social, problemas con otras personas, problemas de relación, en el nivel laboral, deficientes relaciones con los compañeros de trabajo, mal trato a los pacientes, una deficiente relación médico-paciente, ausentismo en el trabajo, etc, lo cual traerá todavía, más repercusiones sobre el profesionista de la salud en la atención que otorga (1-19)

PREVENCIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO:**Se considera conveniente:**

- 1 Informar, orientar y concientizar a los profesionistas de la salud, desde su formación en universidades, facultades e instituciones y empresas dedicadas a la salud sobre lo que es el síndrome de burnout y la importancia de su prevención, control y tratamiento
- 2 Capacitar al personal de salud, en técnicas de relajación y encauzamiento de estrés, desde que está en formación o dentro de su práctica profesional
3. El médico (a) y enfermero(a) debe contar con conocimientos, habilidades y destrezas clínicas que le permitan ejercer su profesión con seguridad con el fin de evitar el estrés.
- 4 Fomentar el aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, de reestructuración cognocitivas, de comunicación adecuada y solución de conflictos, en el personal médico, de enfermería y paramédicos
- 5 Puede ser igualmente útil el conocimiento de técnicas de medicina alternativa, por ejemplo, yoga, meditación, masajes antiestrés, hilaroterapia, musicoterapia, colorterapia, aromaterapia, bioenergética, visualización creativa, inteligencia emocional, programación neuro-lingüística, reflexología, autoestima, terapia cognitivo-conductual, etc
6. Fomentar la práctica de deportes, de acuerdo a la edad, sexo y preferencia de cada persona.

- 7 Fomentar la práctica de actividades recreativas (pasatiempos, paseos, actividades placenteras).
- 8 Cada persona, deberá forjarse objetivos y metas realistas para la vida personal y profesional, no debe involucrarse en la problemática de los pacientes, sólo en lo que como profesionista le corresponda; valorar adecuadamente y darle su importancia a todos los aspectos de la vida como son la familia, las amistades, el empleo, el descanso, el ejercicio, la alimentación, etc
- 9 Que los profesionistas de la salud sin afección o ya afectados por el síndrome de burnout, soliciten el apoyo de la familia, las amistades, compañeros de trabajo, autoridades inmediatas y a las competentes, para prevenir, controlar o tratar el padecimiento
- 10 Formar un grupo BALINT, que es un grupo de soporte social que ayuda a disminuir en gran medida, el nivel del síndrome de burnout, se forma con compañeros de trabajo dedicados a la misma profesión, y en el mismo centro de trabajo, que se reúnen periódicamente, para comentar los problemas y situaciones que vivieron durante su jornada laboral, sobre dudas de manejo, tratamiento, dudas, temores y todo lo que se relaciona con los pacientes y el trabajo
- 11 Se elige un lugar cómodo y privado, dentro de la misma institución, en el que los médicos (a), enfermero (a), o trabajador administrativo (según sea el caso), puedan hablar con confianza, y donde todos los demás integrantes escucharán con atención al mismo, y el auditorio considerará sus pensamientos, sentimientos e ideas, para hacerle una crítica (la cual deberá ser constructiva) y se le darán alternativas de solución a tales situaciones, lo que se hará de forma amistosa y tranquila. Las situaciones expresadas se manejan con confidencialidad entre los integrantes del grupo
12. Tomar en cuenta que existen factores institucionales, como las políticas de organización, administrativas, etc, que influyen en gran medida en la presentación del síndrome de burnout en el personal médico, de enfermería y paramédico, pero que son las más difíciles de solucionar o cambiar, porque no están al alcance del personal cambiarlas, por lo que se recomienda seguir con las demás medidas e indicaciones previamente mencionadas, porque son más fáciles y rápidas de realizar, además de ser efectivas

- 13 Realizar una evaluación práctica de la familia de la persona afectada por el síndrome de burnout, la cual nos revelará información útil, sobre su estructura y función, y sobre los recursos con que cuenta la persona afectada, y los integrantes de la familia con quienes cuenta para su prevención, control y tratamiento
- 14 Intervenciones familiares breves, cuyo enfoque va dirigido a la solución de problemas de los integrantes, que tiene como objetivo principal, reducir o evitar el estrés tanto en la persona afectada como en los otros miembros del sistema familiar, organizándolos y educándolos. (Estas intervenciones son de corta duración y por lo regular consisten en una sola sesión), (20-30)

Dentro de las medidas de apoyo para la prevención, control y tratamiento del síndrome de burnout, se deben tomar en cuenta como posibilidades a favor, todas las medidas ya mencionadas, pero además, es importante contar con la familia, pues como institución básica de la sociedad, es la fuente de apoyo más importante cuando se necesita el cuidado de alguno de sus integrantes, debido a que existe un compromiso fuerte y sólido que se basa en valores culturales, de solidaridad y conciencia de bienestar entre los mismos, lo cual se capta desde el concepto mismo de familia

El término "familia", ha sido definido de distintas formas, pero en la cultura de Occidente sigue siendo considerado como el grupo formado por marido, mujer e hijos

Otros conceptos son

Concepto de familia Conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (Definida por la Organización Mundial de la Salud en 1970, por medio del documento "M" número 44), (29).

Familia Es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción (Según el consenso norteamericano), (29).

Familia: Es el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo (Según el consenso canadiense).⁽²⁹⁾.

Sus **funciones básicas** son proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, proporcionarles apoyo físico y emocional, cuidados y protección entre los integrantes, status socioeconómico y cultural, entre otras ⁽²⁹⁾.

Es necesario identificar la estructura o composición de cada familia, con el objeto de conocer los recursos con que se cuenta y la forma de utilizarlos adecuadamente, para mejorar la calidad de vida del profesionista de la salud afectado con síndrome de burnout

Tipología familiar.

De acuerdo a la clasificación de **Geyman**, las familias se clasifican de la siguiente manera

Con base en su **estructura** (es en relación a los elementos que constituyen a la familia o de los integrantes que viven bajo el mismo techo) en

Nuclear: aquella formada por padre, madre e hijos. los cuales viven bajo el mismo techo.

Extensa: formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos o de adopción

Extensa compuesta: es aquella en la que además de los que constituyen la familia extensa, se agregan otros miembros sin ningún nexo legal.

Con base en su **integración** en:

Integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen adecuadamente sus roles.

Semi-integrada: en la que los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente con sus funciones

Desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, separación, divorcio o abandono

Con base en su **tipología** (para ésta se toma en cuenta la ocupación de uno o ambos cónyuges) en:

Campesina: la que su sostén y aportador principal realiza labores en el trabajo de campo.

Obrera: aquella familia cuyo aportador principal tienen una escolaridad técnica o manual

Profesional: es aquella familia que su aportador principal tiene estudios de licenciatura.

Con base en su **demografía** (lugar donde habita) en:

Rural: la familia que vive en el campo.

Urbana: la que vive en la ciudad.

Con base en su **desarrollo** (de acuerdo al trabajo y aporte económico de la mujer) en

Tradicional: es aquella familia en la cual el subsistema proveedor es el hombre y la mujer se dedica a labores del hogar, sin aportar nada a la economía familiar

Moderna: aquella familia en que la mujer trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre

Arcaica o primitiva: es la familia campesina, cuyo sostén se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

También es importante conocer la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra la familia, pues cada una cursa con crisis del desarrollo, las cuales pueden ser normativas y no normativas y de acuerdo a su presentación pueden causar estrés

Geyman, propone en 1980 que la familia cursa por varias etapas y son las siguientes:

* **Matrimonio:** Fase que inicia desde la consolidación del vínculo matrimonial, hasta el nacimiento del primer hijo.

* **Expansión:** fase que va desde el nacimiento del primer hijo hasta antes de que alguno de ellos vaya a la escuela.

* **Dispersión:** Fase que inicia cuando el primer hijo va a la escuela hasta antes de que trabaje y se sostenga económicamente por sí solo, viva solo en un lugar diferente al hogar paterno o se case.

* **Independencia:** Cuando hay un hijo que trabaja y aporta dineros para el hogar, o que se mantiene a sí mismo, que viva en otro lugar que no sea el hogar paterno, o se haya casado, o que haya formado su propia familia.

* **Retiro, jubilación, nido vacío o muerte:** fase en la cual, el principal aportador para el hogar, se encuentre retirado, pensionado o jubilado de su empleo, fase que inicia cuando el último de los hijos se va del hogar, por cualquier causa por lo cual, la pareja de cónyuges que inició sola, termina quedándose sola; o cuando alguno de los cónyuges o los dos fallecen.

Como ya se mencionó, cada una de éstas etapas o fases cursan con **crisis denominadas normativas y no normativas**, las primeras son aquellas que se espera sucedan como consecuencia normal del paso de una fase a otra, *por ejemplo, de la fase de matrimonio a la de expansión*; de las segundas tenemos aquellas crisis que no son esperadas y que suceden de manera imprevista y por tanto causan descontrol total en la familia en todos los aspectos, por ejemplo, el fallecimiento de un integrante de la familia que estaba sano, algún familiar accidentado, algún familiar prisionero, un embarazo no deseado, etc. (29).

Estas crisis del desarrollo por las que cursa la familia, siendo normativas o no normativas, serán causantes de estrés en algún nivel, por lo cual siempre deben tenerse presentes, cuando se investiga el síndrome de burnout (30)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años, los investigadores del comportamiento humano han observado que existen diferentes actitudes en los trabajadores de la salud, entre éstas, que algunos de ellos, disfrutan del contacto con los pacientes y gozan con ayudarlos, disfrutan de su libertad de acción para elegir y aplicar su propia metodología para trabajar y de tomar la responsabilidad de sus propias actitudes, así mismo gozan de la diversidad de su trabajo, los cuales son buenos predictores de niveles elevados de satisfacción laboral (1-13)

Algunos otros investigadores han detectado que existe un grupo de trabajadores de la salud en los que se ha observado un estado de ánimo insatisfactorio que puede estar relacionado con el grado de satisfacción que tienen en su vida familiar, social y laboral

Dentro de mi práctica médica, observé en muchos médicos (as) y enfermeros (as), insatisfacción con su trabajo y en algunos, la presencia de despersonalización y en otros disminución en la ejecución personal

Igualmente, muchos pacientes se encontraban insatisfechos por el tipo de atención recibida, por tal motivo, surgió en mí, la inquietud de investigar sobre el tema

JUSTIFICACION.

