



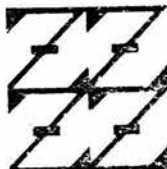
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DEL SERVICIO MEDICO MILITAR Y SU
RELACION CON EL TRABAJO EN ÁREAS CRÍTICAS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
RODRÍGUEZ BELTRÁN JESMY
URQUIZA BALTAZAR GABRIELA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO ES JE
DE NUESTRA REFLEXION

DIRECTOR: LIC. SARA UNDA ROJAS

ASESOR: JORGE SANDOVAL OCANA



SEPTIEMBRE 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



A MI PADRE:

Gracias por confiar siempre de mis actos y decisiones, porque eso me dio la motivación para culminar y no estancarme como lo presentía. Y por enseñarme que todo lo que se desea a corto o largo plazo hay que ganárselo. Porque todo el amor y apoyo demostrado durante el transcurso de mi niñez me enseñó a responsabilizarme de mi vida

A MI MADRE:

Por haberme dado la vida y a su apoyo y cariño incondicional y respeto a mis decisiones. Dicen que los padres nunca son amigos, Pero tu eres la única y mejor de mis amigas. Gracias por tu confianza.

A MIS HERMANOS:

Esperando que cumplan todas sus Metas y me contemplen como su apoyo. Nunca sigan el ejemplo de nadie sean siempre únicos y auténticos.

ARTURO dale prioridad a lo que te beneficia y no a lo que se te facilita.

VERE demuestra que el ser mujer no te imposibilita triunfar y llegar hasta donde te lo propongas.

MIRIAM nunca dudes que puedes contar conmigo y los tuyos. Gracias por enseñarnos que tu lucha tiene un fin positivo.

A ROGER

Con cariño por ser mi niño y amigo fiel.

A DAVID:

Mi agradecimiento por ser mi compañero y patrocinador oficial, y que a pesar de tu pasividad te encuentras presente en cuerpo en cada momento especial para mi.

JEIMY

A MI MADRE:

Por haber estado en todo momento en que te he necesitado, escucharme, orientarme y por no dejarme caer. Por tu apoyo, tu cariño y por enseñarme con tu ejemplo a cada día ser mas fuerte, y salir avante en los problemas.

A MI HIJA:

Fer, por el amor que siempre me demuestras, por todos los momentos de satisfacción y alegría que me brindas y lo orgullosa que me haces sentir cuando te veo, motivándome a ser mejor.

A MI HERMANA:

Por tu ayuda, tu inteligencia que sigues demostrando al llevar tu vida así como hasta hoy, por tu cariño, tu amistad, apoyo, comprensión, por todo lo compartido conmigo en el transcurso de la vida. Gracias por demostrarme que se puede superar todo por duro que pueda ser, que puedes ser tu misma, ayudarme a creer en mi y por ser la mejor de las hermanas.

A TI:

Que siempre estuviste a mi lado y porque sé que me amas.

GABRIELA

De una manera muy especial a:

Mayor M. C. Psiq. José de Jesús Almanza Muñoz.

Por el apoyo, paciencia, asesoría y todas las
facilidades brindadas para llevar a cabo
la presente tesis.

JEIMY Y GABRIELA

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
 CAPITULO 1	
SÍNDROME DE BURNOUT	5
1.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIONES	5
1.2 DIFERENCIACIÓN ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT Y OTRAS ENTIDADES	9
1.3 PERSPECTIVAS Y MODELOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	16
1.3.1 Perspectivas	17
1.3.2 Modelos del desarrollo de síndrome de burnout	18
1.3.3 Modelos explicativos del síndrome de burnout	20
1.4 CAUSAS	28
1.4.1 Factores que predisponen el desarrollo del síndrome de burnout	28
1.4.2 Consecuencias	32
1.5 FACTORES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SU RELACION CON EL BURNOUT	35
1.5.1 Factores laborales, socioculturales, y personales o individuales	35
1.5.2 Estrategias de afrontamiento	36
1.5.3 Características demográficas	41
1.6 ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE BURNOUT Y PROFESIONALES DE LA SALUD	48
 CAPITULO 2	
ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA	60
2.1 CONTEXTO GENERAL	60
2.1.1 Proceso de trabajo hospitalario	62
2.1.2 Fases evolutivas del trabajo hospitalario	66
2.1.3 Responsabilidad institucional	68
2.1.4 Responsabilidad política administrativa	69
2.2 PROFESIONALES DEL SERVICIO	70
2.2.1 Relación médico-paciente	70
2.2.2 Relación enfermero (a) – paciente	77
2.2.3 Áreas críticas y no críticas	79

CAPITULO 3

CONTEXTO MILITAR	83
3.1 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	83
3.2 EDUCACIÓN MILITAR	87
3.2.1 Educación del médico militar	91
3.2.2 Educación de la enfermera militar	93
3.3 TRABAJO HOSPITALARIO MILITAR	95
3.3.1 Hospital Central Militar	101
3.3.2 Clínica de Especialidades de la Mujer	106
METODOLOGÍA	110
OBJETIVO GENERAL	110
OBJETIVOS PARTICULARES	110
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	110
HIPÓTESIS	111
VARIABLES	111
METODO	114
MUESTRA	114
SUJETOS	114
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	115
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	115
INSTRUMENTOS	115
DISEÑO	119
PROCEDIMIENTO	119
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	120
RESULTADOS	121
DISCUSIÓN	135
CONCLUSIONES	148
BIBLIOGRAFÍA	151
ANEXO	156

INTRODUCCIÓN

El interés por estudiar el síndrome de burnout en la presente investigación se debe a que en México existen pocas publicaciones e investigaciones respecto al tema, específicamente si se refiere a médicos y enfermeras. La importancia del estudio del Síndrome en los profesionales de salud; es porque repercute negativamente tanto en el prestador de servicio como al solicitante, disminuyendo la calidad de atención hacia los pacientes llevando incluso al trato deshumanizado a los mismos, dañando de igual manera el prestigio de la institución. Tomando en cuenta que la asistencia médica resulta fundamental para el bienestar tanto físico como psicológico en personas que padecen alguna enfermedad o que han sufrido una lesión, se considera importante analizar el nivel de Burnout que experimentan ya que pueden ser un factor que obstaculice la recuperación y rehabilitación de los pacientes.

Asimismo el impacto de la investigación radicó en el estudio del medio militar, población todavía no estudiada por otros investigadores, quizá por el papel que juega dentro del país de orden, protección y disciplina, cuya obligación es estar al servicio de la Nación y/o las restricciones institucionales que esto implica, no existe apertura al medio civil. La vida militar predispone a padecimientos relacionados con el estrés, por lo que las acciones de prevención y detección oportuna son indispensables para garantizar el nivel adecuado de salud mental del elemento humano. Por lo cual resulta interesante conocer como todas estas características (disciplina) influyen en beneficio ó perjuicio a la población civil.

Por su parte la peculiaridad básica del Burnout se ha conceptualizado como un proceso que ocurre entre los profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; y desafortunadamente pocos cuestionan que el estrés derivado de la realización del trabajo, es una de las principales causas de enfermedad laboral y de absentismo, asociado a multitud de accidentes, por lo cual es relevante pensar en mejorar la salud y calidad de vida laboral de los trabajadores. Los cambios ocurridos en el entorno socioeconómico y en el mercado han contribuido significativamente al desarrollo y a la extensión de dicho Síndrome en la actualidad. Entre estas transformaciones se encuentran los cambios en la estructura de los sectores económicos, que han originado un fuerte crecimiento del sector servicios, y la aparición de nuevas formas de trabajo caracterizadas por la necesidad de trabajar más tiempo en contacto con las personas hacia las que dirige su trabajo.

Por lo tanto en el primer capítulo se abarcó una revisión bibliográfica sobre *el Síndrome de Burnout*: antecedentes y definiciones, diferenciación con otras entidades, perspectivas y modelos, causas, consecuencias, factores, características sociodemográficas y estudios realizados por otros autores sobre el mismo tema. El segundo capítulo incluye una revisión teórica acerca de la *Organización Hospitalaria*: contexto general, proceso de trabajo hospitalario, fases evolutivas, responsabilidad institucional y política administrativa, profesionales del servicio, así como la relación médico-paciente y enfermero-paciente, y por último las áreas críticas. En el tercer capítulo se describe el *Contexto Militar*: educación militar y contexto hospitalario militar.

Así mismo la intención es proporcionar elementos que sirvan como base para investigaciones futuras y aspectos relevantes que contribuyan a la prevención del Síndrome de Burnout.

CAPITULO 1

SÍNDROME DE BURNOUT

1.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIONES

En 1974 Herbert Freudenberger acuñó el término de Burnout para describir lo que les pasa a algunos profesionales, pensando en lo que queda después de un incendio: es decir una imagen devastadora, aquello que antes era una estructura vital, ahora es desolación, donde antes había actividad, ahora sólo hay pedazos de energía y vida.

Freudemberger planteó que el síndrome de Burnout hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo. Posteriormente en 1975 concluye que “este estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables”. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por su parte Cherniss en 1980 lo define como “un proceso que comprende cambios negativos en las actitudes y la conducta del profesional que brinda un servicio a seres humanos, en respuesta a una experiencia de trabajo demandante, frustrante y poco gratificante”. Para Edelwich y Brodsky (1980) es “una pérdida progresiva del idealismo, energía y el propósito, experimentado por la gente que se dedica a profesiones de ayuda, como resultado de su trabajo”.

La definición más aceptada del síndrome de Burnout es la propuesta por Maslach y Jackson (1981), quienes consideran que tal síndrome es una forma inadecuada de afrontamiento a un estrés laboral crónico cuyos rasgos principales:

-Agotamiento emocional. Comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. El sujeto se siente desgastado físicamente, sin energía para afrontar otro día y se siente que ya no puede ofrecer más de sí mismo. Para evitar este agotamiento emocional, el individuo reduce su contacto con la gente a lo mínimo indispensable, llegando a la despersonalización.

-Despersonalización. Consiste en el desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de alejamiento, rechazo o descuido hacia las personas a quines destina el trabajo; de esa forma, el sujeto intenta superar la falta de recursos emocionales, y trata a los demás como objetos o números, privándolos de su condición de personas. El individuo puede sentir angustia y/o culpa debido a su conducta negativa, lo que conduce a una ejecución personal disminuida.

-Falta de realización personal. Es la percepción de que los logros profesionales y/o personales quedan debajo de las expectativas personales. Surge al comprobar que las demandas exigidas al profesional exceden su capacidad para atenderlas, llevando sentimientos de minusvalía, fracaso y baja autoestima, así como de rechazo tanto a sí mismo, como a los logros laborales alcanzados (Maslach y Jackson, 1981).

Jones (1982) lo entiende como “un síndrome de agotamiento físico y emocional que conlleva el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto profesional, rencor, dureza, y pérdida de interés por las personas hacia las que se trabaja”. (Gil-Monte y Peiró, 1997)

Padró en 1982 lo define como “un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente. Involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando en los individuos un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida de interés por los pacientes”.

Por su parte, Fischer (1983) lo consideró como “un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos”. Price y Murphy (1984) lo entienden como “un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral caracterizándolo por sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, y aislamiento”. (Gil-Monte y Peiró, 1997)

Pines y Aronson (1988) lo conceptualizan como “un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general y baja autoestima”. Riordan y Saltzer (1992) proponen una definición originada en un ambiente hospitalario: “burnout es un mecanismo de afrontamiento utilizado por los miembros del staff, para distanciarse emocionalmente del paciente, lo cual les da la posibilidad de poder seguir trabajando en ese campo”.

Para Rodríguez-Marín (Gil-Monte y Peiró, 1997) el síndrome de burnout debe ser entendido como “una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos; es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generando en la protección profesional-cliente, y en la relación profesional-organización”.

Un estado de agotamiento resultante de un estrés prolongado se experimenta como una pérdida de energía, que no se repone después de unos pocos días de descanso. Este sentimiento de pérdida de energía según Appels forma los síntomas clave del <<Burnout>>. (Buendía, 1998).

Shirom lo define como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo. El concluye también que, el burnout no se solapa con otros conceptos establecidos de la ciencia de la conducta. (Buendía, 1998).

En esta investigación se definirá el Síndrome de Burnout como una forma inadecuada de afrontamiento a un estrés laboral crónico que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.

Definiendo como componentes principales:

* **Agotamiento Emocional.**- situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo; es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con otras personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

* **Despersonalización.**- desarrollo de sentimientos negativos, y actitudes de alejamiento, rechazo o desvuido hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.

* **Falta de Realización Personal.**- tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atiende, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

1.2 DIFERENCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y OTRAS ENTIDADES.

Un aspecto que es importante abarcar respecto a la definición el síndrome de Burnout es el de la diferenciación con otros conceptos.

Es fundamental entender que el Síndrome Burnout tiene una entidad propia, ya que presenta características diferenciales respecto a otras entidades con las que podría confundirse (Da Silva, 1999), como el tedio o aburrimiento, depresión, estrés, alienación, insatisfacción laboral, ansiedad y fatiga, por lo cual es importante hacer una diferenciación entre estas.

El tedio. Es considerado la respuesta a presiones físicas o psicológicas de carácter crónico y que el síndrome de Burnout el resultado de una presión emocional de carácter crónico que se asocia a una intensa y prolongada implicación con las personas a las que se atiende pero, posteriormente han abandonado esta diferenciación y han señalado que el Burnout engloba al tedio, de forma que éste es un síntoma de aquél.

El tedio según el "Burnout Measure" lo estima como una mezcla de agotamiento físico, agotamiento emocional y sentimientos de fatiga. Algunos investigadores usan la estimación de tedio como indicador del síndrome de Burnout, considerando ambos constructos como similares; lo cual ha contribuido a enturbiar la conceptualización y delimitación del concepto de Burnout.

Pines y col. (1981) han señalado que es aconsejable limitar el uso del término de Burnout a profesiones de ayuda cuyo profesionales trabajan con personas como objeto de trabajo, y emplear el término de tedio para referirse al mismo fenómeno en los sujetos que trabajan en otras ocupaciones (Gil-Monte y Peiró, 1997).

La palabra **estrés** se deriva del *latín* y del griego *stringere*, que significa tensión; su uso se popularizó en los siglos XIV y XVII, haciendo referencia a la dureza, tensión, adversidad o aflicción (Acosta y Castillo, 1987; Anguiano, 1997; Almirall, 1995). En la vida cotidiana, tanto en las pláticas informales como diversos escenarios se señala que el estrés es responsable de muchos de los problemas que aquejan en la sociedad. Los problemas de violencia ciudadana, la desintegración de la familia, los conflictos de pareja, el bajo desempeño escolar y los distintos problemas de la vida laboral, son resultado del estrés (Orlandini, 1999).

Por su parte Fernández y Palmero (1999) lo definen como una respuesta psicofisiológica del ser humano y donde la evaluación implica también un contenido emocional.

Para Sandoval (2004), es una respuesta de carácter psicofisiológica e inespecífica que se presenta ante determinadas circunstancias externas al individuo y que es resultado de la valoración cognitivo/emocional de la situación por parte del sujeto; dicha respuesta tiene una finalidad adaptativa y de emergencia necesaria para la supervivencia. Esto es, el estrés presupone una relación entre el entorno y el individuo que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que puede poner en peligro su bienestar o su integridad psicofísica.

Lazarus y Folkman(1991), lo clasifican en dos tipos de valoración que hace el individuo sobre los eventos estresantes. La primaria y secundaria, de la primera se identifican tres clases: a) la irrelevante, b) la benigna positiva y c) la propiamente estresante. De estas últimas se desprenden a su vez aquellas que 1) Implican daño o pérdida, 2) las de amenaza y 3) las que significan un desafío. Para el caso de las situaciones de trabajo, las valoraciones que derivan en estrés son fundamentalmente del tipo daño o pérdida y las de amenaza.

El estrés se manifiesta de dos maneras: como positivo y negativo; lo cual depende precisamente de la valoración que el individuo hace del hecho; el primero se conoce como *eustrés* y puede proporcionar placer, satisfacción y sentido de "realización", puede contribuir a mejorar el desempeño del individuo; el segundo, como *distrés* se expresa como malestar, disgusto o daño, paraliza a el sujeto o lo lleva a tener respuestas inadecuadas; la mayor parte de la condiciones de trabajo son fuente indiscutible de distrés (Ivancevich y Matteson,1985), (Souza,1988)

Para Ridruejo (1996) surge como resultado de una acción positiva del organismo para asegurar su adaptación y en ese sentido, merece una calificación ajustada a los fines que persigue. Esa acción de alguna forma, se pervierte cuando, en razón de la intensidad, de la permanencia o de la incapacidad, obliga al organismo a arrastrar unas consecuencias dañinas.

La diferencia básica entre el estrés y el síndrome de burnout radica en que el estrés tiene efectos tanto positivos (*eustrés*) como negativos (*distrés*) para la vida del sujeto a partir de la valoración cognitivo/emocional de la situación cuya finalidad es de adaptación y emergencia necesaria para la supervivencia. Y el burnout sólo tiene efectos negativos para el profesional, lo cual se origina por el trabajo con personas.

Quizá la confusión se dé entre el **dístrés** y **burnout**, sin embargo la diferencia es que el **dístrés** se origina por condiciones en general y del sujeto; y para la presencia de **burnout** su fuente principal es la condición trabajo con personas, es decir es una respuesta inadecuada a el **estrés** laboral crónico.

Uno de los conceptos que más debate ha generado con relación a su diferenciación conceptual respecto al síndrome de **Burnout** ha sido el de **depresión** ya que presentan ciertas similitudes, como **cansancio**, **retiro social**, y **sentimientos de fracaso**. Además existe cierto solapamiento entre **depresión** y los **sentimientos de agotamiento emocional**.

Sin embargo existen diferencias consistentes. **Leiter y Durup (1994)** señalan que el síndrome de **Burnout** es fundamentalmente un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la **depresión** es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales (**Gil-Monte y Peiró, 1997**).

En cuanto a la **alienación** para **Gómez y Sandoval (1989)** hay dos grandes formas en que sucede la alienación o enajenación:

- a) "por los objetos" (también llamada **objetal**): la cual consiste en que las cosas producidas por los hombres se convierten en un especie de control externo sobre ellos mismos (por objetos entendemos cosas materiales, instituciones sociales y sistema de ideas o creencias). Cuando los hombres padecen por el control de su comportamiento o de su pensamiento y afectos por cualquiera de esos productos, se dice que están enajenados, es decir, a pesar de que los hombres han contribuido a la creación de esos productos, curiosamente se encuentran bajo su control.

b) “por los sujetos” (también llamada sujetal): es la indiferencia, el rechazo o el alejamiento de los individuos ante las instituciones sociales, la colectividad y/o ante sí mismos. Esta forma de alineación es consecuencia de lo anterior. Lo que se aliena son las actitudes y/o las acciones de las personas, a consecuencia de estar alienados por los objetos.

Asimismo consideran dos diferentes tipos de enajenación, en los cuales no se refiere no refiere solamente a la conciencia de las personas, sino también a su comportamiento o forma de actuar:

1. La alienación en sentido amplio incluye aquellas actitudes y/o acciones de indiferencia, de rechazo o aislamiento de las personas hacia las cosas relacionadas con la política (instituciones políticas, acontecimientos políticos, etc), con los valores artísticos y morales y con la convivencia fraterna con los individuos o grupos cercanos (familiares, vecinos o compañeros de trabajo).
2. La alienación en sentido restringido consiste en las actitudes y/o acciones de indiferencia, rechazo o aislamiento hacia las propias características del individuo, es decir, hacia los rasgos de su propia personalidad. Ese es el caso de la indiferencia hacia los propios propósitos por su futuro, o también rechazo o aislamiento o indiferencia hacia su propio trabajo (objetos, instrumentos, entorno administrativo, productos o ambiente químico/fisiológico); pero también hacia las actividades del llamado tiempo libre.

El síndrome del trabajador quemado se refiere a la despersonalización de aquél como uno de sus elementos constitutivos, según la perspectiva de estos autores, al referirse a ello se está hablando en sentido estricto al fenómeno de la alienación del propio yo y de la propia actividad.

En Schaff (1979) se considera que la alienación del propio yo se presenta, a veces, de modo que el hombre pierde el sentimiento de identidad consigo mismo, y comprende su propia persona como un objeto de observación y juicio que existe exteriormente a su propia creencia; otras veces, de modo que éste, conservando el sentimiento de la propia identificación, juzga negativamente las propias acciones y posibilidades, para lo cual le sirve de sistema de referencia un tipo ideal; o, por último, al comportarse frente a sus propias actitudes y sus propios procedimientos como ante una cosa, ante una mercancía, que está sometida a las leyes del mercado y de la economía mercantil.

La alienación de la propia actividad es considerada como tal cuando la actividad humana se convierte en mercancía y está sometida a las leyes del mercado, incluso la actividad creadora pierde su carácter espontáneo, deja de servir a la satisfacción de las necesidades estéticas del hombre; sometida a las leyes de la economía mercantil, se convierte en algo ajeno al hombre, una carga que en ningún caso satisface sus necesidades y ambiciones sino –por el contrario– despierta en él el sentimiento de una vida no realizada y toda clase de frustraciones.

Una causa específica es que el hombre ya no es creador de la manera en que él quisiera serlo, sino como lo espera de él el comprador; no solamente el producto de esa actividad se convierte en mercancía sino también la actividad misma.

Cotton (1990) señala **la ansiedad**, como un síndrome de aprehensión, tensión, malestar o desasosiego que experimenta un sujeto al anticipar un peligro, especialmente cuando el origen de éste es desconocido; puede ser una parte de la respuesta al estrés y puede ser considerada un rasgo de personalidad. El Burnout es más amplio que el concepto de ansiedad y ésta puede formar parte de aquél.

Por su parte, Leitter (1990) considera que el agotamiento (emocional o físico) ocurre cuando las exigencias de una situación exceden a las habilidades que una persona posee, mientras que la ansiedad es el resultado que esa persona no posea habilidades que requiere la situación.

De la misma manera, para Firth y Britton (1989) el Burnout puede ser diferenciado de **insatisfacción laboral**, aunque ambos son experiencias psicológicas, internas y negativas. El término Burnout normalmente implica agotamiento o pérdida de energía o motivación por el trabajo. Además supone también una actitud de despersonalización, y por ella precisamente se caracteriza, mientras que este aspecto no se da en la insatisfacción laboral. Idéntica opinión es expresada por Jayaratne y Chess (1983) cuando señalan que variables como la falta de confort es exclusiva de la insatisfacción, mientras que el agotamiento emocional y la despersonalización son factores que están estrictamente dentro del dominio del Burnout.

Por último, Pines (1993) indica que una de las principales diferencias entre Burnout y la **fatiga física** es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga pero no del Burnout. Aunque los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de Burnout conlleva a una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso (Peiró, 1997).

1.3 PERPECTIVAS Y MODELOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La Psicología del trabajo, se ocupa de la relación dialéctica entre el hombre y el trabajo en sus múltiples vinculaciones prácticas, sobre todo en las condiciones laborales de la organización y protección del trabajador. En la práctica profesional las tareas son el mejoramiento de las condiciones laborales; la distribución óptima de las funciones entre la maquina y el hombre; optimización de los procedimientos laborales y de la organización del trabajo; mejoramiento del ambiente físico; contribución a la medición y evaluación del trabajo; mejoramiento de las condiciones laborales interiores; análisis y desarrollo de las premisas del rendimiento y optimización de la formación (Castillo y Vieyra, 1995).

La implicación de la psicología en el ámbito de la salud laboral, conlleva que el psicólogo del trabajo se involucre en ella, no obstante su papel ha sido relegado a una función que le caracteriza como un profesional que crea las circunstancias óptimas para la utilización de los recursos humanos en la industria, que se interesa por los problemas de la producción humana, su aprendizaje y motivación a través de los diferentes incentivos y reforzamientos ambientales. Otras habilidades y tareas del psicólogo del trabajo ignoradas inevitablemente por las organizaciones: prevenir daños a la salud por condiciones de trabajo, proteger a los trabajadores de los riesgos inherentes a los agentes nocivos; ubicar y mantener a los trabajadores de acuerdo con sus capacidades y aptitudes anatomofisiológica y psicológicas; incomodidades o molestias al vecindario generadas en el sitio del adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo (Barba, 1998).

Ya que El Síndrome de Burnout es una respuesta a un estrés **laboral** crónico que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas, se presentarán en este apartado las perspectivas clínica y psicosocial y algunos modelos del mismo, con la finalidad de explicarlo y analizarlo.

1.3.1. Perspectivas

Para delimitar el concepto de Burnout se diferenciaron dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

En la **clínica** se entiende al síndrome como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Desde este enfoque Freudenberg en 1974, señaló que el síndrome de Burnout hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo. Posteriormente en 1975 menciona que este estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables.

En esta misma perspectiva se pueden citar a Fischer (1983) el cual lo consideró como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de los sujetos. Por su parte Pines y Arosen en 1988, lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general y baja autoestima.

En la **psicosocial** lo manejan como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. En esta perspectiva encontramos a Maslach y Jackson (1981), quienes señalan que el síndrome de Burnout debe ser conceptualizado como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.

La diferencia entre la perspectiva clínica y la psicosocial estriba en que el síndrome de Burnout como estado incluye un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y como proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología (Gil-Monte y Peiró, 1997).

1.3.2 Modelos del Desarrollo del síndrome de Burnout

En la perspectiva psicosocial es posible ubicar diferencias al valorar en que orden inician y se desarrollan los síntomas que integran el síndrome. Las principales diferencias se encuentran en la identificación del síntoma que se presenta como primera respuesta al estrés laboral percibido, en la secuencia progresiva del síndrome y en la explicación de los mecanismos cognitivos que emplean los sujetos en el proceso de desgaste. De acuerdo con Gil-Monte y Peiró (citado en Sandoval, 2000), los autores y los modelos más significativos sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) son los siguientes:

1) Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

El primer síntoma del síndrome es el desarrollo de actitudes de despersonalización, después se experimenta la baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo el agotamiento emocional.

Esta secuencia parece idónea porque al tratar a las personas como objetos los empleados empeoran sus sentimientos de realización personal en el trabajo para desarrollar el síndrome, los profesionales no tienen que cruzar necesariamente por todas las fases. Según las fases por las que pasa el sujeto se puede identificar entre un proceso agudo y un proceso crónico.

2) Modelo de Leiter y Maslach (1988)

A partir de la presencia de estresores laborales los empleados generan sentimientos de agotamiento emocional que después da paso a la actitud de despersonalización hacia las personas que deben atender, teniendo como consecuencias la pérdida del compromiso personal de implicación del trabajo.

Para este modelo, las actitudes de despersonalización son una variable mediadora entre los sentimientos de agotamiento emocional y los de baja realización personal en el trabajo. Leiter piensa que los sentimientos de agotamiento emocional son el elemento central del síndrome.

3) Modelo de Leiter (1993)

Los sentimientos de agotamiento emocional se presentan como la respuesta inicial del individuo ante los estresores del entorno laboral y cuando se incrementa y se vuelven crónicos, los profesionales desarrollan actitudes de despersonalización como una forma de tratar con ellos. A diferencia del modelo anterior, éste señala que los sentimientos de despersonalización no median relación entre agotamiento emocional y realización personal en el trabajo.

4) Modelo de Lee y Ashforth (1993)

Tanto la despersonalización como la falta de realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional. Igual que el anterior, la despersonalización no se entiende como mediadora entre agotamiento emocional y realización en el trabajo.

5) Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárel (1995)

El síndrome de Burnout inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo concomitantemente con los altos sentimientos de agotamiento emocional. La despersonalización que sigue es considerada una estrategia de afrontamiento ante la experiencia crónica de baja realización personal y agotamiento emocional. Desde este enfoque se integra el papel de las cogniciones y las emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral y las respuestas de los empleados.

1.3.3 Modelos Explicativos del síndrome de Burnout

Estos modelos han sido elaborados para explicar la relación de antecedentes-consecuentes y a través de qué procesos los empleados llegan a sentirse quemados. Las teorías consideradas para este caso provienen principalmente de la psicología social y de la psicología de las organizaciones. Los intentos que hubo por elaborar modelos explicativos desde la psicología, particularmente desde la teoría psicoanalítica, han perdido vigencia.

