



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H. R. P. U. M.

**“Frecuencia y variables sociolaborales asociados  
al Síndrome de *Burnout* en el personal que  
labora en el Hospital Regional de Psiquiatría  
de la Unidad Morelos del IMSS”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**  
PRESENTA

**DR. CHRISTIAN OCRAM ARELLANO TRONCOSO**

TUTOR TEÓRICO

**DR. JOSÉ FRANCISCO ANGEL MENDOZA GARCÍA**

TUTOR METODOLÓGICO

**DR. JORGE PEÑA ORTEGA**



MÉXICO, D. F. 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

Hacía mucho tiempo que se había decidido  
que yo sólo podía superar mi ignorancia  
aprendiendo por mi cuenta.  
Ernest Hemingway.

Gracias...

A mis pacientes,  
por que de ellos aprendí lo poco que sé y lo mucho que ignoro.

Al Psiquiátrico Morelos,  
por acogerme estos cuatro años.

A los médicos:  
Dra. Ayala, Dra. Martínez, Dr. Dante, Dr. López Elizalde, Dr. Padilla,  
Dr. Palomar, Dr. Pérez, Dr. Ruiz y Dr. Villalobos,  
por intentar enseñarme, la intención es lo que cuenta.

Al Dr. Mendoza, Dr. Hidalgo, Dra. Simencio y Dra. Jiménez,  
por acompañarme estos años... también por la amistad.

A quienes me apoyaron en la tesis:  
Dra. Mata (gracias totales), Dra. Soto y Dr. Peña,  
sin los cuáles seguramente no la habría terminado.

A Enedina,  
por su presencia.

A mis padres,  
por aguantarme 30 años, ya me voy.

A todos los que estuvieron, están y estarán,  
en el camino, muchos para nombrarlos, pero ellos saben quienes son.

A todo aquel que haga lo que yo no volveré hacer,  
leer lo que aquí quedo escrito.

## **ÍNDICE**

Agradecimientos	3
Índice	4
Introducción	5
Antecedentes	6
Justificación	12
Planteamiento del Problema	14
Objetivos	15
Material y Métodos	16
Metodología	17
Tabla de Variables	21
Resultados	22
Discusión	28
Conclusiones	31
Bibliografía	32
Anexos	34

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de las personas que inician su carrera laboral, lo hacen pensando no solo en los beneficios económicos inmediatos que se obtienen con el salario, sino que tienen expectativas de desarrollo personal y de éxito en su trabajo. Muy especialmente, los que trabajan en áreas de asistencia social y que están comprometidos en ayudar a otras personas, como es el caso del personal que labora en los hospitales, son personas que tienen las expectativas de contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven y en muchas ocasiones esas expectativas son el origen de sus fracasos como profesionales. Generándose en estas un estado de fatiga o frustración respecto a su devoción a una causa, forma de vida o relación, que ha fracasado en producir los resultados esperados. Lo cual genera un estado de estrés avanzado y un desgaste de sentirse exhausto por demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, a lo que se le ha denominado como Síndrome de *Burnout*.

En el presente estudio se pretende identificar la presencia del síndrome en el personal que labora en el hospital Morelos, ya que se considera que este pueda afectar de manera significativa en el ejercicio de las actividades de cada uno de los trabajadores, así como en el grado de atención hacia los pacientes. Según la literatura revisada, la importancia y presencia de este síndrome repercute de una manera u otra en el área laboral, provocando un trato inhumano a los pacientes, faltas frecuentes al trabajo, cinismo, negación a las cosas y un ambiente hostil. Identificar el problema nos proporcionaría datos valiosos sobre las características del personal que lo está sufriendo y uno de los beneficios que se obtendría sería proporcionar medidas preventivas y estrategias de apoyo a los grupos más vulnerables de padecerlo. Para prevenir dicho fenómeno sería conveniente identificar tipo de personas, así como grupo de edades y otra serie de variables sociolaborales, que estén influyendo y de esta forma poder otorgar asesoría adecuada a los que lo padecen o que estén en riesgo de padecerlo.

## ANTECEDENTES

El síndrome de *Burnout* (BO), conocido también como Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York (1). Observó que sus compañeros de trabajo, la mayoría jóvenes voluntarios, repetían con frecuencia el mismo proceso. Al principio llegaban llenos de ilusión, con ganas de ayudar de forma altruista, sin embargo poco a poco, esas ilusiones se iban perdiendo y aproximadamente tras un año de estar trabajando, la mayoría presentaban trastornos emocionales. Se sentían tristes y con otros síntomas de cansancio emocional. Además, mostraban conductas poco comprensivas hacia los pacientes y, en algunos casos, mostraban distintos grados de hostilidad hacia ellos, a los que tendían a culpar de su estado. Eligió el nombre de *Burnout* para definir un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo (1).

Por la misma época, 1976, la psicóloga social Cristina Maslach, realizó estudios sobre las respuestas emocionales negativas de las personas que trabajaban en profesiones de ayuda (médicos, enfermeras y maestros) denominándolas como Síndrome de Desgaste Profesional (2). Esta autora lo **describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto estrecho con otras personas (3,4).**

En 1988, Pines y Aronson lo definen como el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la implicación crónica en el trabajo en situaciones especialmente demandantes (5).

Existen diversos factores que confluyen en la aparición del síndrome. En los intentos de abordarlos para proporcionar una explicación etiológica se ha sugerido que la atención al paciente es la primera causa de estrés. Sin embargo el síndrome de *Burnout* debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico. En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización (6).

Gil-Monte y colaboradores han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional (AE). Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización (DP) como una nueva forma de afrontamiento (6).

Por baja realización personal (RP) en el trabajo se entiende como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y como 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 atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la 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 fatigado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo (6).

Así, el síndrome de *Burnout* es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardio-respiratorias, cefaleas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, ausentismo, rotación no deseada, abandono, etc.) (7).