En otras partes del mundo, los investigadores del comportamiento humano, han detectado que el síndrome de burnout afecta a 1 de cada 2 médicos (as) y enfermeros (as) que laboran en el primer nivel de atención a la salud (1-4)

En nuestro país, existen pocos estudios en los cuales se hayan detectado a médicos familiares con este padecimiento, por lo cual se consideró que podría ser importante investigar la presencia y frecuencia del síndrome de burnout con sus tres componentes o subescalas y los factores estresantes que pudieran estar presentes en el personal médico y de enfermería que labora en el primer nivel de atención médica (4)

El personal médico, en especial los médicos familiares y el personal de enfermería tienen una función muy importante dentro del sector salud, pues son los primeros contactos con el paciente y su problemática de salud, su ausencia por incapacidades frecuentes causará estragos en la relación médico-paciente y en la calidad de la atención médica otorgada, por lo cual se deben detectar los factores estresantes e implementar las medidas para diagnosticar el síndrome de burnout en el personal de salud (1-4)

Si consideramos que en éste primer nivel de atención se ve el 80% de la problemática sanitaria y donde se encuentra un alto índice de población, es de sospechar que puedan presentarse algunas de las manifestaciones de este síndrome en los trabajadores de la salud.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Medir la frecuencia del síndrome de burnout en un grupo de médicos (as) y enfermeros (as) pertenecientes a tres diferentes clínicas del sector salud que brindan atención primaria a la salud, las cuales son:

1. Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del I.S.S.S.T.E
2. Unidad de Medicina Familiar Número 15 del I.M.S.S
3. Centro de salud "Portales" de la S.S.A

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar las características de las personas afectadas por el síndrome de burnout, teniendo en cuenta, las siguientes variables edad, sexo, tener o no pareja, tener o no hijos, profesión, tener o no especialidad, medio de trabajo, años de ejercicio en la atención primaria, número de pacientes vistos por turno, tiempo medio en minutos destinado a cada paciente, turno de trabajo, realizar o no guardias, y fase del ciclo vital familiar en que se encuentran

- 2 Diferenciar cual de los tres componentes del síndrome de burnout se presenta con mayor frecuencia en la población estudiada

- 3 Identificar las opciones que las personas encuestadas consideran podrían ser útiles para prevenir o mitigar el síndrome de burnout

4. Detectar la percepción de los prestadores de servicio en el área de la salud en relación con la problemática afectiva o biológica debida a su empleo o jornada laboral.

METODOLOGIA.**TIPO DE ESTUDIO.**

- Transversal.

- Descriptivo.

- Comparativo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Se realizará un estudio transversal, descriptivo, comparativo, por cuota, en una muestra determinada, en tres días diferentes del mes de Octubre del año 2000, en tres unidades de salud del primer nivel de atención, las cuales pertenecen a diferentes instituciones del sector salud (I.S.S S.T.E., I.M.S S , S S A), estas unidades, se ubican en la zona urbana de México D.F

La población a estudiar se estima que será alrededor de 200 personas, seleccionadas en base a su institución para ser encuestadas, previamente se solicitará permiso a las autoridades respectivas de cada unidad médica, siguiéndose las indicaciones de las mismas para aplicar los instrumentos de trabajo (cuestionarios) relacionados con el síndrome de burnout y no interferir en las actividades de su personal

Se explicará a dichas autoridades la metodología del estudio y los objetivos del mismo, indicando que los cuestionarios serán anónimos por parte del personal médico y de enfermería participante, de los turnos matutino y vespertino de cada unidad médica

No se dará ninguna instrucción verbal ni escrita sobre el motivo de aplicación del cuestionario al personal participante con el fin de evitar sesgos en sus respuestas, se les pedirá su participación en forma anónima a un proyecto de investigación, otorgando el tiempo suficiente para que contesten los cuestionarios

Se procederá a la recolección inmediata de los cuestionarios aplicados ya contestados por los médicos (as) y enfermeros (as), de cada unidad médica mencionada, y se realizará el registro de los datos obtenidos.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluirá a todo el personal médico y de enfermería, de base y eventual, de los turnos matutino y vespertino, que se encuentre presente y que acepte participar voluntariamente en este proyecto de investigación, dicho personal debe pertenecer a las unidades médicas siguientes:

- 1 Clínica de Medicina Familiar “Dr Ignacio Chávez” del I S S S T E
- 2 Unidad de Medicina Familiar Número 15 del I M S S
3. Clínica “Portales” de la S S.A

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluirán del estudio a.

- a) Todos aquellos médicos (as) y enfermeros (as), que tengan algún conocimiento previo del síndrome de burnout
- b) Todos aquellos médicos (as) y enfermeros (as), que no deseen contestar los cuestionarios, sin importar causas.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminarán del estudio a:

- Todos los cuestionarios incompletos ó en blanco
- Todos aquellos cuestionarios que se hayan llenado en forma incorrecta
- Todos aquellos cuestionarios que se entreguen en forma extemporánea

INFORMACION A RECOLECTAR. (Variables a recolectar).

La información a recolectar, se obtendrá mediante un instrumento de trabajo compuesto de 3 cuestionarios de autoaplicación, divididos en secciones y denominados con letras mayúsculas (A,B,C)

La sección **A**, contiene una ficha de filiación sin nombre (anónima). con la que se identificarán las siguientes variables.

FICHA DE FILIACION SIN NOMBRE (ANONIMA).	
1. Edad.	
2. Sexo: Masculino	Femenino
3. Tipo de pareja: Estable	Inestable Sin pareja
4. Hijos Tiene	No tiene hijos
5. Profesión	
6. Especialidad: Médicos (as):	Con especialidad en Medicina Familiar Con especialidad diferente a Medicina Familiar Sin especialidad
Enfermeros (as):	Auxiliar de enfermería Con especialidad Sin especialidad
7. Institución donde trabaja	
8. Medio de trabajo:	Clínica (s) Clínica y Hospital
9. Años de ejercicio en atención primaria	9 ó menos 10-19 20 ó más
10. Número medio de pacientes por turno	19 ó menos 20 ó más
11. Tiempo medio en minutos destinado a cada paciente	15' ó menos 16' ó más
12. Turno de trabajo:	matutino ó vespertino Ambos turnos
13. Guardias nocturnas:	Si realiza No realiza
14. Fase del Ciclo Vital Familiar en que se encuentra	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro, jubilación o nido vacío

La sección **B**, contiene el cuestionario Maslach Burnout Inventory, el cual evalúa tres aspectos (componentes o subescalas) fundamentales del profesionista de la salud. que son

1. Agotamiento emocional (cansancio emocional)
2. Despersonalización.
3. Ejecución personal (logros personales)

Se compone de 22 preguntas, relacionadas directamente con los tres aspectos antes mencionados, las primeras 9 preguntas, evalúan el agotamiento emocional, las siguientes 5 preguntas evalúan la despersonalización y las 8 últimas preguntas valoran la ejecución personal; las preguntas y puntuación para calificarlos son las siguientes:

MASLACH BURNOUT INVENTORY.

Puntuación para calificar el cuestionario y significado:

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

MASLACH BURNOUT INVENTORY.

___	1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
___	2.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
___	3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
___	4.	Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes.
___	5.	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
___	6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
___	7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
___	8.	Me siento "quemado"(agotado emocional y/o físicamente) por mi trabajo
___	9.	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.
___	10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
___	11.	Me preocupa el hecho de que éste trabajo me esté endureciendo emocionalmente
___	12.	Me siento muy activo.
___	13.	Me siento frustrado en mi trabajo
___	14.	Creo que estoy trabajando demasiado
___	15.	Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes.
___	16.	Trabajar directamente con las personas me produce estrés
___	17.	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes
___	18.	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes
___	19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
___	20.	Me siento acabado.
___	21.	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.
___	22.	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

Fuente: obtenido del artículo de la revista médica Atención Primaria. Vol 22. No. 9. 1998

El Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) se califica de la siguiente manera

Puntuaciones y grado de afección de los tres componentes del Maslach Burnout Inventory.			
COMPONENTE:	BAJO	MODERADO	SEVERO
Agotamiento emocional (AE)	igual ó menor de 18	19 a 26	igual o mayor de 27
Despersonalización (DP)	igual o menor de 5	6 a 9	igual o mayor de 10
Ejecución personal (EP)	igual o mayor de 40	34 a 39	igual o menor de 33

(3)

La sección C, es un apartado libre donde los médicos (as) y enfermeros (as) participantes anotarán sus propuestas para prevenir o mitigar el síndrome de burnout

¿Tiene alguna (s) sugerencia (a) para prevenir o mitigar el síndrome de burnout en el personal médico y/o de enfermería?

Si _____

No _____

Si su respuesta es: Si, anote cuales son

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio, por sus características que consisten en la aplicación de cuestionarios de evaluación, uno de ellos conocido y validado mundialmente, no conlleva riesgo alguno de la integridad física y mental, de la vida privada o familiar de las personas que participarán

Los datos que se obtengan a través de ésta encuesta, serán manejados en forma confidencial y solamente para los fines y objetivos ya mencionados en éste estudio

TIPO DE RECURSOS.**RECUROS HUMANOS:**

1. Médico residente del 3er grado de adiestramiento y capacitación de la especialidad de Medicina Familiar de la Clínica de Medicina Familiar "Dr Ignacio Chavez" del I S S S T E

RECURSOS MATERIALES:

- 1 Material bibliográfico (revistas y libros con información médica, informacion por vía de internet)
2. Material de papelería (lápices, bolígrafos, gomas, sacapuntas, hojas de papel bond).
3. Material de oficina (escritorio, sillas, calculadoras, equipo de computación)
- 4 Formato que contiene el instrumento de trabajo

FINANCIAMIENTO.