Siguiendo con Gil-Monte y Peiró (citado en Sandoval, 2000), existen tres grandes marcos teóricos desde los que se han elaborado estos modelos:

- 1) La Teoría Socio-cognitiva del yo.
- 2) Las Teorías del Intercambio Social.
- 3) La Teoría Organizacional.

Para el caso de la primera los modelos que se derivan de ella son tres:

- a) El modelo de competencia social de Harrison.
- b) El modelo de Cherniss.
- c) El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

Para las segundas, existen dos modelos:

- a) El modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.
- b) El modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy.

De la teoría organizacional se derivan otros tres modelos:

- a) Modelos de Golembiewski, Munzenrider y Carter.
- b) Modelo de Cox, Kun y Leiter.
- c) Modelo de Winnubst.

La Teoría Sociocognitiva del yo

- 1) Modelo de Harrison desarrollado en 1983.

La motivación va a contribuir a determinar la eficacia del empleado en el logro de objetivos laborales, de tal manera que a mayor motivación del sujeto, habrá mayor eficacia laboral. Por el contrario, cuando lo que los sujetos encuentran en el medio son barreras, los sentimientos de eficacia disminuyen porque el profesionista no logra conseguir sus objetivos, lo que afecta negativamente la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación con el tiempo se origina el Síndrome de Burnout.

Este autor señala que el modelo de competencia social se puede aplicar de manera particular a los sujetos que han desarrollado expectativa muy elevadas sobre el logro de sus objetivos en el trabajo intentando ayudar a los demás en situaciones en las que se necesita algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

Pines (1993) ha desarrollado un modelo parecido al de Harrison, pero incluyendo la idea de que únicamente los individuos que intentan darle un sentido existencial se hace referencia a los casos en que los empleados justifican su existencia por la actividad de carácter humanitario y de ayuda que desempeñan en su trabajo.

Así, cuando ellos fracasan en el logro de sus objetivos, se frustran sus expectativas, generándose la idea de que no pueden realizar una contribución de importancia en la vida, provocándoles el Síndrome de Burnout. De acuerdo con Pines, un individuo que inicialmente no se encuentre muy motivado con su trabajo puede llegar a experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga pero no el Síndrome de Burnout.

2) Modelo de Cherniss desarrollado en 1993

La motivación y la satisfacción laboral se incrementan cuando un empleo experimenta sentimientos de éxito en la realización de una tarea, estos sentimientos conllevan al individuo a involucrarse más en el trabajo, alcance de objetivos que impliquen un mayor esfuerzo y sienta una mayor autoestima. En el caso contrario, cuando no se logra el éxito se tiende a “desconectarse” y huir. En estas condiciones el sujeto se retira emocionalmente de la situación, disminuye su ejecución, se incrementa su apatía y desinterés, se vuelve más materialista despreciando el valor de las recompensas intrínsecas del puesto, defiende su autoconcepto por medio de mecanismos de defensa, se enfrenta a la organización y finalmente termina abandonándola. Para este autor, existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso y motivación y entre aquella y el estrés. Los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia sufren menos estrés en situaciones de amenaza.

3) Modelo de Thompson, Page y Cooper diseñado en 1993

Estos autores indican que son cuatro las variables en la etiología del síndrome: a) las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del individuo; b) el nivel de autoconciencia; c) sus expectativas de éxito y; d) sus sentimientos de autoconfianza.

Para este modelo, la autoconciencia desempeña un papel importante en la etiología del síndrome. Esta variable se considera un rasgo de personalidad y se concibe como la capacidad del individuo de autorregular los niveles de estrés percibido durante la realización de una tarea.

De acuerdo con ellos, los empleados con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a autoperibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los individuos con baja autoconciencia.

Los modelos que parten de las teorías del intercambio social derivan de los principios teóricos de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos y señalan que el síndrome de Burnout tiene su etiología, fundamentalmente, en las percepciones de la falta de equidad o ganancia que surgen en los profesionales como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

Los empleados de los servicios de ayuda entablan relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los que son receptores de su labor: los compañeros, los supervisores y con la organización, y en estas relaciones, las expectativas de equidad o ganancia sobre estos intercambios juegan un papel importante.

Cuando de manera sistemática los empleados perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su compromiso personal y de su esfuerzo, y no son capaces de afrontar adecuadamente esta situación, desarrollan sentimientos de “quemarse por el trabajo”.

Teorías del Intercambio Social

1) Modelo de Buunk y Schaufeli elaborado en 1993

Estos autores plantean su modelo para explicar la etiología del síndrome de profesionales de enfermería y establecen que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: a) los procesos de intercambio social con los pacientes y; b) los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

Buunk y Schaufeli ubican tres variables estresoras importantes para la aparición del Síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. La incertidumbre alude a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar; la percepción de equidad se refiere al equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que perciben en sus relaciones con los demás; la falta de control se asocia con la posibilidad que tiene el individuo de controlar los resultados de sus acciones en el trabajo.

Sobre los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, ambos autores expresan que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, sino que por el contrario, en este tipo de situaciones evita la presencia de los compañeros y rechazan el apoyo social por el miedo a la crítica o a ser señalados como incompetentes.

De acuerdo con esto, en situaciones de esta naturaleza, el apoyo social de los compañeros jugaría un papel contraproducente, pues esas interacciones amenazan la autoestima de los sujetos. Junto a la falta de apoyo social, los procesos de afiliación social también podrían llevar a situaciones de contagio del síndrome.

2) Modelo de Hobfoll y Fredy creado en 1993

Parte de la teoría elaborado por Hobfoll en 1989, para explicar el desarrollo del estrés. Según esta teoría, el estrés aparece cuando los sujetos perciben que eso que les motiva está amenazado o frustrado a de alguna manera. Los motivadores son los recursos con los que cuentan la persona, entendiéndose por tales a la posesión de objetos o condiciones de valor, características de personalidad o la energía necesaria para el desempeño de las actividades cotidianas. Los estresores en el trabajo amenazan los recursos de los empleados al provocar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. De acuerdo con estos autores, los profesionales se esfuerzan permanentemente para protegerse de la pérdida de recursos, a partir de que es más importante tener niveles mínimos que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera de mayor trascendencia que la ganancia en la aparición del síndrome.

La característica general de los modelos desarrollados desde el marco de la teoría organizacional es el énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la "experiencia de quemarse". Aquí, variables como la estructura organizacional, el clima organizacional, las disfunciones del rol o el apoyo social percibido son de suma importancia en la etiología del síndrome.

Teoría Organizacional

1) Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter desarrollado en 1983

Para estos tres investigadores el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral que contiene tres dimensiones: a) la despersonalización; b) baja realización personal en el trabajo c) agotamiento emocional.

Para ellos, el síndrome es un proceso en el que los empleados pierden el compromiso inicial que habían desarrollado por su trabajo como una forma de responder al estrés y a la tensión que eso les provoca.

El estrés dado principalmente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación y reto en el puesto), y por la pobreza del rol (posiciones en las que existe muy poca estimulación y reto). En las dos situaciones los profesionales sienten una pérdida de autonomía y control que los lleva a una disminución de su autoimagen y a estados de irritabilidad y fatiga. En un segundo momento el individuo desarrolla estrategias de afrontamiento, pero estas estrategias pasan necesariamente por un distanciamiento del profesionista con respecto a la situación laboral estresante. Sin embargo, este distanciamiento puede asumir características constructivas o por el contrario, contraproducentes (cuando implica indiferencia, cinismo, rigidez en el trato o ignorar a la persona que se atiende).

Es en este caso cuando se habla del síndrome de Burnout, pues este tipo de distanciamiento se correlaciona con la despersonalización. Estos autores indican, a diferencia de lo que dicen otros, que el Síndrome de Burnout se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no solamente en aquellos que trabajan en contacto directo con los usuarios del servicio.

2) Modelo de Cox, Kuk y Leiter diseñado en 1993

Este modelo analiza el Síndrome de Burnout desde la óptica transaccional del estrés laboral, partiendo de la premisa de que la "salud en la organización" puede ser una variable mediadora de la relación estrés-síndrome del trabajador quemado.

Dicha variable se encuentra determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos son percibidos coherentemente por sus miembros. De acuerdo con los autores de este modelo, el síndrome se entiende como una respuesta al estrés laboral, se presentan cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no son adecuadas para controlar el estrés y sus efectos. Los sentimientos de cansancio, confusión debilidad amenaza, tensión y ansiedad se asocian directamente con la evaluación que se hace por parte de sujeto, la respuesta emocional, sus formas de afrontamiento y los efectos sobre la situación y el propio sujeto.

3) Modelo de Winnubst elaborado en 1993

Este autor recoge la idea de Pines y Aronson elaborado en 1988 sobre el síndrome, afirmando que es un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental resultado de la tensión emocional crónica derivada del estrés en el trabajo. Este modelo se preocupa por las relaciones entre la estructura, la cultura y el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de quemarse.

Se asume que el síndrome afecta a todo tipo de profesionales y no solamente a los de organizaciones de servicios de ayuda. El modelo propone que el síndrome depende del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Partiendo del supuesto que a partir del apoyo social se puede influir sobre las disfunciones de la estructura organizacional, la variable "apoyo social" es una variable fundamental para la intervención sobre el síndrome.

1.4. CAUSAS

1.4.1 Factores que predisponen el desarrollo del síndrome de Burnout

Al respecto Ramírez (1994) cita que Edelwich y Brodsky en 1980 consideraron que el Síndrome de Burnout tiene como característica esencial la pérdida progresiva de idealismo. Según estos autores, aunque el Burnout no está limitado al trabajo en el servicio asistencial, no tiene la misma ocurrencia ni las mismas implicaciones sociales como las de este tipo de trabajo. Esta rama laboral opina, tiene de entrada fuentes frustrantes que pueden eventualmente conducir a trabajadores dedicados a sentirse apáticos y a realizar su tarea ineficientemente.

Sus observaciones incluyen factores que predisponen el desarrollo del Síndrome de Burnout como:

1. Aspiraciones nobles y un elevado entusiasmo inicial. Estos autores plantean que la gente que trabaja en el área de Servicio Asistencial es señalado como motivación inicial para ingresar a esta área el deseo de ayudar; ambición que puede generalmente no tener límite, pensar que el mundo real se encuentra en armonía con dichas aspiraciones es la semilla del Síndrome de Burnout. Cuando el profesional no logra alcanzar las metas altas que al principio de su carrera idealiza poder realizar y comienza a sentirse desalentado.

Si el enfermo no se cura, si el esposo no deja de abusar de su mujer, si el niño no aprende el profesionalista no cumple con sus expectativas y sus ideales comienzan a sucumbir.

2. Falta de criterio para medir logros. La brecha entre las expectativas iniciales y los logros actuales en los Servicios Asistenciales pueden provocar una decepción y en consecuencia se da la frustración de no poder definir claramente lo que constituye un logro. En otro tipo de trabajos, el profesionalista puede saber con claridad si su trabajo esta teniendo un resultado efectivo.

En virtud de que no se puede medir objetivamente la relación de ayuda este profesionalista muchas veces no cuenta con la posibilidad de demostrar a los demás ni a sí mismo de manera concreta, los logros que ha obtenido en su trabajo al considerar que sus expectativas de éxito son en general irreales y altas, y que aparte de no alcanzarlas, no puede medirlas, es entendible que esto pueda ocasionarle una pérdida de idealismo.

3. Factores institucionales. Existen factores en las organizaciones dedicadas al Servicio Asistencial que de entrada son frustrantes para los profesionales y que ocasionan una pérdida del idealismo con que empezaron a trabajar, y por lo tanto, aumentan la posibilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout dichos factores son:

a) Remuneración baja. Los sueldos bajos son una queja común entre los profesionistas dedicados a esta labor. La consulta privada puede llegar a ser muy lucrativa, sin embargo, la mayoría de estos profesionistas comienzan su carrera en instituciones públicas donde el sueldo es bajo. Cuando se comparan con el nivel de vida que pueden tener otros profesionales, se puede provocar decepción y frustración.

b) Escalamiento administrativo. Generalmente, se busca mejorar el puesto mientras se va desarrollando la carrera profesional, sin embargo, para estos profesionales, ascender en la escalera organizacional implica alejarse de prestar ayuda a la gente e involucrarse en el área administrativa. Muy seguido el profesionista en esta situación extraña a sus pacientes, alumnos, o compañeros de trabajo.

c) Discriminación sexual. Los estereotipos sexuales influyen en la asignación de tareas, responsabilidades y en las conductas esperadas. Los médicos y cirujanos son generalmente hombres, las enfermeras y profesoras mujeres, etc. En el área de Servicio Asistencial., frecuentemente la mujer tiene un trabajo jerárquicamente inferior al del hombre lo que implica otra fuente de posible frustración para este sexo.

d) Financiamiento y apoyo institucional inadecuado. En instituciones donde el objetivo es prestar ayuda, es más frecuente que el financiamiento esté dirigido por política sin tomar en cuenta las sugerencias del profesionista que está en contacto directo con las necesidades de los pacientes. El personal que se encuentra en la parte inferior de la pirámide del poder ve como sus recomendaciones no son tomadas en cuenta y como sus decisiones no son consideradas. Esto es un hecho en cualquier institución de tipo jerárquico.

e) Uso ineficiente de recursos. El personal que por primera vez presta su servicio tiene la noción de que todos los necesitados reciben la misma atención, pero muchas veces se encuentra ante una realidad muy distinta en la mayoría de las instituciones y como puede ser la manera en que se decide quién y cómo debe recibir atención esto es, si un paciente probablemente no vaya a responder al tratamiento, no hay que perder el tiempo con él.

Esto se aprende en los primeros días de práctica y resulta una experiencia muy difícil para quienes entran con gran entusiasmo y deseo de ayudar al prójimo.

Por su parte Maslach y Leiter (1997) proponen seis factores:

1) Sobrecarga de trabajo; se refiere a la nueva tendencia en las organizaciones de recortar el personal, logrando de esta forma que un número menor de personas realicen un número mayor de trabajo.

Esta situación crea una crisis que afecta de tres formas el laborar: lo vuelve más intenso, hace que se requiera más horas de actividad y lo vuelve más complejo.

2) Falta de Control; la capacidad de establecer prioridades, seleccionar formas de laborar y tomar decisiones es central para todo profesional. Las políticas que intervienen con esta capacidad reducen la autonomía individual y el involucramiento en el trabajo.

3) Insuficiencia en la recompensas; las personas esperan que el trabajo les dé recompensas monetarias, de prestigio y seguridad. Pero últimamente proporciona cada vez menos estas características, a pesar de que la gente labora más para lograrlas. También se da la pérdida de recompensas intrínsecas como el disfrutar del trabajo, ganar experiencia, etc.

4) Pérdida del sentimiento de comunidad; se presenta a través de la pérdida de la seguridad en el trabajo y al concentrarse las empresas de manera excesiva en ganancias a corto plazo, que excluyen las consideraciones para sus empleados. Esta atmósfera fragmenta las relaciones personales, que son componentes básicos de la comunidad en una organización, también se disminuye el trabajo en equipo.

5) Ausencia de justicia; se considera un lugar como justo cuando existen tres elementos confianza, apertura y respeto. En su lucha por sobrevivir las instituciones toman decisiones que indican poca preocupación por el bienestar de los trabajadores: dedican sus recursos al bienestar financiero a corto plazo más que a construir un sentimiento de comunidad dentro de la organización, los trabajadores no confían que las decisiones sean tomadas para su beneficio, etc. Todo esto contribuye directamente a la aparición de Burnout.

6) Conflicto con los valores; la crisis en el trabajo es –de muchas formas- un gran conflicto de valores. Un sistema de supervivencia a corto plazo y centrado en las ganancias va en contra de los valores que muchos de los empleados tienen con respecto a su trabajo.

1.4.2 Consecuencias

Maslach (1982) opina que la persona que padece de Burnout es propensa a problemas de salud, deterioro psicológico, pérdida de la autoestima y una creciente insatisfacción con el trabajo. Además puede dañarse a los pacientes, quienes reciben una menor calidad en el servicio y son tratados con mayor frecuencia de manera inhumana; asimismo a la institución, quien tiene que luchar con problemas de absentismo.

También puede causar a la familia del individuo que presenta el síndrome, aumentándose los conflictos domésticos y encontrando un abismo emocional entre aquel y los miembros de su familia.

Cherniss (1980) encuentra que este Síndrome se caracteriza por manifestaciones asociadas que se dividen en cuatro grupos sintomáticos:

1. Psicosomáticas. Entre ellos se encuentran las cefaleas, dolores osteomusculares de espalda y cuello, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, sensación crónica de cansancio, insomnio, hipertensión arterial, asma y alteraciones menstruales, alergias, susceptibilidad a infecciones, hemorroides, irregularidades cardíacas, una imposibilidad de combatir un catarro que lleva meses y fatiga física.

2. Conductuales. Se describe una serie de conductas anómalas que aparecen en el burnout: absentismo laboral, dependencia del alcohol y de otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y conductas de alto riesgo como la conducción temeraria o aficiones suicidas. Incluso un mayor riesgo de embarazos no deseados se ha relacionado con el incremento del estrés laboral.

3. Emocionales. El más característico de ellos es el distanciamiento afectivo con las personas con las que se ha de atender. El sujeto puede volverse irritable o impaciente y celoso hasta el punto de manifestar rasgos paranoides en su relación con los clientes, compañeros o jefes. Además, aparece ansiedad, que conlleva a una disminución de la concentración y del rendimiento del trabajo.

Por otro lado Sneider y Corey en 1989, mencionan que la persona que sufre del Síndrome se caracteriza por un fuerte sentimiento de impotencia y actitud negativa frente a sí mismo, el otro y el trabajo. Así mismo, tiene como consecuencia sentimientos depresivos, deseos de aislamiento, reducción en la productividad y dificultad para ser frente o manejar diferentes situaciones en su trabajo.

En su investigación Kahill (1988) encontró también que la depresión es el síntoma más vinculado al Burnout (Sneider y Corey, 1989, & Kahill, 1988 en Ramírez, 1994).

4. Defensivas. Utilizados por el sujeto para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones anteriormente descritas y que le resultan desagradables. Desplazando sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tenga que ver con el trato con el cliente. También puede utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que resulta menos desagradable o el uso del cinismo o el menosprecio hacia aquellas personas para las que trabaja (Cherniss, 1980).

Por su parte Farber (1985) afirma que el Burnout no es un proceso que comienza con el estrés, sino con la pérdida de compromiso y propósito moral en el trabajo. El desarrollo del síndrome de agotamiento, aunque es progresivo, es dinámico, por lo que no ocurre siempre en el mismo orden o con la misma intensidad y cada persona vive este proceso de manera diferente, así como también sus causas pueden ser variadas (Ramírez, 1994).

Spaniol y Caputo (en Robles, 1995) proponen una serie de pasos del proceso de Burnout, relacionado con la intensidad duración de los síntomas.

Primero- los signos y síntomas de Burnout son ocasionales y de poca duración. A través de distracciones tales como descanso, relajación, ejercicio o pasatiempos, la persona puede recuperar su nivel de entusiasmo hacia el trabajo.

Segundo - los síntomas se hacen más constantes, de mayor duración y es más difícil sobreponerse a ellos. Los métodos normalmente utilizados para relajarse parecen ser poco efectivos, después de haber dormido toda la noche la persona despierta cansada; aún después del fin de semana se siente agotada y tensa.

La preocupación por la efectividad laboral se vuelve un hecho central, al mismo tiempo que el individuo empieza a mostrarse negativo y frío con los pacientes y compañeros. Se empiezan a notar cambios en el humor del profesional.

Tercero- Los síntomas son continuos; aparecen problemas físicos o psicológicos que persisten. Las dudas sobre la competencia personal acosan al profesional, quien se siente deprimido o molesto, sin lograr explicarse qué le pasa por qué le pasa. La persona se aísla, tiene pocas relaciones interpersonales y considera seriamente la posibilidad de renunciar o cambiar de profesión. Los problemas familiares se intensifican.

1.5 FACTORES, CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACION CON EL BURNOUT

1.5.1 Factores laborales, socioculturales y personales o individuales

1. Según Porter, Lawler y Hackman en 1975 existen **factores laborales** que pueden crear motivación en el trabajo y son de dos tipos:

a) Factores intrínsecos. Son factores relacionados directamente con el contenido del trabajo y el desarrollo del mismo.

b) Factores extrínsecos. Se refieren al medio físico social y organizacional así como los aspectos económicos que se relacionan de forma directa con el trabajo.

2. Hay que tener en cuenta los importantes cambios **socioculturales** que se han producido en las últimas décadas que juegan un papel importante en la aparición del síndrome. Los avances científicos y tecnológicos, el consecuente envejecimiento de la población y la multiplicación de las patologías crónicas e invalidantes, en una sociedad donde impera el consumismo y la satisfacción sin límites, donde el cuidado de la salud se ha convertido en un artículo más de consumo, con la medicalización universal de las dificultades y hospitalización de todo tipo de sufrimiento. Todo esto ciertamente influye en la frustración y desencanto sistemático que sufren muchos profesionales en relación con su trabajo.

3. En cuanto a los factores **personales o individuales**, los sujetos predispuestos a desarrollar el síndrome se caracterizan por ser motivados pero meticulosos, entusiastas, entregados a su trabajo y que se identifican en forma exagerada con los receptores de su atención, tiene una personalidad de tipo emocional y esto es algo que con frecuencia encontramos entre los individuos que empiezan a trabajar en profesiones humanitarias. Por otro lado, hay una influencia clara de los sucesos vitales estresantes. (Porter & Cols, 1975)

Según Bhagat (1983), hay una relación positiva entre éstos y la disminución de la afectividad en el trabajo, así como la adaptación al mismo. Tanto los sucesos agradables como los desagradables pueden producir altos niveles de estrés, haciendo al individuo más vulnerable al desarrollo del Burnout.

1.5.2 Estrategias de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1991), es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes y desbordantes de los recursos del individuo.

Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia.

El afrontamiento sirve para dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Los cuales se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción: 1. Los encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e influyen estrategias como la evitación, la minimización, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. 2. Las estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional., algunos individuos necesitan sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o cualquier otra forma de castigo. 3. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estrategias que equivalen a la reevaluación como por ejemplo, las comparaciones positivas o la extracción de valores de las situaciones negativas no requieren necesariamente la distorsión de la realidad. Las estrategias conductuales como iniciar ejercicio físico para olvidarse de un problema, meditar, tomar una copa, desahogar el mal humor y buscar apoyo emocional pueden originar reevaluaciones.

Modos de afrontamiento dirigidos al problema: estrategias dirigidas al problema se centran principalmente en definir el problema, buscar principalmente definir el problema, buscar soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio ,a su elección y aplicación.

Por su parte Kahn y cols. (1964) citado en Lazarus y Folkman (1991), Hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: 1. las del *entorno* es decir ; las que modifican las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc; y 2. Las estrategias dirigidas al *sujeto* incluyen las encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

El número de modos de afrontamiento dirigidos al problema es limitado a diferencia de los dirigidos a la emoción. Pero cuánto más específica de la situación es la investigación realizada, mayor es la proliferación de estrategias centradas en el problema.

Estrategias centradas en el problema:

1.- Afrontamiento Activo: Se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las circunstancias estresoras o aminorar sus efectos. Incluye iniciar la acción directa incrementando los esfuerzos personales.

2.- Planificación: Conlleva pensar acerca de cómo afrontar el estresor, incluye pensar en todas las estrategias y pasos posibles para obtener una mejor aproximación al problema. Es una actividad focalizada sobre el problema, pero es conceptualmente diferente a ejecutar directamente la acción.

3.- Supresión de actividades competitivas. Implica dejar otros proyectos de lado para evitar llegar a distraerse con eventos que impidan tratar con el estresor.

4.- Restricción del Afrontamiento: se ha considerado como una respuesta necesaria y funcional al estrés. Conlleva a esperar hasta la oportunidad apropiada para actuar, y no de forma prematura. (Para planificar el afrontamiento activo).

5.- Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Es la búsqueda de consejo, asistencia o información relacionada con el estresor.

Estrategias Centradas en la Emoción:

6.- Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Es la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. Los autores señalan que aún cuando conceptualmente la búsqueda de apoyo social instrumental y emocional son diferentes, en la práctica suelen darse simultáneamente.

7.- Reinterpretación positiva y crecimiento: Su objetivo es el de manejar el estrés emocional más que tratar con el estresor. No obstante, el valor de esa tendencia no se limita a la reducción del estrés, mediante ella se puede construir una transacción menos estresante en términos que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.

8.- Aceptación: Es una respuesta funcional de afrontamiento. Ocurre, en una primera aproximación, en aquella persona que tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.

9.- Volcarse hacia la religión: puede ser visto como una estrategia ya que puede servir como apoyo emocional para muchas personas. Es el vehículo para algunas personas en el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.

Estrategias Centradas en la Emoción Menos Funcionales

10.- Negación: Implica ignorar el estresor. Puede en ocasiones, reducir el estrés y favorecer el afrontamiento. Suele surgir de una primera aproximación al evento estresor y puede ser útil en un período de transición, pero de mantenerse, impide una aproximación activa.

11.- Concentración y Desahogo de emociones: es la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar funcional en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos períodos de tiempo pueden impedir la adecuada adaptación o ajuste, pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.

12.- Liberación conductual: Implica disminuir el esfuerzo para alcanzar los objetivos en los cuales el estresor interfiere

13.- Liberación mental: Generalmente ocurre previo a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere. La táctica se ve reflejada en el uso de alternas como ver TV, dormir, etc...

14.- Liberación hacia las drogas o el alcohol: Implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor. (<http://www.ucab.edu.ve/cadh/publicacione/estrategias.doc> (2004))

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias generales existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

El afrontamiento también viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas, que proscriben ciertas formas de conducta, y los déficit psicológicos. Los condicionantes o factores coactivos ambientales incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento, los altos grados de amenaza también pueden evitar que el individuo utilice sus recursos de afrontamiento de forma efectiva. Los esfuerzos para ejercer control sobre las situaciones es sinónimo de afrontamiento. Por otro lado, el control en el sentido de creencias generales y/o situaciones actúa influyendo en los procesos de evaluación resulta esencial para que ambos conceptos queden claros en el campo teórico y experimental.

Aunque ya ha sido aceptado que el afrontamiento *per se* cambia a lo largo de la vida, esta suposición no ha sido demostrada empíricamente. La investigación actual sugiere que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y, como consecuencia de ello, el afrontamiento también ha de variar para poder atender las nuevas situaciones.

Para Sandoval (2004) el principal problema de la mayor parte de los modelos de estrés en el trabajo centrados en el paradigma cognitivo radican en que restan importancia a los estresores objetivos del entorno laboral (condiciones ambientales, riesgos y exigencias, formas organizacionales) y responsabilizan al individuo sobre el manejo de su estrés dando pie al enfoque imperante del afrontamiento, pasando por alto las consecuencias emocionales involucradas en el proceso. Menciona que en el mismo The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) en su modelo de estrés en el trabajo da más importancia a los factores del entorno que a las diferencias individuales lo que lleva a la recomendación de que para la prevención primaria habría que atender los estresores psicosociales antes que centrar todo en las formas de afrontamiento de los sujetos.

1.5.3 Características Demográficas.

En investigaciones realizadas se ha encontrado que existen diferencias en cuanto al nivel de Burnout y algunas características demográficas; serán expuestas a continuación como más representativas la edad, el sexo, profesión, estado civil, número de hijos y antigüedad en el puesto.

EDAD: Para la variable edad, aunque los resultados no son tampoco concluyentes, un alto porcentaje de estudios obtienen que a mayor edad los sujetos expresan menos Burnout.

En algunos de esos estudios, se estratificó en intervalos y se obtuvieron relaciones significativas entre ambas variables siendo en general los índices de Burnout bajos entre los 20-25 años, altos desde los 25 hasta los 40 años y mínimos a partir de los 40 años aproximadamente (Farber, 1984).