La frecuencia del *Burnout* ha sido estudiada en muchos tipos de poblaciones, incluyendo trabajadores sanitarios, servicios públicos, educación, fuerzas de seguridad, judicatura, etc. En los últimos 15 años se han hecho múltiples estudios del síndrome de *Burnout*, en diferentes tipos de profesiones y a lo largo de prácticamente toda la geografía. Sin embargo, pese a la profusión de datos, no es posible dar tasas seguras de prevalencia del *Burnout*.

La prevalencia del síndrome de *Burnout* varía de acuerdo al país y tipo de profesión evaluado. Así, por ejemplo, se reportan prevalencias promedio de  $47 \pm 7.93\%$  en los estudios de la población anglosajona; en estudios realizados en población española se refieren tasas de 36.7% (8, 9,10). En médicos residentes en un estudio en España se reportaron tasas de 7.1% para área de agotamiento emocional, 17.8% en despersonalización y el 23.2% de pérdida del logro profesional (11). Dichos resultados coinciden con estudio realizado a residentes de medicina interna de Estados Unidos (12).

En Alemania se reportan estudios en enfermeras en los cuáles hay una alta correlación entre las exigencias laborales y la falta de estímulos en el trabajo desempeñado, como factores de riesgo para presentar el síndrome (13).

En México, las cifras son similares a las del otros países; en un estudio en médicos familiares se encontraron prevalencias de 41.8% (14) y en enfermeras se encontró prevalencia del 32.5% (15). Otro estudio encontró que trabajadores del área de la salud presentaron un 10.9% de cansancio emocional, 19.6% de despersonalización y 74.9% de falta de realización personal (16). **En un estudio de residentes del Hospital CMN "La Raza", se reportaron tasa de síndrome de *Burnout* de 43.6% (17).**

En 1999, en Inglaterra se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado de síndrome de *Burnout*, relacionado con el agotamiento emocional al pasar por severas depresiones, sufrir actitudes negativas y estrés en el trabajo, también relacionado con el agotamiento emocional de los pacientes, sus necesidades y sus problemas. Condición similar se observó en psicoterapeutas y demás personal que labora en el área de la salud mental. Los psiquiatras tienen la mayor tasa de suicidio y problemas de salud mental (18,19).

Diversos estudios, han encontrado una serie de variables sociodemográficas que funcionan como factores de riesgo importantes en la aparición del síndrome en estos profesionales, ya que desempeñan actividades en las que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Dentro de dichas variables sociodemográficas se han encontrado, en las diversas investigaciones, que son factores de riesgo de mayor relevancia la edad, el sexo, el estado civil, la existencia o no de hijos, el horario de trabajo, así como los cambios de turno, la antigüedad profesional, la sobrecarga laboral y el salario recibido por los profesionales (20).

En el caso de la edad, aunque parece no influir directamente en la aparición del síndrome, se considera la existencia de un periodo de sensibilización, en el que habrá unos años en los que el profesional es especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional (21).

De acuerdo al sexo, hablando de éste como una situación de género, son principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, en el caso de los profesionales de la salud quizá se deba a razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer (22).

El horario laboral, así como los cambios de turno que se llegan a presentar entre los profesionales de la salud, pueden conllevar, para algunos autores, a la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en el personal de enfermería donde se ha encontrado que esta influencia es mayor (22).

En cuanto al estado civil, tampoco hay un acuerdo unánime, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que, o bien están casadas, o conviven con parejas estables (23).

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que, las personas que si los tienen, puedan ser más resistentes al el síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar (24).

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome (25). Otros autores encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más **Burnout** experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serian los que menos **Burnout** presentaron y por ello siguen presentes (26).

Los estudios presentan una fuerte relación entre la presencia de síndrome de **Burnout** y la sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente (27). Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de **Burnout**, si bien si es referida por algunos autores.

También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de **Burnout** en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura (28).

La principal dificultad para poder intervenir terapéuticamente de manera oportuna, y así evitar estas complicaciones a médicos e instituciones, es la resistencia de los primeros para admitir ellos mismos los problemas emocionales que están viviendo y su negativa a adoptar el rol de paciente. En el caso de las instituciones la resistencia obedece a obvias consecuencias administrativas, económicas y políticas.

Por tal motivo tras la aparición del cuestionario de Maslach, el cual se utilizaba para medir el desgaste profesional (29), han ido surgiendo diversos instrumentos con los mismo fines, tales como: Cuestionario de estrés en el trabajo, Escala analógica-visual de estrés, Escala de estrés para profesionales de la salud de Wolfgang (30); para población de habla hispana es el cuestionario breve de desgaste profesional de Moreno y Oliver el que se ha utilizado (31), al igual que el cuestionario de Maslach en su traducción validada al español (32).

Actualmente se considera al síndrome de **Burnout** una enfermedad y es responsabilidad compartida de las autoridades, los trabajadores y de los propios involucrados la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia.

En el ámbito de la atención a la salud mental, es factible la presencia del síndrome de **Burnout**. Entendiendo que la salud mental es, según la definición de la OMS, "aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social" (33).

La salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. La salud mental es un don que todos queremos poseer, independientemente de si lo designamos o no con ese nombre. Cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre nos estamos refiriendo a la salud mental.

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental, la salud mental tiene que ver con:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos.
- Cómo nos sentimos con los demás.
- En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de **"enfermedad" mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una "buena" salud mental (33).**

Por todo lo anterior es de esperar que el contacto con personas que requieren de la atención de la salud mental, pudiera llegar a ser desgastante y favorecer la presencia de síndrome de ***Burnout*** en el personal que se dedica a dichas actividades. Sin embargo los estudios a nivel mundial en dicho campo son escasos y sus tasas de prevalencia no difieren de las encontradas para el resto de profesionistas dedicados a las actividades del cuidado y atención de otras personas. En México no se encuentran publicados datos que correlacionen la actividad laboral en la atención de la salud mental con el síndrome de ***Burnout***.