El presente estudio de investigación es financiado y realizado por el Dr Andres Bernal Paredes R3 de la especialidad de Medicina Familiar

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

- a) Medidas de frecuencia: porcentajes (%).

RESULTADOS DE MEDICOS (AS).**De las tres instituciones de salud participantes.**

Sección A - En relación con las variables sociodemográficas referidas por los médicos (as) participantes de las tres instituciones de salud, se detectaron los siguientes resultados :

VARIABLES	NUMERO DE MEDICOS (AS) POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
	No	%	No.	%	No	%
En relación a						
Edad.						
25-34 años	7	20.5	7	20.5	5	16.6
35-44 años	16*	47.3*	11	32.3	9	30.1
45-54 años	7	20.5	15*	44.3*	15*	50.0*
55-64 años	4	11.7	1	2.9	1	3.3
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
*Rango de edad en médicos (as) más frecuente por institución y porcentaje.						
Sexo.						
Masculino	18	52.9	10	29.5	15	50
Femenino	16	47.1	24	70.5	15	50
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Tipo de pareja.						
Estable	22	64.7	13	38.3	12	40.00
No estable	12	35.3	21	61.7	18	60.00
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Los hijos.						
Con hijos	29	85.3	19	55.8	26	86.6
Sin hijos	5	14.7	15	44.2	4	13.4
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Especialidad						
Especialidad en M.F	18	52.9	18	53.0	11	36.6
Especialidad diferente	10	29.5	6	17.6	3	10.0
Sin especialidad	6	17.6	10	29.4	16	53.4
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
* M.F. abreviaturas de Medicina Familiar						

Fuente. Hojas de recolección de datos

VARIABLES	NUMERO DE MEDICOS (AS) POR INSTITUCION.					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
	No	%	No.	%	No	%
En relación a :						
Medio de trabajo.						
Clinica (s)	32	94.2	26	76.5	26	86.6
Clinica y Hospital	2	5.8	8	23.5	4	13.4
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Años de ejercicio en atención primaria.						
9 años o menos	17	50.0	11	32.3	10	33.4
10 a 19 años	12	35.3	14	41.3	14	46.6
20 años o más	5	14.7	9	26.4	6	20.0
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Número medio de pacientes/turno						
19 o menos	16	47.1	8	23.52	15	50.00
20 o más	18	52.9	26	76.47	15	50.00
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Tiempo medio en minutos/paciente						
15' o menos	5	14.7	19	55.8	12	40.00
16' o más	29	85.3	15	44.2	18	60.00
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Turno de Trabajo						
Un turno (mañana o tarde)	8	23.5	4	11.7	14	46.6
Mixto (ambos turnos)	26	76.5	30	88.3	16	53.4
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%
Guardias(nocturnas)						
Si realizan	2	5.8	9	26.5	4	13.4
No realizan	32	94.2	25	73.5	26	86.6
T o t a l	34	100%	34	100%	30	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos

VARIABLES	NUMERO DE MEDICOS (AS) POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
	No	%	No	%	No	%
En relación a						
Ciclo vital familiar						
Matrimonio	5	14.7	3	8.8	0	0.0
Expansión	6	17.6	1	2.9	4	13.4
Dispersión	15	44.3	14	41.4	12	40.0
Independencia	3	8.8	9	26.4	9	30.0
Retiro, jubilación o nido vacío	2	5.8	1	2.9	1	3.3
Sin pareja y/o sin hijos	3	8.8	6	17.6	4	13.3
Total	34	100%	34	100%	30	100%

Sección B. Resultados del Maslach Burnout Inventory de médicos (as) de atención primaria de las tres instituciones de salud

Subescalas y Variables	Instituciones											
	I.S.S.S.T.E.				I.M.S.S.				S.S.A.			
	M.	F.	Subt.	%	M.	F.	Subt.	%	M.	F.	Subt.	%
Agotamiento Emocional.												
>27 puntos *	5	9	14	41.3	7	11	18	52.9	6	10	16	53.3
19 a 26	11	5	16	47.0	2	8	10	29.4	7	5	12	40.1
18 ó <	2	2	4	11.7	1	5	6	17.6	2	0	2	6.6
Total	18	16	34	100%	10	24	34	100%	15	15	30	100%
Despersonalización.												
>10 puntos *	9	10	19	55.8	8	16	24	70.5	9	12	21	70.00
6 a 9	9	6	15	44.2	2	7	9	26.6	3	3	6	20.00
5 ó <	0	0	0	0.0	0	1	1	2.9	3	0	3	10.00
Total	18	16	34	100%	10	24	34	100%	15	15	30	100.00
Ejecución Personal.												
0-33 puntos *	4	5	9	26.5	5	7	12	35.2	3	4	7	23.4
34-39	4	3	7	20.6	2	6	8	23.6	5	6	11	36.6
>40 puntos	10	8	18	52.9	3	11	14	41.2	7	5	12	40.0
Total	18	16	34	100%	10	24	34	100%	15	15	30	100%

*Casos severos de síndrome de burnout en sus 3 diferentes subescalas.

Fuente: Hojas de recolección de datos

Los siguientes son los **resultados de la sección C (aportada por el Dr. Andrés Bernal Paredes)** y que fué un cuestionario abierto, que consta de 3 apartados, donde los médicos (as) participantes, pudieron anotar libremente sugerencias personales para prevenir o mitigar el síndrome de burnout en médicos (as), hacer referencia sobre los problemas percibidos, de cualquier índole, en los ámbitos personal, familiar, causados por el empleo o jornada laboral, y se detectó lo siguiente

a) Sugerencias del personal médico para prevenir o mitigar el Sx. de burnout.		INSTITUCION					
		I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
		Subtotal	%	Subtotal	%	Subtotal	%
1	Apoyo médico-legal por parte de la institución.	13	38.2	10	29.4	12	40.1
2	Medio ambiente de trabajo más adecuado.	3	8.8	5	14.7	5	16.6
3	Recursos materiales más adecuados.	5	14.8	3	8.8	3	10.1
4	Contratar más recursos humanos	3	8.8	5	14.8	4	13.3
5	Mejorar salarios.	7	20.6	4	11.8	4	13.3
6	Motivación personal, profesional, etc	3	8.8	7	20.5	2	6.6
T o t a l de médicos (as)		34	100%	34	100%	30	100%
b) Problemas a consecuencia de su empleo o jornada laboral							
1.	Problemas de pareja	5	14.7	12	35.2	8	26.6
2.	Poca convivencia con sus familiares	1	2.9	3	8.8	2	6.6
3	Violencia intrafamiliar.	2	5.8	3	8.8	1	3.4
No refirieron problemas		26	76.6	16	47.2	19	63.4
T o t a l de médicos (as)		34	100%	34	100%	30	100%
c) Problemas secundarios a estrés por el empleo o jornada laboral							
1.	Neurodermatitis	3	8.8	8	23.6	3	10.0
2	Alteraciones gastrointest	5	14.7	4	11.8	0	00.0
3.	Alteraciones respiratorias.	4	11.7	3	8.8	1	3.4
4.	No refirieron.	22	64.8	19	55.8	26	86.6
T o t a l de médicos (as)		34	100%	34	100%	30	100%

Fuente. Hojas de recolección de datos

En lo sucesivo se hará referencia sólo sobre los casos detectados como **severos o graves**, dentro de las tres subescalas que conforman el Maslach Burnout Inventory (cuestionario), encontrando lo siguiente

Referente al **agotamiento emocional severo (AE)** y las variables con más frecuencia relacionadas, los resultados se muestran a continuación

SUBESCALAS		CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS					
Y VARIABLES		POR INSTITUCION					
Agotamiento Emocional y :		I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
		No.	%	No.	%	No.	%
Rango de edad							
25-34 años		1	7.1	2	11.1	3	18.7
35-54 años		13	92.8	15	83.3	13	81.3
55-64 años		0	0.0	1	5.5	0	00.0
Total		14	100%	18	100%	16	100%
Sexo							
Masculino		5	35.8	7	38.8	6	37.5
Femenino		9	64.2	11	61.2	10	62.5
Total		14	100%	18	100%	16	100%
Tipo de pareja							
Estable		2	14.3	2	11.2	8	50.0
No estable		12	85.7	16	88.8	8	50.0
Total		14	100%	18	100%	16	100%
Hijos							
Con hijos		9	64.3	6	33.5	12	75.0
Sin hijos		5	35.7	12	66.5	4	25.0
Total		14	100%	18	100%	16	100.0
Especialidad							
Especialidad en M.F		1	7.2	5	27.7	3	18.7
Con otra especialidad		7	50.0	6	33.4	1	6.3
Sin especialidad		6	42.8	7	38.9	12	75.0
Total		14	100%	18	100%	16	100%

Fuente. Hojas de recolección de datos

SUBESCALAS Y VARIABLES		CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
Agotamiento		I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Emocional		No.	%	No.	%	No.	%
Severo y :							
Medio de Trabajo							
Clínica (s)	12	85.7	13	72.3	12	75.0	
Clínica y Hospital	2	14.3	5	27.7	4	25.0	
Total	14	100%	18	100%	16	100%	
Años de ejercicio en atención primaria							
9 años o menos	0	00.0	6	33.5	1	6.25	
10 a 19 años	12	85.7	9	50.0	12	75.00	
20 años o más	2	14.3	3	16.5	3	18.75	
Total	14	100%	18	100%	16	100%	
Número medio de pacientes/turno							
19 o menos	6	42.8	5	27.7	6	37.5	
20 o más	8	57.2	13	72.3	10	62.5	
Total	14	100%	18	100%	16	100%	
Tiempo medio en minutos/paciente.							
15' o menos	8	57.1	13	72.3	10	62.5	
16' o más	6	42.8	5	27.7	6	37.5	
Total	14	100%	18	100%	16	100%	
Turno de Trabajo							
Mañana o tarde	4	28.5	2	11.2	7	43.7	
Mixto(ambos turnos)	10	71.5	16	88.8	9	56.3	
Total	14	100%	18	100%	16	100%	
Guardias (nocturnas)							
Si realizan.	2	14.3	6	33.4	4	25.0	
No realizan.	12	85.7	12	66.6	12	75.0	
Total	14	100%	18	100%	16	100%	

Fuente: Hojas de recolección de datos

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Agotamiento Emocional	No	%	No.	%	No	%
Severo y						
Ciclo Vital Familiar						
Matrimonio	2	14.2	2	11.1	0	00.0
Expansión	2	14.2	1	5.6	3	18.7
Dispersión	4	28.6	8	44.4	5	31.3
Independencia	1	7.4	4	22.2	4	25.0
Retiro, jubilación o nido vacío	2	14.2	1	5.6	1	6.3
No refirieron	3	21.4	2	11.1	3	18.7
Total	14	100%	18	100%	16	100%

Respecto a la **despersonalización (DP) severa** se obtuvieron los siguientes resultados:

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Despersonalización Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Rango de edad						
25 a 34 años	5	26.4	2	8.3	3	14.2
35 a 44 años	10	52.6	9	37.5	5	23.8
45 a 54 años	2	10.5	13	54.2	12	57.3
55 a 64 años	2	10.5	0	00.0	1	4.7
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Sexo						
Masculino	8	42.2	9	37.5	9	42.8
Femenino	11	57.8	15	62.5	12	57.2
Total	19	100%	24	100%	21	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos.