Sin embargo, Franco (1997) concluyó que el Burnout es mayor cuando los trabajadores son jóvenes ya que la gente joven generalmente tiene menos experiencia que la gente mayor, es decir, estos últimos son los "Sobrevivientes", los que han manejado tempranamente el síndrome de Burnout y se quedan para continuar haciéndolo bien en sus carreras.

De lo cual Zabel y Zabel (1982) explican que frente a los más jóvenes los profesionales de más edad han desarrollado a lo largo de su vida mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales. Es cierto que los profesionales que llegan a la madurez en su profesión pueden desarrollar una variedad de conductas y modelos actitudinales para reducir la probabilidad de presentar el síndrome de Burnout, lo que explicaría las diferencias significativas obtenidas.

Sin embargo hay opiniones contradictorias a la hora de establecer una relación entre la edad o antigüedad profesional y el desarrollo del síndrome de Burnout. Para algunos autores la relación es inversa o negativa, a más años de ejercicio menor grado Burnout (Cherniss, 1982 y Maslach, 1982).

SEXO: Es otra variable con un papel controvertido. Para Maslach y Jackson (1985), las mujeres sobrellevan mejor los conflictos laborales que los hombres, pero existen autores que encuentran mayores niveles de Burnout en las mujeres, otros en los hombres y otros no encuentran diferencias.

En relación con las profesiones de riesgo, el síndrome se produce en profesiones de ayuda en las que se presentan servicios humanos directos y de gran trascendencia para el individuo que lo demanda.

La doble jornada es en la actualidad una realidad social que se ha venido produciendo por diferentes fenómenos históricos, sociales, culturales y económicos, que han ocasionado que la mujer se vaya incorporando cada vez en mayor medida a la fuerza de trabajo remunerada así con las ideologías de género presentes durante siglos. En el momento actual son numerosos los autores que han destacado que la doble jornada favorece un conflicto de roles debido a que las mujeres se enfrentan con múltiples responsabilidades, tanto en la familia como en el trabajo, afectando con ello no solamente su estabilidad personal sino también familiar y social. Algunas mujeres reprimen sus iniciativas, renuncian a sus aspiraciones y terminan siendo dependientes e inseguras respecto a sus capacidades.

En el momento que intentan ejercer una profesión, se genera en ellas un conflicto psicológico ya que se sienten angustiadas por la presión de ambos roles (familia-trabajo) y experimentan depresión por no poderlos combinar, culpa por no atender bien a los hijos y enojo por las limitaciones que como profesionales enfrentan por el hecho de ser madres (Palomar, 1999).

Además, en las parejas que ambos tienen un trabajo remunerado, la satisfacción marital suele depender de la socialización de sus experiencias y de las actitudes cotidianas hacia los roles masculinos y femeninos. Los hombres que comparten los roles y participan en el trabajo doméstico, suelen percibir la doble jornada de sus esposas como una oportunidad para que éstas sean más independientes, tenga una mayor interacción social y convivencia intelectual (Scarr, Phillips & McCartney, 1989).

En la actualidad es común que el hombre mexicano empiece a aceptar la colaboración económica de la mujer, pero en ocasiones lo vive como una competencia y amenaza. Una de las disculpas más utilizadas para mantener a las mujeres en casa es la necesidad de cuidar a los hijos.

La mujer debe cubrir primero sus responsabilidades tradicionales y después considerar las posibilidades de realizar actividades fuera del hogar. El hombre a su vez cumple con el rol de jefe de familia, pero difícilmente acepta nuevas obligaciones especialmente si son tradicionalmente femeninas. El varón espera que la mujer lo apoye y comparta con él los problemas relacionados con el campo laboral, pero él por lo regular no está dispuesto a colaborar con las labores del hogar.

Usualmente la clase media alta, los hombres buscan una pareja que cuente con estudios universitarios y tenga planes laborales a futuro, con el propósito de evaluar su capacidad intelectual, pero una vez casados, él pretende que ella deje todo eso y se dedique exclusivamente al hogar. Por su parte la mujer reclama su independencia y derechos de adulta en condiciones de igualdad, para regir su propio destino (Bueno y Cols, 1991-92).

Se puede afirmar en función de los resultados obtenidos en múltiples estudios que existen diferencias significativas en función del sexo en las actitudes de despersonalización, de manera que los varones puntúan más alto en despersonalización que las mujeres. Sin embargo, para los sentimientos de agotamiento emocional y de falta de realización personal en el trabajo, y para el computo global del síndrome de Burnout estimado a través de diferentes instrumentos (MBI, TM, SBS/HP...) los resultados no son concluyentes y aparecen influidos por las características del estudio (muestra, instrumento, país, etc.) (Gil-Monte y Peiró, 1997)

Las explicaciones de las diferencias significativas en despersonalización en función del sexo pueden hallarse en los diferentes procesos de socialización seguidos para los roles masculino y femenino, y su interacción con los perfiles y requisitos de las distintas ocupaciones. Algunos aspectos culturales enfatizan para el rol femenino la interdependencia y la habilidad en las relaciones interpersonales además de cuidar a otros, por el contrario, el rol masculino asume que el hombre no debe expresar emociones y debe orientarse al logro descuidando la interdependencia y la habilidad en las relaciones interpersonales. De esta forma, las mujeres son condicionadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de los niños, las tareas del hogar, atender al cónyuge o pareja, y en algunas ocasiones a los ancianos, razón por la que son menos propensas a responder a las personas con problemas de forma encallecida. (Gil-Monte y Peiró, 1997)

Desde su perspectiva, Maslach (1982) concluye que tanto hombres como mujeres experimentan Burnout en forma similar; sin embargo, las mujeres tienden a experimentar mayor y más intenso agotamiento emocional; mientras que los hombres son más susceptibles a ser insensibles y despersonalizar a la gente a la que le prestan sus servicios. Esto puede reflejar las diferencias en cuanto a los roles sexuales masculino y femenino, ya que la mujer tiende más a involucrarse emocionalmente con la gente, con lo cual corre mayor riesgo de agotarse emocionalmente. Debido a que el hombre está menos orientado al contacto cercano con la gente, es más propenso a presentar la despersonalización.

PROFESION: La profesión donde con más frecuencia se ha descrito es la enfermería aunque también ha sido estudiado en otras profesiones sanitarias como en médicos, auxiliares de la clínica, fisioterapeutas, terapeutas, ocupacionales foniatras y odontólogos.

Pero el síndrome no es exclusivo de las profesiones clínicas, también se ha encontrado en profesores, asistentes sociales, policías, funcionarios de prisiones, controladores de tráfico aéreo, veterinarios farmacéuticos, jueces y ministros de la iglesia protestantes (Gil-Monte y Peiro, 1997).

Por otro lado, Pines y Aronson (1988) encontraron que las enfermeras que trabajan con enfermos terminales que tienen cáncer, son los sujetos que experimentan Burnout con mayor frecuencia. Y las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos, son significativamente más depresivas, hostiles y ansiosas que las enfermeras que laboran en unidades menos estresantes.

ESTADO CIVIL: Para esta variable la mayoría de los autores que han encontrado algún tipo de relación significativa con el síndrome de Burnout ha sido en el sentido que los sujetos casados experimentan índices menores del síndrome que los no casados. No obstante, en un gran número de estudios no aparecen relaciones significativas entre ambas variables, ya sea para el índice global del síndrome o para las diferentes dimensiones del MBI, por lo que se hace difícil concluir sobre la existencia o no de efectos significativos. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Por su parte Franco (1997) encontró que los profesionales solteros tienen mayor tendencia a experimentar Burnout, mientras que los casados son los de menor tendencia. Los divorciados se encuentran entre los dos anteriores, se acercan a los solteros en términos de mayor agotamiento emocional y a los casados en cuanto a un menor nivel de despersonalización y mayor sentimiento de ejecución.

Existen diversas razones por las cuales la gente que ha formado una familia es menos vulnerable al Burnout: 1) Tienden a ser individuos mayores de edad, más estables psicológicamente, 2) Su involucramiento con su esposo(a) e hijos les brindan mayor experiencia en el manejo de problemas personales y conflictos emocionales, 3) La familia es más un recurso emocional que una tensión, el amor y apoyo familiar ayuda a que el individuo afronte las demandas emocionales del trabajo y 4) La persona que posee una familia tiene una visión diferente del trabajo que la persona soltera.

Aunado a las características anteriores, Pines y Aronson (1988) sostienen que mientras mejores sean las relaciones sociales, menor será el nivel de Burnout, y mientras más sentimiento de soledad exista, el nivel incrementará.

NÚMERO DE HIJOS: Gil-Monte y Peiro (1997) plantea que no se puede afirmar la existencia de resultados concluyentes para la relación entre estas dos variables y sólo un mínimo porcentaje de estudios ha obtenido relaciones significativas entre ellas.

En esos casos se señala que los sujetos con hijos tienen más edad y por tanto son más maduros psicológicamente, tienen un estilo de vida más estable y una perspectiva diferente que la misma, son sujetos que tienden a preferir el salario u otros beneficios materiales y la seguridad en el empleo a otros factores como el interés o desafío del trabajo, la realización personal o la satisfacción laboral por tanto no tienen preocupaciones sobre estos aspectos en el trabajo. Por otra parte, los sujetos sin hijos puede que tengan mayor tendencia a usar el trabajo como fuente de vida social, y esto les llevaría a implicarse excesivamente con la gente del ámbito laboral y por tanto, a un mayor riesgo de sufrir el síndrome de Burnout.

Para Franco (1997) El no tener hijos también está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar el Síndrome. De las Cuevas (1995) reporta que la estabilidad emocional en la familia y en la paternidad permite un mejor afrontamiento de conflictos estrés laboral.

ANTIGÜEDAD: En cuanto a la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión para estas variables los resultados son similares a los obtenidos con la variable edad y su justificación teórica es idéntica. Los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes por lo que el riesgo de presentar Burnout es mayor. (Gil-Monte y Peiro 1997).

Por su parte De las Cuevas (1995) menciona que los años de experiencia y edad parecen jugar un papel moderador, ya que según avanzan los años el trabajador adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña, lo cual lo hace menos vulnerable al estrés laboral.

1.6 ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE BURNOUT Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

De las Cuevas, et. al. (1995) investigaron el Desgaste Profesional o Burnout y clima laboral en atención primaria con el objetivo de determinar la prevalencia y distribución del desgaste profesional, el clima profesional percibido, así como la posible relación entre ambos con las variables sociodemográficas y laborales asociadas, en el contexto de atención Primaria de Salud. La muestra estuvo constituida por 160 profesionales (pediatras, médicos generales, DUE, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, trabajadores sociales y celadores). Los instrumentos de medida fueron un cuestionario sociodemográfico, el Maslach Burnout Inventory y la Escala de Clima Social en el Trabajo.

Los resultados reportaron que las puntuaciones ubican a la muestra en el rango medio de las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y de Logros Personales, siendo por tanto indicativas de la presencia de un grado moderado de Burnout en los trabajadores del Sistema de Atención Primaria de Salud. Las mujeres registraron menores valores que los varones en Agotamiento Emocional y de Logros Personales, y mayores en la Despersonalización, aunque ninguna fue significativa. Ni las variables edad, estado civil, tiempo desempeñando el actual trabajo, ni el tiempo de la profesión, así como tampoco el hecho de realizar guardias o la posesión o no en propiedad de la plaza desempeñada registraron una correlación estadísticamente significativa con ninguna de las subescalas del instrumento.

Los trabajadores sociales resultaron ser la categoría profesional que menos afecta el Burnout, seguidos de los celadores y de los enfermeros, mientras que los auxiliares administrativos demostraron ser el colectivo profesional más afectado, seguidos por los auxiliares de enfermería.

Franco en 1997 realizó un estudio (Manual Integral de Prevención) enfocado a investigar el nivel, en casos de presentar el Síndrome de Burnout en médicos, enfermeras y paramédicos, además si existían diferencias estadísticas entre variables sociodemográficas y el nivel de Síndrome de Burnout que presentaban, e igualmente si existían diferencias entre el tipo de profesión (paramédicos, médicos y enfermeras), la especialidad médica de estos dos últimos y el nivel del Síndrome de Burnout. Los instrumentos aplicados fueron una encuesta sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory.

La muestra de médicos (209) y enfermeras (109) fue de los siguientes hospitales: Hospital de Cruz Roja Mexicana del D. F., Hospital de Traumatología de Lomas Verdes (IMSS), Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General, Centro Médico Nacional Siglo XXI (IMSS), Hospital 20 de Noviembre (ISSSTE), Médica Sur, Hospital Angeles, Hospital Español, Hospital ABC (Inglés) y Hospital de México. La muestra de paramédicos (50) se obtuvo de la Cruz Roja Mexicana del D.F. El total de la muestra fue de 450 sujetos.

En cuanto a los resultados reporta haber encontrado que todos los médicos, enfermeras y paramédicos presentan por lo menos un nivel bajo del Síndrome de Burnout. Para la variable sexo, las mujeres experimentan mayor nivel de Burnout en Ejecución Personal, para la edad encontraron que entre 16 a 28 experimentan mayor Agotamiento Emocional, para el estado civil los que viven en Unión Libre presentaron más alto en Agotamiento Emocional. Los individuos que no tienen hijos presentan un mayor nivel de Agotamiento Emocional que los que si tienen y los que no tienen hijos experimentan mayor Despersonalización que los que si tienen hijos.

Con relación a la profesión, las enfermeras presentan niveles más altos de Burnout para la Ejecución Personal. Los que más se Agotan Emocionalmente son los de medicina general, mientras que las enfermeras con mayores niveles son las de oncología y medicina general. En Despersonalización los médicos que experimentan mayores niveles son los oncólogos y en las enfermeras se refiere las de cirugía.

En cuanto a las áreas críticas (oncología, urgencias, cirugía, terapia intensiva e infectología) no presentaron diferencias estadísticas en ninguno de los tres factores, aunque si manifestaron un mayor nivel que los de las áreas no críticas (oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, medicina general y ginecología) en cuanto a Agotamiento Emocional y Despersonalización.

Livianos, et. al. (1999), realizaron un estudio sobre el desgaste profesional del psiquiatra en el cual el objetivo fue valorar la presencia de desgaste profesional (o Burnout) en una muestra aleatoria de psiquiatras (165) asistentes al Congreso Nacional de Psiquiatría en Valencia. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario sociodemográfico y laboral que incluyó variables relevantes asociadas al fenómeno del Burnout, y el instrumento de medida fue el Maslach Burnout Inventory.

En resultados las puntuaciones ubican a la muestra en el rango medio de las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y de Logros Personales, siendo por tanto indicativas de la presencia de un grado moderado de Burnout en los psiquiatras participantes en el estudio. Ni la variable edad, ni las de posesión en propiedad de la plaza desempeñada, orientación profesional preferente, tipo de asistencia, puesto de trabajo desempeñado, o tiempo en el mismo hicieron que se registrara diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas del instrumento.

En la variable tiempo como psiquiatra, hizo que se registraran diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Logros Personales, de formas que a mayor tiempo como psiquiatra mayores logros personales.

Da Silva, et. al. (1999) realizaron el estudio del Síndrome de Burnout entre los profesionales Sanitarios de un Hospital General, consistiendo en un estudio descriptivo de las características sociodemográficas, de consumo de fármacos y de tóxicos, características laborales, el grado de Burnout y de salud física y mental de los profesionales sanitarios, considerados en tres categorías:

A) 102 médicos, B) 168 enfermeras, ATS/DUE; matronas; instrumentistas; fisioterapeutas y técnicos de servicios centrales, laboratorio e imagen, C) 93 personal auxiliar e enfermería. Llevado a cabo en el Hospital Virgen de la Vega (Salamanca). Constando el total de la muestra de 363 sujetos.

Los instrumentos empleados, fueron una encuesta sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory y el General Health Questionnaire-28. Los resultados mostraron la existencia de un grado medio de Burnout para el conjunto de los sanitarios estudiados que no está en relación con la categoría profesional con los factores sociodemográficos explorados.

Se encontró relación entre el grado de Burnout, la salud general de los sanitarios y la antigüedad profesional, el ocio diario, los consumos de tabaco, analgésicos y tranquilizantes. Un 29.25% del total presentan mala salud, con 33.3% de casos en la categoría C; 30.7% en la B y 23% en la A.

Terán y cols. (2000) realizaron el estudio sobre el Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Ángeles del Pedregal, en el cual el objetivo fue determinar la prevención del síndrome de Burnout entre las enfermeras del Hospital Ángeles del Pedregal y sus factores de riesgo sociodemográficos, y calcular las prevalencias de los síndromes ansioso y depresivo asociados con el síndrome de Burnout.

La muestra estuvo constituida por 56 enfermeras. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario de datos sociodemográficos, el inventario de Burnout de Maslach, el inventario de depresión de Beck y las escalas de ansiedad de Sheehan.

En los resultados se identificó depresión en el 17.9% de la muestra, ansiedad en 46.4% y Síndrome de Burnout en 48%. El mayor riesgo de síndrome de Burnout lo tuvo el personal que labora en terapia intensiva ($p < 0.005$). se encontró una correlación del síndrome de Burnout con automedicación ($P < 0.005$), presentada por 76.8%. El Burnout tuvo una correlación significativa con ansiedad ($p = 0.016$), pero no con depresión ($p = 0.410$). De esta manera concluyendo que la elevada frecuencia de automedicación sugiere una tendencia a la somatización relacionada con ansiedad.

Detectar oportunamente el síndrome de Burnout permite incrementar la calidad de los servicios de enfermería implantando estrategias preventivas, como grupos Balint, rotación de áreas de servicio y/o turnos laborales, así como estímulos laborales, y/o económicos.

Díaz y cols (2001) analizaron cómo el ambiente en que el cirujano dentista desempeña su trabajo puede verse influenciado por las demandas ambientales que ponen en riesgo su salud, pudiéndose presentar el síndrome de Burnout en el estudio titulado Síndrome de Burnout: Desgaste Emocional en Cirujanos Dentistas.

Esta investigación fue de carácter documental en el cual fundamentaron teóricamente la presencia de este síndrome en el personal de odontología, proporcionando algunas recomendaciones y concluyendo que los profesionales de las ciencias de la salud, son profesiones de ayuda eminentemente vocacional.

Los cirujanos dentistas con desgaste profesional el cual se relaciona con aspectos laborales negativos que afectan su rendimiento, deben hacerlo consciente, ya que esto se traduce en una urgente necesidad de que se introduzcan modificaciones en la dinámica de trabajo, de no hacerse así, se verá reflejado en su salud.

Sánchez y cols (2001), realizó una investigación sobre “Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout de sus componentes (cansancio emocional, Despersonalización y Falta de realización personal) en un colectivo de profesionales de la emergencia prehospitalaria. Los instrumentos aplicados fueron el Maslach Burnout Inventory en la versión validada entre sanitarios por C. Oliver y encuesta de datos sociodemográficos y una pregunta abierta sobre factores que causan malestar en la vida profesional. La muestra fue de 58 varones y 15 mujeres (23 médicos, 12 DUES y 37 oficiales de transporte sanitario).

En cuanto a los resultados reportan haber encontrado en el análisis descriptivo de las escalas en Agotamiento Emocional (AG) $13,7 \pm 4,4$; Despersonalización (DP) $8 \pm 2,4$, y Falta de Realización Personal (RP) $17,1 \pm 4,6$ y Burnout Global $38,4 \pm 8,8$. Análisis de Burnout en función de las variables sociodemográficas: el AG es significativamente mayor en sanitarios con hijos no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o estado civil. En función de los aspectos laborales se encontró que los profesionales con mayor antigüedad en su profesión y en la emergencia puntúan más alto en Burnout y en AG sin significancia estadística.

De lo cual concluyen que el "Burnout es una forma de estrés laboral frecuente entre sanitarios. El AG es significativamente mayor entre los que tienen hijos y los profesionales con mayor antigüedad en su profesión y en la emergencia puntúan más alto en "Burnout "AG y sólo el 2,8% en lo encuestados plantea cambiar de trabajo cuanto antes. Por último cabe mencionar que el análisis de consistencia interna de las escalas de Crombach para Burnout fue de 0.85, para Agotamiento Emocional 0.87, para Despersonalización 0.52 y para Falta de Realización Personal 0.76.

López y Cols en el 2000 estudiaron "El Síndrome de Burnout en el personal sanitario". En el cual se intenta dar un acercamiento al término estrés, estrés laboral y Síndrome de Burnout, explicando de este último las características que lo definen, las variables que influyen en su aparición, los síntomas y medidas para prevenirlo. En el instrumento describen el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (22) y aplicaron una lista de datos personales.

De lo cual concluyen el burnout es un síndrome al que está expuestos los profesionales de servicios, en particular el personal sanitario. La incidencia así como su severidad es desconocida, ya que no hay estudios amplios ni datos fiables, pero en todo caso hay una sensación percibida entre el personal sanitario de que algunas de las características que configuran el Burnout, pueden estar presentes en gran número de profesionales. Proponen medidas para combatir la aparición del Burnout, las cuales se pueden llevar a cabo desde tres niveles de actuación: individual, grupos de apoyo e institucional.

Gil –Monte (2002). Se realizó la validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory- General Survey, en el cual el objetivo fue explorar la estructura factorial del MBI-GS para la adaptación de los ítems.

La muestra estuvo compuesta por 148 policías municipales de Tenerife, España (127 varones y 17 mujeres). Los instrumentos aplicados fueron "Maslach Burnout Inventory- General Survey ", el cual consta de 16 ítems tipo likert, se distribuyen en tres subescalas denominadas Eficacia profesional (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y Cinismo (5 ítems). La escala de frecuencia tiene siete grados de 0(nunca) a 6 (todos los días). Bajas puntuaciones en eficacia profesional y altas puntuaciones en agotamiento y en cinismo suponen percibirse "mas quemado por el trabajo". Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach 0.85 eficacia profesional, 0.83 para Agotamiento y 0.74 para Cinismo. Se realizó un análisis factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax.

Como conclusión se puede afirmar que, si bien esta adaptación del MBI-GS presenta debilidades (la dimensión de Cinismo se desdobló en dos factores y el ítem 13 puede ser ambivalente y poco consistente), los resultados obtenidos apoyan la estructura trifactorial de la escala. Algunas de estas debilidades son propias del instrumento, no específicas de la adaptación. Por lo tanto la adaptación reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del Síndrome de Burnout.

Estos resultados pueden estar influidos por las particularidades de la muestra utilizada para la validación por ello deben ser replicados mediante análisis factorial confirmatorio.

Aún así estos resultados tienen una gran proyección aplicada. Pues facilita un instrumento que permitirá evaluar el Síndrome en organizaciones que no son del sector servicios y en profesionales que no trabajan hacia personas. Lo cual servirá para prevenir algunos de los principales riesgos psicosociales del trabajo.

Tevni (2000) realizó el Estudio de la Validez Factorial de Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos, cuyo objetivo fue observar el comportamiento estadístico de los elementos que conforman la versión española del MBI aplicados a una muestra de personas que desempeñan trabajos a favor de otras personas en el norte de México. Con el fin de reexaminar la validez factorial y la confiabilidad del MBI en español como herramienta de investigación en este sector del país y compara su comportamiento estadístico con otros estudios similares. La muestra se conformó por 196 personas de las cuales el 52% eran mujeres. Las profesiones representadas incluían profesores 25%, médicos y enfermeras 20%, policías 11%, secretarías 10%, el resto arquitectos, comerciantes y otras.

El 10 % con estudios de posgrado,. A nivel universitario el 37% y 29 % con estudios de nivel medio, los restantes con niveles académicos de primaria. Se compararon los coeficientes de las escalas con los primeros resultados obtenidos con las encontradas en 1997 por Seisdedos, la escala de Realización Personal obtienen un coeficiente similar (0.80 y 0.90 respectivamente), pero en el caso de la Despersonalización el coeficiente es notablemente inferior (0.57 y 0.79) situación que tiende a mejorar cuando se observa desde la perspectiva el segundo resultado habiéndose eliminado los elementos 5 y 15 e integrado el elemento 13 a la escala de despersonalización (AE 0.78, DP 0.62 y RP 0.72).

Este estudio destaca en primera instancia el débil y confuso papel del elemento 15 el cual contiene una redacción en español que a vista de expertos en México, tiene la deficiencia de utilizar una negación que causa confusión al momento de contestar la encuesta. En esta investigación concluyen que el MBI en español puede ser utilizado en un contexto latinoamericano con un poco de reserva.

Garnier y Cols. (s/f). Estudiaron el "Burnout en médicos de Urgencias". Se trató de un estudio descriptivo correlacional. Los sujetos de la muestra fueron encuestados en su lugar de trabajo y se les aplicó el cuestionario de estrés ocupacional, el MBI y la escala de Síntomas de estrés de Sèller y Schffide. Se estudiaron 123 médicos de Urgencias en hospitales de Alicante y Murcia.

En los resultados las puntuaciones de estrés y Burnout correlacionaron positivamente y se encontró que la suma total de horas diarias de trabajo era un buen predictor del estrés ocupacional. Obtuvieron un nivel moderado alto de estrés y al mismo tiempo de una alta satisfacción laboral y obtuvieron altas puntuaciones en las medidas de realización personal.

Martín, M. y Cols. (2000). Realizaron un "Estudio Comparativo del Síndrome de Burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad". Con el objetivo de conocer la incidencia de burnout en los profesionales (médicos y enfermeros) que trabajan en el servicio de Radioterapia y Oncología del Hospital Clínico Universitario "San Cecilio" de Granada y evaluar la severidad de burnout en los profesionales sanitarios. La muestra estuvo conformada por 36 individuos de los servicios básicos: Hospital de Día (HD); servicio de Oncología (SO), Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y Unidad de Cobalto y Radioterapia (RT). Se utilizó como instrumento de trabajo la adaptación española de Maslach con algunas modificaciones, así como un cuestionario con datos personales.

Los resultados ubicaron a la muestra en niveles bajos de Burnout. En cuanto al sexo sin ser significativo las mujeres presentan niveles mas altos que los varones, las enfermeras presentan niveles mayores que los médicos. La sala de Oncología presento los niveles más altos, seguida de la unidad de cuidados paliativos y los más bajos la Unidad de Cobalto y Radioterapia.

Cebria y cols. (2000). Estudiaron los “Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia” con el objetivo de investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en la escala de burnout (MBI) en médicos de atención primaria. El diseño fue un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se realizó una encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria en 93 centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia. Se administraron tres cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el MBI y el Test de Personalidad de Cattell 16PF-S.

Los resultados reportan que el 40% de los encuestados presentó algún síntoma de Burnout sin diferencias entre sexos. De estos 12.4 % manifestaba niveles muy altos de (quemazón) profesional. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout.

CAPITULO 2 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

2.1 CONTEXTO GENERAL

Debido a que la presente investigación está relacionada al área de la salud, este apartado pretende introducirse en el funcionamiento en general de los hospitales los cuales actualmente son tomados como grandes estructuras especializadas, con un amplio número de profesionales que desarrollan su actividad en ellos y que éstos son escenarios donde sus protagonistas presentan mayor susceptibilidad a presentar el síndrome de Burnout.

Maslach y Leiter (1997) agregan que el Burnout no es un problema de los individuos como tal sino del ambiente social en el que la gente se desarrolla. La estructura y funcionamiento del lugar de trabajo determina cómo la gente interactúa entre sí y la forma en que desempeña sus tareas. Cuando este espacio no reconoce el lado humano de la persona el riesgo de Burnout aumenta, trayendo consigo un alto precio económico y emocional que pagar.

Barquín (1985) aportó que la concepción hospitalaria de un macrosistema de atención médica que comprende diversas partes (hospitales, clínicas como microsistemas o subsistemas interdependientes) necesita la síntesis de las ciencias y de las humanidades, de la ciencia y de la tecnología, y de las disciplinas que constituyen la ciencia de las profesiones que se utilizan en esta actividad.

De acuerdo con la teoría general de los sistemas se considera que éstos deben tener, en *primer lugar* un objetivo que en caso de la atención médica sería el de mejorar el nivel de salud en los individuos y por tanto contribuir a mejorar el nivel de salud en la comunidad.