## JUSTIFICACIÓN

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la OMS. en el año 2000 estuvo dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora. En él se menciona que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Según la OMS., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales (33, 34).

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Consecuencias como la tasa de accidentes, la morbilidad y el ausentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen, están asociadas a los riesgos de trabajo de su entorno laboral, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas.

La preocupación reciente por el desgaste profesional que sufren los médicos no es casual. El síndrome de *Burnout* se va caracterizando cada vez más como la amenaza más seria que acecha a la salud de los profesionales al servicio de los demás. Afecta a su salud, a su calidad de vida y directamente a su rendimiento. Es una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentes y ausentismo laboral. Tiene por tanto, serias repercusiones en la comunidad. Esta situación no puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos del sector sanitario, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias para la intervención.

La necesidad de estudiar el síndrome de **Burnout** viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización. Asimismo, la incidencia del síndrome de **Burnout** sobre los profesionales de la salud conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general.

En nuestro país no hay publicaciones donde se realice la evaluación de la presencia de síndrome de **Burnout** en personal que labora en hospitales psiquiátricos, por lo que consideramos importante que en nuestra unidad el Hospital Regional de Psiquiatría Morelos del IMSS, se determine la frecuencia y las variables sociolaborales asociadas a éste.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando el desgaste producido por la atención de pacientes con problemas en su salud mental, consideramos que los trabajadores del Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos del IMSS cursan con riesgo de presentar el síndrome de *Burnout*, lo que hace importante estudiar la presencia de este en el personal identificando las variables sociolaborales que puedan considerarse como de mayor importancia en su aparición.

- ¿Cuál es la frecuencia del síndrome de *Burnout* en el personal que labora en la atención a la salud mental del Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos del IMSS?
- ¿Cuáles son las variables sociolaborales que influyen primordialmente en su aparición?

## **OBJETIVOS**

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia del síndrome de *Burnout*, en el personal de que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos del IMSS.

### OBJETIVOS PARTICULARES:

- Identificar la presencia de Síndrome de *Burnout*, por medio de la aplicación del inventario de Maslach en el personal que labora en el H.R.P.U.M.
- Identificar si las variables sexo, edad, estado civil, número de hijos, jornada de mensual, turno laboral, puesto, antigüedad laboral, salario mensual, horario de trabajo, otras actividades laborales y presencia de enfermedad; son factores sociolaborales asociados al síndrome.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Transversal descriptivo.

- Número de muestras a estudiar: Descriptivo (población personal del H.R.P.U.M.)
- Conocimiento que tienen los investigadores de los factores del estudio: Abierto (tanto investigadores como sujetos conocen las variables del estudio).
- Participación del investigador: Observacional.
- Tiempo en que suceden los eventos: Prospectivo.
- Relación que guardan entre sí los datos: Transversal.

### **Universo de estudio**

Población que labora en el Hospital de Psiquiatría de la Unidad Morelos del IMSS.

### **Criterios de inclusión**

- Médicos Residentes que se encuentren cursando algún grado académico de la especialidad de Psiquiatría en el HRPUM.
- Médicos Psiquiatras que laboren en el HRPUM.
- Psicólogos que laboren en el HRPUM.
- Personal de Enfermería que labore en el HRPUM.
- Personal de Trabajo Social que labore en el HRPUM.
- Personal de Archivo y Asistentes Médicas que laboren en el HRPUM.
- Personal de Intendencia que labore en el HRPUM.
- Personal de Nutrición y Dietología que labore en el HRPUM.
- Personal Administrativo que labore en el HRPUM.
- De cualquier sexo.
- Que acepte participar en el estudio.
- Que firmen consentimiento informado.

### **Criterios de no inclusión**

- Que no acepten participar en el estudio.

### **Criterios de eliminación**

- Aquellos que no completen los instrumentos de medición.

## **METODOLOGÍA**

Durante la segunda quincena de noviembre del 2007, se llevaron a cabo juntas informativas en los diferentes servicios del HRPUM, para explicar a la población estudiada en que consistiría el proceso de la investigación, las pruebas a aplicar y la manera adecuada de responder a las mismas.

Posteriormente, se seleccionó al personal que aceptó participar y que reunió los criterios de inclusión/exclusión. Se realizó invitación personal a participar en el estudio, tratando de no abordar y explicar acerca del instrumento y lo que este evalúa, con la finalidad de evitar sesgos. Se entregó en sobre cerrado el consentimiento informado para confidencialidad. El resto de los instrumentos se aplicaron de forma autoadministrada. La aplicación del instrumento se realizó después de que el personal aceptó y firmó el consentimiento informado. Se les proporcionó el material adecuado para que lo contestaran en su lugar de trabajo, dándoles como tiempo máximo para responder 30 minutos, de no contar con el tiempo necesario para responderlo en esos momentos se pospuso tal aplicación hasta tener el tiempo necesario.

Se aplicó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión traducida y validada al español. Y una encuesta de datos sociodemográficos generales que incluía: edad, sexo, estado civil, número de hijos, puesto, turno de trabajo, jornada mensual, salario mensual percibido, otra actividad laboral, presencia de enfermedad crónico-degenerativa.

La confidencialidad fue el principio ético que rigió todo el proceso de investigación.

### **Análisis estadístico y descriptivo**

Para la identificación y estudio de la distribución de las variables sociodemográficas y de las dimensiones de los dos cuestionarios, se analizaron por medio de estadística descriptiva que incluyó medidas de tendencia central, dispersión y normalidad, se representaron con gráficos y tablas.

Se calculó el coeficiente de Spearman para medir la correlación entre los dominios del MBI.