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Despersonalización	No.	%	No.	%	No.	%
Severa y :						
Tipo de pareja						
Estable	7	36.8	7	29.2	9	42.8
No estable	12	63.2	17	70.8	12	57.2
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Los hijos						
Con hijos	14	73.6	8	33.3	17	80.9
Sin hijos	5	26.4	16	66.6	4	19.0
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Especialidad						
Especialidad en MF	5	26.3	8	33.3	8	38.0
En otra especialidad	9	47.4	6	25.0	3	14.3
Sin especialidad	5	26.3	10	41.7	10	47.7
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Medio de trabajo						
Clínica (s)	17	89.5	18	75.0	17	80.9
Clínica y Hospital	2	10.5	6	25.0	4	19.1
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Años de ejercicio en atención primaria.						
9 años o <	6	31.6	7	29.1	7	33.4
10 a 19 años	10	52.6	10	41.6	9	42.8
20 años o más	3	15.8	7	29.1	5	23.8
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Número de pacientes/turno						
19 ó menos	5	26.4	7	29.2	9	42.8
20 ó más	14	73.6	17	70.8	12	57.2
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Tiempo medio en minutos/paciente						
15' ó menos	4	21.1	15	62.5	11	52.4
16' ó más	15	78.9	9	37.5	10	47.6
Total	19	100%	24	100%	21	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Turno de trabajo						
Mañana o tarde	5	26.4	4	16.6	9	42.8
Mixto (ambos turnos)	14	73.6	20	83.4	12	57.2
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Guardias (nocturnas)						
Si realizan	2	10.5	9	37.5	4	19.1
No realizan	17	89.5	15	62.5	17	80.9
Total	19	100%	24	100%	21	100%
Ciclo Vital Familiar						
Matrimonio	4	21.1	3	12.5	0	00.0
Expansión	2	10.5	1	4.2	4	19.3
Dispersión	5	26.5	8	33.3	6	28.5
Independencia	3	15.7	7	29.2	7	33.3
Retiro, jubilación, nido vacío	2	10.5	1	4.2	1	4.7
No refirieron	3	15.7	4	16.6	3	14.2
Total	19	100%	24	100%	21	100%

En relación a la **disminución severa en la ejecución** y las demás variables, se encontraron los siguientes resultados

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Disminución en la Ejecución Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Rango de edad.						
25 a 34 años	2	22.2	2	16.6	1	14.2
35 a 44 años	4	44.5	3	25.1	2	28.5
45 a 54 años	2	22.2	7	58.3	4	57.3
55 a 64 años	1	11.1	0	00.0	0	00.0
Total	9	100%	12	100%	7	100%

Fuente. Hojas de recolección de datos.

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Disminución en la Ejecución Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Masculino	3	33.4	5	41.6	3	42.8
Femenino	6	66.6	7	58.4	4	57.2
T o t a l	9	100%	12	100%	7	100%
Tipo de pareja						
Estable	2	22.3	4	33.4	2	28.5
No estable	7	77.7	8	66.6	5	71.4
T o t a l	9	100%	12	100%	7	100%
Los hijos						
Con hijos	4	44.5	3	25.0	3	42.8
Sin hijos	5	55.5	9	75.0	4	57.2
T o t a l	9	100%	12	100%	7	100%
Especialidad						
Especialidad en M.F	1	11.2	1	8.4	1	14.2
Especialidad diferente	4	44.4	3	25.0	1	14.2
Sin especialidad	4	44.4	8	66.6	5	71.6
T o t a l	9	100%	12	100%	7	100%
Medio de trabajo						
Clinica (s)	7	77.7	4	33.4	3	42.8
Clinica y Hospital	2	22.3	8	66.6	4	57.2
T o t a l	9	100%	12	100%	7	100%
Años de ejercicio en atención primaria.						
9 años o menos	2	22.3	4	33.4	2	28.5
10 a 19 años	4	44.4	6	50.0	4	57.3
20 años ó más	3	33.3	2	16.6	1	14.2
T o t a l	9	100%	12	100%	7	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE MEDICOS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ejecución Severa y :						
Número medio de pacientes/turno						
19 ó menos	3	33.4	4	33.4	2	28.5
20 ó más	6	66.6	8	66.6	5	71.5
Total	9	100%	12	100%	7	100%
Tiempo medio en minutos/paciente.						
15' o menos	5	55.5	8	66.6	4	57.2
16' o más	4	44.5	4	33.4	3	42.8
Total	9	100%	12	100%	7	100%
Turno de trabajo						
Matutino o vespertino	3	33.4	3	25.0	3	42.8
Mixto (ambos turnos)	6	66.6	9	75.0	4	57.2
Total	9	100%	12	100%	7	100%
Guardias (nocturnas)						
Si realizan	2	22.3	8	66.6	4	57.2
No realizan	7	77.7	4	33.3	3	42.8
Total	9	100%	12	100%	7	100%
Ciclo Vital Familiar						
Matrimonio	1	11.1	3	25.0	0	00.0
Expansión	1	11.1	0	00.0	0	00.0
Dispersión	1	11.1	1	8.4	0	00.0
Independencia	1	11.1	2	16.6	2	28.6
Retiro, jubilación, nido vacío.	2	22.2	1	8.4	1	14.3
No refirieron	3	33.4	5	41.6	4	57.1
Total	9	100%	12	100%	7	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos

...

RESULTADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.
(De las tres instituciones de salud).

Sección A - En relación con las variables investigadas en el personal de enfermería participante de las tres instituciones de salud, se detectaron los siguientes resultados:

VARIABLES	NUMERO DE ENFERMEROS (AS) POR INSTITUCIÓN					
	I.S.S.S.T.E.		L.M.S.S.		S.S.A.	
En relación a :	No.	%	No.	%	No.	%
Edad						
25-34 años	4	14.2	10	35.8	7	25.0
35-54 años	24	85.6	14	64.2	6	60.8
55-64 años	0	00.0	0	00.0	4	14.2
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
*Rango de edad en enfermeros (as) más frecuente por institución y porcentaje.						
Sexo						
Masculino	00	00.0	4	29.5	00	00.0
Femenino	28	100.0	24	70.5	28	100.0
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Tipo de pareja						
Estable	14	50.1	16	57.14	14	50.1
No estable	11	39.2	10	35.72	11	39.2
Sin pareja	3	10.7	2	7.14	3	10.7
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Los hijos						
Con hijos	19	67.8	22	78.5	18	64.3
Sin hijos	9	32.2	6	21.5	10	35.7
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Especialidad.						
Sin especialidad	25	89.3	24	85.7	26	92.8
Con especialidad	3	10.7	4	14.3	2	7.2
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%

Fuente. Hojas de recolección de datos

VARIABLES	NUMERO DE ENFERMEROS (AS) POR INSTITUCION.					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A	
En relación a :	No.	%	No.	%	No.	%
Medio de trabajo						
Clinica (s)	25	89.3	23	82.2	26	92.8
Clínica y Hospital	3	10.7	5	17.8	2	7.2
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Años de ejercicio en atención primaria						
9 años o menos	7	25.1	8	28.6	8	28.5
10 a 19 años	11	39.2	15	53.6	9	32.3
20 años o más	10	35.7	5	17.8	11	39.2
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Número medio de pacientes/turno.						
19 o menos	6	21.5	7	25.0	9	32.2
20 o más	22	78.5	21	75.0	19	67.8
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Tiempo medio en minutos/paciente						
15' o menos	19	67.8	20	71.5	16	57.2
16' o más	9	32.2	8	28.5	12	42.8
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Turno de Trabajo						
Un turno(mañana o tarde)	17	60.7	23	82.2	26	92.8
Mixto (ambos turnos)	11	39.2	5	17.8	2	7.2
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%
Guardias(nocturnas)						
Si realizan	2	7.2	5	17.8	2	7.2
No realizan	26	92.8	23	82.2	26	92.8
T o t a l	28	100%	28	100%	28	100%

Fuente. Hojas de recolección de datos

VARIABLES	NUMERO DE ENFERMEROS (AS) POR INSTITUCION.					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
	No.	%	No.	%	No.	%
En relación a :						
Ciclo vital familiar						
Matrimonio	3	10.7	3	10.7	5	17.8
Expansión	2	7.2	3	10.7	4	14.3
Dispersión	9	32.2	10	35.7	8	28.5
Independencia	6	21.4	3	10.7	3	10.8
Retiro, jubilación o nido vacío	5	17.8	2	7.2	3	10.8
No refirieron	3	10.7	7	25.0	5	17.8
Total	28	100%	28	100%	28	100%

Sección B. Resultados del Maslach Burnout Inventory de enfermeros (as) de atención primaria de las tres instituciones de salud

Subescalas	Instituciones									
	I.S.S.S.T.E.			I.M.S.S.			S.S.A.			
Agotamiento	F.	Subt.	%	M.	F.	Subt.	%	F.	Subt.	%
Emocional										
>27 puntos *	12	12	42.8	1	5	6	21.5	7	7	25.0
19 a 26	9	9	32.2	2	8	10	35.7	13	13	46.4
18 ó <	7	7	25.0	1	11	12	42.8	8	8	28.6
Total	28	28	100%	4	24	28	100%	28	28	100%
Despersonalización.										
>10 puntos *	13	13	46.5	1	8	9	32.2	10	10	35.7
6 a 9	12	12	42.8	2	15	17	60.7	14	14	50.1
5 ó <	3	3	10.7	1	1	2	7.1	4	4	14.2
Total	28	28	100%	4	24	28	100%	28	28	100%
Ejecución Personal.										
0-33 puntos*	6	6	21.5	1	8	9	32.1	7	7	25.0
34-39	4	4	14.2	1	8	9	32.1	10	10	35.7
>40 puntos	18	18	64.3	2	8	10	35.8	11	11	39.3
Total	28	28	100%	4	24	28	100%	28	28	100%

*Casos severos de síndrome de burnout en sus 3 diferentes subescalas en el personal de enfermería.