Por su parte Cantú-Garza (1973), menciona que los objetivos de un hospital consisten en disponer de lo necesario para poder efectuar ciertas funciones. Su existencia no es concreta a la posesión instrumental, edificios y demás artículos y artefactos que requieren para el tratamiento de los pacientes, sino que para su cabal funcionamiento se requiere de la relación interpersonal; necesaria no tan sólo entre los médicos, sino por parte del personal integro que labora en él.

En *segundo lugar* están los componentes integrados en una estructura, a los cuales también se les llaman subsistemas. Los constituyen los hospitales, clínicas-hospitales, clínicas generales, puestos o postas periféricas, casas de salud, etc. Según Cantú-Garza (1973) las funciones principales de un hospital son cuatro: 1. Curar y aliviar o consolar; 2. Prevenir el desarrollo de las enfermedades; 3. Rehabilitar y 4. Proponer el desarrollo de la salud física y mental. Para su exitoso funcionamiento se requiere de la relación interpersonal entre todos los miembros de la institución.

En *tercer lugar* se encuentran los recursos o insumos. Entre estos se pueden considerar básicamente a los pacientes, no como insumos propiamente dichos sino como sujetos, que constituyen el objetivo de la atención o bien a quienes se les entrega un producto o servicio final. También hay que considerar los insumos propiamente dichos personal, materiales, medicamentos, oxígeno, agua, energía eléctrica, etc.

En *cuarto lugar* está el proceso, o sea, las interrelaciones que constituyen la trama normativa que une a todos los componentes o unidades médicas y que se realizan sus actividades de acuerdo con un marco de referencia normativo, en el cual se desarrolla el proceso diagnóstico-tratamiento, que como todos los procesos realiza un cambio que puede ser reversible o irreversible pero que modifica el sujeto de atención médica.

En *quinto lugar* se considera un medio o entorno que en el caso del sistema y de las unidades médicas en particular lo constituye la zona de influencia, en la cual existen usuarios o personas que tienen derecho a las prestaciones médicas.

En *sexto lugar* está el mecanismo regulador, constituido por la serie de organismos directivos que tienen características ejecutivas y asesoras y que pueden localizar a nivel central, regional o local; éstos realizan las funciones de planeación, dirección y control procurando la mayor eficiencia al menor costo posible.

2.1.1 Proceso de trabajo hospitalario

Sandoval (2000) el trabajo histórico-social, no solamente es el conjunto de acciones que de manera individual o colectiva realizan los humanos para obtener beneficios particulares. En el trabajo el humano se objetiva, pero también se degrada física y mentalmente. De esta manera es que el trabajo como condición social objetiva, atraviesa por la dimensión subjetiva de los sujetos.

Se impone como necesidad conocer con detalle las características de los distintos procesos de trabajo y su relación con el síndrome y sus efectos en la salud, pues no obstante que en el modelo se habla "prestación de servicios" en términos generales, hay especificidades que deben ser tomadas en cuenta dentro del análisis porque no puede ser entendido de la misma manera el trabajo de enfermeras o médicos que trabajan con pacientes hospitalizados, que el trabajo de maestros que atienden niños en edad escolar o el trabajador social que ofrece sus servicios a reclusos de cárceles de alta seguridad.

Esto quiere decir que para poder comprender con mayor profundidad el *burnout* se tendría que realizar un análisis detallado de las condiciones en que se presta el servicio y los detalles técnicos y sociales de los distintos procesos de trabajo para poder evaluar cómo pueden estar afectando al profesional.

En la comprensión del *burnout*, es necesario tener muy claro que el "objeto de trabajo" de los prestadores del servicio son precisamente personas, lo que hace del proceso de trabajo un proceso que en poco se asemeja a los procesos industriales y de ahí que su delimitación se tenga que hacer desde una perspectiva centrada en el "humano que es el objeto de trabajo".

Sin embargo, se hace necesario comprender que el *burnout* analiza la despersonalización por parte del prestador del servicio, pero también habría que estudiar las actitudes de los usuarios frente a los empleados, actitudes que en muchas ocasiones son también de indiferencia, rechazo maltrato, altas exigencias y expectativas exageradas, lo que hace de trabajo del empleado un trabajo altamente estresante (Sandoval,2000).

Por su parte Pitta (1990) habla específicamente de el proceso de trabajo hospitalario citando que son diferentes funciones que un hospital ha desempeñado a lo largo de su historia dificultando en mucho la tarea, a los que buscan entender el proceso de trabajo hospitalario como un cuerpo de prácticas articuladas e institucionadas de las demás practicas sociales en una sociedad dada y sometida a determinadas reglas históricas, económicas y políticas.

Goncalves, caracteriza el proceso de trabajo médico, en un cuidadoso estudio hace algunas observaciones que mucho se aplican al trabajo hospitalario, a medida en que este último siempre se ha constituido en escenario por excelencia de desenvolvimiento de practicas medicas: "Es preciso no confundirlas como una actividad creadora de vida, la semejanza de las concepciones románticas vulgarizadas sobre una creación artística de una investigación científica.

Donnangelo llama la atención por el hecho de que, por medio de esas concepciones, los medios de trabajo empleados en la medicina tienden a ser comprendidos como un conjunto de recursos tecnológicos más o menos complejos cuya historicidad se pierde en su carácter científico en si, supuesto como un hecho de desenvolvimiento lineal no como un obscurecimiento que ese carácter científico, conceptualmente simplificado, fomenta en sus relaciones de restauración una relación en particular entre el médico y el objeto de practica" (Pitta,1990).

Pero el trabajo hospitalario constituye una práctica concreta en la que a pesar de sus impresiones no imaginarias de los agentes y usuarios, es necesario identificarlos como en cualquier otro proceso de trabajo cualquiera que sean sus características de los agentes e instrumentos necesarios en su concepción los productos estarían al final de su ciclo de producción.

Para Marx citado en Pitta, (1990)," todo trabajo es por un lado, dispendio de fuerza de trabajo del hombre en sentido fisiológico, y necesaria esa cualidad de trabajo humana igual a trabajo humano abstracto que genera valor de mercancía. Todo trabajo es dispendio de fuerza de trabajo humano subforma adecuada a un fin y necesita calidad de trabajo concreto y útil para producir valores de uso". Ubicando un sector terciario, en cuanto prestación de servicios padece todas las dificultades del trabajo hospitalario, "el modelo de trabajo".

Como menciona Fraivet le acompaña la geografía de las aspiraciones de los sujetos de servicio, utilizando una intensa plasticidad e interpretación de modelos de trabajo. Una preocupación mayor es instrumentalizar técnicas que valoricen y delimiten las funciones y tareas, habitualmente transgidas en los hospitales no cotidianos, han elevado en los últimos años un esfuerzo teórico y de investigación de este particular proceso de trabajo.

García busco conceptualizar los "modos de producción de los servicios de salud" llegando a identificar dos tipos: El *primero* sería un modo de producción artesanal con las características siguientes: los agentes son propietarios de los medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado; no existe un dominio claro de una categoría sobre la otra relación de cooperación médico-paciente; se observa una relación de cooperación entre los miembros de una misma categoría, sin embargo existe una complejidad de instrumentos y conocimientos pues se genera una contradicción entre el desenvolvimiento de la medicina y las relaciones existentes, una vez que quedará más distante la posibilidad de un solo individuo realice todas las tareas de diagnóstico y tratamiento en medida que las clases se tornan más complejas.

El *segundo* modelo lo denominó "burocrático", donde los agentes pierden el control del proceso global de trabajo: el individuo sano sea paciente y visto de forma parcelada y surge una necesidad de organización total de trabajo, ocurre de esta forma una transformación de hospital, que se convierte en centro de operaciones de esta nueva forma de atención médica.

Un hospital, cuya función inicial fue un control social de producción considerada desviada y cuya actividad se centraba en cuidado, se transforma en un mecanismo coordinador de atención".

Refiere aún un alto costo y complejidad diagnóstica y terapéutica, en este segundo tipo de producción de servicios de salud además de alertar para un fenómeno de transformación de la práctica médica individual una formación de grupos de trabajadores indirectos, en los cuales los propietarios de los medios de trabajo delegan esa función (Pitta,1990)

2.1.2 Fases evolutivas del trabajo hospitalario

1. Fase de estrés laboral. Ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos tanto humanos como materiales, hay un exceso de demandas y una escasez de recursos, lo que ocasiona una situación de estrés.

2. Fase de exceso o sobreesfuerzo. El sujeto trata de dar una respuesta emocional al desajuste, al cual está sometido, realizando un exceso o sobreesfuerzo, que motiva a la aparición de síntomas emocionales como la ansiedad, fatiga, irritabilidad y tensión y también signos o síntomas laborales tales como la aparición de conductas egoístas, alineación laboral, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales y una falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo.

3. Fase de enfrentamiento defensivo. Hay un cambio de actitudes y conductas, empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a las que se ve sometido; así el sujeto aparecerá emocionalmente distanciado, con el deseo y fantasía de cambio de trabajo, con reacciones de huida o retirada, con mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, niveles elevados de ausentismo laboral y actitudes cínicas y despreciativas en relación con los usuarios. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás como responsables y causantes de los problemas. (Cherniss, 1980)

Como Flores en (1994) explica que el trabajo diario en el hospital, la rigidez del sistema, la monotonía, la deshumanización, la falta de comprensión y de tolerancia entre los compañeros de trabajo, la <<politización>> excesiva, etc., han producido paulatinamente un síndrome <<amotivacional>> en enfermeras y médicos, que puede repercutir muy negativamente en su propia salud y en la calidad asistencial que presta el hospital público.

El crecimiento de la tecnología, la división del trabajo o la intensificación y expansión de la especialización, hacen que el hospital sea un sistema complejo de división de trabajo, con una elevada jerarquía de autoridad, canales formales de comunicación y un conjunto de reglas y normas. En la actualidad existen dos líneas de autoridad paralelas: la administrativa y la profesional. Es frecuente la aparición de conflictos entre ambas, conflictos que, en gran medida, obedecen al choque entre conjuntos de valores distintos; el sistema profesional pone énfasis en el servicio que es necesario dispensar, en la humanización de la asistencia. El objetivo prioritario de un hospital es devolver la salud al paciente, cuando los procedimientos de diagnóstico o tratamiento así lo aconsejen. Un hospital moderno es una estructura muy compleja en la que se insertan diversas estructuras de gestión (dirección médica, gerencia del área de salud, comisión de calidad o de actividad asistencial, docencia, investigación o planificación y desarrollo). (Flores, 1994)

Dentro de cualquier institución en este caso los hospitales, el personal tiene un sistema de subordinación múltiple, es decir, que un mismo subordinado (médico y enfermera) tiene que atender las ordenes de diversos cargos superiores (gerente, director médico, director de enfermería, director adjunto, director de información, etc.), ellos se traducen en un aumento de estrés, en una mayor dificultad en el desempeño de las tareas y en la coordinación de éstas. También la estratificación influye en el desempeño de las funciones médicas y de enfermería.

Las situaciones que conllevan poca estratificación favorecen la fluidez de la comunicación con los pacientes y un mejor desempeño de las funciones de enseñanza que en las que prevalece una rígida estratificación (Flores, 1994). Un porcentaje muy elevado del personal considera que no se le tiene en cuenta en la organización, planificación y objetivos generales del hospital. Señalan la necesidad de que el facultativo y la enfermera participen de una forma real en la gestión sanitaria, al tiempo que disminuyan los cargos burocráticos (excesiva burocratización). Esta situación negativa afecta generalmente a todos los profesionales sanitarios en su labor cotidiana y repercute, por lo tanto, en el trato con los pacientes.

2.1.3 Responsabilidad institucional

Carrasco (1990) mencionó que en estos centros se dan conjuntamente la responsabilidad del médico que actúa individualmente o más frecuente en equipo, junto a una responsabilidad genérica de la institución o de las personas que la dirigen o representan.

Las situaciones y deficiencias más frecuentes en estos centros que pueden generar responsabilidad son:

- Falta de asistencia, tanto en los servicios de asistencia domiciliaria, de servicios de urgencia o el resto de los servicios hospitalarios.
- Falta de seguridad, de la que se puede derivar riesgo de accidentes diversos e imprevistos para el paciente.
- Falta de calidad asistencial, por falta de medios diagnósticos, terapéuticos o de servicios básicos o bien falta de personal cualificado, titular o auxiliar.

Por su parte Gisbert en 1979 plantea el problema de un daño o lesión que sufra un enfermo ingresado en un hospital la delimitación de responsabilidades, ante la pregunta, ¿es el médico el responsable o lo es la institución?, pone en evidencia que existe de hecho una conjunción de responsabilidades y que en ocasiones no resulta fácil su delimitación. Cuando un enfermo acude a un hospital contrata de forma táctica dos tipos de servicios diferentes: Los servicios del médico y del resto del equipo y personal auxiliar y los servicios generales del hospital. El enfermo que va a un hospital tiene un objetivo primordial el cuidado de su salud y ese servicio le debe ser prestado principalmente por el médico y por el resto del personal sanitario.

Es exigible a la institución que el médico que pone al servicio del enfermo y con el cual el enfermo no contrata directamente, disponga de los conocimientos y pericia suficientes, que tenga diligencia profesional y que pueda disponer de los medios necesarios diagnósticos y terapéuticos para realizar su cometido profesional (Carrasco,1990).

2.1.4 Responsabilidad política administrativa

Carrasco (1990) mencionó que se considera que la administración y las autoridades políticas son las encargadas de la planificación correcta de la asistencia sanitaria pública vienen obligadas a hacer disponible los medios necesarios para llevarla a efecto sin riesgo. Temas como el control de la calidad de los alimentos, el control de las enfermedades infecciosas, del medio ambiente, el exigir el cumplimiento de las normas de acreditación y calidad de los servicios sanitarios, distribución de camas, áreas de acción, servicios extrahospitalarios, etc; son fundamentalmente de política sanitaria.

Franco (1997), mencionó que las personas que deciden dedicarse a algún trabajo de servicio asistencial quizás poseen diversos motivos, diferentes expectativas y divergencias en cuanto a sus metas, sin embargo tienen en común el deseo de ayudar a los demás, así como la dificultad y demanda que esto implica. El desarrollo masivo de los hospitales a partir de los años sesenta ha supuesto un incremento progresivo del número de trabajadores y una compleja organización laboral. Ha repercutido hondamente en la organización del trabajo, en la masificación, <<despersonalización>> y condiciones negativas del trabajo hospitalario.

2.2 PROFESIONALES DEL SERVICIO

Los médicos y enfermeras(os), junto a los enfermos, son los grandes protagonistas de las relaciones en el hospital y que, además, esta institución gira, en gran parte, en torno a la dinámica que se establece en esta triada. (Flores, 1994). El profesionista trata con el problema que tiene el paciente, ya sea físico, emocional, económico, etc. Esto quiere decir que se concentra en la parte negativa del paciente, por lo que la interacción esta frecuentemente cargada de sentimientos fuertes como miedo, enojo o frustración; lo cual en ocasiones puede ser expresado por medio de hostilidad (Maslach, 1982).

2.2.1 Relación médico-paciente

La medicina se caracteriza en nuestra actualidad por un acelerado proceso de acumulación de información lo cual ofrece sucesivas rupturas epistemológicas, provocando una permanente e inagotable renovación de la ciencia. Como resultado, esta disciplina se encuentra en permanente cambio (Portillo, 1998). Irónica y desafortunadamente, algunos de los profesionales que se dedican a ayudar, son las personas menos deseosas de buscar ayuda para ellos mismos.

Por ejemplo, los doctores son notoriamente renuentes a pedir ayuda y a reconocer que en ocasiones la necesitan. A la gente que se supone debe tener todas las respuestas y ser capaz de ayudar a cualquier otra persona puede parecerle que sus propias dificultades son un signo de incompetencia o fracaso (Maslach, 1982).

Edelwich y Brodsky (1980) señalan que la persona que tiene vocación de ayudar a otros, se expone a sus propias vulnerabilidades, ya que al enfrentarse al sufrimiento y los problemas del otro, se ve forzado a examinar sus propias heridas y por lo tanto es susceptible de estar bajo tensión emocional.

Para Flores (1994) el paciente, se ha vuelto demasiado exigente e hipercrítico, el médico se convierte en blanco de protestas en todos los fallos del sistema sanitario, y es presa de la mayoría de las críticas de la propia sociedad. Se genera una cierta irritabilidad inconsciente que hace que el médico actúe a la defensiva, y desconfíe de su paciente, familiares e, incluso, de otros profesionales; ello le lleva a un enfrentamiento continuo con los enfermos, familias y con la propia sociedad que genera sentimientos de culpabilidad y de insatisfacción profesional.

El usuario, ha sobrestimado la importancia de los análisis y exámenes médicos rutinarios, por eso visita frecuentemente los hospitales, los centros de salud, realizan múltiples análisis y considerables exploraciones médicas que conllevan un importante riesgo y en las que se utilizan nuevas tecnologías de difícil manejo y utilización. Todo este arsenal terapéutico origina un gran trabajo para el médico, que en última instancia se ve abocado al síndrome de "estar quemado".

El paciente siente que la relación tradicional <<médico-paciente>> ha cambiado ostensiblemente; el médico tiene menos tiempo que dedicar a la necesaria comunicación con su paciente; la mayoría de las veces, el usuario o paciente se queja porque no se le ve como un individuo que tiene problemas de salud, con importantes expectativas acerca de su enfermedad y con opiniones y decisiones propias muy importantes acerca de su proceso patológico.

Como producto de este contexto psicosocial, el enfermo frecuentemente es reducido a un simple objeto, un número o sencillamente el portador de una enfermedad a tratar. Marín (1996) reporta que en la actualidad es frecuente que los médicos vean a sus pacientes como parte de una lista de espera o un número de expediente que tiene que ser atendido. Por su parte Garduño y Zavala (1995) mencionan que "el médico especialista está en peligro creciente de convertirse en un "técnico especialista". El técnico no va más allá del procedimiento, es un ejecutor eficiente, necesario, pero la actuación es limitada, no busca el trato integral que una persona merece y necesita. Esta deficiencia en la formación de los médicos debe ser corregida con prontitud".

Shein señala que en el médico se depositan una serie de expectativas tan altas que difícilmente pueden cumplirlas. Algunos pacientes ven al médico como omnipotente capaz de aliviar el dolor, curar todas las enfermedades y prevenir la muerte. Cuando la muerte llega, las familias pretenden que el médico mantenga el control emocional y sirva de soporte para ellos. Es posible que se espere demasiado del médico, pero el médico mismo espera demasiado de él.

Por su parte Bleger reporta que el médico debe enfrentar los conflictos emocionales de la familia, entender sus necesidades y ocuparse del tratamiento médico; pero también tiene que enfrentar sus propias emociones que se despiertan en relación con la enfermedad terminal.

Para no verse afectado por la muerte de un paciente, el médico debe utilizar ciertos mecanismos defensivos. Algunos pueden adoptar como postura despersonalizar a sus pacientes. Si el paciente no es una persona, su muerte no es relevante. Sin embargo la utilización frecuente de este mecanismo es poco satisfactoria para el paciente y su familia.

Tiende además, como conducta defensiva, a adoptar una actitud omnipotente que en muchos casos se acerca a una tentación a "jugar" de mago. Esta actitud crea y fomenta una falta de comunicación entre los mismos médicos y entre éstos y el personal auxiliar y los enfermeros; lo cual se combina además con una exigencia implícita de dependencia de los pacientes que se ve facilitada por la regresión a que conduce la enfermedad misma (Shein s/f y Bleger, 1991).

Es común observar que el médico sea depositario de exigencias muy altas por parte de los pacientes y sus familiares, quienes en frecuentes ocasiones son muy demandantes. Es fácil que el médico se enrede en este juego de saber y omnipotencia, adjudicándose responsabilidades que no le corresponden pudiendo experimentar por tal motivo Burnout.

Maxmen en 1976 concluyó que los pacientes desean que el doctor posea tres tratos y cualidades interrelacionadas: 1)Seguridad, quieren sentir que el médico siempre estará disponible, especialmente en momentos de angustia, 2)Nutrición, los pacientes desean que el doctor actúe con simpatía, compasión y siempre con ternura y 3)Omnipotencia, los pacientes quieren tener completa fe en que su médico sabe todo y, lo más importante cumple y logra todo (Franco, 1997).

Para Ford (1991) el paciente y el médico se encuentran ocupados en un proceso de mutua definición de roles. La relación comienza con una orientación complementaria sobre la enfermedad del paciente.

Por un lado el paciente se encuentra desamparado y necesitado de ayuda, tiene la obligación de querer recuperarse y obtener la ayuda para lograrlo. Por el otro lado, el doctor tiene la responsabilidad impuesta por la sociedad, de ayudar al paciente a recuperarse, aplicando los recursos técnicos que estén a su disposición.

Maslach menciona que conforme el rango de servicios y el número de pacientes aumenta también incrementa la crítica enfocada a que estos servicios se han vuelto impersonales, de menor calidad y deshumanizados. Los pacientes se quejan de ser menospreciados, ignorados, maltratados y/o engañados. Frecuentemente se sienten ignorantes respecto a lo que está sucediendo, frustrados y enojados por no obtener lo que quieren e impotentes para producir un cambio positivo en esta situación (Maslach s/f, citado en Franco 1997).

Según Wolinsky (1980) en la aplicación de las herramientas de la medicina moderna, el profesional de la salud, debe mantener una actitud profesional que incluye 4 aspectos específicos:

A. Especificidad técnica: De acuerdo con Wolinsky, este aspecto se refleja en el prestigio y la autonomía que se le concede al médico, producto del intenso entrenamiento que éste recibe a lo largo de su carrera y que le permite ser un agente de control social, de igual manera permite que se le considere el primer representante del valor cultural más importante: la salud.

B. Neutralidad afectiva: Este punto implica distanciamiento, es decir, debe evitar involucrarse con el paciente, según Wilson y Bloom (1972, citados en Wolinsky, 1980), debe existir simpatía y no empatía hacia él, haciendo lo posible para entender sus sentimientos, pero sin sentirlos.

Para otros profesionales de la salud, como los psiquiatras o los psicólogos, el involucrarse sentimentalmente con los pacientes, más que ayudarles, podría agravar la situación de estos últimos.

C. Para Parsons en Wolinsky, (1980), el **rol del médico** consiste en comunicar al paciente la forma más adecuada de controlar su disfuncionalidad. Parsons representa a los médicos asumiendo el papel de botón de cambio de la relación de "neutral-afectivo" en la sociedad moderna, con un médico y un paciente protegidos por la distancia emocional.

D. Universalismo: Como su nombre lo indica, se refiere a que el médico está obligado a tratar todo tipo de pacientes, de cualquier color, raza o condición social, considerándolos a todos iguales y brindando la misma calidad de atención para todos. Desafortunadamente, el tratamiento igualitario es sólo una espléndida meta filosófica, pues los médicos como todos los seres humanos perciben y actúan de acuerdo a las diferencias individuales.

E. Especificidad funcional: se refiere a limitar la conducta del profesional hacia aspectos estrictamente médicos. Está basada en el conocimiento técnico y la competencia del médico, lo cual lo certifica como un médico experto, donde no importan las habilidades sociales, religiosas o psicológicas. Si no se mantiene dicha restricción se corre el peligro de caer en complicaciones, entre las que destacan que el paciente no reciba la atención adecuada ó que se convierta en blanco de explotación para el médico. El problema con la especificidad funcional, es saber donde empieza y donde termina el dominio médico, pues éste crece constantemente, abarcando los dominios de la conducta social y psicológica, redefiniendo la conducta psicosocial

Carrillo (1999). Realizó el estudio sobre Responsabilidad Médica: "la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión".

Así la profesión médica el que cometa o realice infracción o hecho ilícito con motivo del ejercicio de su profesión, estará obligado a responder primeramente ante su propia conciencia- responsabilidad moral-, ante los demás-responsabilidad social- al producir un daño con su conducta tendrá que responder penal y/o civilmente el área penal, al sujeto imputable autor del daño y que se halle jurídicamente culpable por su conducta delictiva se le impondrá alguna pena o medida de seguridad; en el primer caso, privación de la libertad por determinado tiempo, en el segundo caso, suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional, de acuerdo a lo que determine el juez.

En le área civil, básicamente se tiende a repara el daño, cuando esto es posible, o bien, a pagar los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la acción u omisión del médico durante o con motivo de su ejercicio profesional.

En este orden de ideas, la responsabilidad penal no excluye a lo civil y viceversa, pudiéndose encontrar en ambas situaciones en forma separada o simultanea el autor de un hecho delictuoso.

La ley sancionara al medico en diversas y múltiples situaciones, por ejemplo: cuando incurra durante su ejercicio profesional prescribiendo deshonestamente estupefacientes y psicotrópicos, cuando expida certificados o dictámenes falsos, cuando practique criminalmente el aborto, cuando no otorgue los casos médico-legales y cuando no socorra en casos de peligro.

Así mismo, cuando responsiva médica para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo y lo abandone en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente, en fin, cuando no desempeñe su profesión leal y sabiamente, siendo precisamente esta última circunstancia, una de las de mayor impacto y trascendencia para los profesionales de la salud, cuando se ven comprometidos en una situación jurídica presumiblemente derivada de su actuación profesional.

Así el médico y el profesional en general, en su ejercicio profesional debe actuar con diligencia, pericia y honestidad, para no ser agente en la comisión de un acto ilícito y, por consecuencia, tener que responder de dicho daño.

2.2.2 LA relación enfermero (a) – pacientes

Franco (1997) plantea que la relación de la enfermera con su paciente también puede estar cargada de factores estresantes desencadenantes de Burnout, razón por la cual estas profesionales pueden aislarse y protegerse del agotamiento emocional causado por su trabajo, provocando un trato despersonalizado hacia los pacientes; ya que no sólo se enfrenta al estrés y los problemas laborales referentes al cuidado del paciente, sino que además se ha observado que la autoridad que poseen los médicos y poca autonomía que tienen ellas, es otro factor tensionante.

Las enfermeras que laboran en una institución generalmente pasan más tiempo con el paciente que con el médico, teniendo poco o nada que decir acerca del tratamiento y la toma de decisiones en general, además se ven forzadas a contestar las preguntas ansiosas de los familiares y del paciente acerca de las cuales ellas saben muy poco.

Lo cual se complementa con los resultados obtenidos por Leiter en una investigación en un grupo de enfermeras donde el agotamiento emocional estaba asociado con la falta de una buena supervisión que sirviera de apoyo a las mismas. Del mismo modo se encontró que, cuando existe una supervisión de apoyo abierta, hay una reducción del en la ambigüedad de los roles, aumento de la satisfacción laboral, reducción del ausentismo y mejores relaciones entre los compañeros de trabajo (citado en Eastburg, 1994)

Por su parte Pines y Aronson en 1988 señalan que muchas enfermeras hacen cosas para protegerse de lo abrumante de su situación. Algunas comienzan a separarse emocionalmente de sus pacientes, otras se enredarán ocasionalmente en un tipo de humor burlón o denigrante sobre los pacientes. El hecho de que experimentan menos apego (por su propia protección) con los pacientes sumamente demandantes, (y que expresan relativamente poca gratitud), conduce a algunas enfermeras a resentirse con los individuos a los cuales presta su ayuda.

Conforme la manifestación de este resentimiento aumenta, la enfermera empezará a sentirse culpable y avergonzada por su comportamiento y actitudes; esto se convierte en un círculo vicioso que conduce a presentar sentimientos de agotamiento.

Broome refirió que además de los problemas asociados a la corta edad y el salario existen otros muchos factores relacionados con el estrés de las enfermeras y que obviamente varían de acuerdo al área de especialización (Citado en Pines y Aronson, 1988).

2.2.3 Áreas críticas y no críticas

Un aspecto de importancia es el área (crítica o no crítica) en la que se desenvuelve el médico, de acuerdo a Maslach (1978), si el contacto con los pacientes es particularmente desconcertante, preocupante, depresivo o difícil, entonces el Burnout puede ser más severo y/o ocurrir con mayor rapidez. Un ejemplo de esto es trabajar con personas que mueren y pacientes psicóticos. Asimismo, Etzion (1984) propone que en niveles severos, el Síndrome puede trasladarse con síntomas de depresión reactiva (Franco, 1997).