Se realizaron razones de momios, chi cuadrada de Pearson e intervalos de confianza de 95% para medir la asociación entre los factores sociodemográficos y laborales con las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, para lo cual se dicotomizaron las variables. El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó por medio del programa informático SPSS para Windows versión 11.0

## Consideraciones éticas

El estudio no representó ningún riesgo para la salud de los sujetos estudiados, ya que su participación consistió en responder un cuestionario. La investigación se realizó de acuerdo a las consideraciones éticas establecidas por el acuerdo de la carta de Helsinki que prevalecen a nivel nacional e internacional. Y según la Ley General de salud solo se requería de la firma del consentimiento informado. La absoluta confidencialidad fue norma invariable en esta investigación.

## Periodo

Noviembre y Diciembre 2007.

## Instrumento.

El *Síndrome de burnout*, se medirá con la aplicación del cuestionario autoaplicado del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), en su traducción validada al español.

Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del *Burnout*. Consta de 22 ítems en total y en él se pueden diferenciar tres subescalas, que miden, a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome.

- Agotamiento emocional (AE): conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir, a mayor puntuación en esta subescala mayor es el nivel de *Burnout* experimentado por el sujeto.
- Despersonalización (DP): constituida por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del *Burnout*.
- Realización personal (RP): La conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *Burnout*; es decir, a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado está el sujeto.

Este sistema de evaluación ha demostrado cumplir adecuadamente los criterios sobre validez convergente y validez divergente exigidos a los instrumentos de evaluación. La consistencia interna estimada con alfa de Cronbach es de 0.90 para la subescala de cansancio emocional, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para los logros personales

La forma más actualizada del MBI y la más utilizada emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles:

0. Nunca.
1. Pocas veces al año, o menos.
2. Una vez al mes o menos.
3. Pocas veces al mes.
4. Una vez a la semana.
5. Varias veces a la semana.
6. Diariamente.

La relación entre puntuación y grado de **Burnout** es dimensional, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Lo que se hace es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescalas en tres tramos que definen un nivel de **Burnout** experimentado como:

- Bajo (AE = 0 < 18; DP = 0 < 5; RP = 0 > 40).
- Medio (AE 19-26; DP 6-9; RP 34-39).
- Alto (AE = 0 > 27; DP = 0 > 10; RP = 0 < 33).

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

Hay que señalar que las puntuaciones de cada subescala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. El síndrome de **Burnout** o desgaste profesional se concibe como una variable continua (no dicotómica ausente/presente). Altas puntuaciones en la subescala de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en realización profesional son reflejo de un alto grado de **Burnout** y viceversa.

Para minimizar los sesgos, la sesión en que se aplica la escala a los sujetos debe reunir una serie de condiciones:

- Privacidad: porque las respuestas pueden ser influidas si el sujeto habla con otros trabajadores o amigos o cónyuges.
- Confidencialidad: debido a la naturaleza sensible de las cuestiones planteadas, es importante que el sujeto se sienta cómodo a la hora de expresar tales sentimientos. Por lo tanto, lo ideal es que se complete de forma anónima.
- Evitar la sensibilización al **Burnout**: para minimizar el efecto de las creencias o expectativas del sujeto es importante que los entrevistados no conozcan que están contestando un cuestionario sobre el estrés profesional. Se podría presentar más bien como una escala de actitudes hacia el trabajo que relacionarla directamente con el **Burnout**. Por supuesto, una vez administrado el inventario y completado, se podrá suscitar una discusión sobre el **Burnout**. Es fácil deducir que en personal sanitario, que suele conocer el síndrome, pueden introducirse sesgos con facilidad.

Escala de valoración de frecuencia:

De 0 Nunca a 6 Todos los días.

Sistema de Percentiles:

Arriba del percentil 75= Alto.

Entre percentil 25 y el 75= Medio.

Por debajo del percentil 25=Bajo.

Tipo de variable: Continua no dicotómica.

Indicadores: Ausente, presente.

Para la recolección de variables sociolaborales se aplicó cuestionario donde se preguntaba sobre las variables a valorar con respuestas abiertas o de opción para homogenizar las respuestas, el cuestionario fue de elaboración personal por el autor.

## TABLA DE VARIABLES.

CARACTERÍSTICA	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MEDICIÓN
SÍNDROME DE BURNOUT	Síndrome psicoemocional que se presenta en individuos cuyo trabajo implica atención y cuidado a otros, durante un tiempo prolongado; que se caracteriza por un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido y se encuentra desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia Porcentaje
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles. Conjunto de condiciones de convivencia que guarda el sujeto en sociedad.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje
NÚMERO DE HIJOS	Cantidad de descendencia procreada y/o bajo su tutela.	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia Porcentaje
JORNADA MENSUAL	Número de horas de trabajo acumuladas durante los días laborables en un mes.	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia Porcentaje
TURNO LABORAL	Horario del día, tarde o noche en que el sujeto desempeña su trabajo.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje
PUESTO	Área de ejercicio de la actividad laboral.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje
ANTIGÜEDAD	Tiempo laborando en esta unidad.	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia Porcentaje
SALARIO MENSUAL	Remuneración monetaria mensual por el desempeño de sus labores.	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia Porcentaje
OTRAS ACTIVIDADES LABORALES	Presencia de otra actividad laboral, fuera del IMSS, ya sea público o privado.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje
PRESENCIA DE ENFERMEDAD	Presencia de enfermedades crónicas degenerativas u otra patología que sea importante para el encuestado.	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje

## RESULTADOS

Se aplicaron encuestas a 170 trabajadores del HRPUM, de una nómina total de 211 personas; de las encuestas realizadas se eliminaron 14, seis de estas se desecharon por que no respondieron y ocho fueron excluidas por responderlas de manera incompleta. Las razones de no aplicárseles al resto de los 41 trabajadores fueron diversas; por encontrarse en su periodo vacacional, por estar en una licencia laboral, por incapacidad médica o por no aceptar participar en el estudio. Finalmente el estudio se conformó con una n de 156 lo que corresponde al 73.9% del total de la nómina. Las características sociodemográficas y laborales recogidas por el cuestionario general se describen en tabla I.