Fuente. Hojas de recolección de datos

Los siguientes son los **resultados correspondientes a la sección C (aportada por el Dr. Andrés Bernal Paredes)** y que fué un cuestionario abierto, que consta de 3 apartados, donde los enfermeros (as) participantes, pudieron anotar libremente sugerencias personales para prevenir o mitigar el síndrome de burnout, hacer referencia sobre los problemas percibidos por ellos (as) mismos(as), de cualquier índole, en los ámbitos personal, familiar, causados por el empleo o jornada laboral, y se detectó lo siguiente

VARIABLES	INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
	No.	%	No.	%	No.	%
a) Sugerencias de enfermería para prevenir o mitigar el síndrome de burnout						
1. Apoyo médico-legal por parte de la institución	5	17.8	1	3.5	7	25.0
2. Medio ambiente de trabajo más adecuado			15	53.5		
3. Recursos materiales y equipos más adecuados	3	10.7			2	7.2
4. Contratar más recursos humanos	6	21.5			1	3.5
5. Motivación personal, profesional, laboral, etc	4	14.3	5	17.8	6	21.5
6. No hicieron sugerencias.	10	35.7	7	25.2	12	42.8
Total	28	100%	28	100%	28	100%
b) Problemas a consecuencia de su empleo o jornada laboral						
1. Problemas de pareja.	5	17.8	12	42.8	7	25.0
2. Poca convivencia con sus familiares.	5	17.8	6	21.5	4	14.2
3. Violencia intrafamiliar.	6	21.6	7	25.0	4	14.2
4. No refirieron problemas.	12	42.8	3	10.7	13	46.6
Total de enfermeros (as).	28	100%	28	100%	28	100%
c) Problemas secundarios a estrés por el empleo o jornada laboral.						
1. Neurodermatitis.	5	17.8	6	21.5	7	25.0
2. Alteraciones gastrointestinales	4	14.3	6	21.5	6	21.5
3. Alteraciones respiratorias.	4	14.3	5	17.8	7	25.0
4. No refirieron	15	53.6	11	39.2	8	28.5
Total de enfermeros (as)	28	100%	28	100%	28	100%

En lo sucesivo se hará referencia sólo sobre los casos **severos** del burnout en el personal de enfermería, dentro de las tres subescalas que conforman el Maslach Burnout Inventory (cuestionario), encontrando lo siguiente

Referente al agotamiento emocional severo (AE) detectado en el personal de enfermería y las variables con más frecuencia relacionadas, los resultados se muestran a continuación.

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Agotamiento Emocional y :	No.	%	No.	%	No.	%
Rango de edad						
25-34 años.	1	8.4	2	33.4	2	28.5
35-54 años	11	91.6	4	66.6	5	71.5
55-64 años	0	00.0	0	00.0	0	00.0
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%
Sexo.						
Masculino	0	00.0	2	33.3	0	00.0
Femenino.	12	100.0	4	66.6	7	100.0
T o t a l.	12	100%	6	100%	7	100%
Tipo de pareja						
Estable.	2	16.6	1	16.7	2	28.6
No estable	7	58.4	3	50.0	3	42.8
Sin pareja	3	25.0	2	33.3	2	28.6
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%
Hijos.						
Con hijos.	3	25.0	2	33.4	2	28.5
Sin hijos	9	75.0	4	66.6	5	71.5
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%
Especialidad						
Sin especialidad	10	83.4	4	66.6	5	71.5
Con especialidad	2	16.6	2	33.4	2	28.5
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos.

SUBESCALAS		CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS					
Y VARIABLES		POR INSTITUCION					
Agotamiento		I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Emocional		No.	%	No.	%	No.	%
Severo y :							
Medio de Trabajo							
Clinica (s).	9	75.0	2	33.4	5	71.5	
Clinica y Hospital.	3	25.0	4	66.6	2	28.5	
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%	
Años de ejercicio en atención primaria							
9 años o menos.	1	8.4	2	33.4	1	14.2	
10 a 19 años.	8	66.6	3	50.0	2	28.5	
20 años o más	3	25.0	1	16.6	4	57.3	
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%	
Número medio de pacientes/turno							
19 o menos.	3	25.0	2	33.4	3	42.8	
20 o más	9	75.0	4	66.6	4	57.2	
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%	
Tiempo medio en minutos/paciente.							
15' o menos	9	75.0	4	66.6	4	57.2	
16' o más	3	25.0	2	33.4	3	42.8	
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%	
Turno de Trabajo							
Mañana o tarde	3	25.0	2	33.4	5	71.5	
Mixto(ambos turnos).	9	75.0	4	66.6	2	28.5	
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%	
Guardias (nocturnas)							
Si realizan.	2	16.6	4	66.6	2	28.5	
No realizan.	10	83.4	2	33.4	5	71.5	
T o t a l	12	100%	6	100%	7	100%	

Fuente: Hojas de recolección de datos

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Agotamiento Emocional	No	%	No.	%	No	%
Severo y						
Ciclo Vital Familiar						
Matrimonio	1	8.3	0	00.0	0	00.0
Expansión	1	8.3	0	00.0	1	14.3
Dispersión	2	16.6	0	00.0	2	28.6
Independencia	1	8.3	1	16.6	1	14.3
Retiro, jubilación o nido vacío	4	33.5	3	50.0	2	28.5
No refirieron.	3	25.0	2	33.4	1	14.3
Total	12	100%	6	100%	7	100%

Respecto a la **despersonalización (DP) severa** en el personal de enfermería se obtuvieron los siguientes resultados:

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Despersonalización Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Rango de edad						
25 a 34 años.	2	15.5	3	33.4	3	30.0
35 a 54 años.	11	84.5	6	66.6	6	60.0
55 a 64 años	0	00.0	0	00.0	1	10.0
Tó tal.	13	100%	9	100%	10	100%
Sexo						
Masculino.	0	00.0	2	22.3	0	00.0
Femenino.	13	100.0	7	77.7	10	100.0
Total.	13	100%	9	100%	10	100%

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo de pareja						
Estable.	2	15.5	2	22.2	2	20.0
No estable.	8	61.5	5	55.6	5	50.0
Sin pareja.	3	23.0	2	22.2	3	30.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%
Los hijos.						
Con hijos	4	30.7	3	33.4	5	50.0
Sin hijos.	9	69.3	6	66.6	5	50.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%
Especialidad.						
Sin especialidad.	13	100.0	7	77.7	10	100.0
Con especialidad	0	00.0	2	22.3	0	00.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%
Medio de trabajo						
Clinica (s).	10	76.9	4	44.5	8	80.0
Clinica y Hospital	3	23.1	5	55.5	2	20.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%
Años de ejercicio en atención primaria						
9 años o <.	3	23.0	2	22.2	2	20.0
10 a 19 años	6	46.2	6	66.6	3	30.0
20 años o más	4	30.7	1	11.2	5	50.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%
Número de pacientes/turno						
19 ó menos	4	30.7	6	66.6	3	30.0
20 ó más	9	69.2	3	33.4	7	70.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%
Tiempo medio en minutos/paciente						
15' ó menos.	9	69.2	3	33.3	7	70.0
16' ó más.	4	30.7	6	66.6	3	30.0
T o t a l	13	100%	9	100%	10	100%

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION.					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Turno de trabajo.						
Mañana o tarde	4	30.7	4	44.5	8	80.0
Mixto (ambos turnos)	9	69.3	5	55.5	2	20.0
Total.	13	100%	9	100%	10	100%
Guardias (nocturnas).						
Si realizan.	2	15.4	5	55.5	2	20.0
No realizan.	11	84.6	4	44.5	8	80.0
Total.	13	100%	9	100%	10	100%
Ciclo Vital Familiar						
Matrimonio.	2	15.6	1	11.2	1	10.0
Expansión.	1	7.7	1	11.1	1	10.0
Dispersión.	3	23.0	2	22.2	2	20.0
Independencia	3	23.0	1	11.1	2	20.0
Retiro, jubilación, nido vacío	4	30.7	2	22.2	2	20.0
No refirieron	0	00.0	2	22.2	2	20.0
Total	13	100%	9	100%	10	100%

En relación a **disminución en la ejecución severa** del personal de enfermería y las demás variables, se encontraron los siguientes resultados

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Disminución en la Ejecución Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Rango de edad						
25 a 34 años.	1	16.6	2	22.3	1	14.3
35 a 44 años.	3	50.0	3	33.3	1	14.3
45 a 54 años	2	33.4	4	44.4	3	42.8
55 a 64 años	0	00.0	0	00.0	2	28.6
Total	6	100%	9	100%	7	100%

Fuente. Hojas de recolección de datos.

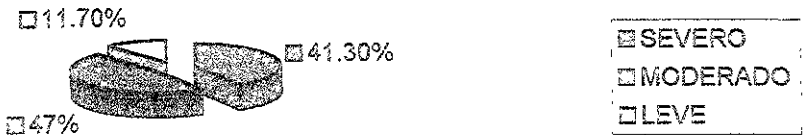
SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Disminución en la Ejecución Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Masculino.	0	00.0	2	22.3	0	00.0
Femenino.	6	100.0	7	77.7	7	100.0
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%
Tipo de pareja.						
Estable	2	33.4	1	11.2	1	14.4
No estable	2	33.3	6	66.6	3	42.8
Sin pareja.	2	33.3	2	22.2	3	42.8
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%
Los hijos.						
Con hijos	1	16.6	3	33.4	2	28.5
Sin hijos	5	83.4	6	66.6	5	71.5
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%
Especialidad.						
Sin especialidad	6	100.0	9	100.0	6	85.7
Con especialidad	0	00.0	0	00.0	1	14.3
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%
Medio de trabajo.						
Clinica (s)	3	50.0	4	44.5	5	71.5
Clinica y Hospital.	3	50.0	5	55.5	2	28.5
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%
Años de ejercicio en atención primaria						
9 años o menos	1	16.6	3	33.4	1	14.2
10 a 19 años	3	50.0	4	44.4	2	28.5
20 años ó más.	2	33.4	2	22.2	4	57.3
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos.

SUBESCALAS Y VARIABLES	CASOS DE ENFERMEROS (AS) DETECTADOS POR INSTITUCION.					
	I.S.S.S.T.E.		I.M.S.S.		S.S.A.	
Disminución en la Ejecución Severa y :	No.	%	No.	%	No.	%
Número medio de pacientes/turno.						
19 ó menos	0	00 0	1	11.2	2	28.5
20 ó más.	6	100 0	8	88 8	5	71.5
T o t a l.	6	100%	9	100%	7	100%
Tiempo medio en minutos/paciente.						
15' o menos	6	100 0	8	88 8	5	71.5
16' o más.	0	00 0	1	11 2	2	28.5
T o t a l	6	100%	9	100%	7	100%
Turno de trabajo						
Matutino o vespertino.	0	00.0	4	44 5	5	71 5
Mixto (ambos turnos).	6	100 0	5	55.5	2	28 5
T o t a l.	6	100%	9	100%	7	100%
Guardias (nocturnas)						
Si realizan.	2	33.4	5	55 5	2	28 5
No realizan.	4	66.6	4	44 5	5	71 5
T o t a l.	6	100%	9	100%	7	100%
Ciclo Vital Familiar						
Matrimonio.	1	16.6	1	11.1	1	14 3
Expansión.	1	16.6	1	11 1	1	14 3
Dispersión.	1	16 6	1	11 1	1	14 3
Independencia.	1	16.6	1	11 1	1	14 3
Retiro, jubilación o						
Nido vacío	2	33 6	4	44 5	2	28 5
No refirieron.	0	00 0	1	11 1	1	14 3
T o t a l.	6	100%	9	100%	7	100%

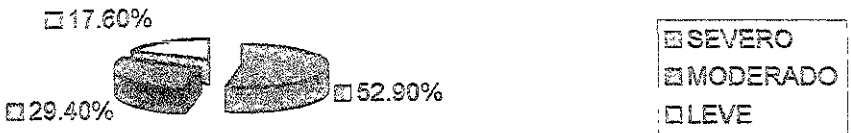
Fuente. Hojas de recolección de datos.

Gráfica no. 1.- Presentación en porcentajes de agotamiento emocional en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) del ISSSTE. en México D.F.



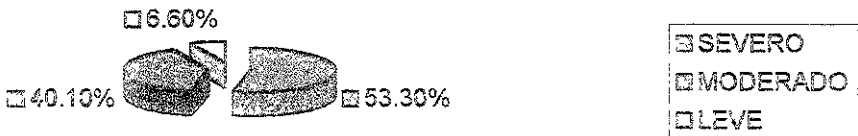
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 2.- Presentación en porcentajes de agotamiento emocional en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) del IMSS. en México D.F.



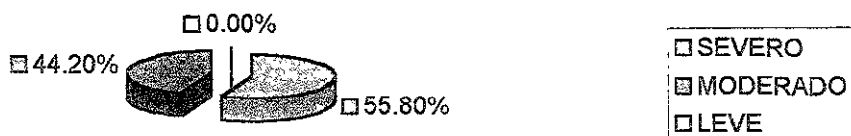
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 3.- Presentación en porcentajes de agotamiento emocional en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) de la SSA. en México D.F.



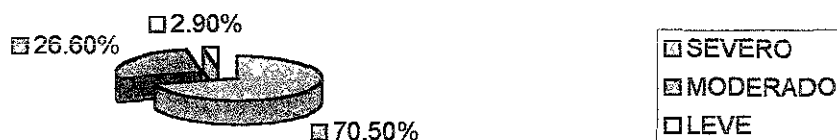
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 4.- Presentación en porcentajes de despersonalización en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) del ISSSTE. en México D.F.



Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 5.- Presentación en porcentajes de despersonalización en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) del IMSS. en México D.F.



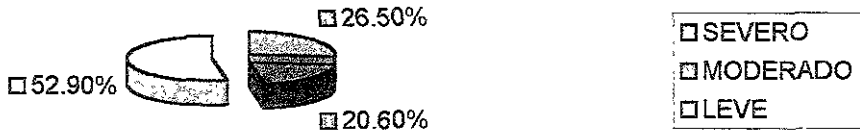
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 6.- Presentación en porcentajes de la despersonalización en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) de la SSA. en México D.F.



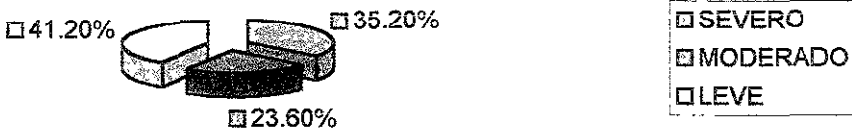
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 7.- Presentación en porcentajes de la disminución en la ejecución personal en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) del ISSSTE. en México D.F.



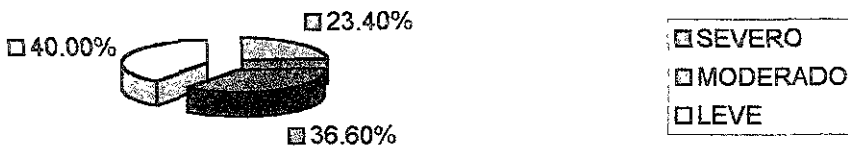
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 8.- Presentación en porcentajes de la ejecución personal disminuida en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) del IMSS. en México D.F.



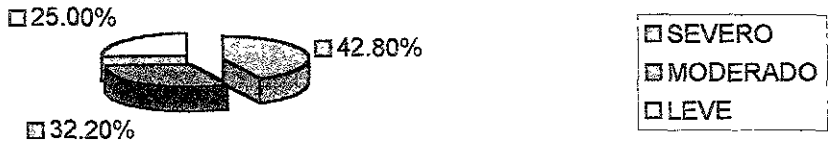
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 9.- Presentación en porcentajes de la disminución en la ejecución personal en sus diferentes grados, en un grupo de médicos (as) de la SSA. en México D.F.



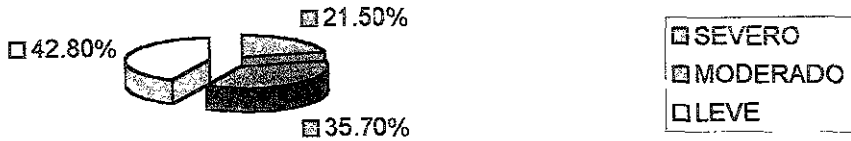
Fuente: Página no. 34.- Resultados de médicos (as), sección B.

Gráfica no. 10.- Presentación en porcentajes del agotamiento emocional en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeras del ISSSTE. en México D.F.



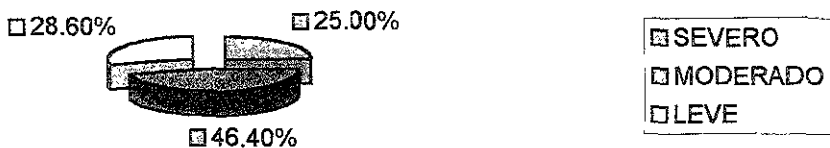
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 11.- Presentación en porcentajes del agotamiento emocional en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeros (as) del IMSS. en México D.F.



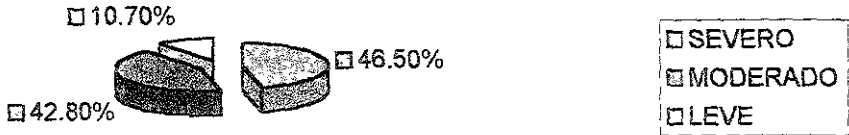
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 12.- Presentación en porcentajes del agotamiento emocional en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeras de la SSA. en México D.F.



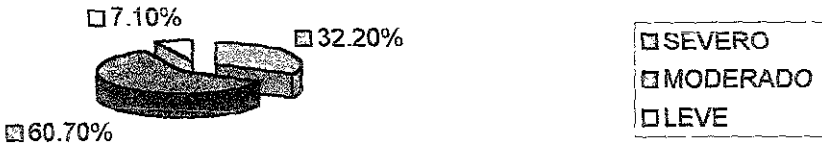
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 13.- Presentación en porcentajes de la despersonalización en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeras del ISSSTE. en México D.F.



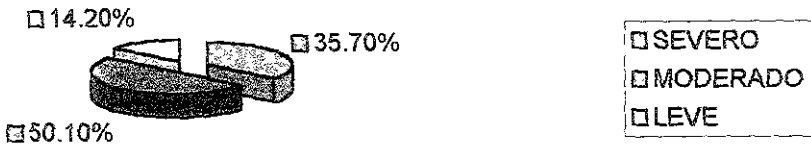
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 14.- Presentación en porcentajes de la despersonalización en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeros (as) del IMSS. en México D.F.



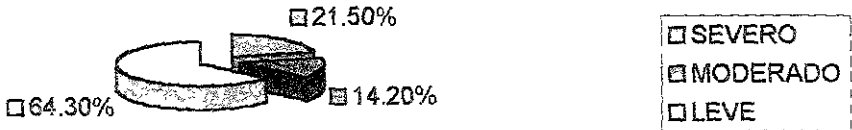
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 15.- Presentación en porcentajes de la despersonalización en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeras de la SSA. en México D.F.



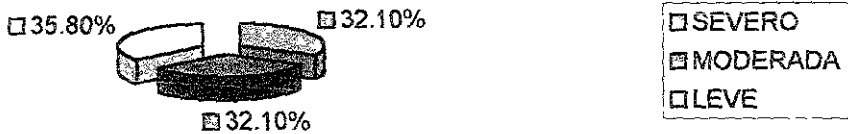
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 16.- Presentación en porcentajes de la ejecución personal disminuida en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeras del ISSSTE. en México D.F.



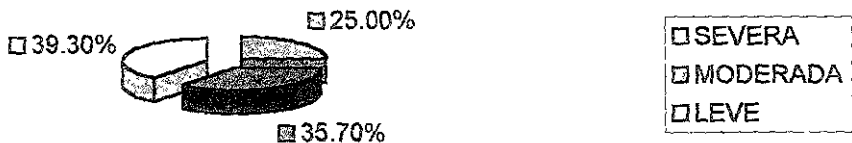
Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 17.- Presentación en porcentajes de la ejecución personal disminuida en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeros (as) del IMSS. en México D.F.



Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

Gráfica no. 18.- Presentación en porcentajes de la ejecución personal disminuida en sus diferentes grados, en un grupo de enfermeras de la SSA. en México D.F.



Fuente: Página no. 45.- Resultados de enfermería, sección B.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

En el presente estudio y referente con la presencia del síndrome de burnout en la población estudiada y su relación con el género sexo, se apreció mayor frecuencia de afección en las mujeres en los tres componentes, por lo que coincide con los resultados y comentarios de Atance Martínez (1995) y con los de Franco Bontempo (1999), quienes refieren en sus estudios que es más frecuentemente afectado el sexo femenino, pero si difieren de los comentarios de Olivar Castrillón (1999) ya que según él, encontró mayor afección en varones

En relación con la frecuencia general del síndrome, se detectó que todos los médicos (as) y enfermeros (as) participantes en el estudio se encontraban afectados en alguno o en todos los componentes del síndrome de burnout en grado leve, moderado o severo (grave), y que el 48.9% del total de médicos (as) y el 29.7% de los enfermeros (as) de las 3 instituciones de salud se encontraban con agotamiento emocional grave, con despersonalización severa se encontraban el 65.3% del total de médicos (as) y el 38% del personal de enfermería, con disminución severa en la ejecución personal se encontraban el 28.5% del personal médico y el 26.1% del personal de enfermería de las tres instituciones. El 16.3% del personal médico y el 14.2% del personal de enfermería se encontraban afectados en dos o tres de los componentes del burnout

Referente a los grupos de edad, los médicos (as) y enfermeros (as) que se encontraban entre los 35-54 años de edad son los más afectados en alguno o en todos los componentes del síndrome de burnout, éste hallazgo concuerda con el de R. De Pablo González y Suberviola González (1998), parcialmente con los de Atance Martínez quien refirió que es más frecuente en mayores de 44 años, pero no concuerda con los de Franco Bontempo (1999), quien refiere que la afección más frecuente se presenta en los menores de 28 y mayores de 50 años de edad. también se coincide con los de Garza Elizondo (1999) quien encontró en su estudio sobre ansiedad en el personal de enfermería que la edad promedio fue de 35 años. Se coincide también con Cruz Cañas (1994) que en su estudio sobre satisfacción del personal de enfermería encontró una edad promedio de 33 años, lo cual se encuentra dentro del rango de edad observado en el presente estudio. Estas diferencias indican que no hay una relación directa entre la edad y el síndrome de burnout

En cuanto al tipo de pareja se detectó que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no es estable, y en relación con los hijos, que es más frecuente en aquellos que no tienen hijos, tales profesionistas sufren con mayor severidad la afección en alguno o todos los componentes del burnout, lo cual concuerda con las afirmaciones de Franco Bontempo (1999) en ambos aspectos, quien afirma que los miembros del equipo de salud que no tienen pareja o que la tienen pero no es estable (unión libre, solteros, casados, divorciados, viudos) y/o aquellos que no tienen hijos son los más afectados; y se está de acuerdo con los de los de Atance Martínez (1995) quien apreció

resultados similares a los de Franco Bontempo en cuanto al estado civil, pero no se coincide con el mismo autor respecto a los hijos ya que él no encontró diferencias significativas para ninguna de los componentes del síndrome. Por otra parte Olivares Castrillón (1999) tampoco encontró diferencias en éste aspecto.

En cuanto a la capacitación profesional afecta más frecuentemente y en todos los componentes, así mismo con mayor severidad a los médicos (as) generales, afecta más al personal de enfermería como son auxiliares o generales, lo cual concuerda con los resultados de Garza Elizondo (1999).

Respecto al medio de trabajo se encontró que afecta con mayor frecuencia a los médicos (as) y enfermeros (as) que laboran en dos clínicas diferentes, pero con mayor severidad a los que trabajan en clínica y además en algún hospital quizá por las labores que el trabajar allí implica.

En cuanto a la antigüedad en la atención primaria existe mayor afección en alguno o todos los componentes del burnout en aquellos profesionales de la salud implicados en este estudio que tienen entre 11 a 19 años de ejercicio en éste nivel, en relación con enfermería éste hallazgo concuerda con el de Garza Elizondo (1999).

De acuerdo al número medio de pacientes por turno y el tiempo medio en minutos que dedican por consulta a cada paciente en su relación con los componentes del burnout, 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 16 minutos a cada paciente por consulta por lo cual se está de acuerdo con Atance Martínez (1995) quien indica que la afección en los diferentes componentes se da con mayor frecuencia y severidad en aquellos profesionistas que atienden 21 pacientes o más, lo que condicionaría una sobrecarga de trabajo, por lo cual también se está de acuerdo con Franco Bontempo (1999) quien precisó "podría pensarse que debido a que su trabajo implica atender diversas y variadas enfermedades, es una fuente de agotamiento, tensión y sobrecarga de trabajo". Así mismo concuerda con los hallazgos de Garza Elizondo (1999) respecto a que en su estudio el 45.6% del personal de enfermería consideraba tener mucha sobrecarga de trabajo, mientras que el 12.6% muchísima y el 41.8% poca o regular.

Referente al turno de trabajo, los médicos (as) y enfermeros (as) que trabajan en dos turnos (matutino y vespertino) se ven afectados con mayor frecuencia y gravedad por el burnout en alguno de sus componentes o en todos, quizá debido al mayor número de pacientes que tratan, el atender a la problemática de más pacientes, al cansancio físico que esto representa y al mayor esfuerzo que lo anterior implica, por lo que se concuerda con Atance Martínez (1995) que indica en relación con la presión asistencial y sobrecarga laboral.

La importancia de atender muchos pacientes con las características que se mencionaron conduce a mayor afección en alguno de los componentes del burnout y en los cuales en alguno de ellos puede ser más frecuente y más severa la afección, también se concuerda con Franco Bontempo (1999) quien comentó “que los profesionistas se encuentran en riesgo de desarrollar niveles más altos de burnout debido a que su trabajo es altamente demandante e implica un continuo contacto con seres humanos necesitados que sufren e incluso moribundos

Por otro lado, los profesionistas de la salud que además de su empleo en el día realizan guardias se ven más severamente afectados en los tres componentes del burnout como se apreció en el presente estudio, por lo que se está de acuerdo con la literatura referida

Referente al ciclo vital familiar, las fases en que se encontraba el personal médico y de enfermería fue con mayor frecuencia las de dispersión primeramente, seguida de la de independencia, pero los médicos (as) y enfermeros (as) más severamente afectados son los que se encuentran en las etapas de retiro, jubilación o también conocida como nido vacío, seguidas de la de matrimonio y expansión y de algunos que no tenían pareja ni hijos, los cuales no se pudieron incluir en ninguna fase de las anteriores

CONCLUSIONES.

A la vista de los resultados que se obtuvieron se llegó a las siguientes conclusiones

1. El síndrome de burnout es una entidad que se presenta con mucha frecuencia, que tiene características propias que la hacen diferente de otras entidades psicopatológicas, que afecta a un alto porcentaje de los profesionistas de la salud participantes en este estudio y que casi todos ellos han cursado con algún grado de afección en alguna de las subescalas o componentes que lo conforman.
2. En lo que respecta al 1er objetivo específico se detectó al comparar los resultados, que de los médicos de las tres instituciones de salud, los del I.M.S.S son más frecuentemente afectados en forma severa en cualquiera de los tres componentes del burnout, ahora bien después de éstos, los médicos (as) y enfermeros (as) de la S.S.A son más frecuentemente afectados en lo referente al agotamiento emocional y la despersonalización, mientras que para la disminución en la ejecución personal severa después del personal médico y de enfermería del I.M.S.S. los del I.S.S.T.E. son más afectados, seguidos por los de la S.S.A.
3. Hay un perfil de riesgo para que estos profesionales de la salud sufran una afección severa en alguno o en todos los componentes del burnout, que es: tener una edad entre 35 a 54 años, sexo femenino, sin pareja ó con pareja pero no estable, sin hijos, sin especialidad, o con alguna diferente a la Medicina Familiar (en caso de ser médica ó ser auxiliar en el caso de enfermera), que trabaje en dos clínicas ó en clínica y hospital, que tenga de 10 a 19 años de laborar en la atención primaria, que atienda a más de 20 pacientes por turno, que dedique más de 16 minutos de atención a cada paciente por consulta, que trabaje en turno mixto (mañana y tarde), que independientemente de su turno diurno de trabajo realice guardias nocturnas y que se encuentre en la fase del ciclo vital de retiro, jubilación también conocida como nido vacío ó en fase de matrimonio o expansión. Al identificar las características mencionadas se cumplió con este objetivo.
4. Se encontraron más médicos (as) y enfermeros (as) afectados con despersonalización severa, seguidos por los que tienen agotamiento emocional severo y por último por los que tienen disminución en la ejecución personal severa.
5. Los participantes percibieron que cursan con problemas en los ámbitos personal y familiar, así como con trastornos psicósomáticos como son neurodermatitis, alteraciones
6. gastrointestinales (gastritis, colitis, dolor abdominal frecuente) y alteraciones respiratorias, siendo más frecuentes en los médicos (as) del I.M.S.S, seguidos por los del I.S.S.T.E. y por último por los de la S.S.A, y en relación a enfermería, en los que más se apreciaron repercusiones fué en los de la S.S.A, seguidos por del I.M.S.S. y por último por los del I.S.S.T.E.

7. Referente al ámbito familiar las principales repercusiones en el personal de salud de las tres instituciones son problemas de pareja, poca convivencia con la familia y violencia intrafamiliar, lo cual se presenta más frecuentemente en el caso de los médicos (as) del I.M.S.S , seguidos por los de la S.S.A y por último por los del I.S.S.S.T.E , en el caso de enfermería los del I.M.S.S, seguidos por los del I.S.S.S.T.E y por último los de la S.S.A.

8. De acuerdo con la experiencia obtenida durante la aplicación del Maslach Burnout Inventory se comprobó que es útil para la detección del síndrome de burnout en todos sus componentes, en el personal de salud, que es de fácil comprensión y aplicación para el encuestado y para el encuestador

RECOMENDACIONES.

Con base en los resultados del estudio a continuación se presentan algunas recomendaciones

1. Realizar más investigaciones al respecto, en la que se incluyan también a los médicos y enfermeras de otras clínicas del instituto
2. Realizar más investigaciones sobre las características laborales, centros de trabajo y relaciones interpersonales entre los profesionistas, de las diferentes instituciones de salud, para detectar los factores que propician la presentación del síndrome de burnout con una frecuencia muy alta
3. Implementar programas por parte de las universidades y facultades de la carrera de Medicina nacionales y de las instituciones pertenecientes al sector salud (I.S.S.T.E., I.M.S.S., S.S.A., etc.) sobre conocimiento, prevención, control, y tratamiento del síndrome de burnout en estudiantes de medicina, y personal médico y paramédico de las mismas, en los que se resalte la importancia de los mismo para beneficiar el estado biopsicosocial de los profesionistas de la salud y de las instituciones donde laboren
4. Fomentar el conocimiento y la práctica de técnicas de relajación y formas de canalizar el estrés desde el inicio de los estudios de la carrera profesional y durante toda la capacitación y adiestramiento en alguna especialidad o subespecialidad, donde se enfatice la importancia de estas, para el presente y futuro éxito académico y/o profesional de los médicos (as) y enfermeros (as)
5. Valdría la pena hacer un estudio con el que se pueda encontrar la relación causal entre los aspectos psicosomáticos con el síndrome de burnout

BIBLIOGRAFIA.

1. Franco Bontempo María Ximena, El síndrome de burnout o agotamiento en médicos y enfermeras, III Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio, de la Asociación Mexicana de Tanatología, A C y la Asociación Internacional de Tanatología y Suicidiología 1997, México D F . Tomo I
2. Franco Bontempo María Ximena, Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos, Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría 1999, 6(34): 252-260
3. Atance Martínez J.C ; Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario, Revista Española de Salud Pública, internet, <http://www.msc.es/revistas/resp/199703/burnout.htm>
4. De Pablo González R., Suberviola González J F , Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria, Atención Primaria 1998; 22(9): 580- 584
5. Olivar Castrillón C., González Morán S , Martínez Suárez M M , Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias, Atención Primaria 1999. 24 (6) 352-359
6. Mira J J , Llinas G , Gil V , Orozco D , Palazon I , Vitaller J., Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria, Atención Primaria 1998, 21(1) 14-22
7. Mira J. J , Vitaller J , Buil J A , Aranaz J , Rodríguez-Marín J , Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Atención Primaria 1994, 14(10) 1135-1140
8. Clúa Espuny J L , Aguilar Martín C., La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública Resultados de una encuesta, Atención Primaria 1998, 22(5) 308-313
9. Loayssa Lara J R , García García M , Gaminde Inda I , Vilches Plaza C., Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente, Atención Primaria 1995, 15 (6) 390-392
10. Garza Elizondo M E , De León Ledezma M A , Estada Ramírez M T , Lopez Nuñez M G , Urbano Velázquez M E , Salinas Martínez A M , "et al". Ansiedad laboral en personal de enfermería, Atención Primaria 1999, 23 (3) 116-119
11. Cruz Cañas E , Vázquez Gallego J , Aguirre Trigo V , Fernández San Martín M I., Villagrasa J R., Andradás Aragonés V ; Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería, Atención Primaria 1994, 13 (9). 469-473

BIBLIOGRAFIA.

- 12 Holmes Jeremy, La salud mental de los médicos. Revista Avances en Psiquiatría (Journal of Continuing Professional Development. The Royal College of Psychiatrists) 1997, ed 1ª en español 3-4.
- 13 Nebot M, Solbes A., El tabaquismo y los profesionales de atención primaria algo se mueve, Atención Primaria 1998, 22 (5) 267-268
- 14 Jiménez Genchi Alejandro, Díaz Ceballos Moreno María de los Angeles. Suicidio factores de riesgo; Revista de la Facultad de Medicina U N A.M 1998, 41(3).104-106.
- 15 Montalbán Sánchez J, Relación entre ansiedad y dinámica familiar, Atención Primaria 1998, 21 (1): 29 - 34
- 16 Malterud Kirsti, Shared Understanding of the Qualitative Research Process Guidelines for the medical researcher, The Journal of Family Practice 1993, 10 (2): 201 - 206
- 17 S Skolnik Neil, R Smith Dave, Diamond James. Professional Satisfaction and Dissatisfaction of Family Physicians. The Journal of Family Practice 1993, 37 (3). 257 - 263.
- 18 Hale Robert , De que manera nos enferman nuestros pacientes, Revista Avances en Psiquiatría (Journal of Continuing Professional Development ; The Royal College of Psychiatrists) 1997, ed. 1ª en español 5 - 9
- 19 Guthrie E., Black D ; Enfermedad psiquiátrica, estrés y aniquilamiento. Revista Avances en Psiquiatría (Journal of Continuing Professional Development, The Royal College of Psychiatrists) 1997, ed. 1ª en español 25 - 30
- 20 F Myers Michael, El manejo de los problemas de salud de los estudiantes de medicina, (Journal of Continuing Professional Development ,The Royal College of Psychiatrists) Revista Avances en Psiquiatría 1997, ed 1ª en español 10 - 16
- 21 Wilhelm K. Et. Al , Prevención y tratamiento de la disfunción en los médicos, (Journal of Continuing Professional Development, The Royal College of Psychiatrists) Revista Avances en Psiquiatría: ed 1ª en español 1997 . 17 - 24
- 22 A Roberts G ; Prevención del aniquilamiento, (Journal of Continuing Professional Development, The Royal College of Psychiatrists). Revista Avances en Psiquiatría 1997, 1ª ed en español . 31 - 37

BIBLIOGRAFIA.

23. M. Wrate R , J Baldwin P , La salud de los médicos del mañana Obstáculos para la búsqueda de ayuda profesional, (Journal of Continuing Professional Development: The Royal College of Psychiatrists). Revista Avances en Psiquiatría 1997, ed. 1ª. en español · 31 – 37
- 24 E. Straus Stephen, Chronic Fatigue Syndrome En Fauci Anthony , Braunwald Eugene, Isselbacher Kurt , Wilson Jean, Martin Joseph, Kasper Dennis, Harrison's Principles of Internal Medicine; United States of America Interamericana – Mc Graw,Hill, 1998, 2483 – 2485
- 25 Kesteven Sue, Mann Sheila, Sims Andrew, Procedimientos de Salud del Consejo Médico General, (Journal of Continuing Professional Development,The Royal College of Psychiatrists) Revista Avances en Psiquiatría 1997, ed 1ª en español 44 – 50
- 26 Brandon Sydney; Como persuadir a los médicos disfuncionales a buscar tratamiento; (Journal of Continuing Professional Development; The Royal College of Psychiatrists) Revista Avances en Psiquiatría 1997, ed 1ª. en español. 51 – 56
- 27 Franco Bontempo Maria Ximena; Manual Integral de Prevención del Síndrome de Burnout en médicos, enfermeras y paramédicos, III Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio, de la Asociación Mexicana de Tanatología A C y la Asociación Internacional de Tanatología y Suicidiología 1997, México D F Tomo I
- 28 Grant Peter; Chronic Fatigue Síndrome. internet [http //www.medicineau.net.au/clinical/medicine/CFS.html](http://www.medicineau.net.au/clinical/medicine/CFS.html) Chronic Fatigue Síndrome, 1 – 40
- 29 Irigoyen Coria Arnulfo, Gómez Clavelinz F J , Fundamentos de Medicina Familiar, Ed Medicina Familiar Mexicana, ed 5ª . México D F 1998, pp 1-16
- 30 Ibañez Brambila Berenice, Manual para la Elaboración de Tesis, Ed Trillas, ed 2ª , 4ª reimpresión, México D.F 2000; pp 23-186
- 31 Méndez Ramírez I, Nahimira Guerrero D, Moreno Altamirano I., Sosa de Martínez C, El Protocolo de Investigación, Ed Trillas, 1ª Ed 1984,1ª reimpression, México D F 1986, pp 11-198