Al respecto Guillard(1997) menciona que los ambientes de trabajo en instituciones, donde se manejan situaciones de crisis, se distinguen por largas jornadas, falta de control en la toma de decisiones, baja remuneración económica, problemas crónicos así como pacientes hostiles y rudos son algunos puntos estresantes que atacan a los trabajadores de urgencias convirtiéndolos en candidatos para el Burnout.

Los servicios de cuidados intensivos y, especialmente los de urgencias, conllevan un especial <<desgaste>>, debido precisamente a la dinámica tremenda que el médico realiza a veces, sin la correspondiente ayuda o coordinación de otros servicios o unidades; servicios sobreestructurados de enfermos, con falta de personal cualificado e insuficientemente dotado.

Por otra parte, los pacientes críticamente enfermos que necesitan ingresar en cuidados intensivos son tratados en los servicios de urgencias o quirófanos por falta de camas o de enfermeras especializadas.

Flores en (1994) menciona que todo ello hace que el médico, que va percibiendo día a día la situación, llegue a tener una gran frustración, una valoración negativa de su trabajo y su esfuerzo personal y, además, comprueba diariamente que la situación se va haciendo cada día más compleja, que no se resuelve, a pesar de que sus quejas reiteradas a las instancias superiores y que tampoco sus peticiones y demandas encuentran el eco y apoyo necesarios para tratar de paliar el problema suscitado y que escapa totalmente a sus posibilidades.

Las exigencias cada vez mayores en relación con la calidad de atención sanitaria, las mayores responsabilidades civiles y penales, la atención a determinados tipos de enfermos que exigen una gran atención y dedicación (enfermos con enfermedad progresiva, terminales, enfermos oncológicos, servicios de UVI, o enfermos incurables), también facilitan la aparición de estados de ansiedad/angustia que afectan gravemente al personal sanitario (médico/enfermera), y ocasionan un estado psicológico de <<inercia> carente de todo tipo de ilusión, entusiasmo y energía para seguir con el trabajo y en relación social y familiar de forma aceptable.

En las unidades de cuidados, las enfermeras y también los médicos están diariamente confrontados al sufrimiento humano y, en muchos casos, a los moribundos y a la propia muerte. Anderson y Basteyns (1981) consideran que ver de cerca la muerte o cuidar a pacientes moribundos constituyen experiencias muy estresantes que le llegan a producir diversos trastornos de ansiedad o de angustia. Posiblemente la cercanía de la <<muerte>> tiene una cierta proyección hacia el propio individuo y resulta bastante estresante. La muerte del <<otro>> es de alguna manera mi propia <<muerte> y la conciencia de la muerte es, sin duda, una experiencia altamente angustiada en el desempeño profesional (Flores, 1994).

Muchos profesionales sanitarios no son conscientes de su susceptibilidad a este tipo de experiencias relacionados con su quehacer cotidiano; igualmente, ignoran los efectos negativos que pueden originar este trabajo profesional. Tal como afirma Ortiz (1991), <<los profesionales de la salud ante el enfermo con enfermedad progresiva (terminal) perciben el choque interior que se produce entre su capacidad para curar (para la que está técnicamente preparados) y la gran dificultad que tienen para cuidar, ayudar y apoyar al paciente por no haber sido entrenados para ello>>. (Flores; 1994)

Flores en (1994) menciona que paradójicamente, existe una contradicción muy importante; por un lado, los profesionales sanitarios están muy preparados técnica, científica y clínicamente y, por otro, sin embargo, se encuentran <<inseguros>> psicológicamente, tanto en el plano de la comunicación como en el de la interacción y apoyo psicológicos.

El estrés que va almacenando, por otro lado, es acumulativo y, por lo tanto, llegan a experimentar la reacción patológica al estrés (distrés). Paralelamente, al mismo tiempo que este estado crónico de estrés les va invadiendo les paraliza o bloquea psicológicamente, al mismo tiempo contagia a los demás (medio familiar y laboral).

Según Ortiz (1991) <<cuando la enfermedad terminal se prolonga, las viejas tensiones familiares rebrotan de nuevo por la frustración de que el paciente no muere y se vuelca directamente sobre el equipo asistencial>>. Con el fin de evitar o moderar este tipo de estrés sería conveniente que los profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en este tipo de hospitales, tuvieran un entrenamiento mental acerca del control y manejo del estrés con el fin de soportar y liberar las tensiones psíquicas acumuladas como consecuencia de su actividad profesional.

Pines y Aronson (1988) encontraron que las enfermeras que trabajan con enfermos terminales que tienen cáncer son los sujetos que experimentan Burnout con mayor frecuencia. Y las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos, son significativamente más depresivas, hostiles y ansiosas que las enfermeras que laboran en unidades menos estresantes. (Franco, 1997).

CAPITULO 3

CONTEXTO MILITAR

3.1 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES.

Las características de la milicia conllevan factores protectores como la disciplina, el orden y la sistematización de los diversos aspectos de la vida militar. Es decir el militar tiene la ineludible obligación de cumplir fielmente con lo dispuesto en las leyes y reglamentos militares y ordenes superiores (Boletines técnicos, 1992).

Sin embargo, incluye aspectos de vulnerabilidad como la exposición constante a estrés crónico y agudo, la movilidad laboral y la disponibilidad limitada de tiempo para la convivencia familiar o la separación del núcleo familiar por periodos de tiempo variables en función de las diferentes comisiones del servicio (Almanza,2001).

Las condiciones en las cuales ellos viven y trabajan, con frecuencia significa que tienen más probabilidades de contraer enfermedades que los civiles. Los militares viven en una sociedad encerrada donde predominan los valores masculinos, donde el estrés, el aburrimiento, el uso de alcohol y las actividades sexuales son altos. Acostumbrados a tomar riesgos en su profesión también pueden ser más propensos a tener una conducta riesgosa (Vera, 2003).

En todos los actos de su vida militar tendrá en cuenta que es digno representante de una "institución gloriosa" y que sus obligaciones fundamentales se circunscriben a cumplir como miembro del ejército y fuerza aérea. Es su obligación ser sostén de la República, acrecentar su imagen con su buena conducta y realizar su máximo esfuerzo para el buen desempeño de sus labores (Boletines técnicos, 1992).

Una de las características principales de los militares es la disciplina la cual esta regida por leyes de las cuales a continuación se hará referencia a algunas de ellas:

El servicio de las armas exige que el militar lleve el cumplimiento del deber hasta el sacrificio, y que anteponga al interés personal la soberanía de la Nación, la lealtad a las instituciones y el honor del Ejército y de la Armada Nacionales (Art.1).

El militar debe observar buen comportamiento, para que el pueblo deposite toda su confianza en el Ejército y en la armada y los considere como la salvaguarda de sus derechos (Art. 2).

La disciplina en el Ejército y en la Armada es la norma a que los militares deben ajustar su conducta; tiene como bases la obediencia, y un alto concepto del honor, de la justicia y de la moral, y por objeto, el fiel y exacto cumplimiento de los deberes que prescriben las leyes y reglamentos militares (Art. 3).

La disciplina exige respeto y consideraciones mutuas entre el superior y el inferior; la infracción de esta norma de conducta se castigara por la Ley Penal Militar (Art.4).

El militar debe proceder de un modo enérgico en el cumplimiento de sus obligaciones, a fin de obtener la estimación y obediencia de sus subalternos. Es deber del superior educar y dirigir a los individuos que la Nación pone bajo su mando (Art. 5).

El superior solo podrá servirse de sus armas o de la fuerza a su mando para mantener la disciplina, haciendo que se obedezcan sus órdenes en acto de servicio (Art. 6).

El superior será responsable del orden en las tropas que tuviere a su mando, así como del cumplimiento de las obligaciones del servicio, sin que pueda disculparse en ningún caso con la omisión y descuido de sus inferiores. (Art. 7).

Para que el militar obtenga la confianza y estimación de sus superiores y en su caso las recompensas, deberá demostrar aptitud, buena conducta, amor a la carrera, celo en el cumplimiento de su deber y respeto para su persona y para la de los demás. (Art. 10)

El militar que sea designado para un acto del servicio, lo ejecutará sin oponer dificultades, pero cuando menoscabe su jerarquía militar, tendrá derecho de representar ante la Superioridad (Art.13)

Es importante recalcar que en cualquier grupo humano debe existir la cohesión para el logro de los objetivos de que se traten, de tal forma que pueden resistir a cualquier aspecto o fuerza de desintegración. La cohesión esta determinada por factores *Extrínsecos* e *Intrínsecos*. Entre los *Extrínsecos* se encuentra: la influencia de los controles sociales, la dependencia jerárquica funcional, las diferencias sociales, etc. Y los factores *Intrínsecos* se encuentran el orden socio-afectivo, por ejemplo: la atracción de un objetivo común y de la acción colectiva, de pertenencia al grupo y la satisfacción de ciertas necesidades personales. En cuanto al aspecto operativo se encuentra la distribución y articulación de roles, el modelo de liderazgo y la respuesta grupal al liderazgo.

Finalmente cabe señalar como factor fundamental la comunicación y sin profundizar en los diferentes tipos de esta, debe ser esencialmente directa, clara y expedita, así como concreta, de tal forma que no se permita la distorsión de los mensajes u ordenes que se giren, distribuyendo el trabajo o misión de la misma forma (Boletines Técnicos, 1992).

El militar esta obligado a saludar a sus superiores y a los de su misma jerarquía, conforme lo prescriben los reglamentos, así como a corresponder el saludo de sus subalternos. (Art. 18)

En un acto oficial, donde estuviere un militar y se presente otro de mayor jerarquía, le cederá el asiento o el lugar preeminente. Esta formalidad no tendrá lugar en los Tribunales Militares. (Art. 19)

Cabe mencionar que el Ejército es una Institución, la cual se rige por una escala jerárquica (Grado militar) en la que los miembros coexisten psicológicamente los unos para los otros y se encuentran en situaciones de interdependencia y de integración; la cual se presenta en orden descendente a continuación: General de División, General de Brigada, General Brigadier, Coroneles, Teniente Coronel, Mayor, Capitán Primero, Capitán Segundo, Teniente, Subteniente, Sargento Primero, Sargento segundo, Cabo y Soldado (Legislación Militar 1976).

Por su parte Nordhaus-Bike (1995) menciona que los empleados subordinados tienen mayores fuentes de estrés debido a la falta de control de su medio, de las decisiones importantes y de la creatividad en los cambios requeridos. En suma, se tiene poco control sobre las fuerzas que impactan sus vidas de trabajo. Sin embargo, los jefes sufren otros tipos de tensiones.

El hecho de que en ellos recae la responsabilidad de contratar y despedir a sus subordinados implica necesariamente cierto grado de "frialidad" con respecto a las necesidades individuales de sus empleados.

Todo militar debe comportarse con el más alto grado de caballerosidad y educación, en todos los actos sociales. (Art. 21)

El militar guardará la compostura que corresponde a su dignidad y la marcialidad que debe ostentar todo miembro del Ejército. (Art. 22)

Los militares rehusarán todo compromiso que implique deshonor o falta de disciplina, y no darán su palabra de honor si no pueden cumplir lo que ofrecen. (Art. 24)

En conclusión pertenecer al ejército debe llenarlos de alegría, orgullo y satisfacción, porque la institución esta formada por hombres sanos física y mentalmente, que poseen un alto sentido del deber y la lealtad y que son capaces de llegar al sacrificio en beneficio de su patria.

3.2 EDUCACIÓN MILITAR

La educación que se imparte en el medio militar incorpora además de los valores, que se contemplan en la Constitución política y legislación de nuestro país, los valores que son propios de la Institución y que constituyen la columna vertebral que soporta y garantiza la integridad, lealtad y su convicción institucional.

En el medio castrense se les designa con el nombre de virtudes militares: la obediencia, la subordinación, la disciplina, la moral militar, el honor, la valentía y la abnegación; se pueden agregar otras mas que rigurosamente observan los militares que quieren ser mas distinguidos, tendiendo hasta el perfeccionismo y pretendiendo en todo momento ser el ejemplo de todas y cada una de dichas virtudes y que tienden a portar elegante y pulcramente el uniforme brillante en su calzado y persona, caballeroso y atento con las damas, pero sobre todo ser estricto, enérgico, preciso al caminar, al hablar y particularmente el mandar.

Dentro de las obligaciones de los subordinados, es fundamental aprender a cumplir inmediatamente, sin replicar, de buena voluntad, exacta y debidamente, las ordenes, directivas o instrucciones emitidas por quien este facultado para ello. (Boletines técnicos 1992)

Es decir en si armonizar con los superiores así como sus subordinados es tan importante como saber mandar, la respuesta y conducta de una tropa, depende en gran proporción del carácter y capacidad del jefe.

Es parte ineludible de todo mando, saber que características tienen sus subordinados, cual es el espíritu que predomina en su unidad, como reaccionan los individuos en forma personal y colectivamente, así como se puede influir en ellos, es necesario conocer entonces los hechos fundamentales de la vida psíquica que sean accesibles y utilizarlos en las variadas situaciones que se presentan. Algunas de las condiciones necesarias para ejercer el mando son: la inteligencia social, imparcialidad, objetividad y cortesía.

Basándose en estos valores y obligaciones los Planteles de Sistema educativo militar constituyen un factor de primera fuerza dentro de la organización del Ejército Nacional.

Particularmente en las Escuelas enfocadas al área de la salud, la preparación que en ellas reciben los estudiantes reúne los dos principios esenciales combinados entre sí: la ciencia y la práctica; porque ha sido fundada dentro de un plan preparado cuidadosamente por expertos de la salud que además de su alta significación profesional, han asimilado en el terreno de la práctica, toda la experiencia necesaria para formular los Estatutos y Reglamentos que le sirven de base.

Los profesionales egresados de los planteles militares, cumplen con la capacidad, preparación, laboriosidad y disciplina, hacen honor a su institución y a los Directores de ella. Reuniendo además la ventaja de estar identificados completamente con los miembros del Ejército, (Gutiérrez, 1987).

-El ingreso a estos planteles se obtiene aprobando los exámenes de selección; es decir el personal que ingresa a cualquiera de los planteles debe poseer excelentes cualidades académicas y psicológicas, fortaleza física y óptimo estado de salud, características que son básicas para su buen desempeño académico y actividades profesionales del orden militar (Instructivo de Admisión, 1999). Aunado al cumplimiento de requisitos:

1. Ser mexicano (a) por nacimiento.
2. Soltero (a) y sin descendencia, comprometiéndose por escrito a conservar la soltería y no procrear descendencia hasta obtener el título profesional.

3. Bachillerato o su equivalente terminado o cursando el último grado, con reconocimiento física y promedio mínimo de 7.8, no se acepta bachillerato abierto.
4. Compleción física y peso corporal acorde a tu estatura y edad (no presentar obesidad)
5. Estatura mínima 1.56 hombres y 1.52 mujeres, sin zapatos.
6. Edad mínima de 17 años 6 meses 1 día y ,máxima de 23 años 00 meses, 00 días computados a la fecha estipulada por el plantel.

Estas dos últimas tendrán una variación a las convocatorias de cada plantel.

-Al ingresar a los planteles la institución proporciona a los cadetes los siguientes beneficios.

- A. Durante los estudios: alimentación, alojamiento, vestuario, equipo, servicio médico, instalaciones deportivas, actividades sociales y culturales, asimismo semanalmente una cantidad monetaria para gastos menores.
- B. Al término de los estudios: patente, certificado de estudios, título profesional, percepción de haberes de acuerdo a la jerarquía (Grado Militar), seguro de vida, servicio médico integral para sus derechohabientes y demás prestaciones que señale la ley de seguridad social para el ejército.
- C. Al egresar, el ámbito laboral para realizar la actividad profesional, será en las unidades, dependencias e instalaciones del ejército y fuerza aérea mexicanos.
- D. Existe una amplia perspectiva de superación profesional, con posibilidad de efectuar estudios de especialización, diplomados, maestrías, doctorados en el Sistema Educativo Militar y en universidades de prestigio, tanto a nivel nacional como internacional.

3.2.1 Educación del Médico Militar

La Escuela Médico Militar es un establecimiento de Educación Militar de nivel superior, que tiene como misión formar Médicos Cirujanos Militares con excelente preparación profesional con formación militar sólida (con características como la estructura, la organización, la disciplina, el orden, el cuidado y protección hacia los educandos) y elevados valores éticos, morales y humanísticos, para satisfacer las necesidades del Ejército y Fuerza Aérea mexicanos en materia de salud, así como realizar actividades de investigación técnica y científica en el área de la ciencia médica (Boletín, 1999).

Este plantel de Educación Militar nace el día 12 de octubre de 1916, firmando el acta Don Venustiano Carranza; en Querétaro, promulgó el decreto que creó la Escuela Constitucionalista Médico Militar el 1/o. de enero de 1917, iniciándose los cursos el 15 de marzo del mismo año. A partir de 1973 se autoriza que el personal femenino ingrese al plantel. En 1986 se construyen los modernos edificios que actualmente ocupa este plantel y en 1995 se permite el ingreso de los alumnos becarios de la armada de México, para formarse como Médicos Cirujanos militares.

Los derechos que adquieren los estudiantes al egresar son: Patente de Mayor Médico Cirujano, grado con el cual egresan, Certificado de estudios, Título Profesional, percepción de haberes de acuerdo a su jerarquía (Grado Militar), seguro de vida militar, servicio médico integral para sus derechohabientes, y demás prestaciones que señala la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Una vez concluida la carrera con una duración de 6 años, habiendo presentado su trabajo de tesis y aprobado el examen profesional práctico, el Pasante de Medicina asciende al grado de Mayor Médico Cirujano y causa baja del plantel y alta en la Escuela Militar de Graduados de Sanidad la cual lo comisiona en el Hospital Central Militar donde lleva a cabo, durante dos años, una Residencia Rotatoria que abarca las cuatro áreas fundamentales del Hospital a saber: Medicina interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, en este período, el Médico Militar recién egresado pone en práctica y consolida los conocimientos adquiridos durante su estancia en el plantel con lo cual finaliza su formación integral teórico práctica como Médico General.

Posteriormente los Mayores Médicos Cirujanos que concluyen la Residencia Rotatoria, son comisionados por un período mínimo de dos años, como jefes de los Pelotones de Sanidad en las Unidades Militares Operativas pertenecientes a las distintas Zonas Militares del país, satisfecho este requisito, el Médico Militar tiene la opción de reanudar su formación profesional especializada incorporándose a alguno de los cursos de especialización que le ofrece la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, igualmente se puede especializar en diversas instituciones de Salud Civiles tanto en el País como en el Extranjero.

Por otro lado, los Mayores Médicos Cirujanos Militares egresados de la escuela y conforme a lo dispuesto en la Ley de Ascensos y Recompensas del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos tienen derecho a participar en la promoción General para ascenso al grado inmediato superior. De esta manera pueden ascender por la escala jerárquica hasta el grado de General de Brigada Médico Cirujano.

También fuera del ámbito militar es posible el desempeño profesional, la mayor parte de los médicos egresados aprovechan su tiempo libre para el ejercicio privado de la medicina al igual que para pertenecer y participar activamente como miembros y directivos de las Sociedades Médicas y de los Consejos de Certificación de diversas especialidades, lo que les brinda la oportunidad de presentar sus trabajos y experiencias en Conferencias, Sesiones, y Congresos Nacionales e Internacionales (<http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/emm.html> (2003)).

3.2.2 Educación de la Enfermera Militar

La Escuela Militar de Enfermeras es un Establecimiento de Educación Militar de nivel medio superior, que tiene como misión formar Oficiales Enfermeras Militares para el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, para cooperar en el cuidado y prevención de la salud de los integrantes de las Fuerzas Armadas y sus derechohabientes (Boletín 1999).

La Escuela Militar de Enfermeras nace como plantel educativo el 21 de marzo de 1938. Sus inicios se encuentran en el antiguo Hospital General Militar ubicado en ese entonces en la colonia Doctores, la que en esa época se llamara "Escuela de Enfermeras del Ejército", posteriormente la escuela ocupó diferentes áreas del Hospital Central Militar y en el año de 1963 se instala en los Jardines Poniente del mismo.

Durante sus estudios, las estudiantes participan al término de cada semestre en actividades de Labor Social y de reforestación, en las zonas marginadas de la república, proporcionando asistencia a la población que lo requiere.

Dentro de la formación profesional al concluir el aspecto teórico en las áreas de enfermería, acuden a los diferentes campos clínicos del sector salud, como son: Hospital 20 de Noviembre, Hospital Infantil de México, Hospital General de México, Instituto Nacional de Cardiología entre otros, así como el Hospital Central Militar e Instalaciones Militares.

Una vez concluida su carrera con duración de 3 años, al egresar como Subteniente Enfermera, el ámbito para realizar su actividad profesional serán las dependencias e instalaciones del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos (Hospital Central Militar, Hospitales Regionales Militares y Enfermerías del interior de la república).

Los derechos que adquieren los estudiantes al egresar son: Patente de Subteniente, Certificado de estudios, Título de Técnico Superior Universitario en Enfermería Militar, percepción de haberes de acuerdo a su jerarquía (Grado Militar), servicio médico integral y demás prestaciones que señala la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Existe además una amplia perspectiva de superación profesional con posibilidad de efectuar estudios en otros planteles del Sistema Educativo Militar como lo son la Escuela Médico Militar, la Escuela Militar de Odontología, la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, que imparte los cursos en las diferentes especialidades de enfermería, así como diversos cursos en el extranjero y en instituciones de reconocido prestigio (<http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/eme.html> (2003).

3.3 TRABAJO HOSPITALARIO MILITAR

La esencia del trabajo es el espíritu de servicio a los demás y la posibilidad de superación, que en la institución son las bases fundamentales de su trabajo cotidiano. La vida militar por sus características y por el grado de responsabilidad inherente, requiere de elementos capacitados para utilizar y emplear sus conocimientos y destrezas en el cumplimiento de las misiones que se le tienen.

Desde el punto de vista militar el trabajo significa:

- a) Seguridad, independencia psicológica, sensación de poder personal, capacidad de bastarse así mismo,
- b) Experiencia creciente de la vida y de lo que significa ser militar,
- c) Oportunidad de expresarse como persona individual y única
- d) Satisfacción de ser útil, de estar en condiciones de dar un servicio, valioso, solicitado y apreciado,
- e) Refuerzo del sentido de la dignidad personal "soy un elemento positivo para mi patria", "merezco el pan que me como", para el militar su trabajo es el resultado de su confianza en su fuerza y valor; oportunidad de participar en la salvaguarda de la soberanía nacional (Boletines técnicos, 1992).

El ámbito laboral de los profesionales de la Salud Médicos y Enfermeras se rige por la Organización y Funcionamiento para Hospitales y Enfermería Militares (s/f), lo cual tiene sus bases en:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de la Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, así como la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana, la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, el Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional, el Reglamento Interior (del escalón sanitario si cuenta con ello) y el Diario Oficial en el que se publica la creación del escalón sanitario.

En cuanto a las funciones que el servicio hospitalario militar realiza se pueden mencionar:

1) Imparte atención médica de 1/o., 2/o., y 3/er nivel, según el caso al personal militar, derechohabiente y civil jurisdicionado o residente en su área de influencia, con el fin de mejorar permanentemente las condiciones de salud de la población,

2) Asesora al mando en aspectos de la salud del personal, empleo, administración en el tiempo de paz y de operación en tiempo de guerra,

3) Propone al mando los cambios y modalidades en la dinámica de su funcionamiento y organización, para mantener actualizado y conservar su alto nivel de atención,

4) Promueve actividades tendientes a incrementar el poder y la seguridad nacionales,

5) Forma, organiza y adiestra recursos humanos, así mismo promueve la adquisición de los recursos materiales que se estimen necesarios,

6) Planea, ejecuta, coordina, supervisa y evalúa la atención médica permanente en su ámbito de competencia,

7) Planea, organiza e implementa campañas de control epidemiológico de medicina ocupacional y de mejoramiento ecológico en su jurisdicción y

8) Planea, organiza y dirige actividades de auxilio a la población civil en caso de necesidades públicas.

Estas funciones se ven aplicadas dentro de los nosocomios militares, los cuales requieren una Estructura Hospitalaria siendo necesaria la realización de actividades particulares por cada uno de los órganos que la constituye.

La Dirección (de la cual se desprende la Secretaria Particular), es el órgano responsable de la integración de recursos humanos, materiales y financieros para proporcionar atención médica, tratamiento medico quirúrgico y de medicina preventiva al personal militar, derechohabiente y civil en su ámbito de competencia. La cual adopta las medidas necesarias para el funcionamiento, crecimiento y desarrollo de la instalación a su cargo, así como el logro de los objetivos técnicos, docentes, administrativos y científicos.

La Subdirección, es el responsable del funcionamiento de los servicios médicos, paramédicos, administrativos y generales del escalón sanitario, conforme a los lineamientos girados por la Dirección General de Sanidad. Vigila que el personal médico y técnico que compone el escalón sanitario, se desempeñe con ética profesional y proporcione la adecuada atención que merece el personal militar, civil y derechohabiente que acuda al escalón sanitario y establece y supervisa la ejecución de los problemas de enseñanza y actualización a fin de que el personal realice sus actividades dentro de la mayor eficacia y eficiencia.

La Ayudantía General esta compuesta por: a) Oficina Administrativa, b) Oficina de Control de Bienes y Muebles y c) Pelotón de Servicios Generales (afanadoras, policía militar, mantenimiento, mantenimiento de aparatos y equipos médicos, lavandería, sala de maquinas, comunicaciones, ambulancias, peluquería, camilleros y deposito general, así como la unidad ejecutora de pagos). Es el responsable del adiestramiento militar, orden, disciplina, seguridad, limpieza y transporte mediante procedimientos acordes con las normas establecidas.

La Administración esta compuesta por: el personal de intendencia, el servicio de alimentación, contabilidad y comisaría, tiene como objetivo planear, organizar, dirigir y supervisar las actividades administrativas de manejo integral del personal que solicita el servicio medico al escalón sanitario.

La Jefatura de Enseñanza desarrolla y mantiene actualizado al personal a través de actividades académicas, técnicas y militares.

La Jefatura de Enfermeras se divide en: a)Jefatura, b)Subjefatura, c)Supervisoras y d)Servicio de enfermería, proporciona asistencia de enfermería integral a los pacientes hospitalizados y externos. Administra la atención directa o indirecta que se proporciona a los pacientes hospitalizados y no hospitalizados y evalúa la calidad y eficiencia de cada servicio, en cuanto al manejo de sus problemas, técnicos y administrativos, el consumo de recursos y el cumplimiento de sus metas. Así mismo, coordina la enseñanza clínica de los estudiantes de enfermería que utilizan el hospital como campo clínico y establece, aplica normas y procedimientos a que debe sujetarse el personal para los efectos de atención y disciplina.

Servicios Médicos coordina, vigila, organiza y supervisa el área de atención externa, así como su funcionamiento en coordinación con las demás áreas del escalón sanitario, proporcione la adecuada atención que merece el personal militar, civil y derechohabiente.

Servicio Medico de Asistencia Externa proporciona a los pacientes la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno, planea, dirige y controla programas de atención médica al paciente externo para prevenir y proteger las enfermedades transmisibles, degenerativas y neoplásicas y realiza los exámenes médicos periódicos y extraordinarios al personal militar.

Urgencias presta al paciente atención médica de urgencia cuando su padecimiento lo amerite, aplica los medios de diagnóstico y tratamiento adecuados a fin de determinar en forma precisa si el paciente requiere la atención de urgencia, y proporcionársela en caso dado y vigila que se efectuó la admisión del paciente con toda formalidad, pero con la rapidez suficiente para evitar entretener al paciente.

Salud pública, debe conservar la salud de los individuos mediante la prevención de enfermedades transmisibles o degenerativas, por medio de la promoción de diferentes medidas aplicables para la salud: Promueve las actividades de medicina preventiva, lleva a cabo programas de prevención especificada de padecimientos transmisibles y no transmisibles (programas de vacunación campaña contra enfermedades venéreas, caries, dental), imparte educación para la salud sobre nutrición higiene materno infantil, prevención de accidentes de trabajo y todos aquellos factores que modifiquen el medio ambiente en que se desarrollan los individuos, incluyendo aspectos psíquicos y sociales y evita los brotes epidémicos dentro del hospital y mantiene coordinación de estas actividades con las realizadas por instituciones de salud.

Dietología, organiza y planea técnicamente los alimentos para obtener el mejor resultado al menor costo, planea los menús para pacientes y personal y supervisa la sección de alimentación para los servicios de pediatría, la preparación de biberones para los lactantes y las raciones complementarias para infantes.

Trabajo social, procura el adecuado funcionamiento del individuo y grupo social en relación en todas las actividades que realiza en su área de trabajo, teniendo como fin la armonía e interacción de los mismos para lograr un óptimo rendimiento en sus funciones, fomenta las relaciones humanas entre departamentos y servicios del escalón sanitario.

Estadística y archivo, proporciona un servicio en relación de los datos clínicos, conservación, actualización y archivo de expedientes; así como la elaboración de datos bioestadísticas y otro tipo de análisis que sirven como indicadores.

Farmacia, solicita, controla, almacena y surte medicamentos a los pacientes internados o externos conforme a las indicaciones medicas y al personal de servicio que en desempeño de sus funciones lo requiera.

Servicio de auxiliares de diagnostico y tratamiento (Departamento de Patología Clínica y de Radiología), proporciona al clínico los medios de diagnostico y terapéuticos que requieran de tecnología avanzada.

Departamento de Patología Clínica, auxilia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de los diferentes servicios del escalón sanitario y área de influencia, es el responsable de realizar los estudios microbiológicos, químicos, inmunológicos y hematológicos que le sea solicitados a fin de contribuir al oportuno diagnostico y tratamiento.

Departamento de Radiología, auxilia en el diagnostico y ayuda a establecer el tratamiento adecuado al paciente que lo solicite a través de estudios de fluoroscopia, placas radiográficas o imágenes ultrasónicas.

Servicio medico de asistencia interna (incluye las secciones de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Gineco obstetricia y Anestesiología), proporciona atención médica en las áreas de hospitalización de acuerdo a las normas y procedimientos de diagnóstico y terapéutica.

Medicina interna, proporciona a los enfermos atención especializada en forma permanente apoyado en la tecnología disponible para el restablecimiento de la salud, mantiene relaciones de trabajo con otros servicios para obtener con rapidez los estudios solicitados, organiza, opera y norma el servicio de terapia intensiva.

Pediatría, proporciona atención medico-quirúrgica a los infantes que requieran del servicio.

Cirugía General, aplica la terapéutica instituida que el paciente requiera con eficiencia, probidad y ética, vigila que antes de someter a un paciente a cirugía se cuente con el material, equipo, personal medico y técnico que intervendrá en la cirugía.

Ginecología y Obstetricia, proporciona el tratamiento medico quirúrgico a pacientes que lo requieran o lo soliciten, y presta atención de la especialidad.

Anestesiología, se desempeña como auxiliar en el tratamiento medico quirúrgico de los pacientes del escalón sanitario, auxilia en el tratamiento medico quirúrgico; eliminando el dolor y controlando la fisiología del paciente con los actos quirúrgicos, así como en procedimientos de diagnostico y tratamiento.

3.3.1 Hospital Central Militar

El día 20 de Noviembre de 1942 fue inaugurado por el Presidente Constitucional de la República, General de División Manuel Avila Camacho, siendo el General Brigadier Médico Cirujano Adolfo Cabrera Lobato el primer director del establecimiento.

El recién inaugurado hospital era la manifestación de avanzada arquitectura y tecnología médica de los años 40, en 1966 se manifiesta la necesidad de mantener y reequipar algunos servicios cuya demanda aumentaba, siendo renovados: esterilización y quirófanos, otorrinolaringología y ortopedia entre otros. En el año de 1972 se hace una ampliación del HCM para dar cabida a la instalación de nuevos equipos de radiología, radioterapia, laboratorios clínicos, medicina física y rehabilitación.

En el año de 1975 se crea el servicio de cuidados intensivos, siendo uno de los primeros de su tipo en el país, en 1980 se moderniza la sala de neurología y el equipo radiológico y para 1984 se instala el equipo de topografía axial computarizada. En 1988 se instala un equipo de resonancia magnética con capacidad de 1 telsa, siendo uno de los primeros de estas características en el país y en Latinoamérica.

En 1994 se inicia una total remodelación del nosocomio, la que se termina en 1999, quedando un nuevo Hospital, tanto en estructura física como en equipamiento acorde a los adelantos técnicos y científicos de la época. En el año 2002 se adquiere nueva resonancia magnética de 1.5 Telsa Twin Speed que realiza estudios funcionales de espectroscopia y en el mismo año se adquiere un excimer láser de última generación para realizar cirugía refractiva.

La misión del Hospital Central Militar es promover y recuperar la salud de militares y derechohabientes mediante una atención médica especializada efectiva, oportuna, eficiente, ética y cálida, dentro del marco legal vigente, en un ambiente laboral propicio.

La visión del HCM es integrado a un Centro Médico Militar con la Clínica de Especialidades de la Mujer y la Unidad de Especiliades Médicas y Odontológicas, que brinde atención médica integral de calidad total, con recursos huffmanos de elevado profesionalismo médico militar, apoyados con medios materiales suficientes de alta tecnología, que hayan demostrado evidencia médica científica. Participando como un centro educativo de excelencia para la formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos de sanidad militar en los diversos niveles de atención médica, efectuando investigación efectiva y eficiente en ciencias de la salud, bajo un ambiente laboral facilitador.

ORGANIZACION

Dirección.

Subdirección General.

a) Subdirección Médica con las siguientes áreas:

- * Cirugía
- * Medicina
- * Pediatría
- * Medicina Crítica
- * Asistencia Externa

b) Subdirección Técnica con las siguientes áreas:

- * Técnica Normativa
- * Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- * Medicina física y Rehabilitación
- * Educación e investigación
- * Informática

- * Servicios de Enfermería
- c) Subdirección Administrativa
- d) Ayudantía

Es un Hospital de especialidades, de tercer nivel para pacientes agudos y cuenta con 830 camas censables y no censables para medicina crítica de adultos y pediátrica, urgencias, cirugía ambulatoria y área de quemados.

ESPECIALIDADES:

A. Medicina:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| -Alergología | -Cardiología |
| -Dermatología | -Endocrinología |
| -Gastroenterología | -Hematología |
| -Infectología | -Medicina crítica |
| -Inmunología | -Medicina interna |
| -Nefrología | -Neurología |
| -Oncología | -Psiquiatría |
| -Reumatología | |

B. Cirugía:

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| -Cirugía general | -Cirugía plástica y reconstructiva |
| -Cirugía vascular y torácica | -Neurocirugía |
| -Oftalmología | -Ortopedia y traumatología |
| -Transplantes | -Otorrinolaringología |
| -Urología | |

C. Gineco-obstetricia

D. Pediatría

E. Auxiliares:

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| -Anatomopatología | -Anestesiología |
| -Endoscopia | -Medicina física y rehabilitación |
| -Medicina forense | -Odontología |
| -Patología clínica | -Radiología e imagen |
| -Radioterapia | -Salud pública |

ENSEÑANZA E INVESTIGACION

- Escuela de Graduados de Sanidad
- Escuela Médico Militar
- Escuela Militar de Odontología
- Escuela Militar de Enfermeras
- Escuela Militar de Oficiales de Sanidad
- Escuela Militar de Clases de Sanidad.

Así mismo, es el órgano técnico normativo responsable de la planeación, ejecución, evaluación y seguimiento de los programas de educación media continua, investigación y adiestramiento, a fin de mantener permanentemente actualizado al personal médico y técnico del hospital.

Para desarrollar sus funciones cuenta con las siguientes secciones:

- ◆ Enseñanza
- ◆ Investigación
- ◆ Coordinación académica
- ◆ Cursos y congresos
- ◆ Apoyos didácticos
- ◆ Cirugía experimental con bioterio, quirófano y simuladores para disciplinas prácticas y quirúrgicas (<http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/hcm.html> (2003)).

3.3.2 Clínica de Especialidades de la Mujer

El Alto Mando del Ejército consciente de las necesidades que en materia de salud, tiene la mujer, dispuso la construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento de esta instalación, única en América Latina por su avanzado diseño, alta tecnología con la que se encuentra equipada, además de contar con Recursos Humanos altamente capacitados para proporcionar atención médica de calidad y humanizada con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población militar. El 7 de diciembre de 1999 fue inaugurada por el C. Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, Presidente de la República.

El edificio cuenta con cinco niveles con una superficie de 26,650 mts. cuadrados, en donde se encuentra la consulta externa, servicios de apoyo y diagnóstico, urgencias, hospitalización de ginecología, alojamiento conjunto, embarazo complicado, cuartos combinados, área de quirófanos, área de recuperación y terapia intensiva, laboratorio de reproducción asistida y central de equipos y esterilización, general y de quirófanos, y además tiene escaleras y rampa de emergencia.

La misión de la Clínica de Especialidades de la Mujer es proporcionar atención médica de la más alta calidad, a la mujer militar, derechohabiente y pensionista, así como a sus hijos recién nacidos, en las especialidades de ginecología, medicina Perinatal y Neonatología.

Dentro de sus funciones se encuentran:

- ❖ Detección temprana del cáncer ginecológico por medio del estudio de papanicolaou.

- ❖ Detección de enfermedades de la mama por medio de estudios rediológicos, ultrasonografía y pláticas de autoevaluación.

- ❖ El control prenatal así como el entrenamiento para el trabajo de parto por medio de la psicoprofilaxis y durante el trabajo de parto proporcionar atención al binomio madre e hijo.

- ❖ Propiciar la relación afectiva madre e hijo inmediata al nacimiento concientizando a la madre de los beneficios de la lactancia materna.

- ❖ Realizar diagnóstico temprano de enfermedades de la mama y ginecológicas para proporcionar tratamientos médico-quirúrgicos específicos.

- ❖ Fomentar la investigación científica entre personal médico y paramédico de la instalación.

- ❖ Participar en la docencia de los diferentes escalones del servicio de sanidad y otras instituciones médicas del país, a nivel técnico profesional.

Especialidades que ofrece: Ginecología, Obstetricia, Medicina preventiva, Neonatología, Anestecia y Psicología.

El área de Hospitalización cuenta con los servicios de especialidades:

- **Ginecología:** se encarga de atender a las pacientes que presentan padecimientos médico-quirúrgicos relacionados con la mama y el aparato genito-urinario femenino, así como problemas de esterilidad y planificación familiar.

- **Alojamiento conjunto:** es el área que proporciona atención integral al binomio madre e hijo durante el embarazo y parto normales.

- **Embarazo complicado:** proporciona atención a pacientes que presenten alguna complicación médico-quirúrgica durante el embarazo.

- **Urgencias:** atiende al personal femenino que acuda por algún padecimiento relacionado con el embarazo o bien del aparato genito-urinario o de la mama que requieran por su naturaleza atención inmediata.

- **Tococirugía:** área que cuenta con quirófanos, salas de parto equipadas para la cómoda estancia de la paciente en trabajo de parto y para la atención del parto en agua.

- **Neonatología:** este departamento tiene los servicios de: **cuero de apoyo**, en el que se atienden a los recién nacidos sanos; **crecimiento y desarrollo**, donde se brinda atención a niños con bajo peso y las **áreas de cuidados intensivos**, para el cuidado integral a recién nacidos que presenten alguna complicación.

Los servicios de Apoyo con los que cuenta son:

- * **Laboratorio clínico:** realiza los estudios básicos y especiales del área de gineco-obstetricia.

- * **Radiología e imagen:** proporciona estudios de radiología general y especial para estudiar la mama y ultrasonidos tridimensionales para el control del embarazo y seguimientos foliculares para medicina reproductiva (<http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/cem.html> (2003)).

Para muchos autores el Síndrome de Burnout radica en los factores ligados a la organización del trabajo y una de las desventajas que marca la diferencia básica entre el trabajo hospitalario civil y el militar reside en la realización de sus actividades dentro de los nosocomios aunado al cumplimiento de las ordenes que le asigne la superioridad, tiene que ser realizado más por convicción que por temor al arresto o al castigo, obedeciendo, cumpliendo y trabajando con entusiasmo, entrega y alegría (Boletines técnicos, 1992).

A lo cual Hidalgo (1994) mencionó que la institución debe aportar seguridad y sentimientos de pertenencia, reparación y gratificación que faciliten el desarrollo de su personalidad. Su limitación en ofrecer tales apoyos puede convertirse en una fuente de empobrecimiento y estereotipia del trabajador. Por otro lado, el trabajador puede sobre adaptarse para evitar conflictos, a costa de "hipotecar" su capacidad de pensamiento en otras áreas de su personalidad, lo que generaría individuos despersonalizados e instituciones homogenizadas.

METODOLOGIA

OBJETIVO GENERAL

Conocer si hay presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud militares y su relación con el trabajo en áreas críticas y no críticas.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1) Analizar los grados del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud militares.
- 2) Conocer si existe relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del Síndrome de Burnout.
- 3) Analizar si existen diferencias en los grados del síndrome de Burnout que presentan los profesionales de la salud que pertenecen al Hospital Central Militar y a la Clínica de Especialidades de la Mujer.

Aún cuando se sabe y acepta el impacto emocional del estrés en los profesionales del sector salud en los últimos años se ha incrementado el interés por el estudio del Síndrome de Burnout en éste sector; sin embargo, el medio militar todavía no ha sido abordado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud militares y el trabajo en áreas críticas y no críticas?

HIPOTESIS

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud militares y el trabajo en áreas críticas y las no críticas.

Ha: Las diferencias entre la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud militares y el trabajo en áreas críticas y las no críticas son estadísticamente significativas.

VARIABLES

V. I. Áreas

Área Crítica.

- Definición Conceptual. Sala o servicio donde se dedican a atender enfermedades o lesiones de mayor gravedad, es decir casos de alto nivel de dolor y sufrimiento y los índices de defunción son frecuentes.
- Definición Operacional. Sala o servicio donde se atienden casos graves, en esta investigación se consideraron las siguientes: Urgencias Pediátricas, Quemados, Cuidados Coronarios, Transplantes, Invasión mínima, Oncología, Infectología Adultos, Urgencias, Quirófanos, Cirugía Gastrointestinal, Infectología Lactantes, Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Anestesiología, Apoyo Ventilatorio, Cardiología Hombres y Mujeres, Cirugía Cardiorráccica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Colon y Recto, Cuartos Combinados, Diálisis Peritoneal, Embarazo Complicado, Sección de Funcionarios, Hospitalización de Ginecología, Neurología, Ortopedia de Columna, Otorrinolaringología, Cirugía Cabeza y Cuello, Radioterapia, Sección de Terapia Intermedia Neonatal, Subsección Reconstructiva, Toco cirugía, Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Áreas No Críticas.

- Definición Conceptual. Sala o servicio donde el personal se enfrenta con enfermedades o lesiones que implican menor gravedad, es decir un nivel menor de dolor y sufrimiento y con un bajo índice de defunciones.
- Definición Operacional. Sala o servicio donde se brinda atención a casos de menor gravedad y/o administrativos en esta investigación se consideraron las siguientes: Archivo Clínico; Banco de Sangre, Consulta Externa Cardiología, CEYE ,Cirugía Ambulatoria, Consulta Externa, Crecimiento y Desarrollo, Cunero de Apoyo, Depto. de Enfermería, Departamento de Enseñanza Ecografía y Urodinamia, Educación Perinatal, Gastroenterología, Inhaloterapia de Adultos, Lab. Clínico, Lab. de leches, Medicamentos, Medicina preventiva, Neurología Consulta Externa, Obstetricia, Oftalmología, Oftalmología Consulta Externa, Ortopedia Mujeres, Ortopedia Norte y Sur, Otorrinolaringología Consulta externa, Patología, Radiología, Sección sanitaria, Servicios Normativos, Trabajo Social, Cirugía General Hombres y Alojamiento Conjunto.

V.D. Síndrome de Burnout.

- Definición Conceptual :

Síndrome de Burnout: Síndrome de agotamiento emocional ,despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad.

Definiendo como componentes principales:

* Agotamiento Emocional.- situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo; es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado.

* Despersonalización.- desarrollo de sentimientos negativos, y actitudes de alejamiento, rechazo o desvuido hacia las personas a quienes destina el trabajo.

* Falta de Realización Personal.- tendencia a evaluarse negativamente, sentirse descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

- Definición Operacional. Los datos obtenidos por las escalas: 1) Maslach Burnout Inventory (MBI) y 2) Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP).

METODO

La presente Investigación es un Estudio de Campo de comprobación de hipótesis.

MUESTRA

Se tomó en cuenta al total de médicos y enfermeros (as) perteneciente a las áreas críticas del Hospital Central Militar y la Clínica de Especialidades de la Mujer, siendo un muestreo no probabilístico e intencional.

SUJETOS

El total de sujetos fue de **530**, de los cuales:

366 fueron del Hospital Central Militar

280 de áreas críticas

86 de no críticas

26 Médicos adscritos

1 Médicos residentes

333 Enfermeros (as) adscritos

6 Enfermeros (as) residentes

164 de la Clínica de Especialidades de la Mujer

96 de áreas críticas

68 de no críticas

33 Médicos adscritos

11 Médicos residentes

117 Enfermeros (as) adscritos

3 Enfermeros (as) residentes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- * Pertener a la milicia.
- * Laborar en el Hospital Central Militar o en la Clínica de Especialidades de la Mujer.
- * Ser médico
- * Ser enfermero (a).

Para las áreas críticas.-

- * Pertener a la sala o servicio de áreas críticas (Ver definición operacional de las variables).

Para las áreas no críticas.-

- * Pertener a la(s) sala o servicio de áreas no críticas(Ver definición operacional de las variables).

CRITERIOS DE EXCLUSION

- * No ser médico
- * No ser enfermero (a).
- * Ser extranjero.
- * Ser civil

INSTRUMENTOS EMPLEADOS

❖ Datos demográficos

Los datos como: el sexo, la edad, el grado militar, la profesión, la sala o servicio, la antigüedad en la sala o servicio, el estado civil, la antigüedad en el Ejército y el número de hijos (ver Anexo).

❖ Maslach Burnout Inventory (MBI).

Esta escala fue desarrollada por Maslach y Jackson (1986) para valorar el grado de burnout que se obtiene mediante tres subescalas: Despersonalización, Falta de realización personal y agotamiento emocional. Está integrado por 22 ítems tipo likert en forma de afirmaciones que se refieren a las actitudes, emocionales y sentimientos que el individuo muestra hacia su trabajo o hacia su paciente; estos ítems son valorados entre cero y seis, de tal manera que el cero supone que el suceso en cuestión nunca ocurre y seis que ocurre todos los días, reservándose las demás puntuaciones intermedias para las demás frecuencias que aparecen entre los dos extremos citados. El burnout se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, medio o alto grado, y no como un variable dicotomizada que esté presente o ausente.

Así los individuos que están desgastados o presentan burnout, puntuaran alto en Despersonalización, bajo en Falta de Realización Personal y alto en Agotamiento emocional de acuerdo a una tabla patrón obtenida de estudios en diferentes poblaciones según Maslach es la siguiente:

Puntos de corte del MBI en el Sector Sanitario

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Despersonalización	≤5	6-9	≥10
Falta de realización Personal	≤33	39-34	≥40
Agotamiento Emocional	≤18	19-26	≥27

Partiendo de que no existe una puntuación estándar para evaluar el Síndrome esta se obtiene de las medias y desviaciones estandar arrojadas por los datos de la muestra de cada investigación, los puntos de corte para la muestra total de la presente investigación fue la siguiente:

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Despersonalización	≤ 0	0-5	≥ 6
Falta de realización	≤ 32	33-47	≥ 48
Personal	≤ 2	3-18	≥ 19
Agotamiento Emocional			

La subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia sujetos objeto de atención (ítems 5, 10, 11, 15 y 22), y las subescala de falta de realización personal está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) (ver Anexo).

La confiabilidad del MBI fue calculada por Maslach y Jackson utilizando la prueba de Alpha de Cronbach y el coeficiente de confiabilidad de frecuencia fue de 0.83 y de intensidad de .84. la subescala de agotamiento emocional tuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.90; 0.79 en la de despersonalización y en falta de realización personal fue de 0.71.

El error estándar fue de 3.80 para agotamiento emocional, 3.16 en despersonalización y 3.73 en falta de realización personal.

❖ Escala de Burnout para el equipo de Profesionales de la Salud / EB-EPS (Staff Burnout Scale for Health Professionals/SBS-HP)

Jones en 1980 elaboró el SBS-HP para medir el Síndrome de Burnout de forma específica en profesionales de la salud. El cuestionario está formado por 30 ítems que son valorados con una escala de 6 grados en la que el sujeto indica en qué medida está de acuerdo con lo que expresa en el ítem.

Los anclajes de la escala son "Totalmente de acuerdo" (6), "Bastante de acuerdo" (5), "Algo de acuerdo" (4), "Algo en desacuerdo" (3), "Bastante en desacuerdo" (2) y "Totalmente en desacuerdo" (1).

De los 30 ítems, 20 sirven para evaluar el síndrome y 10 corresponden a una escala de sinceridad (ítems 3, 4, 7, 9, 12, 15, 19, 20, 23 y 24). El análisis factorial de los 20 ítems que estiman el síndrome ha presentado 4 factores: 1.- Insatisfacción o tensión laboral (ítems 13, 17, 22, 25, 26, 27 y 29); 2.- Tensión psicológica e interpersonal (ítems 6, 8, 10, 16, 18, 21 y 28); 3.- Enfermedades y tensión (ítems 1, 2 y 5); y 4.- Falta de relaciones profesionales con los pacientes (ítems 11, 14 y 30) (ver Anexo).

El cuestionario ha alcanzado buenos valores de consistencia interna en diferentes estudios. Jones (1990), con una muestra en profesionales de la salud (N=499), obtuvo un $\alpha=.93$, señalando que todos los ítems del cuestionario han alcanzado correlaciones significativas, entre $r=.59$ y $r=.82$.

Los puntos de corte para la muestra de la presente investigación fueron:

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Insatisfacción Laboral	≤9	10-23	≥24
Tensión Psicológica	≤5	6-15	≥16
Enfermedades	≤2	3-9	≥10
Falta de relaciones Profesionales	≥1	2-5	≥6
Sinceridad	No ≥23		Si ≤24

DISEÑO

El Diseño es de tipo Ex post facto; es una búsqueda sistemática empírica en la cual no hay control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables (Kerlinger, 1976).

PROCEDIMIENTO

La aplicación en la Clínica de Especialidades de la Mujer se hizo, convocando en forma colectiva a los sujetos, en el Auditorio de la misma con la finalidad de informar previamente de los objetivos de la investigación y se obtuvo su Consentimiento Informado (ver anexo) para participar. Acto seguido, se puntualizó que no había respuestas buenas ni malas, y que si existen dudas serían resueltas al finalizarlas. De este modo se evitó la existencia de sesgos significativos en las respuestas.

Y en lo que respecta al Hospital Central Militar la aplicación se llevo a cabo por medio de una ordenpor escrito de un alto mando con la finalidad de que contestara el total de médicos y enfermeras de las salas previamente seleccionadas.

ANÁLISIS ESTADISTICO

Se describieron las características demográficas de los dos grupos estudiados mediante análisis univariados mediante promedios, valores porcentuales y medidas de tendencia central; la prueba t de Student y la χ^2 , para la exploración de la correlación entre las diversas variables.

Por otra parte se exploraron las características psicométricas de la Escala de Maslash así como de Escala de Burnout para el equipo de Profesionales de la Salud / EB-EPS (Staff Burnout Scale for Health Professionals/SBS-HP) mediante la determinación de su confiabilidad a través de una medida de su consistencia interna, el Coeficiente Alfa de Cronbach.

Todos los análisis estadísticos se efectuaron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales para Computadora Personal versión 10.0 (Statistical Package for Social Sciences -PC 10.0) (SPSS, 1999).

RESULTADOS

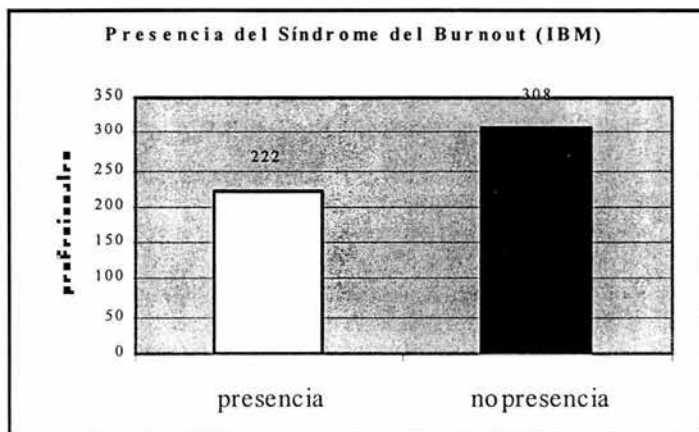
Muestra total

Los resultados de la presente investigación de acuerdo al Inventario de Burnout de Maslach (IBM) confirman que sí hay presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud Militares.

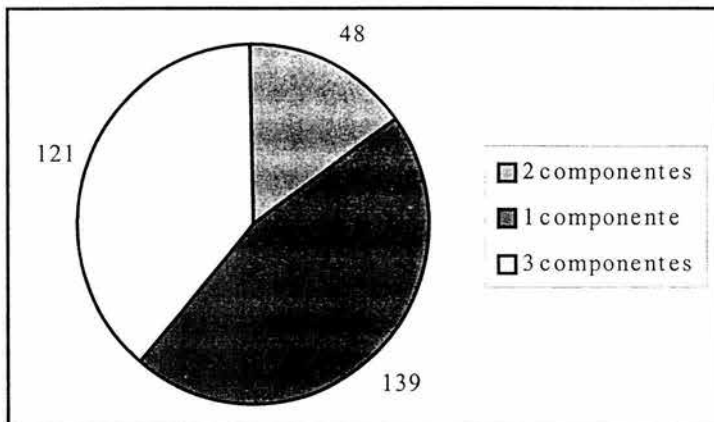
Los puntos de corte del IBM para la muestra total fueron:

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	≤ 2	3 - 18	≥ 19
DESPERSONALIZACION	≤ 0	0 - 5	≥ 6
FALTA REALIZACIÓN PERSONAL	≤ 32	33 - 47	≥ 48

De la muestra total (530), fueron 222 los que presentan algún grado del Síndrome (41.9%) y 308 no lo tienen (58.1%).



Los profesionales que no presentan el síndrome ya que no reúnen los tres componentes (AE y DP alto y RP bajo) se distribuyeron de la siguiente manera: 48 (15.6%) de ellos presentan 2 de los componentes, es decir AE y DP alto 25 (8.1%), DP alta y RP baja 16 (5.2%) o AE alto y RP baja 7 (2.3%); 139 (45.1%) presentan un solo componente, AE alto 42 (13.6%), DP alta 48 (15.6%) y RP baja 49 (1.9%) y 121 (39.3%) presentan los tres componentes pero características diferentes al síndrome, (AE medio o bajo, DP media y RP alta o media).



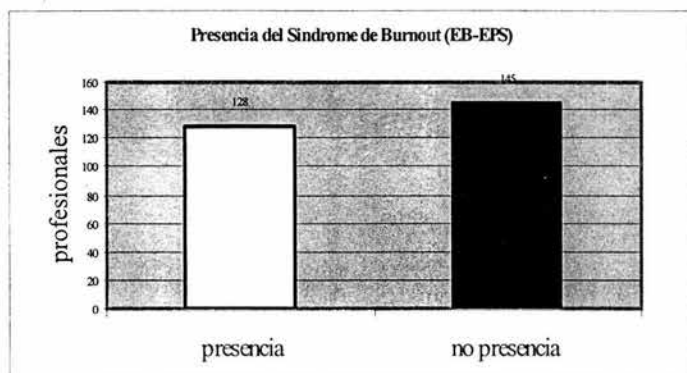
De acuerdo con los resultados obtenidos con la Escala de Burnout para el equipo de profesionales de la salud (EB-EPS), confirman que sí hay presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud Militares.