El sexo que predominó en el estudio fue el femenino, 62.8% (n=98). El promedio de edad fue de  $41.78 \pm 9.11$  años (intervalo de 22 a 63 años), con fines estadísticos se agruparon en tres rangos de edad. La mayor parte de los participantes eran casados 50.0% (n=78).

En lo que respecta a la actividad realizada se distribuyeron en 12 categorías, siendo el número más numeroso el personal de enfermería (21.2% n=33), con la denominación otros, se incluyó a los psicómetros, técnico electrodiagnóstico, personal de almacén, oficial de estadística, auxiliar universal de oficinas, servicios administrativos y al personal servicios básicos. Para el número de hijos el promedio fue de  $1.79 \pm 1.61$  (intervalo de 0 a 15 hijos). Predominando la presencia de al menos un hijo.

La mayor parte de los participantes presentaba como única fuente de trabajo la realizada en el H.R.P.U.M. El grueso de la población presentaba menos de 5 años laborando en la unidad. Respecto al número de horas por jornada la de mayor porcentaje fueron aquellos que laboraban de 34 a 40 horas semanales el 49.4% (n=77). La población mayoritariamente era del turno matutino, después los del vespertino y finalmente nocturno, un mínimo porcentaje tenía algún otro tipo de horario. Más de la mitad de los participantes ganaba como salario dentro del rango de \$5,001 y \$10,000.

**Tabla I. Características sociodemográficas y laborales de H. R. P. U. M.**

<b>Característica Sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo		
Masculino	58	37.2
Femenino	98	62.8
Edad		
21-35	40	25.6
36-50	85	54.5
51-65	31	19.9
Estado Civil		
Soltero	31	19.9
Casado	78	50.0
Unión Libre	15	9.6
Separado	13	8.3
Divorciado	13	8.3
Viudo	6	3.8
Puesto		
Médico Residente	12	7.7
Médico Psiquiatra	16	10.3
Psicólogo	10	6.4
Enf. y Aux. Enf.	45	28.9
Trabajo Social	11	7.1
Asistentes Médicos	8	5.1
Intendencia	15	9.6
Otros	39	24.9
Hijos		
Sí	125	80.1
No	31	19.9
Otro Empleo		
Sí	44	28.2
No	112	71.8
Antigüedad		
< 5 años	69	44.2
6-10 años	23	14.7
11-15 años	18	11.5
16-20 años	18	11.5
21-25 años	13	8.3
>25 años	15	9.6
Jornada (horas semanales)		
< 20 horas	6	3.8
20-33 horas	19	12.2
34-40 horas	77	49.4
> 40 horas	54	34.6
Turno		
Matutino	80	51.3
Vespertino	38	24.4
Nocturno	21	13.5
Jornada Acumulada	3	1.9
Otro	14	9.0
Salario (mensual)		
≤ \$5,000	35	22.4
\$5,001-\$10,000	83	53.2
\$10,001-\$15,000	21	13.5
\$15,001-\$20,000	12	7.7
\$20,001-\$25,000	4	2.6
>25,000	1	0.6
Enfermedad		
Sí	26	16.7
No	130	83.3

Respecto a la presencia o ausencia de enfermedad, solo el 16.7% (n=26) presento alguna enfermedad crónica; se reportaron diversas enfermedades pero predominaron la hipertensión arterial sistémica (7.1%, n=11) y la diabetes mellitus (4.5%, n=7) (Tabla II).

**Tabla II. Presencia y tipo de enfermedad en el H. R. P. U. M.**

Enfermedad	N	%
Ninguna	130	83.3
Presente (tipo)	26	16.7
Hipertensión Arterial	10	6.4
Diabetes Mellitus	6	3.8
DM/HAS	1	0.6
Artritis Reumatoide	2	1.3
Cáncer Mama	1	0.6
Cáncer Pleura	1	0.6
Cirrosis Hepática	1	0.6
Espondilolistesis	1	0.6
Fibromialgia	1	0.6
Hiperplasia Prostática	1	0.6
Migraña	1	0.6

En cuanto al *Burnout*, el 34% presentó al menos una calificación alta en cuando menos alguna subescala (Tabla III). Los promedios y desviaciones estándar de la puntuación de cada dimensión se muestran en la Tabla IV. Para cada una de las subescalas, las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: 28.9% de los encuestados se encontraba agotado emocionalmente, 27.6% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 36.5% estaba desmotivada para realizar su trabajo. La subescala de agotamiento emocional mostró la mayoría de los trabajadores apenas presentan un bajo nivel de agotamiento emocional, y solo algunos un medio y alto nivel de agotamiento emocional. La misma situación se repitió en las escalas de realización personal y de despersonalización (Tabla V).

**Tabla III. Subescalas Quemadas según el MBI**

No. de escalas califican alto	n	%
Ninguna	103	66.0
Una	35	22.4
Dos	14	9.0
Tres	4	2.6

**Tabla IV. Resultados del análisis descriptivo del MBI**

Escala	Promedio	DE	Mínimo	Máximo
"Burnout"	28.23	19.348	0	106
Agotamiento Emocional	14.97	11.068	0	53
Despersonalización	4.49	4.821	0	29
Realización Personal	39.25	9.855	3	48

DE: Desviación Estándar

**Tabla V. Frecuencias y porcentaje de puntuación por subescala del Maslach Burnout Inventory obtenidas en el H. R. P. U. M.**

Grado Subescala	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Agotamiento Emocional	111	71.2	24	15.4	21	13.5 *
Despersonalización	113	72.4	22	14.1	21	13.5 *
Realización Personal	34	21.8 *	23	14.7	99	63.5

Los resultados obtenidos para el manejo estadístico del grado de *Burnout* de acuerdo a una escala de 0 a 3 puntos demostraron que el 58.3% de los encuestados presento algún grado de *Burnout*, siendo este variable (Tabla VI).