Los puntos de corte del EB-EPS para la muestra total fueron:

	NO	SI		
SINCERIDAD	≤ 23	≥ 24		
SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO	
INSATISFACCION LABORAL	≤ 9	10 - 23	≥ 24	
TENSIÓN PSICOLOGICA	≤ 5	6 - 15	≥ 16	
ENFERMEDADES	≤ 2	3 - 9	≥ 10	
FALTA DE RELACIONES PROFESIONALES	≤ 1	2 - 5	≥ 6	

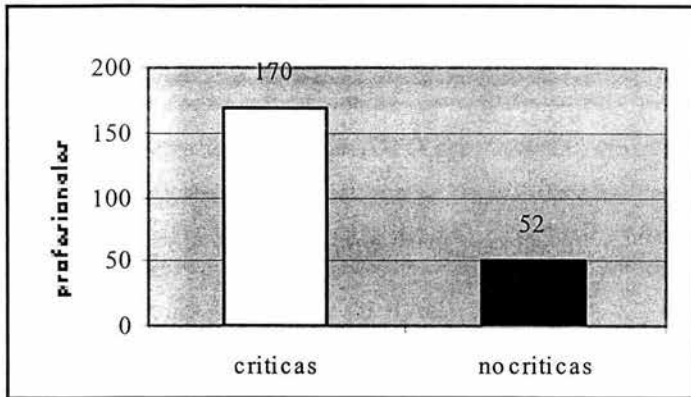
De la muestra total (530), no se tomaron en cuenta los resultados de 227 (42.8%) participantes ya que no obtuvieron la puntuación suficiente en la escala de sinceridad.

De los que si cumplieron con dicho requisito (273) fueron 128 (46.9%) los profesionales que presentan algún grado del Síndrome y 145 (53.1%) no lo tienen.



Los resultados obtenidos con la EB-EPS y que coinciden con el IBM, fueron 58 (21.2%) los profesionales que si presentan el síndrome y 215 (78.8%) los que se encuentran en posible desarrollo del síndrome.

En lo que se refiere al área de trabajo en cuanto al IBM, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la pesencia del síndrome de burnout, siendo esta mayor (170/52) en los profesionales que trabajan en áreas criticas ($\chi^2=6.255$, $gl=1$, $p=0.05$).



Con los resultados obtrenidos con el IBM se encontró diferencia estadísticamente significativa en la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout en areas criticas en cuanto a las siguientes variables:

Sexo, los resultados indican que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las mujeres que trabajan en dichas areas ($\chi^2=5.852$, $gl=1$, $p=0.05$).

Grado militar, se observó que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los Subtenientes ($\chi^2=25.773$, $gl=9$, $p=0.01$).

Edad, se encontró que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los jovenes (de 28 años, es decir menores de la edad que presenta la media muestral 31 años) ($t=4.094$, $gl=220$, $p=0.01$).

Antigüedad en el ejército, se observó que tiene mayor influencia en los de menor antigüedad (12 años) ($t=2.711$, $gl=220$, $p=0.01$).

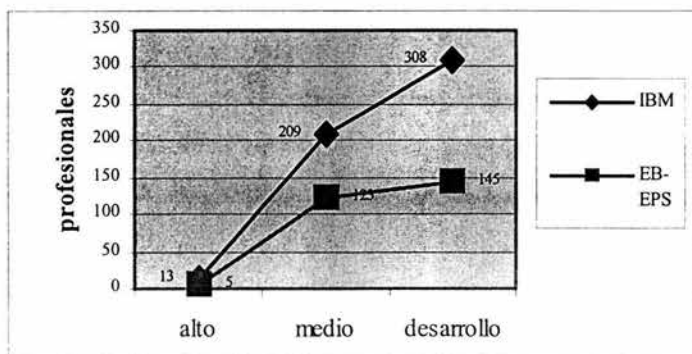
Estado civil, el ser soltero influye en la presencia del síndrome en dichas áreas ($\chi^2=10.556$, $gl=3$, $p=0.05$).

Y para el **número de hijos**, los resultados indican que no tener hijos es una variable que influye ($\chi^2=25.044$, $gl=4$, $p=0.01$).

Para el área de trabajo al aplicar la EB-EPS no se encontró diferencia estadísticamente significativa (93/35) entre los que laboran en area crítica y no crítica.

La población global en cuanto a los grados del síndrome en la aplicación del IBM se distribuyó de la siguiente forma: 13 (2.5%) presentaron un grado alto del síndrome, 209 (39.4%) grado medio y 308 (58.1%) se encuentran en posible desarrollo del síndrome.

En cuanto a los resultados del EB-EPS fueron 5 (1.8%) los que presentan grado alto del síndrome, 123 (45.1%) grado medio del síndrome y 145 (53.1%) se encuentran en posible desarrollo del síndrome.



Con respecto a la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout en los resultados obtenidos con el IBM en la muestra total se encontró lo siguiente:

En cuanto a la variable **sexo**, los resultados indican que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las mujeres ($\chi^2=15.35$, $gl=1$, $p=0.01$).

Para la variable **grado militar**, se observó que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los Tenientes ($\chi^2=25.81$, $gl=10$, $p=0.01$).

Así mismo para la **profesión**, los resultados muestran que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las enfermeras ($\chi^2=9.66$, $gl=3$, $p=0.05$).

En cuanto a la **edad**, se encontró que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los jóvenes (de 29 años, es decir menores de la edad que presenta la media muestral 31 años) ($t=4.226$, $gl=528$, $p=0.01$).

Con relación a la **antigüedad en la sala**, los resultados indican que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los que tienen menor antigüedad (promedio de 5 años) ($t=1.978$, $gl=528$, $p=0.05$).

Al igual que para la variable **antigüedad en el ejército**, se observó que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los de menor antigüedad (12 años) ($t=3.435$, $gl=528$, $p=0.01$).

En lo que respecta al **estado civil** el ser soltero influye en la presencia del síndrome ($\chi^2=17.09$, $gl=4$, $p=0.01$).

Y para el **número de hijos**, los resultados indican que no tener hijos es una variable que influye en dicha presencia ($\chi^2=16.29$, $gl=4$, $p=0.01$).

Las variables demográficas y la presencia del síndrome de burnout al aplicar la EB-EPS mostraron diferencia estadísticamente significativa únicamente para dos variables:

Relacionado al **sexo**, los resultados indican que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las mujeres ($\chi^2=4.295$, $gl=1$, $p=0.05$).

Y para la **profesión**, los resultados muestran que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las enfermeras ($\chi^2=8.595$, $gl=3$, $p=0.05$).

En cuanto a los grados del síndrome de Burnout que presentan los profesionales de la salud que pertenecen al Hospital Central Militar (HCM) y a la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM) no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

La **MUESTRA TOTAL** se conformó de 530 participantes, de los cuales 366 pertenecían al HCM y 164 a la CEM; fueron 59 médicos adscritos, 12 residentes y 450 enfermeros adscritos y 9 residentes; siendo 375 de áreas críticas y 155 de áreas no críticas. El promedio de antigüedad en la sala fue de 5 años 5 meses. La edad promedio fue de 31 años; 427 mujeres y 103 hombres; 60% fueron casados; y 36% no tienen hijos. En cuanto al grado militar 24.7% fueron Tenientes, y el promedio de antigüedad en el Ejército fue de 13 años.

La **MUESTRA DEL HCM** se distribuyó de la siguiente manera: fueron 26 médicos adscritos, 1 residente y 333 enfermeros adscritos y 6 residentes; siendo 158 de áreas críticas y 208 de áreas no críticas. El promedio de antigüedad en la sala fue de 6 años. La edad promedio fue de 31 años; 309 mujeres y 57 hombres; 53.6% fueron casados; y 37.2% no tienen hijos. En cuanto al grado militar 25.7 % fueron Tenientes al igual que Subtenientes y el promedio de antigüedad en el Ejército fue de 13 años.

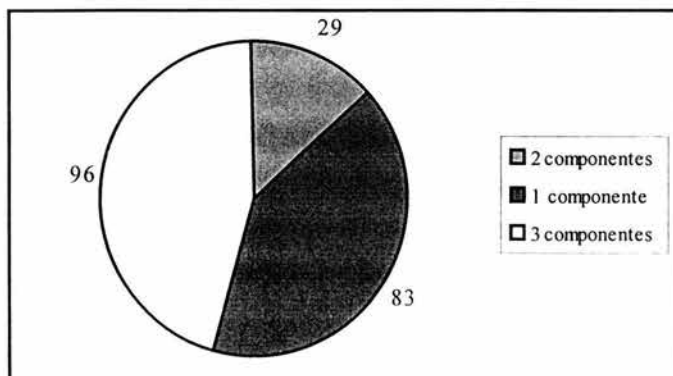
Los puntos de corte del IBM para esta muestra fueron:

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	≤ 2	3 - 17	≥ 18
DESPERSONALIZACION	≤ 0	0 - 4	≥ 5
FALTA REALIZACIÓN PERSONAL	≤ 32	33 - 47	≥ 48

Esta población en cuanto a los grados del síndrome en la aplicación del IBM se distribuyó de la siguiente forma: 14 (3.8%) presentaron un grado alto del síndrome, 144 (39.3%) grado medio y 208 (56.8%) se encuentran en posible desarrollo del síndrome.

Los profesionales que no presentan el síndrome ya que no reúnen los tres componentes (AE y DP alto y RP bajo) es decir que están en posible desarrollo del mismo se distribuyeron de la siguiente manera: 29 (13.9%) de ellos presentan 2 de los componentes, es decir AE y DP alto 13 (6.3%), DP alta y RP baja 14 (6.7%) o AE alto y RP baja 2 (1%).

Y 83 (39.9%) presentan un solo componente, AE alto 24 (11.5%), DP alta 27 (13%) y RP baja 32 (15.4%) y 96 (46.1%) presentan los tres componentes pero características diferentes al síndrome, (AE medio o bajo, DP media y RP alta o media).

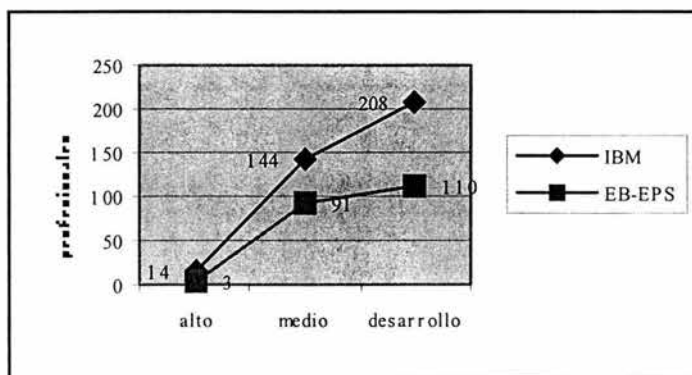


Los puntos de corte del EB-EPS para esta muestra fueron:

	NO	SI		
SINCERIDAD	≤ 22	≥ 23		
SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO	
INSATISFACCION LABORAL	≤ 10	11 - 23	≥ 24	
TENSIÓN PSICOLOGICA	≤ 5	6 - 16	≥ 17	
ENFERMEDADES	≤ 2	3 - 9	≥ 10	
FALTA DE RELACIONES PROFESIONALES	≤ 1	2 - 5	≥ 6	

En cuanto a los resultados del EB-EPS, no se tomaron en cuenta los resultados de 162 (44.3%) participantes ya que no obtuvieron la puntuación suficiente en la escala de sinceridad.

En cuanto a los que si cubrieron con ésta (204), se ubicaron 3 (1.5%) con grado alto del síndrome, 91 (44.6%) grado medio del síndrome y 110 (53.9%) se encuentran en posible desarrollo del síndrome.



Con respecto a la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout en los resultados obtenidos con el IBM en la muestra del HCM se encontró lo siguiente:

En cuanto a la variable **sexo**, los resultados indican que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las mujeres ($\chi^2=15.68$, $gl=1$, $p=0.01$).

Para la variable **grado militar**, se observó que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los Tenientes ($\chi^2=26.841$, $gl=10$, $p=0.01$).

Así mismo para la **profesión**, los resultados muestran que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las enfermeras ($\chi^2=10.091$, $gl=3$, $p=0.05$).

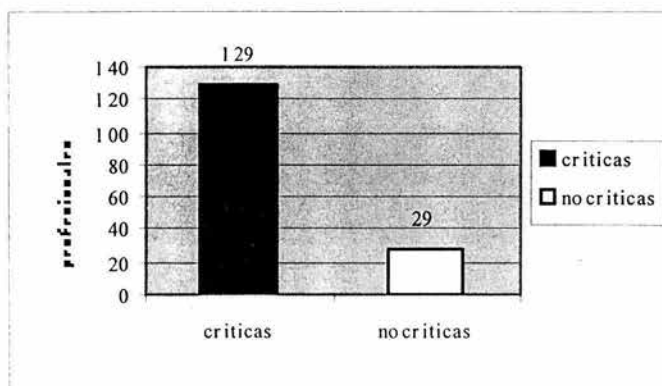
En cuanto a la **edad**, se encontró que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los jóvenes (de 29 años, es decir menores de la edad que presenta la media muestral 31 años) ($t=4.226$, $gl=364$, $p=0.01$).

Para la variable **antigüedad en el ejército**, se observó que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los de menor antigüedad (12 años) ($t=2.924$, $gl=364$, $p=0.01$).

En lo que respecta al **estado civil** el ser soltero influye en la presencia del síndrome ($\chi^2=8.853$, $gl=3$, $p=0.05$).

Y para el **número de hijos**, los resultados indican que no tener hijos es una variable que influye en dicha presencia ($\chi^2=17.117$ $gl=5$, $p=0.01$).

En cuanto al **area de trabajo**, los resultados indican que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las areas críticas ($\chi^2=5.158$, $gl=1$, $p=0.05$)



En cuanto al análisis de el trabajo en áreas críticas y su relación con las variables sociodemográficas del HCM se encontró diferencia estadísticamente significativa en las siguientes variables:

Grado militar, se observó que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los Tenientes ($\chi^2=26.079$, $gl=8$, $p=0.01$).

Edad, se encontró que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los jóvenes (de 28 años, es decir menores de la edad que presenta la media muestral 31 años) ($t=3.29$, $gl=158$, $p=0.01$).

En esta muestra las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout al aplicar la EB-EPS mostraron diferencia estadísticamente significativa únicamente en la **Edad**, encontrando que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los jóvenes (26 años) ($t=3.149$, $gl=202$, $p=0.01$).

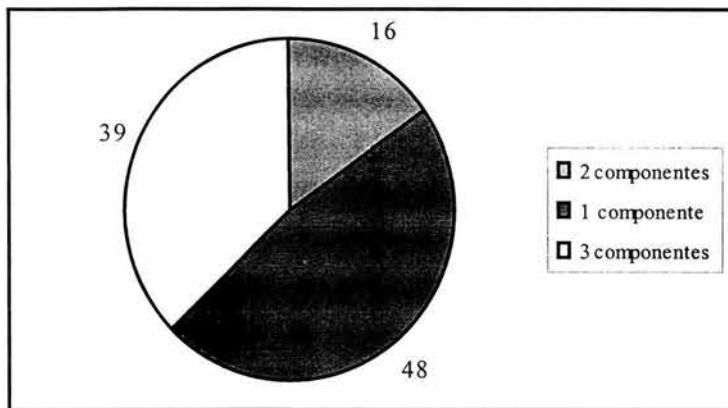
La **MUESTRA DE LA CEM** se distribuyó de la siguiente manera: fueron 33 médicos adscritos, 11 residente y 117 enfermeros adscritos y 3 residentes; siendo 61 de áreas críticas y 103 de áreas no críticas. El promedio de antigüedad en la sala fue de 4 años 5 meses. La edad promedio fue de 32 años; 118 mujeres y 46 hombres; 62.8% fueron casados; y 31.7% no tienen hijos. En cuanto al grado militar 22.6% fueron Tenientes y el promedio de antigüedad en el Ejército fue de 13 años.

Los puntos de corte del IBM para esta muestra fueron:

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	≤ 4	5 - 22	≥ 23
DESPERSONALIZACION	≤ 0	0 - 6	≥ 7
FALTA REALIZACIÓN PERSONAL	≤ 32	33 - 47	≥ 48

Esta población en cuanto a los grados del síndrome en la aplicación del IBM se distribuyó de la siguiente forma: 1 (0.6%) presentaron un grado alto del síndrome, 60 (36.6%) grado medio y 103 (62.8%) se encuentran en posible desarrollo del síndrome.

Los profesionales que no presentan el síndrome ya que no reúnen los tres componentes (AE y DP alto y RP bajo) es decir que están en posible desarrollo del mismo se distribuyeron de la siguiente manera:

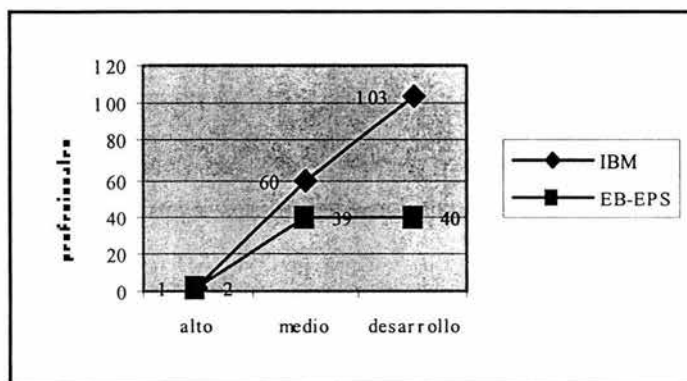


16 (15.5%) de ellos presentan 2 de los componentes, es decir AE y DP alto 11 (10.7%), DP alta y RP baja 2 (1.9%) o AE alto y RP baja 3 (2.9%); 48 (46.6%) presentan un solo componente, AE alto 18 (17.5%), DP alta 13 (12.6%) y RP baja 17 (16.5%) y 39 (37.9%) presentan los tres componentes pero características diferentes al síndrome, (AE medio o bajo, DP media y RP alta o media).

Los puntos de corte del EB-EPS para esta muestra fueron:

		NO	SI	
SINCERIDAD		≤ 24	≥ 25	
SUBESCALA		BAJO	MEDIO	ALTO
INSATISFACCION LABORAL		≤ 9	10 - 22	≥ 23
TENSION PSICOLOGICA		≤ 5	6 - 16	≥ 17
ENFERMEDADES		≤ 2	3 - 9	≥ 10
FALTA DE RELACIONES PROFESIONALES		≤ 1	2 - 6	≥ 7

En cuanto a los resultados del EB-EPS, no se tomaron en cuenta los resultados de 83 (50.6%) participantes ya que no obtuvieron la puntuación suficiente en la escala de sinceridad. En cuanto a los que si cubrieron con ésta (81), se ubicaron 2 (2.5%) con grado alto del síndrome, 39 (48.1%) grado medio del síndrome y 40 (49.4%) se encuentran en posible desarrollo del síndrome.



En los resultados obtenidos con el IBM en ésta muestra no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout.

En esta muestra las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de burnout al aplicar la EB-EPS mostraron diferencia estadísticamente significativa unicamente en las siguientes variables:

Para la **profesión**, los resultados muestran que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en las enfermeras ($\chi^2=7.825$, $gl=3$, $p=0.05$).

En cuanto a la **edad**, se encontró que la presencia del síndrome tiene mayor influencia en los jóvenes (de 30 años, es decir menores de la edad que presenta la media muestral 32 años) ($t=2.197$, $gl=79$, $p=0.05$).

Para la confiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach se obtuvo un Coeficiente acuerdo al Alfa de Cronbach para la escala total de 0.7084, para la subescalas de: Agotamiento Emocional fue de 0.81, Despersonalización 0.37 y Falta de Realización Profesional de 0.76. además se observó que el reactivo No. 15 fue el más débil (correlación=-0.07)

DISCUSION

El objetivo de nuestro estudio fue conocer si hay presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud militares, población en la cual recae la peculiaridad de esta investigación. Cabe mencionar que en un inicio por las condiciones en las cuales ellos viven y trabajan se esperaba un índice de presencia mayor de profesionales con el síndrome, así como características diferentes a las encontradas por otros autores en el medio civil.

Sin embargo, en los hallazgos de la presente investigación se observó que en la muestra estudiada el 41.9% de los profesionales sí presentó Síndrome de Burnout, de los cuales 2.5% tiene grado alto y el 39.4% grado medio, es decir, la mayoría de la población que lo presenta registró grado medio del síndrome, resultados que coinciden con los obtenidos por De las Cuevas (1995) el cual encontró presencia de un grado moderado de Burnout en los trabajadores del Sistema de atención primaria de salud.

En este punto cabe recalcar que otros autores plantean su análisis midiendo el síndrome a partir de sus componentes por separado por ejemplo: Orłowski y Bulledge (en Deckard G. 1992), en su estudio sobre la incidencia de burnout entre los médicos de servicios de urgencias registraron que el 66% de los respondientes informaban de un grado moderado alto de agotamiento emocional, y un 78% de un grado moderado alto de despersonalización; un trabajo sobre especialistas en enfermedades infecciosas realizado por Lewiston N., Conley J., y Blessing-Moore J. en 1981 registró un 43.5%, de puntuaciones en el rango alto de la subescala de agotamiento emocional y un 40.3% de puntuaciones en el rango alto de la subescala de despersonalización, con unas puntuaciones que permanecían altas en la subescala de logros personales donde 91.8% se ubicó en el rango alto.

Whippen y Canellos (1991), encontraron que el 56% de los oncólogos de su muestra informaban de algún grado de burnout a lo largo de su vida profesional; un estudio realizado sobre médicos de familia realizado por Coob S.(en De las Cuevas, 1995) reveló que el 65% de los sujetos participantes habían experimentado un nivel significativo de estrés mientras practicaban su profesión; en un estudio llevado a cabo sobre residentes de medicina de familia éstos presentaban un nivel moderado de burnout global (Lemkau J. y cols. 1988) y en España los estudios de Alvarez y Fernandez (en Moos R. y cols, 1981) realizado sobre distintos profesionales que desempeñaban su trabajo en la atención de la Salud Mental de la comunidad autónoma gallega puso de manifiesto un considerable cansancio emocional como consecuencia de contexto laboral.

Sin embargo, en este estudio el síndrome se evaluó con los siguientes lineamientos, debiendo experimentarse como bajo, medio o alto, y reunir las características de los componentes, es decir, Agotamiento Emocional (AE) y Despersonalización (DP) alta y Realización Personal (RP) baja para alto grado, EA, DP y RP media para grado medio y AE y DP baja y RP alta para grado bajo, no realizando el análisis de los componentes por separado.

En lo que se refiere a la presencia del síndrome y su relación con el trabajo en áreas críticas y no,criticas, se encontró que los profesionales que trabajan en áreas críticas manifiestan mayor presencia que los de las áreas no críticas. Lo cual coincide con lo encontrado por Fresco y Gillibert (1986) los cuales constatan que ciertas unidades consideradas críticas o de alto riesgo (UCI, Oncología, Reanimación, Neonatos...) parecen ser las que contienen mayor potencial estresante y frustrante para el personal sanitario.

Lo que favorece que estas unidades sean potencialmente más estresantes e induzcan con mayor frecuencia al personal que trabajan en ellas a "quemarse", es el tipo de pacientes que atiende la tecnología que utilizan, la exigencia de preparación del personal y las rápidas decisiones e intervenciones a las cuales se ve constantemente sometido dicho personal.

Franco (1997) corrobora esta investigación en donde los profesionales de áreas críticas presentaron mayor nivel que los de áreas no críticas. Según Maslach (1978) cuando el contacto con los pacientes es particularmente desconcertante, preocupante, depresivo o difícil, así como el estar diariamente confrontados al sufrimiento humano y, en muchos casos a los moribundos y a la propia muerte (características propias de las áreas críticas) constituyen experiencias muy estresantes, aunado a la gran dificultad que tienen para cuidar, ayudar y apoyar al paciente por no haber sido entrenado para ello, entonces el burnout puede ser más severo o/y ocurrir con mayor rapidez.

Sobre esto, Flores (1994) menciona que la atención a determinados tipos de enfermos que exigen una gran atención y dedicación (pacientes con enfermedades progresivas, terminales, enfermos oncológicos, servicios de UCI, o enfermos incurables) facilita la carencia de ilusión, entusiasmo y energía para seguir con el trabajo y en relación social y familiar de forma aceptable.

Dichos resultados eran esperados por las características propias de las áreas críticas, ya que al profesional se le proporcionan excelentes conocimientos teóricos respecto a la materia, pero no las habilidades para manejar y afrontar esas experiencias tan estresantes que se viven en estas áreas.

Así como la intensa responsabilidad que conlleva el trabajo de personas con enfermedades sumamente demandantes y complicadas, de igual manera, el estrés es mayor por el personal de importancia (Altos Mandos e incluso el Presidente de la República) que en ocasiones es atendida en las salas de estos nosocomios.

En cuanto a las variables sociodemográficas Edad, Sexo, Profesión, Estado Civil, número de Hijos, Antigüedad en la Sala y Ejército y Grado Militar y la presencia del Síndrome de Burnout, sí existe relación.

- En relación con la EDAD, se encontró que la presencia del Síndrome tiene mayor influencia en los jóvenes, coincidiendo con Franco (1997) la cual mencionó que el Burnout es mayor cuando el personal es joven por el hecho de tener menos experiencia, no han desarrollado estrategias de afrontamiento y su idealismo es mayor. Coincidiendo con Gil-Monte y Peiró (1997). Por su parte De las Cuevas (1995) reporta que la edad juega un papel moderador, ya que según avanzan los años, el trabajador adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña, lo cual lo hace menos vulnerable al estrés laboral.

Sin embargo, no todos los autores coinciden con esto, como Livianos (1999), el cual considera que la variable edad, no es una variable que repercuta en la presencia del síndrome. Como un comentario adicional, un aspecto que puede influir es el que los profesionales jóvenes militares a esta edad pasan por un momento en el que pueden decidir si permanecen laboralmente en este ambiente o buscan alternativas civiles, así como realizar su vida personal (casarse, tener hijos, etc.).

En la presente investigación aunque existe diferencia significativa con respecto a esta variable, desde nuestro punto de vista, tiende a presentar cierto grado de confusión, ya que de acuerdo a la media de la edad obtenida en la muestra, los profesionales que presentan el síndrome tienen únicamente dos años menos.

- En cuanto al SEXO la presencia del Síndrome tiene mayor influencia en las mujeres. Lo cual confirma el estudio realizado por Martín (2000), en el cual sin ser significativo, las mujeres presentaron niveles más altos que los varones. Con respecto al sexo, Freudemberger (1985) opina que el colectivo femenino es el que viene a engrosar las filas de los profesionales "quemados", ya que han de hacer frente a una sobrabundancia de tareas laborales y domésticas.

Por su parte Cebria (2000) no coincide con lo obtenido en nuestra investigación, ya que él no encontró diferencias en esta variable, al igual que Da Silva (1999), no encontrando diferencias significativas, obteniendo valores medios prácticamente iguales a nivel muestral en las distintas subescalas para hombres y mujeres.

Así mismo concordan con los resultados obtenidos por D. Vega, P. Urdaniz y F. Canti (1995), y Mc Dermont (1984) que tampoco encuentra una relación, pero se diferencian de los otros autores que han encontrado mayores niveles de Burnout en mujeres como Whitley et al. (1994); Bennett, Michie y Kippax B. (1991).

A lo cual Palomar (1999) concluye que en la actualidad la doble jornada en la mujer representa una realidad social lo cual favorece un conflicto de roles debido a que se enfrentan con múltiples responsabilidades tanto en la familia como en el trabajo. Al ejercer una profesión, se genera en ellas un conflicto psicológico, ya que se sienten angustiadas por la presión de ambos roles (familia-trabajo) y experimentan depresión por no poderlos combinar, culpa por no atender bien a los hijos y enojo por las limitaciones que como profesionales enfrentan por el hecho de ser madres. Por su parte Maslach (1982) mencionó que la mujer tiende más a involucrarse emocionalmente con la gente por lo que corre más riesgo de agotarse emocionalmente.

En nuestra muestra es importante hacer hincapié que dentro de los altos mandos el papel de la mujer ha sido limitado ya que su participación es mínima y ésta se ha ido abriendo paso poco a poco, debido posiblemente a lo antes mencionado, ó al tipo de selección que se rija en el Ejército de "orden, protección y disciplina".

- En lo que se refiere a la PROFESION, se observó que la presencia de Burnout tiene mayor influencia en las enfermeras. Lo cual se corrobora con lo encontrado con Pines y Aronson (1988) los cuales señalan que muchas enfermeras hacen cosas para protegerse de lo abrumante de su situación. Algunas comienzan a separarse de sus pacientes, otras se enredan ocasionalmente en un tipo de humor burlón o denigrante sobre sus pacientes. El hecho de que experimenten menos apego con los pacientes sumamente demandantes, conduce a algunas a resentirse con los individuos a los cuales presta su ayuda. Posteriormente empezará a sentirse culpable y avergonzada por su comportamiento y actitudes.

Lo cual se complementa con los resultados obtenidos por Leiter donde el agotamiento emocional en las enfermeras estaba asociado con la falta de una buena supervisión que sirviera de apoyo a las mismas (citado en Eastburg, 1994).

Sin embargo, la comparación entre el personal de enfermería y médicos, arrojó para Flores (1994) que en los médicos se daría más la despersonalización, mientras que en el personal de enfermería sería más frecuente el agotamiento emocional y la falta de realización personal.

Atance (1997) sostiene que los médicos obtienen una puntuación más alta en la dimensión de Falta de Realización Personal en comparación con las enfermeras. Por su parte Martín (2000) indica que las enfermeras tienen una puntuación mayor de Burnout que los médicos.

- Para el ESTADO CIVIL el ser soltero influye en la presencia del síndrome lo cual coincide con lo expuesto por Gil-Monte y Peiró (1997) el cual menciona que los sujetos casados experimentan índices menores del síndrome que los no casados. Así mismo Franco (1997) encontró que los profesionales solteros tienen mayor tendencia a experimentar Burnout, esto debido a ser individuos de menor edad y con poca estabilidad psicológica. A diferencia de los casados que tienen menor tendencia a presentarlo ya que la familia es más que un recurso emocional que una tensión, el amor y apoyo familiar ayuda a que el individuo afronte las demandas emocionales laborales y tiene una visión diferente del trabajo. A lo cual Aronson (1988) concluye que mientras mejores sean las relaciones sociales, menor será el Síndrome de Burnout y mientras más sentimiento de soledad exista el nivel incrementa.

No obstante, en un gran número de estudios no aparecen relaciones significativas entre ambas variables, como los estudios realizados por De las Cuevas (1995) y Da Silva (1999). Aunque el ser casado es una variable que favorece una cierta inmunidad no los exenta de presentar el síndrome, ya que el trabajo en estos nosocomios es muy demandante, aunado a las características propias del medio militar.

- En relación al NUMERO DE HIJOS indica que el no tener hijos es una variable que influye en la presencia de Burnout, lo cual se reafirma con lo encontrado por Gil-Monte y Peiro (1997) donde los sujetos con hijos tienen más edad y por tanto son más maduros psicológicamente, tienen un estado de vida más estable y una perspectiva diferente de la misma, son sujetos que tienden a preferir el salario u otros beneficios materiales y la seguridad en el empleo a otros factores como el interés o desafío del trabajo, la realización personal o la satisfacción laboral, por tanto, no tienen preocupaciones sobre estos aspectos de trabajo. Por otra parte, los sujetos sin hijos puede que tengan mayor tendencia a usar el trabajo como fuente de vida social, esto les llevaría a implicarse excesivamente con la gente del ámbito laboral y por tanto, a un mayor riesgo de sufrir el Síndrome de Burnout.

A lo cual De las Cuevas (1995) menciona que la estabilidad emocional en la familia y la paternidad permite un mejor afrontamiento de conflictos y estrés laboral.

Al igual que Franco (1997) la cual encontró que el no tener hijos está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar el síndrome. Sin embargo Da Silva (1999) no encontró diferencias estadísticamente significativas al confrontar las variables.

Los resultados obtenidos particularmente en la muestra estudiada corroboran lo encontrado por Gil-Monte, donde la edad es un factor que influye para que el Burnout esté relacionado con el tener hijos o no, sobre todo por el compromiso al que se ven obligados los profesionales de permanecer solteros y sin procrear hijos durante su formación académica dentro de los planteles, hasta el término de la misma, ya que para entonces posiblemente presentarán un estado de vida más estable y una perspectiva diferente de la misma, así como mayor madurez psicológica.

- En cuanto a la ANTIGÜEDAD EN LA SALA Y EN EL EJERCITO existe relación con el desarrollo de Burnout en los profesionales con menor antigüedad, para estas variables los resultados son similares a los obtenidos con la variable edad y su justificación teórica es idéntica. Los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y con menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes por lo que el riesgo de presentar el Síndrome es mayor (Gil-Monte y Peiro, 1997). Y Cebria (2001) argumentó que la edad juega un papel moderador, ya que según avanzan los años el trabajador adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña, lo cual lo hace menos vulnerable al estrés laboral.

A su vez Martín (2000) al respecto menciona que los resultados son contradictorios y van desde la relación inversa hasta la inexistencia de la misma. No obstante Numerof (en Hombrados, 1997), reporta que los sujetos que permanecen en determinados puestos depende en gran medida de la capacidad de afrontamiento y adaptación a las demandas ambientales y niveles de estrés derivados de los mismos, que favorecerán una cierta inmunidad entre los trabajadores más veteranos.

Sin embargo otros autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce menor nivel de asociación con el síndrome. Encuentran una relación inversa debido a que los que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo cual los profesionales con más años en su trabajo serían quienes menos puntúan en Burnout y por ello siguen presentes.

Los resultados de nuestra investigación se suman a aquellos autores que establecen una relación entre antigüedad y burnout. En la presente, a pesar de que existe diferencia significativa, desde nuestro punto de vista, presenta cierto grado de confusión, ya que comparado con la media de antigüedad obtenida en la muestra, los profesionales que presentan el síndrome tienen solo un año menos de antigüedad en el Ejército y 6 meses menos de antigüedad en la sala de trabajo.

- En el GRADO MILITAR el Síndrome de Burnout tiene mayor influencia en los Tenientes, lo cual se puede asociar con el nivel que juega dentro de la escala jerárquica. Según los Boletines Técnicos (1992) publicados por el Ejército el trabajo militar reside en la realización de sus actividades dentro de su área laboral, aunado al cumplimiento de las órdenes que asigne la superioridad, lo cual tiene que ser realizado más por convicción que por temor al arresto o al castigo, obedeciendo, cumpliendo y trabajando con entusiasmo, entrega y alegría, donde los miembros coexisten psicológicamente los unos para los otros y se encuentran en situaciones de interdependencia y de integración.

Por su parte Portillo (1998) mencionó que los empleados subordinados tienen mayores fuentes de estrés debido a la falta de control de su medio, de las decisiones importantes y de la creatividad en los cambios requeridos. En suma tienen poco control sobre las fuerzas que impactan sus vidas de trabajo.

Los resultados coinciden con lo anteriormente expuesto por Portillo, ya que los Tenientes dentro del medio militar al ser Oficiales cumplen con la característica de ser subordinados, es decir, su obligación es acatar órdenes de sus superiores y quedaría en entredicho si todo es realizado más por convicción que por temor al castigo o arresto, y a su vez ellos fungen como jefes y responsables del orden de la Tropa (sus subalternos) que tuviese a su mando, así como del cumplimiento de las obligaciones del servicio sin que pueda disculparse en ningún caso con la omisión y descuido de sus inferiores.

En lo que respecta a la diferencia entre los grados del Síndrome de Burnout que presentan los profesionales de la salud que pertenecen al Hospital Central Militar y a la Clínica de Especialidades de la Mujer no se encontraron diferencias significativas, sin embargo éstas sí eran esperadas ya que el procedimiento para la aplicación de los instrumentos fue distinta.

Cabe mencionar que una diferencia importante que se encontró, fue que el trabajo en áreas críticas sí influye en la presencia del Síndrome en los profesionales que laboran en el HCM y en los profesionales de la CEM no.

Esto debido posiblemente a que todo el trabajo de la Clínica se especializa en la Gineco-obstetricia, lo cual determina una mejor interacción entre los profesionales, a diferencia del Hospital donde se cuenta con diversas especialidades, lo cual crea la división de trabajo, una elevada jerarquía de autoridad, canales formales de comunicación y un conjunto de reglas y normas.

La presente investigación tiene una característica que marca la diferencia con otras, esta es la población estudiada, es decir profesionales de la salud pertenecientes al Ejército, donde el ambiente militar es caracterizado por cuidado, disciplina, orden, sistematización, estructura y competencia, lo cual parece favorecer el desarrollo de cierta inmunidad para presentar el Síndrome, sin embargo algunos aspectos negativos de la milicia, tales como la rigidez excesiva, el autoritarismo, la ambivalencia, la inflexibilidad, y la frialdad afectiva, así como el castigo injusto o no reflexivo pudiera favorecer a la presencia del Síndrome de Burnout.

Relacionado con lo antes mencionado, se puede deducir que efectivamente la disciplina juega un papel muy importante en la presencia del Síndrome de Burnout, a lo cual Hidalgo (1994) mencionó que la institución debe aportar seguridad y sentimientos de pertenencia, reparación y gratificación que faciliten el desarrollo de su personalidad.

Su limitación en ofrecer tales apoyos puede convertirse en una fuente de empobrecimiento y estereotipia del trabajador. Por otro lado, el trabajador puede sobreadaptarse para evitar conflictos, a costa de "hiopotecar" su capacidad de pensamiento en otras áreas de su personalidad, lo que generaría individuos despersonalizados e instituciones homogenizadas.

Respecto a la Confiabilidad obtenida del Inventario de Burnout de Maslach fue la adecuada (0.70), lo cual es congruente con lo obtenido por (Sanchez, 2001), sin embargo el reactivo No. 15 fue el más débil (correlación= - 0.07) lo cual coincide con Tevni (2000), ya que este reactivo provoca cierta confusión debido posiblemente a la redacción del mismo.

En cuanto a los resultados obtenidos por el EB-EPS no se encontraron otros estudios que sirvieran como punto de comparación. Y en lo que se refiere a las variables sociodemográficas relacionadas con éste instrumento fueron solo el Sexo y la Profesión los que presentaron diferencias significativas.

Entre las limitaciones observadas en la presente investigación encontramos:

- 1) El que las submuestras no se igualaron y el sesgo se dirigió hacia la profesión de enfermería y para el sexo hacia las mujeres.
- 2) De igual manera hubo diferencias entre la muestra de la CEM y el HCM.
- 3) Cierta grado de dificultad para que fuesen otorgados los permisos para la aplicación de los instrumentos, al igual para la devolución de los mismos, ya que el no pertenecer al medio castrense provocó ciertas reacciones de rechazo, tales como indiferencia, agresión y evasión al tener que participar en la investigación.
- 4) Aún cuando los estudios sobre el Síndrome de Burnout se han desarrollado desde tres décadas en el mundo, el tema recientemente ha llegado a nuestro país, de ahí que la existencia de referencias es mínima y aún más si se refiere a la población médica y/o militar.

CONCLUSIONES

El Burnout es un tema de amplio interés y poco estudiado en el contexto sanitario y a que las consecuencias que se derivan tanto a nivel individual como organizacional pueden ser graves, por el hecho de que la mayoría de los profesionales que inician su carrera laboral, lo hacen no solo pensando en los beneficios económicos inmediatos que se obtienen de un salario; es decir, esas personas tienen expectativas de desarrollo personal y de éxito en su profesión, de manera especial los que trabajan en tareas de servicio social y están comprometidos en ayudara otras personas siendo sus expectativas en muchas ocasiones el origen de sus fracasos como profesionales.

Los resultados y el análisis efectuados permiten formular las conclusiones siguientes, mismas que resultan válidas en el contexto de la metodología aquí utilizada y para la muestra estudiada, por lo tanto, no pueden extrapolarse a otras poblaciones, así las generalizaciones requerirán de la confirmación y consistencia de los resultados en futuros estudios.

Estos arrojaron que la población de profesionales del servicio médico militar sí presentan Burnout, ubicándose el porcentaje más alto (39.4%) en un grado medio del síndrome.

Los datos relevantes de la muestra, fueron:

- ❖ El trabajo en áreas críticas si se relaciona con el burnout, de tal manera que el 76.5% de los profesionales del servicio médico militar que laboran en estas áreas lo presentó.

- ❖ En cuanto a las variables sociodemográficas exploradas (edad, sexo, profesión, estado civil, número de hijos, antigüedad en la sala y ejército así como el grado militar) sí están relacionadas con la presencia del síndrome.
- ❖ La edad promedio que presentaron los profesionales militares con burnout fue de 29 años.
- ❖ El sexo en que tuvo mayor influencia el síndrome fue en las mujeres con un 88.2%
- ❖ En la profesión que predominó fueron las enfermeras adscritas en comparación con las otras profesiones con un porcentaje de 88.7%.
- ❖ El estado civil que influye más significativamente, fue el ser soltero con un 42.3%.
- ❖ En la variable número de hijos, es de mayor influencia para la presencia, el no tener con un 42.3%.
- ❖ La antigüedad en la sala que destacó en los profesionales de salud militares con el síndrome, fue de cinco años, así en el ejército de 12 años.
- ❖ El grado militar en el que mayor se noto la influencia de burnout fue de Teniente con el 30.1%.
- ❖ En lo que se refiere a la diferencia que existe entre los grados del síndrome de burnout que presentan los profesionales que pertenecen al Hospital Central militar y a la Clínica de Especialidades de la Mujer, no se encontraron diferencias.

- ❖ Una diferencia a destacar fue que en los profesionales que laboran en el Hospital Central Militar si tuvo influencia el trabajar en áreas críticas, a diferencia de los profesionales que pertenecen a la Clínica de Especialidades de la Mujer con las mismas condiciones de trabajo en los cuales no influyó.
- ❖ El nivel de confiabilidad obtenido en el Inventario de Burnout de Maslach fue adecuado (0.70) y para las subescalas de Agotamiento Emocional 0.81, Despersonalización 0.37 y Falta de Realización Personal 0.76. Observando el reactivo No. 15 como el más débil (correlación = - 0.07).

En general, el Síndrome de Burnout debe entenderse como un modelo dirigido a la explicación del trabajo, así como la relación que tiene con la alteración mental y relacional de los sujetos que trabajan, a diferencia con otras entidades ésta enfatiza el plano afectivo y no solo el nivel cognitivo y de relación con el medio,

Aunque los resultados obtenidos en la presente investigación no fueron tan contrastantes con otras realizadas en el medio civil, podemos concluir que las características que presenta el ambiente militar como la rigidez excesiva, el autoritarismo, la ambivalencia, la inflexibilidad, y la frialdad afectiva, así como el castigo injusto o no reflexivo y la disciplina juegan un papel muy importante en la presencia del Síndrome de Burnout, por lo cual se sugiere puntualizar esta relación y tomar las respectivas medidas para el bienestar de los profesionales de la salud militares, repercutiendo favorablemente tanto a la institución como a los dependientes del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Almanza, M. (2001). Salud mental militar: una perspectiva integral. *Revista de Sanidad Militar*, 55 (5) 219.
- Barba S. (1998). Estrés Laboral. Tesis de licenciatura no publicada. México: ENEP Iztacala.
- Barba, S. (1998). Estrés Laboral. Tesis de Licenciatura. Fes Iztacala. México.
- Barquín, M. (1985). Dirección de hospitales. México: Interamericana.
- Bhagat, R. (1983). Effects of stressful life events upon individual performance effectiveness and work adjustment processes within organizational settings: a research model. New York: Pergamon Press.
- Bleger, J. (1991). Psicohigiene y psicología institucional. Argentina: Paidós.
- Broome, A. (1989). Health Psychology. Nueva York: Internacional Universities Press.
- Buendía, J. (1998). Estrés laboral y salud. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bueno, R., Gaitán, R. y Gonzalez, A. (1991-1992). El estatus cambiante de la mujer en México: su lucha por la identidad fuera del hogar. *Gradiva* 20, 105-114.
- Carrasco, G. (1990). Responsabilidad médica y psiquiátrica. Madrid: Colex.
- Carrillo, F. L. (1990). La responsabilidad Profesional del Médico. México: Porrúa.
- Castillo, P y Vieyra, O. (1995). Calidad Total, Calidad de Vida y Salud Ocupacional. Tesis de Psicología UNAM / ENEP Iztacala.
- Cebria, J. y cols.(2001). Rasgos de la personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*. Barcelona: 27 (7).
- Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Preager.
- Cherniss, C. (1982). Cultural trends; political, economic and historical roots of problem. Beverly Hills: Sage Publications.

- Da Silva, S., Daniel, V. & Pérez U. (1999). Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5) 310-319.
- De las Cuevas, C. y Cols. (1995). Desgaste Profesional y clima laboral en atención primaria. *Boletín Digital*; (8-9). Agosto-Diciembre.
- Díaz, R., Lartigue, V. & Acosta, V. (2001). Síndrome de Burnout: desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Revista ADM* 58 (2). 63-67.
- Edelwich, J y Brodsky, A. (1980). Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions. Estados Unidos: Human Sciences Press. España: Ariel.
- Farber, B. (1985). Stress and Burnout in the human service professions. Inglaterra: Pergamon Press.
- Fernández-Abascal y Palmero, F. (Coord). (1999). Emociones y salud. Barcelona.
- Flores, L. (1994). Síndrome de "estar quemado". Barcelona: Edikamed.
- Franco, B. (1997). Manual integral de intervención. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Iberoamericana, México.
- Freudenberger, H.(1975). Staff Burn-out. *Journal of social Issues*. 30(1), 159-166.
- Garduño, A., Zavala, M. (1995). La bioética, una disciplina indispensable en pediatría. *Acta Pediátrica de México del Instituto Nacional de Pediatría*. 16 (5), 208-212.
- Gil - Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Inventory- General Survey. *Salud Pública*. México; 44 (1).33-40.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de Quemarse. Barcelona: Síntesis.
- Gómez, G., Sandoval, J. y Noriega M. (Coord). (1989). En defensa de la salud en el trabajo. México: SIPUAM.
- Hernández, R. (2000). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.

- <http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/cem.html> (2003).
- <http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/eme.html> (2003).
- <http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/emm.html> (2003).
- <http://www.sedena.gob.mx/sdn/sanidad/hcm.html> (2003).
- <http://www.ucab.edu.ve/cadh/publicacione/estrategias.doc> (2004).
- Ivancevich, J. (1985). *Estrés y trabajo*. D.F., México: Trillas.
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del Comportamiento, técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. D. F., México: Martínez Roca.
- Livianos, A.; De las Cuevas, C. & Rojo, M. (1999). El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5) 305-309.
- López, L. y cols. (2000). El Síndrome de burnout en el personal sanitario. *Instrumentos de Medida, Med Pal*; 7 (3). 94-100.
- Marín, G. (1996). Importancia de la relación médico paciente en pediatría. *Gaceta de instituto Nacional de Pediatría*. 6 (62). 2-6.
- Martín, M. y cols. (2000). Estudio comparativo del Síndrome de Burnout en profesionales de oncología. Incidencia y gravedad. *Madrid: Medicina Paliativa*. 7 (3). 85-93.
- Maslach, C. & Jackson. S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1982). *Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Maslach, C. Leiter, M. (1997). *The Truth about Burnout*. Jossey-Bass. San Francisco.
- Maslach, C. y Jackson S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 12. 837-51.

- Maxmen, J. (1976). *The post-physician era*. Estados Unidos: Wiley-Interscience.
- Orlandini, A. (1999). *El estrés qué es y cómo evitarlo*. (2ª ed.). D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Ortiz, Q. (1991). *La medicina está enferma*. México: Limusa
- Palomar, L. (1999). Relación entre la Percepción del Funcionamiento Familiar y la Calidad de Vida en Mujeres con Doble Jornada de Trabajo. *Revista mexicana de psicología* 16 (2). 203-209.
- Pines, A. Y Aronson, E. (1988). *Career Burnout, causes and cures*. Nueva York: The Free Press.
- Pitta, A. (1990). *Hospital dor e morte como ofício*. Sao Paulo: Hucitec
- Porter, L.; Lawler E. & Hackman J. (1975). *Behavior in organizations*. New York: McGraw Hill.
- Portillo, T. (1998). *Manual informativo de Síndrome de Burnout (agotamiento profesional) dirigido a médicos mexicanos*. Tesina de licenciatura, Universidad Iberoamericana. México.
- Ramírez, B. A. (1994). *Estudio exploratorio acerca del nivel de Síndrome de deterioro (Burnout) en un grupo de psicólogos*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Iberoamericana, México.
- Ridruejo A. y Cols. (1996). *Psicología Medica*. Madrid: Mc Graw-Hill
- Riordan, R. y saltzer, S. (1992). Burnout prevention among Health care providers working with the terminally ill: a literature review *OMEGA*. 25 (1), 17-24.
- Robles, M. (1995). *Identificación de factores asociados al Síndrome de Agotamiento en maestros de universidades privadas mexicanas*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Iberoamericana.
- Rossier, u. Y Soria, B. (1999). *Taller dirigido al personal médico de la Cruz Roja para mejorar la calidad en la atención médico-paciente*. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana. México.
- Sánchez, R. A. y Cols. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencia prehospitalario. *Emergencias*; 13.170-175.

- Sandoval, O. (2004). Salud Laboral y Estrés. En imprenta. México
- Sandoval, O. J. (2000). El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout. Salud problema. (8). 52-62.
- Scarr, S., Phillips, D. & McCartney. K. (1989). Working mothers and their families. American Psychologist, 44. 1402-1408.
- Schaff (1979). La alienación como fenómeno social. Barcelona: Crítica Grialbo.
- Secretaría de Marina Armada de México (1999). Instructivo de Admisión.
- SEDENA (1992). Boletines técnicos para el programa de prevención contra la farmacodependencia en el Ejército y Fuerza Aérea mexicanos.
- SEDENA (1999) Boletín de admision.
- SEDENA (s/f). Manual de la organización y funcionamiento para hospitales y enfermería militares.
- SEDENA Legislación Militar (1976). Ley del instituto de seguridad social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. Tomo I.
- Souza, M. (1988). Ruido, strees y enfermedad. En Martínez, F. (coord). (1988). La salud en el trabajo. (pp.220-228). D.F., México: Novum Corporativo.
- SPSS for Windows Base System User's Guide Release 10.0. Chicago 1999.
- Terán, E., Molina, V., Michaca, A., García, R., y Secín, D. (2000). Síndrome de Burnout en enfermeras edl hospital angeles del pedregal. Psiquis 9 (5). 105-113.
- Tevni, G. (2000). Studio de la validez factorial del Maslach Burnout inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. México: línea de Investigación: instrumentos de investigación. Enero- mayo.
- Van Der Ploeg, H., Van Leeuwn, J. y Kwee, M. (1990). Burnout among dutch psychotherapists. Psychological Reports. 67. 107-111.
- Vera, R., (2003) Militares con sida, expulsados de las fuerzas armadas. México: Proceso.1403. 10-13.
- Wolinsky, F. (1980). The sociology of health principles, professions and issues, little. Washington: Brown and Company.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION SALUD MENTAL

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

Sexo: M F Sala o servicio: _____

Edad: _____ Antigüedad en el área laboral: _____

Grado Militar: _____ Estado civil: _____

Profesión : Médico Adscrito () No. de hijos: _____

 Residentes ()

 Enfermero (a) Adscrito ()

 Residente ()

II. ESCALA DE MASLACH

A continuación hay dos lista de frases que experimentan los profesionales durante la realización de su trabajo. Por favor lea cada frase y decida en que medida describe su experiencia de acuerdo a la siguiente escala. (Marque una (X) en la opción elegida).

No	Pregunta	Nunca	Algunas veces al mes	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días.
1.	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado (a).	0	1	2	3	4	5	6
2.	Al final de la jornada me siento agotado (a).	0	1	2	3	4	5	6
3.	Me encuentro cansado (a) cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4.	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8.	Me siento "quemado" con mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Me encuentro con mucha vitalidad.	0	1	2	3	4	5	6
13.	Me encuentro frustrado (a) por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14.	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	0	1	2	3	4	5	6
15.	Realmente no me importa lo que les ocurra a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	0	1	2	3	4	5	6
16.	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17.	Tengo facilidades para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
18.	Me encuentro animado (a) después de trabajar junto con los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19.	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
20.	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21.	Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
22.	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

III. Escala de Burnout para el equipo de Profesionales de la Salud / EB-EPS (Staff Burnout Scale for Health Professionals/SBS-HP)

No	Pregunta	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Durante mi trabajo me encuentro fatigado (a).	1	2	3	4	5	6
2.	Ultimamente he faltado al trabajo por tener un constipado, gripe, fiebre, u otros problemas de salud.	1	2	3	4	5	6
3.	En alguna ocasión he perdido la calma y me he puesto furioso (a) en el trabajo.	1	2	3	4	5	6
4.	Todos mis hábitos laborales son buenos y deseables.	1	2	3	4	5	6
5.	En ocasiones tengo dolores de cabeza durante mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
6.	Con frecuencia me encuentro a gusto relajándome con una copa después del trabajo.	1	2	3	4	5	6
7.	Nunca murmuro sobre otros en el trabajo.	1	2	3	4	5	6
8.	Creo que las dificultades de mi trabajo han influido en mis problemas familiares.	1	2	3	4	5	6
9.	Nunca llego tarde a una cita.	1	2	3	4	5	6
10.	Con frecuencia tengo el deseo de tomar algún medicamento para tranquilizarme mientras trabajo.	1	2	3	4	5	6
11.	He perdido el interés por mis pacientes y tengo tendencia a tratarlos con indiferencia, casi de forma mecánica.	1	2	3	4	5	6
12.	En ocasiones, en el trabajo pienso cosas que no me gustaría que supieran otras personas.	1	2	3	4	5	6
13.	Con frecuencia, me encuentro desanimado (a) y pienso en dejar mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
14.	Me pongo furioso (a) e irritado (a) con mis pacientes con frecuencia.	1	2	3	4	5	6
15.	Algunas veces me enfado en el trabajo.	1	2	3	4	5	6
16.	Tengo problemas para entenderme con mis compañeros (as).	1	2	3	4	5	6
17.	Estoy muy interesado (a) por mi confort y bienestar laboral.	1	2	3	4	5	6
18.	Intento evitar a mi supervisor/es.	1	2	3	4	5	6
19.	Me encantan todos mis compañeros (as) de trabajo.	1	2	3	4	5	6
20.	Siempre hago lo que se espera de mí en el trabajo a pesar de los inconvenientes que pueda encontrar.	1	2	3	4	5	6
21.	Ultimamente estoy teniendo algunos problemas con mi desempeño laboral por la falta de cooperación de los pacientes.	1	2	3	4	5	6
22.	Todas las normas y reglas que existen en mi trabajo me impiden realizar óptimamente mis obligaciones laborales.	1	2	3	4	5	6
23.	En ocasiones dejo para mañana lo que podría hacer hoy.	1	2	3	4	5	6
24.	No siempre le digo la verdad a mi supervisor (a) o a mis compañeros (as).	1	2	3	4	5	6
25.	Encuentro mi ambiente de trabajo deprimente.	1	2	3	4	5	6
26.	Creo que mi trabajo es poco estimulante y ofrece pocas oportunidades para ser creativo.	1	2	3	4	5	6
27.	Con frecuencia pienso en buscar un nuevo trabajo.	1	2	3	4	5	6
28.	Las preocupaciones derivadas de mi trabajo me han quitado el sueño.	1	2	3	4	5	6
29.	Creo que existen pocas oportunidades para progresar en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
30.	En el trabajo evito el trato con los pacientes.	1	2	3	4	5	6