**Tabla VI. Calificación de Burnout global en escala de 0 a 3 puntos\* en el H.R.P.U.M.**

Calificación	N	%
0	65	41.7
0.5	29	18.6
1.0	32	20.5
1.5	10	6.4
2.0	6	3.8
2.5	10	6.4
3.0	4	2.6

\* Las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización se califican con 0, 0.5 y 1.0 para los niveles bajo, medio y alto, respectivamente. La realización personal se califica en sentido inverso para los mismos niveles. Finalmente, se suman los valores de cada subescala para obtener la puntuación.

El análisis no paramétrico de correlación demostró que efectivamente las tres dimensiones del MBI están relacionadas entre sí. Para el análisis de asociación por medio de la asociación de momios y los intervalos de confianza se dicotomizaron las muestras. Para la variable sexo se considero que el ser mujer fuera un riesgo para las subescalas de **Burnout**; para la edad se considero que los jóvenes como de mayor riesgo; el estado civil se considero que el vivir en pareja es un menor riesgo. En cuanto al puesto que desempeñan se considero que el personal con funciones de atención médica directa presentan un mayor riesgo. Se considero que el tener hijos es un factor protector; la sobrecarga de tener otro empleo se considero un factor de riesgo, en cuanto a la antigüedad, se consideró que es en los primeros años de laborar que se corre un mayor riesgo para sufrir el síndrome, el laborar más horas semanales se tomó como factor de riesgo. Para el turno laboral se considero que no tener un horario fijo es un mayor riesgo, Percibir un salario más elevado implica menor riesgo del síndrome. Se considero que padecer una enfermedad crónica es un mayor riesgo para padecer **Burnout**. Solo se encontraron asociaciones estadísticamente significativas para la edad y la subescala de realización personal; y el puesto y la subescala de despersonalización (Tabla VII).

**Tabla VII. Resultados de las asociaciones entre subescalas del Burnout y las variables sociolaborales.**

VARIABLE	AE			DP			RP		
	RE	IC95%	p	RE	IC95%	p	RE	IC95%	p
Sexo	0.741	0.365-1.505	0.258	1.321	0.629-2.773	0.293	0.719	0.368-1.405	0.213
Edad	1.297	0.648-2.596	0.289	1.007	0.499-2.032	0.564	1.791	0.926-3.461	0.049*
Estado Civil	0.751	0.367-1.539	0.275	0.725	0.350-1.505	0.249	0.998	0.514-1.939	0.566
Puesto	1.763	0.855-3.633	0.085	2.112	1.00-4.463	0.035*	0.673	0.349-1.299	0.155
Hijos	1.472	0.639-3.391	0.242	1.598	0.691-3.696	0.189	1.330	0.596-2.966	0.310
Otro Empleo	0.954	0.433-2.053	0.525	1.021	0.467-2.231	0.564	1.011	0.490-2.086	0.565
Antigüedad	1.680	0.748-3.767	0.141	0.706	0.333-1.495	0.235	1.114	0.543-2.287	0.458
Jornada	0.547	0.225-1.330	0.136	0.974	0.376-2.529	0.566	1.587	0.619-4.070	0.232
Turno	1.269	0.445-3.619	0.421	2.354	0.861-6.436	0.081	0.853	0.302-2.411	0.491
Salario	0.970	0.321-2.931	0.578	0.499	0.177-1.409	0.149	2.965	0.814-10.800	0.070
Enfermedad	1.117	0.447-2.791	0.491	0.962	0.373-2.482	0.573	1.339	0.568-3.155	0.324

\* Significancia estadística  $p > 0.05$

AE: Agotamiento Emocional.

DP: Despersonalización.

RP: Realización Personal.

RE: Valor de riesgo estimado.

IC95%: Intervalos de confianza del 95%.

## DISCUSIÓN

Consideramos que el método de recolección de la información utilizado, es más útil que el de invitación por correo, ya que permite un nivel de respuesta mayor y más representativa de la población estudiada. Esto podría explicar en parte el buen índice de respuesta obtenido (73.6%). Si bien no se pueden conocer las características de las personas que no se les aplicó, no contestaron o no lo hicieron correctamente, el porcentaje de respuestas permite tener una seguridad razonable respecto a la validez de los resultados obtenidos. Sin embargo podríamos deducir que el personal sanitario, del H. R. P. U. M., suele conocer el síndrome (e incluso puede haber trabajado sobre él), pudiendo introducir sesgos con facilidad, a pesar de tomarse las precauciones necesarias para disminuir la sensibilización al *Burnout* antes del estudio. Además puede existir la posibilidad de que los que no respondieron sean aquellos con mayor insatisfacción, aunque el número pueda no ser significativo. Tanto el tamaño de la muestra como la estimación de las pérdidas, así como la consistencia del instrumento utilizado (32) es acorde a la literatura, de forma que el estudio es válido para estimar algunas conclusiones.

Es un hecho innegable, que los estudios sobre *Burnout*, se enfrentan a distintas limitaciones debido a la carencia de teorías integradoras. Aún con los numerosos estudios existentes y su importancia, debido al gran número de personas afectadas, continúan existiendo opiniones contrarias respecto a la validez del concepto (35). A pesar de dicha controversia, su relevancia por su alta prevalencia y las consecuencias que el mismo tiene para los profesionales y organizaciones de la salud, principalmente, le confiere a los estudios sobre el tema un especial interés.

La propuesta de asignar una puntuación ordinal para cada nivel (bajo, medio, alto) de las subsescalas del MBI, y que ha sido empleada en otras investigaciones (36), tiene como finalidad tener un esquema que permita la puntuación "*Global del Burnout*" en un modelo aditivo, continuo y simple, para las tres subsescalas, independientemente del orden de los cambios en cada uno de ellos, ya que no se pueden sumar las puntuaciones originales para obtener una puntuación promedio global debido a que la subescala RP tiene una puntuación inversa a las otras dos. Como se aprecia en la tabla IV, con este esquema de calificación, la muestra estudiada presentó una distribución **piramidal, con una base conformada por los 65 (41.7%) sujetos "sin Burnout"** (calificación de 0), en tanto que 87 (55.7%) tuvieron grados intermedios y ascendentes de SDP, con al menos un dominio con grado medio o alto, y solamente 4 (2.6%) tuvieron la máxima afectación en las tres subsescalas.

Los resultados revelan un nivel importante de *Burnout* entre el personal del H. R. P. U. M. que participo en el estudio. Las calificaciones obtenidas en las diversas subescalas demostraron que es en el área de la realización personal donde más afección se presentó, lo cual pudiera estar dado por las características de la muestra en donde se incluyeron a prácticamente todo el personal que aceptara participar. Las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, también presentaron puntuaciones de Burnout a considerar.

Aunque el síndrome de *Burnout*, en nuestra muestra, fue más frecuente en las mujeres en las tres dimensiones, no hubo asociación estadísticamente significativa para ninguna de estas, lo cual coincide con lo reportado por algunos autores (37,38). En cuanto al grupo de edad se presentó mayor porcentaje en los más jóvenes en dos de las subescalas (AE y RP), sin embargo solo en la dimensión de la realización personal, se presentó significancia estadística, lo cual contradice lo encontrado en otros estudios (37, 38,39). Para las relaciones personales, es decir el estado civil, las tres subescalas fueron menores en los participantes que no presentaban pareja estable (solteros/separados/divorciados/viudos), sin llegar a ser estadísticamente significativo, lo cual no concuerda con lo reportado por Atance (38). En cuanto al tipo de actividad laboral realizada si se confirma que el mayor contacto con pacientes por parte de médicos, psicólogos y personal de enfermería, favorece mayor desgaste profesional, así lo demuestran los resultados de las tres dimensiones, siendo solo estadísticamente significativa la subescala de despersonalización.

En cuanto a la presencia o no de hijos, no hubo diferencias significativas para ninguna de las subescalas, concordando con algunos autores (38), sin ratificar el argumento sobre el hecho que las personas con hijos son más realistas, estables y maduras, y con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales, con estos resultados tal fundamento no se puede comprobar. La presencia de otro empleo como un factor de mayor desgaste no arrojó asociación estadísticamente significativa, e incluso las puntuaciones fueron más altas en las tres subescalas para aquellos que no tenían más que un empleo. Respecto a la antigüedad se observó mayor puntuación en los participantes de menor antigüedad, sin embargo tampoco hubo diferencias significativas. Aunque los trabajadores con mayor número de horas trabajadas a la semana presentaron mayor puntuación en las tres dimensiones, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, a pesar de lo cual los resultados concuerdan con lo reportado en la literatura (38). La presencia de un horario de trabajo inestable es reportado como facilitador del SDP, sin existir unanimidad, en este estudio no se encontraron diferencias significativas. Si bien podríamos suponer que a mayor salario menor riesgo de Burnout, la asociación encontrada en el presente estudio no aporta diferencias significativas. La presencia de una enfermedad crónica planteada como un factor de riesgo para síndrome de *Burnout* no presentó asociación estadísticamente significativa.

Tras esta información no podríamos proponer un teórico perfil de riesgo para los trabajadores del H. R. P. U. M., solo podríamos confirmar lo ya reportado por la literatura, que el contacto con pacientes, tal es el caso de los médicos, psicólogos y personal de enfermería; si juega un papel importante factor en la aparición del síndrome. Así como la vulnerabilidad que se tiene al síndrome, en los primeros años de actividad profesional, momento en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas, ni las esperadas.

Dada la pobre consistencia estadística, obtenida en la asociación de variables, parece aconsejable redefinir estas, o proponer otras variables, así como utilizar diseños epidemiológicos y test estadísticos más potentes que permitan conocer más al respecto del tema, y con esto avanzar más, sobre todo en el campo de la intervención preventiva.

## CONCLUSIONES

1. El personal médico y de enfermería, que tiene mayor contacto con pacientes, presenta niveles más elevados de *Burnout*, agotamiento emocional, realización personal y despersonalización; que el resto del personal.
2. Los hombres puntuaron más alto en las tres escalas del *Burnout* en comparación con las mujeres.
3. El nivel de *Burnout* en nuestro estudio fue bajo 2.5% comparado con otros estudios.
4. Los niveles de agotamiento emocional fueron de 13.5%, el de realización personal de 21.8% y el de despersonalización 13.5%, lo cual concuerda con lo reportado en otros estudios.
5. Existe concordancia entre edad y nivel de *Burnout* de acuerdo a lo reportado en cuanto a edades más jóvenes, siendo más significativo para la subescala de realización personal.
6. El puesto es un factor asociado a la presencia de *Burnout*, sobre todo en los profesionistas que presentan más contacto personal con el paciente.
7. No existe evidencia exacta del *Burnout* y variables sociolaborales asociados al riesgo de padecerlo, por lo que habría de indagar otras circunstancias, tales como el estado de ánimo del personal, los roles familiares que desempeñan y sobre todo el clima organizacional; lo cual nos permitiría explicar más sobre la aparición del SDP.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Iss* 1974; 30: 159-65.
2. Maslach C. Burned out. *Hum Behavior* 1976; 59: 16-22.
3. Maslach C, Jackson S. Lawyer burnout. *Barrister* 1978; 5: 52-4.
4. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. En: Jones JW, editor. *The burnout syndrome*. California: Berkely University of California, 1981.
5. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: from tedium to personal growth*: New York: Free Press; 1988.
6. Gil-Monte PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000; 16(3): 222-29.
7. Gil-Monte PR, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. 1ª. Edición. Madrid: Síntesis; 1997.
8. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de Estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1991; VI(39): 267-73.
9. Molina A, García MA, González M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(9): 564-74.
10. Sos P, et al. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam* 2002; 12(10): 613-19.
11. García B, Renovell F. Síndrome de agotamiento profesional en los médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 17(3): 118-22.
12. Tait D. Resident burnout and self reported patient care. *Annals Internal Medicine* 2002; 136(5): 358-367.
13. Bakker A, Killmer Ch. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Ners* 2000; 31(4): 884-91.
14. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar J, Franco S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *An Fac Med Lima* 2005; 66(3): 225-31.
15. Martínez C, López G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar* 2005; 7(1): 6-9.
16. Franco-Bontempo X. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Rev Mex de Puericult Pediatr* 1999; 6: 252-260.
17. Domínguez S. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en **médicos residentes del hospital general centro médico nacional "la raza"**. 2004. (Tesis no publicada).
18. Raquepaw J. Psychoterapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychol Research Practice* 1989; 20(1): 32-36.
19. Stanley R, Feldman D. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British J Medical Psychology* 1999; 72(2) 159-69.
20. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.

21. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ* 1989; 289: 366-70.
22. Mc Craine EW, Lambert VA, Lambert CE. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987; 33(6): 374-78.
23. Dale J, **Weinberg RS. The relationship between coach's leadership style and burnout.** *Sports psychologist* 1989: 1-13.
24. Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles* 1985; 12(7-8):837-51.
25. Seltzer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management J* 1988; 31(2): 429-46.
26. Naisberg JL, Fenning S. Personality characteristics and propensity to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991; 7(4): 201-5.
27. Jackson S, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *J Applied Burnout* 1986; 4:630-40.
28. Wilson WP. Burnout and other stress syndromes. *South Med J* 1986; 79(11):1327-30.
29. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 30 edición, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996.
30. González R, De la Gándara JJ. *El médico con Burnout*. Madrid, España: Semergen, 2004.
31. Moreno B, Oliver C, Aragoneses A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. *Manual de Psicología Aplicada*. Madrid, España: Siglo XXI Editores; 1991. p. 271-9.
32. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach burnout inventory-general-survey. *Salud Pública de México* 2002; 44(1): 33-40.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Editado por la OMS.
34. Organización Mundial de la Salud. El contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Mexicanos S. A. EDIMSA, 2005.
35. Meier S. The construct validity of burnout. *J Occup Psychol* 1984; 37:211-219.
36. López E, Rodríguez JR, López JM, Peralta ML, Munguía C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(1):13-19.
37. Seltzer J, Numerof RE. Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Academy of Management J* 1988; 31 (2): 429-446.
38. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:293-303.
39. **Cardinell C. Burnout? Mid life crisis? Let's understand ourselves.** *Contemporary education* 1981.

## ANEXOS

### Escala de Auto-Reporte de Síntomas de Burnout (Maslach Burnout Inventory)

Las siguientes preguntas se relacionan con sentimientos relacionados a su trabajo. Indique CON QUE FRECUENCIA LE OCURRE LO QUE LE PREGUNTAMOS señalando el número correspondiente (nunca, pocas veces al año o menos, una vez al mes o menos, una vez a la semana, pocas veces por semana o todos los días). No hay respuestas buenas o malas, no emplee mucho tiempo en cada frase. Por favor entregue la lista completa verificando que no queden espacios vacíos.	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento agotado (a) al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado (a) cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo como se sienten los clientes o usuarios.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que he tratado a algunas personas como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento “desgastado (a)” por el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión o tarea.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo (a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado (a) con mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado (a) después de trabajar en contacto con las personas.	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión o carrera.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado (a).	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

### Cuestionario General

1. Usted es:	Hombre ..... 1 Mujer ..... 2
2. ¿Qué edad tiene en años cumplidos?	Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuál es su estado civil actual?	Soltero ..... 1 Casado ..... 2 Unión libre ..... 3 Separado ..... 4 Divorciado ..... 5 Viudo ..... 6
4. ¿Cuál es el puesto que desempeña en la unidad?	Médico Residente ..... 1 Médico Psiquiatra ..... 2 Psicólogo ..... 3 Enfermera... ..... 4 Auxiliar de Enfermería ..... 5 Técnico en Salud Mental..... 6 Trabajo Social..... 7 Otros (especificar)..... 8
5. ¿Cuántos hijos tiene?	Número de hijos <input type="text"/> <input type="text"/>
6. ¿Actualmente usted labora en otro empleo además de este?	Si ..... 1 No ..... 2
7. ¿Cuál es la fecha de sus últimas vacaciones?	Fecha día/mes/año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. ¿Cuántos años lleva usted laborando en esta unidad?	< 5 años ..... 1 6 a 10 años ..... 2 11 a 15 años ..... 3 16 a 20 años ..... 4 21 a 25 años ..... 5 > 25 años..... 6
9. ¿Cuál es el número de horas que usted labora en la unidad semanalmente?	< 20 hrs..... 1 20-33 hrs..... 2 34-40 hrs..... 3 >40 hrs..... 4

10. ¿Cuál es su turno de trabajo en la unidad?	Matutino.....1 Vespertino.....2 Nocturno.....3 Jornada Acumulada.....4 Otro (especificar).....5
11. ¿Cuál es su salario mensual por su labor en la unidad?	< \$5,000 .....1 \$5,000 a \$10,000 .....2 \$10,001 a \$15,000 .....3 \$15,000 a \$20,000 .....4 \$20,001 a \$25,000 .....5 > \$25,000 .....6
12. Presenta usted alguna enfermedad crónico-degenerativa o grave en este momento.	No.....1 Sí (especificar).....2
13. ¿Cuál es la fecha de hoy?	Fecha día/mes/año...../...../ .....

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLÍNICA.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "Frecuencia y variables sociolaborales asociados al Síndrome de *Burnout* en el personal que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social"

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA CON EL NÚMERO \_\_\_\_\_

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: Determinar la frecuencia del síndrome de *Burnout*, en el personal de que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría de la Unidad Morelos del IMSS.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: CONTESTAR UN CUESTIONARIO.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES: MOLESTIA: TIEMPO REQUERIDO PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO. BENEFICIO: CONOCER ACERCA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA UNIDAD.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO. ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO DEL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DE INVESTIGADOR PRINCIPAL.

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO