



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION.**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA UMF 53  
ZAPOPAN, JALISCO.**

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS FAMILIARES  
ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 DEL I.M.S.S., DELEGACIÓN JALISCO.**

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

**PRESENTA EL**

**DR. VICTOR HUGO MENDOZA ROSALES.**

**ZAPOPAN, JALISCO.**

**2007**



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.

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS  
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 DEL I.M.S.S.,  
DELEGACIÓN JALISCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL

**DR. VICTOR HUGO MENDOZA ROSALES.**

AUTORIZACIONES:



DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL I.M.S.S. EN  
LA U.M.F. 53.



ASESOR METODOLÓGICO.  
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL I.M.S.S. EN  
LA U.M.F. 53.



ASESOR DEL TEMA.  
DR. ANGEL ALBERTO RANGEL RAMIREZ.  
MEDICO FAMILIAR U.M.F. 48.  
MAESTRIA EN EDUCACION PARA LA SALUD.



DR. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO.  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION  
MÉDICA U.M.F. 53.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL JALISCO PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD  
CURSO ESPECIALIZACION  
MEDICINA FAMILIAR  
SEMIPRESENCIAL IMSS-UNAM



FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS  
FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 DEL I.M.S.S.,  
DELEGACIÓN JALISCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR

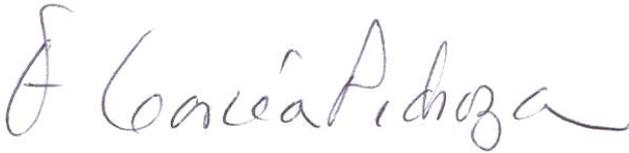
PRESENTA EL

**DR. VICTOR HUGO MENDOZA ROSALES.**

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA.  
U. N. A. M.

## INDICE

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 48 DEL I.M.S.S., DELEGACIÓN JALISCO. -----	3
<b>Marco teórico</b> -----	<b>4</b>
Definición -----	4
Componentes del síndrome de Burnout -----	5
Manifestaciones del síndrome de Burnout -----	6
Variables relacionadas con el síndrome de Burnout -----	8
Modelos explicativos de la génesis del Burnout -----	9
Factores personales -----	10
Niveles de manifestación del síndrome de Burnout -----	13
Consecuencias del estrés laboral crónico -----	14
Medición del síndrome de Burnout -----	15
<b>Planteamiento del problema</b> -----	<b>17</b>
<b>Justificación</b> -----	<b>18</b>
<b>Objetivos</b> -----	<b>19</b>
Objetivo general -----	19
Objetivos específicos -----	19
<b>Hipótesis</b> -----	<b>20</b>
<b>Metodología</b> -----	<b>21</b>
Material y métodos -----	21
Diseño del estudio -----	21
Tamaño de la muestra -----	21
Variables -----	21
Tamaño de la muestra -----	21
Criterios de inclusión -----	23
Criterios de exclusión -----	23
Criterios de eliminación -----	23
Lugar donde se realizara el proyecto -----	23
Análisis de los datos -----	23
Aspectos éticos -----	24
<b>Resultados</b> -----	<b>25</b>
Descripción de los resultados -----	25
Tablas (cuadros) y graficas -----	26
<b>Discusión</b> -----	<b>42</b>
<b>Conclusión</b> -----	<b>44</b>
<b>Bibliografía</b> -----	<b>45</b>
<b>Anexos</b> -----	<b>48</b>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La creciente prevalencia del síndrome de Burnout pone en relieve la importancia de éste y de las repercusiones que tiene sobre la asistencia sanitaria, el ausentismo laboral, la reducción del nivel de satisfacción tanto en los médicos como en los derechohabientes, el desarrollo de conductas adictivas, las alteraciones de la dinámica familiar y el riesgo de una reducción en la calidad de los servicios sanitarios ofertados.

Diferentes estudios en diferentes países establecen la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos de atención primaria entre un 40 a 59 %, siendo estas cifras mas altas que en médicos de segundo nivel donde se reporta un prevalencia inferior.

El síndrome de Burnout debe ser entendido como una resultante de la combinación de distintos estresores que permiten identificar cuatro niveles: individual, interpersonal, organizacional y entorno social.

Dentro de los factores mas importantes son señalados estresores específicos como son: a nivel individual, exceso de estimulación aversiva; a nivel interpersonal: necesidad de involucración emocional con el paciente con un control inadecuado de este vinculo, la frustración de no lograr la curación, habilidad deficiente para el control de las propias emociones, las del paciente y la de sus familiares; a nivel organizacional: alta proporción de enfermos que los que deben atender, conflicto y ambigüedad de rol, falta de cohesión en el equipo multidisciplinar y burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Dentro del Sistema Nacional de Salud en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución de seguridad social más grande en nuestro país. La unidad de medicina familiar No. 48 perteneciente a este, se encuentra ubicada al oriente de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Cuenta con un total de 34 consultorios de medicina familiar en donde laboran 68 médicos familiares de base adscritos en dos turnos, matutino y vespertino. Al mes de mayo del 2006 la unidad contaba con un promedio de 2,818 pacientes por consultorio con un promedio de 20.41 consultas por turno por cada consultorio. Tal sobrecarga de trabajo junto con los factores estresantes previamente señalados nos plantea una interrogante:

¿Que proporción de médicos que laboran en la consulta externa de medicina familiar en la U.M.F. 48 son portadores del síndrome de desgaste profesional o Síndrome de Burnout?

## MARCO TEORICO: DEFINICION:

El concepto "Burnout" surge en Estados Unidos a mediados de los años setenta con Freudenberger (1974). Con este nombre, Freudenberger se refiere por primera vez para describir un cuadro que veía en voluntarios jóvenes e idealistas que trabajaba en la clínica libre para toxicómanos en la ciudad de Nueva York, describiéndolo como un cuadro de agotamiento laboral en profesionales de la salud mental, situando los factores de riesgo en la personalidad del individuo, señalando que el mayor riesgo se sitúa en dos tipos de personas: el **Hiperdedicado**, que pone todas sus expectativas en el trabajo mientras que su vida fuera del ámbito es insatisfactoria, y el **autoritario**, que siente que nadie puede hacer la cosas tan bien como él<sup>1</sup>.

Paradójica e involuntariamente, al interpretar los factores de riesgo Freudenberger "culpa a las víctimas" al plantear que el principal factor de riesgo es la personalidad, casi del mismo modo que en la descripción de los voluntarios quemados establece que los mismos acusan a sus pacientes por los problemas que padecen. Esta línea de interpretación de los factores de riesgo en la personalidad como causa del Burnout fue la predominante en la bibliografía científica entre los setenta y ochenta<sup>1</sup>.

En 1976, la psicóloga social Christina Maslach estudiando las reacciones emocionales de los profesionales de ayuda a otras personas elige también el termino Burnout o "quemado" que utilizaban de modo coloquial los abogados californianos para describir, en sus compañeros, el proceso gradual de perdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico. Maslach incorpora este término por su aceptación social, considerando que los afectados se sentían identificados con este término descriptivo, no estigmatizador, como los diagnósticos psiquiátricos<sup>1</sup>.

El término "Burnout" es sinónimo de desgaste profesional y su traducción literal al castellano es estar quemado. Fue acuñado tomando un termino por entonces coloquial que definía los efectos del abuso prolongado de las drogas (<<Burned out on drugs>>) para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo<sup>2</sup>. El síndrome puede definirse desde dos perspectivas: La **Clínica** y la **Psicosocial**. En la primera, la definición mas conocida es la propuesta por Freudenberger en 1974 quien describe el síndrome como un conjunto de síntomas físicos sufridos por el personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo, agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral y como resultado del desgaste por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables. Desde la perspectiva psicosocial, el concepto más conocido es el de Maslach y Jackson, quienes lo refieren como un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son

personas (usuarios) y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización, y bajo logro o realización personal en el trabajo<sup>3</sup>.

El Burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”: médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Por esta razón, una de las características propias del síndrome es el “desgaste emocional” que dicha interacción va produciendo en el trabajador. Y puesto que se parte de una situación estresante, la mayoría de los autores verán en el Burnout un sinónimo de estrés ocupacional, cerrándose la posibilidad de ver el síndrome en otros contextos<sup>4</sup>.

El síndrome supone una disminución de la calidad de vida de los profesionales afectados, lo que conlleva un deterioro de las organizaciones en que realizan sus funciones, y por tanto una peor calidad en los servicios que se ofrecen en estas instituciones<sup>5</sup>.

El síndrome de Burnout no debe identificarse con estrés psicológico; Burnout no es lo mismo que estrés, depresión, tedio o aburrimiento, tampoco se identifica con los eventos vitales o crisis de la edad media de la vida, ni con la satisfacción laboral aunque se encuentre estrechamente relacionado con esta última. El Burnout debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico; es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés, generado por la relación profesional - paciente y por la relación profesional-organización<sup>6</sup>.

## **COMPONENTES DEL SINDROME DE BURNOUT**

El Burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son las personas y a profesionales sometidos a altos niveles de estrés<sup>7</sup> y se compone de tres dimensiones: (1) Agotamiento o cansancio emocional definido como el cansancio o fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) Despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) por último, la Baja Realización Personal o logro, que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima<sup>8</sup>.

Los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias. Entre ellas podemos señalar los estresores específicos de las profesiones que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.

- Contacto continuo con enfermos que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para los cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para lo que fueron entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de la de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias. <sup>8</sup>

## **MANIFESTACIONES DEL SINDROME DE BURNOUT.**

Las manifestaciones son signos que varían entre diferentes individuos, sin embargo es posible encontrar elementos comunes:

1. Inconformidad en el trabajo
2. Actitudes negativas hacia el trabajo
3. Pérdida de interés y preocupación por el paciente
4. Uso de etiquetas para referirse a los pacientes o usuarios, abuso verbal y a veces físico del paciente.
5. Desilusión o frustración
6. Indiferencia
7. Interacción despersonalizada e irrespetuosa y un esfuerzo mínimo para llevar adelante el tratamiento
8. Ausentismo o incapacidades frecuentes
9. Aumento de las quejas somáticas o aparición de las siguientes molestias:
  - dolor de cabeza tensional
  - calambres musculares y espasmos
  - dolor de espalda, cuello y hombros

- tensión mandibular
- dolores crónicos
- jaqueca
- manos y pies fríos
- presión alta
- problemas de la piel
- alergias
- asma
- artritis
- desórdenes digestivos
- dolores estomacales y cólicos
- estreñimiento
- diarrea
- resfríos frecuentes } enfermedades infecciosas
- cáncer
- disfunciones metabólicas
- infartos y problemas circulatorios
- ritmo cardíaco irregular
- insomnio
- fatiga
- irregularidades respiratorias
- respiración rápida
- sobrealimentación
- abuso del alcohol o drogas
- problemas sexuales
- ansiedad
- depresión

10. Socializar excesivamente con el personal descuidando la atención directa.

11. Concentrarse en una parte del trabajo (administrativo) y descuidar otras.

12. Alteración de las relaciones interpersonales con compañeros

13. Deseo de cambiar de trabajo o de profesión

14. Irritabilidad

15. Hostilidad, inestabilidad emocional, miedos y fobias, problemas de aprendizaje, olvidos, torpeza<sup>9</sup>.

En la literatura de la última década, se destaca la tendencia creciente a examinar la interacción de los factores ambientales y personales en el

proceso de Burnout. La susceptibilidad emocional es un moderador importante entre los factores ambientales y el Burnout entre maestros y médicos<sup>9</sup>.

## **VARIABLES RELACIONADAS CON EL SINDROME DE BURNOUT.**

Con respecto a la relación entre Burnout y variables sociodemográficas, parece haber acuerdo en que algunos aspectos son más relevantes que otros. En relación a la edad parecería que los que están en los primeros años de actividad profesional serían más vulnerables que el resto. En relación al género se considera más vulnerables a las mujeres quizá por su doble carga de trabajo, en que deben combinar trabajo y atención a la familia y/o por la tendencia a la elección de ciertas especializaciones profesionales que exigen fuerte compromiso emocional. Otra variable relevante es el estado civil. Diversos estudios muestran que las personas solteras, sin compañero/a estable o sin responsabilidades familiares tendrían mayor propensión al Burnout que las casadas o con pareja estable. En el mismo sentido, tener hijos haría más resistentes a las personas al Burnout. A pesar de todo lo anterior, la etiología del problema no está totalmente clara. Algunos estudios han demostrado una relación directa con el trabajo y con el entorno social del trabajador<sup>1,10</sup>.

El síndrome de Burnout se presenta más frecuentemente en individuos que exhiben gran dedicación y esfuerzo por alcanzar metas y satisfacer demandas laborales.

El agotamiento es mayor cuanto más rígidos sean los valores del individuo y más serias sus intenciones de satisfacer las demandas. Como consecuencia se pierden los empleados más productivos y dedicados, sea por distanciamiento psicológico o por separación física del trabajo.

Los profesionales en salud, representan una población en riesgo para algunas enfermedades mentales y abuso de sustancias.

De los profesionales en salud, son los médicos en general que con mayor frecuencia evitan y se resisten al tratamiento<sup>9</sup>.

## MODELOS EXPLICATIVOS.

### MODELOS TEORICOS DE LA GENESIS DEL BURNOUT.

Diversas propuestas explicativas se han materializado entre diferentes modelos de relación entre la variables implicada en el Burnout. Se asume que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente de tal manera que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componente que proponen, tanto en su orden como en su grado de importancia a la hora de explicar el resultado final , como las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo. Gil - Monte y Peiró clasifican en tres grupos los modelos existentes : Teoría socio cognitiva del yo. Teoría del intercambio social y teoría organizacional <sup>8</sup>.

- **TEORIA SOCIOCOGNITIVA DEL YO:** Esta teoría otorga a las variables del *self* (autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la teoría de quemarse por el trabajo<sup>11</sup>. Las cogniciones influyen en lo que los individuos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas por los demás y la creencia o grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades, determinara el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, y la facilidad o dificultad para conseguirlos. También determinara ciertas reacciones emocionales como la depresión o estrés. Harrison menciona que la competencia y la eficacia percibida son variables claves en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios esta altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación pueden surgirle factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de Burnout.
- **TEORIA DEL INTERCAMBIO SOCIAL :** Según esta teoría, el Burnout tiene su origen en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que perciben a cambio de su implicación personal y de

- su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación, desarrollan sentimientos de quemarse en el trabajo <sup>6</sup>.
- **TEORIA ORGANIZACIONAL** : Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo los modelos de Golembiewski *et al* (1983), modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) y el modelo de Winnubts (1993). El primero de ellos destaca la importancia de los procesos de rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome; el modelo de Cox *et al* destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubts (1993) enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional<sup>11</sup>. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico<sup>8</sup>.

## **FACTORES PERSONALES: SU INFLUENCIA EN EL ESTRÉS.**

El síndrome de Burnout puede evolucionar insidiosamente o súbitamente, pero en ambos casos, las causas han tenido que actuar a lo largo de mucho tiempo. El proceso siempre es evolutivo y se desarrolla tradicionalmente por etapas constituyendo el cansancio emocional como la primera de ellas y necesaria. Algunos investigadores sugieren que el síndrome de Burnout está relacionado con este primer componente, debido a que esta variable está más relacionada con demandas de trabajo que los otros dos componentes<sup>12</sup>.

El "Burnout" es un proceso continuo, su comienzo es insidioso, paulatino e incluso larvado. Podemos distinguir tres fases o estados sucesivos del "Burnout"(Golembiewski y Muzenrider, 1989):

**Fase 1.** En un primer momento las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos (e incluso las capacidades profesionales) dando lugar a una situación de estrés.

**Fase 2.** Se produce un sobre-esfuerzo del sujeto como respuesta a ese desajuste, apareciendo fatiga y ansiedad.

## Modelos teóricos de la génesis del Burnout <sup>8</sup>.

<i>Autores</i>	<i>Principales características</i>	<i>Secuencia por orden de aparición del proceso de Burnout</i>			<i>Apoyo empírico</i>
Golembiewski, Munsenrieder y Carter (1988).	Destaca el agotamiento emocional como principal dimensión en el <i>burnout</i> .	Despersonalización	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Golembiewski, Boudreau, Goto y Murai (1993)
Gold (1984)	El síndrome no aparece hasta que no se completan todas las fases.	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización	
Maslach y Jackson (1986)	El síndrome como resultado de la incapacidad para afrontar el estrés en el trabajo.	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal	Maslach <i>et al</i> (2001)
Leiter y Maslach (1988)	El desarrollo del burnout es consecuencia de estresores laborales y demandas crónicas.	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización	Leiter (1989); Maslach, Schaufeli y Leiter (2001)
Farber (1991)	Está influida por las percepciones hacia factores organizativos, individuales y sociales.	Despersonalización	Agotamiento emocional	Baja realización personal	
Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	Las emociones y las cogniciones son variables mediadoras en el <i>burnout</i>	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización	Gil-Monte y Peiró (1997)

**Fase 3.** Se produce un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas. Esta fase sería el "Burnout" totalmente instaurado y vendría a ser una respuesta a la situación laboral insoportable.

Los síntomas encontrados en distintos estudios (Maslach y Pine, 1977; Cherniss, 1980, Maslach, 1982) se pueden agrupar en cuatro áreas: psicósomáticos, conductuales, emocionales y defensivos.

**1. Psicósomáticos:** suelen ser de presentación precoz, apareciendo dolores de cabeza, problemas de sueño, alteraciones gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares (espada y cuello), asma, hipertensión arterial y en las mujeres la pérdida de la menstruación.

**2. Conductuales:** Ausentismo laboral, aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente), aficiones suicidas, incapacidad para relajarse, abuso de fármacos y alcohol, problemas matrimoniales y familiares.

**3. Emocionales:** distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad, el sentimiento de que puede convertirse en una persona poco estimada. Dificultad de concentración, la memorización, la abstracción y elaboración de juicios por la ansiedad padecida. Todo esto acaba repercutiendo negativamente en su rendimiento laboral y en su relación con los compañeros y clientes.

**4. Defensivos:** estos signos tienen su origen en la dificultad de estas personas para aceptar sus sentimientos. Suelen realizar una negación de sus emociones, la supresión consciente de información el desplazamiento de sentimientos hacia otras personas o cosas, la atención selectiva, todo ello para evitar una experiencia negativa <sup>13</sup>.

Hay controversia entre el término "Burnout" y estrés o entre "Burnout" y depresión. Para algunos la única diferencia con el estrés es que el "Burnout" es un estrés crónico experimentado en un contexto laboral y con depresión básicamente en que el ánimo abatido del "Burnout" suele ser temporal y específico del medio laboral <sup>13</sup>.

## **NIVELES DE MANIFESTACION DEL SINDROME DE BURNOUT.**

El síndrome de Burnout debe ser entendido como la resultante de una combinación de distintos estresores que permiten identificar cuatro niveles:

A).- **Nivel individual:** Características individuales y rasgos de personalidad son un elemento de fundamental importancia en el grado de afectación. Los sujetos predispuestos a desarrollar el síndrome se caracterizan por ser motivados pero obsesivos, entregados en exceso al trabajo, elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, ansiosos, aprensivos, idealistas, con necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentido de omnipotencia frente al trabajo.

Las influencias individuales y la influencia de los factores de personalidad tienen un papel determinante sobre el tipo de respuestas que un sujeto realiza ante una situación que percibe como estresante. Una persona puede sentirse estimulada ante una situación competitiva mientras que otra, ante la misma situación, se sentirá muy agobiada. El estrés ocurre cuando las habilidades de la persona son incongruentes con las demandas del entorno laboral y de las tareas, o cuando existen impedimentos fuertes para que el trabajo consiga satisfacer sus necesidades más fuertes. Así ante una situación de sobrecarga de trabajo, una persona puede reorganizar eficazmente su estilo de trabajo, buscar y conseguir ayuda de otras personas u obtener nuevos conocimientos, mientras que otra, incapaz de superar y eliminar ese estrés puede responder a la larga mediante algún tipo de enfermedad (ej., ataque al corazón) <sup>13</sup>.

B).-**Nivel de relaciones interpersonales:** La calidad de las relaciones del equipo de salud, el clima laboral, el hecho de que el trato directo con los pacientes y sus familiares sea emocionalmente exigente, pacientes difíciles, escaso entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional y de manejo de la propia ansiedad.

Este estresor tiene su origen en las relaciones entre los miembros del grupo de trabajo, con los jefes y con los subordinados:

-relaciones pobres incluyen: poca confianza, poco apoyo emocional y poco interés en escuchar al otro y en resolver los problemas que se le plantean, conducen a comunicaciones insuficientes e inadecuadas y producen tensiones psicológicas y sentimientos de insatisfacción en el trabajo.

-Esta situación también es producida por el tratamiento desconsiderado y los favoritismos de los jefes.

-Relaciones entre compañeros pueden ser fuente de diversas situaciones de estrés: rivalidad entre compañeros para conseguir las condiciones más ventajosas, falta de apoyo emocional en situaciones difíciles <sup>13</sup>.

C).- **Nivel organizacional:** Existen ciertas variables del clima organizacional que implican consecuencias negativas para el trabajador con la aparición de considerables síntomas de Burnout y manifestaciones psicosomáticas<sup>14</sup>. Organizaciones que no responden al esquema de una burocracia profesionalizada, lo que conlleva a relaciones de dependencia, horarios excesivos y sobrecargados, carencia de recursos materiales y humanos, remuneración insuficiente, inseguridad en el cargo. También se involucran factores relacionados con el medio físico tales como el ruido, la iluminación, el espacio, el inmobiliario.

D).- **Nivel del entorno social:** El apoyo social, familiar e incluso el religioso se ha visto que se comportan como atenuadores de estrés laboral, ejerciendo un efecto negativo sobre la aparición del Burnout. Por el contrario, los importantes cambios socioculturales de las últimas décadas han jugado un papel trascendente en el mismo. Los avances científicos y tecnológicos, la aparición de nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, multiplicación de patologías crónicas e invalidantes, pérdida de status y de prestigio etc., influyen en la frustración y desencanto que sufren muchos profesionales en relación a su trabajo<sup>6</sup>.

## **CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL CRONICO.**

El deterioro de la salud del individuo esta relacionado con la exposición a diversos estresores crónicos. Dada la exposición del personal sanitario a situaciones estresantes asociadas al trabajo, se han enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome:

- Alteraciones físicas: Cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, ulcera duodenal) alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, y dolores musculares o articulares. Se ha demostrado que la asociación de síndrome de Burnout asociado a depresión actúa como factor de riesgo para algunas enfermedades.

- Alteraciones emocionales: Ansiedad, irritación, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.
- Alteraciones conductuales (consecuencias relacionadas con el ámbito laboral) Ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia, y deterioro de la calidad de servicio de la organización<sup>8,15</sup>. Otro autor reporta que aunado al desarrollo de trastornos mentales y problemas psicosomáticos, esta el suicidio<sup>15</sup>.

## **MEDICION DEL SINDROME DE BURNOUT.**

Desde que Freudenberger acuñó el termino Burnout para referirse al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios, se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para medir este fenómeno. Algunos de estos instrumentos han tenido una aplicación limitada. Pero otros han sido empleados de manera continua, sistemática y rigurosa, propiciando estudios con resultados que han contribuido a entender el fenómeno de quemarse por el trabajo. Entre estos instrumentos se encuentran el << Staff Burnout Scale for Health professionals >> SBS-HP (Jones , 1980), el << Burnout Measure >>(BM) (Pines Aronson, 1988) Health Professions Stress Cuestionaire (Wolfgang) el <<Cuestionario Breve de Burnout de Moreno>> (CBB) y el Maslach Burnout Inventori (MBI) (Maslach y Jackson , 1981/1986)<sup>1, 8,16,17,18</sup>.

De entre estos instrumentos de medida, el Maslach Burnout Inventori se ha utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen. Este es un instrumento de medida, basado en modelos teóricos, y que presentan las propiedades psicometricas que le dan validez y confiabilidad<sup>1, 8, 16, 19</sup>. Originariamente el MBI constaba de 25 items distribuidos en 4 escalas: agotamiento emocional (9 items) despersonalización (5 items) logro personal (8 items ) y compromiso (involvement) (3 items). Sin embargo la última escala se suprimió, aunque anteriormente era presentada como opcional. La consistencia interna de la escala del MBI es satisfactoria, con valores de 0.71 a 0.90 en una muestra normativa de aproximadamente 11,000 sujetos. Encontrándose valores similares en todo tipo de muestras tales como psicólogos, profesionales de servicios sociales, trabajadores sociales, enfermeras y oficiales de prisión<sup>17</sup>.

## Descripción del cuestionario de MBI

El cuestionario <<Maslach Burnout Inventori>> consta de 22 preguntas que explora los 3 componentes del síndrome Burnout: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Cada pregunta consiste en una frase debiéndose elegir la que mas se ajusta a su situación entre las cinco opciones de frecuencia en las que se sugiere qué ocurre, lo que la frase expresa. A cada opción se le asigna un valor de 0 a 4 en la escala de Likert y la puntuación total se obtiene sumando los valores de cada una. La escala cansancio emocional evalúa sensaciones de fatiga que se manifiestan como consecuencia de la actividad laboral. La despersonalización valora respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los pacientes. La realización personal mide sensaciones de satisfacción éxito y competencia en la práctica del trabajo cotidiano.

Se considera Burnout cuando se puntúa alto en cansancio emocional y despersonalización, y bajo en realización personal. Para facilitar la interpretación de las escalas se invirtieron los valores en la realización personal y se consideró puntuar alto en la escala de falta de realización personal como afectación. Se considera que en la escala de cansancio emocional una puntuación de 27 a mas indica un alto nivel de <<Burnout>> profesional, entre 18 y 26 nivel moderado y por debajo de 17 un nivel bajo. Para la escala de despersonalización una puntuación mayor de 13 indica un nivel alto de <<Burnout>> entre 9 y 12 moderado y menos de 8, bajo. La puntuación en la escala realización personal superior a 23 indica un alto grado de Burnout, medio de 17 a 22 y bajo cuando es inferior a 16 <sup>5</sup>.

## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL:**

Determinar la frecuencia de síndrome de Burnout en médicos familiares que laboran en la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F. 48.

### **ESPECIFICOS:**

- Obtener el porcentaje de médicos de la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F. 48 afectados en el aspecto de cansancio emocional.
  
- Obtener el porcentaje de médicos de la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F. 48 afectados en el aspecto de despersonalización.
  
- Calcular el porcentaje de médicos de la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F. 48 afectados en el aspecto de realización personal.

**HIPOTESIS:**

**El trabajo es descriptivo por lo cual no la requiere.**

## JUSTIFICACIÓN:

En la U.M.F. No. 48 como en cada una de las clínicas de I.M.S.S., el ofrecer servicios médicos de calidad a los derechohabientes es un objetivo prioritario. De lo que se deriva la necesidad de detectar los factores que inciden en tal situación, siendo el síndrome de Burnout una variable del factor humano que incide directa e importantemente en la calidad de los servicios médicos ofertados. De ahí la necesidad de conocer el porcentaje de médicos que laboran en esta clínica que son portadores del Síndrome de Burnout.

En los últimos años, el síndrome de desgaste profesional ha adquirido importancia por las repercusiones directas que tiene sobre la asistencia sanitaria, el desempeño y el ausentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción tanto en los profesionales como de los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, la excesiva movilidad laboral, las alteraciones de la dinámica familiar y el riesgo de que los pacientes reciban cuidados de una calidad inferior a la deseable<sup>15,20,23</sup>.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores<sup>22</sup>. En Guadalajara se reporta una cifra de prevalencia del 42.3 %, es decir, casi la mitad de ellos tiene al menos una de las tres dimensiones quemadas<sup>3</sup>.

La importancia del tema se muestra en la prevalencia creciente de estrés, Burnout y depresión, en los países industrializados, en donde las estadísticas se registran en forma más sistemática. Datos de la unión europea muestran que el 56 % de los 160 millones de trabajadores refiere alguna afección secundaria al desempeño de sus labores, algunas con riesgo vital. El costo económico del estrés es de 20 millones de euros, mientras que el del sufrimiento humano es incalculable en muchos millones de trabajadores. En EE.UU. se estimó que el estrés ocupacional provocó una media de ausencia al trabajo de 23 días, 4 veces más que la media de ausentismo de todas las otras lesiones o enfermedades no fatales. Datos reportados en el 2002 ubican las cifras de Burnout en médicos entre el 25 y el 60 %<sup>1</sup>.

Los estudios publicados manifiestan un aumento progresivo de este fenómeno, especialmente en médicos de atención primaria en los cuales oscilan entre el 40 y el 59%<sup>2,3,6,22,23</sup>. En contraste, López franco et al reporta un 20.8 % en personal asistencial pediátrico<sup>20</sup> y Pera reporta un 27 % en un hospital español<sup>24</sup>.

## MATERIAL Y METODOS:

### A. TIPO O DISEÑO DEL ESTUDIO.

Tipo observacional, transversal y descriptivo.

### B. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

68 médicos familiares del turno matutino y vespertino que constituyen todo el universo de estudio. Muestra tomada por conveniencia.

### C. VARIABLES:

#### DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.

Variable dependiente: Síndrome de Burnout

Variable independiente: variables sociodemográficas.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE ANÁLISIS
Síndrome de Burnout	VARIABLE DEPENDIENTE  Síndrome de agotamiento profesional, crónico, presentado con mayor frecuencia en trabajadores que prestan servicios en áreas de atención a personas (médicos, enfermeras, maestros, policías, etc.) caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.	Leve –  Moderado-  Severo-	CANSANCIO EMOCIONAL: Leve: menos de 19 Moderado: Entre 19 y 26. Alto: 27 o mas. DESPERSONALIZACION: Mas de 9: Alto. Entre 6 y 9: Moderado. Menos de 6 bajo. REALIZACION PERSONAL: Entre 0 y 33 alto. 34-a-39 moderado.
Edad.	VARIABLES INDEPENDIENTES : Tiempo que ha vivido una persona.	En años cumplidos.	Promedio
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.	Masculino Femenino	%
Estado Civil	Situación de la persona físicas determinadas por la relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Unión libre. Separado.	%
Antigüedad institucional	Cantidad de años laborados en al institución.	En años cumplidos.	Promedio.

Antigüedad en el puesto	Cantidad de años laborados como medico familiar.	En años cumplidos	Promedio.
Especialidad en medicina familiar	Profesional de la medicina con diploma de especialista (postgrado) en Medicina Familiar.	Dicotómica. Si - No.	%
Medico General	Profesional de la medicina con estudios universitarios.	Dicotómica. Si - No.	%
Médico no Familiar(con especialidad diferente a medicina familiar)	Postgraduado con especialidad diferente a medicina familiar, pero están laborando como Medico familiar.	Tipo de especialidad.	%
Tipo de recreación	Diversión para alivio del trabajo.	Deportiva, Socio Cultural, Turística, otros.	%
Tiempo de recreación	Cantidad de tiempo dedicado a diversiones.	En horas a la semana.	Promedio
Toxicomanía o adicción: Tabaquismo Alcoholismo Fármacos, drogas.	Habito de quien se deja dominar por el uso de algunas drogas toxicas.	Si - No. Tabaquismo. Alcoholismo. Drogadicción. Fármaco dependencia.	%
Labora en otro lugar	Desarrollo de otra actividad remunerada.	Consultorio privado. Institución privada. Otra institución publica. No labora.	%
No. de hijos	Cantidad de hijos concebidos que dependen del trabajador	0,1,2,3,4, +de 5	%
Turno	Horario en que el trabajador desarrolla sus labores en la institución.	Matutino vespertino	%

D. Criterios de Inclusión.

- Ser médico de base con categoría de Médico Familiar adscrito a Consulta Externa de Medicina Familiar en la U.M.F. 48 en el turno matutino y vespertino.

E. Criterios de eliminación.

- Quienes no acepten participar en el estudio.
- Médicos eventuales.

F. Criterios de exclusión.

- Quienes no respondan el cuestionario completo.

G. Lugar en donde se realizó el proyecto:

- El estudio se realizó los meses de agosto, septiembre y octubre, en ambos turnos de la UMF No. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, ubicada en la Colonia Oblatos de la zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco; mediante la aplicación de la encuesta de variables sociodemográficas y el cuestionario MBI, a todos los médicos de base. Los que se encuentren de vacaciones, beca o hayan faltado, se les esperara para la aplicación de tales cuestionarios.

- **ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Se utilizo estadística descriptiva por porcentajes tasas cuadros y graficas mediante la utilización del paquete estadístico spss 10 para realizar comparaciones entre grupos de acuerdo si son variables cualitativas o cuantitativas mediante la aplicación de pruebas de:

Chi cuadrada en variables que hayan sugerido diferencias importantes en frecuencia o porcentajes y T de student en variables que sugieran diferencias importantes en promedio.

## **ASPECTOS ETICOS.**

En la presente investigación participaron seres humanos, por lo cual se obtuvo el consentimiento escrito, habiéndose utilizado los procedimientos descritos los cuales están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica.

Además se obtuvo una declaración escrita de que se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Además de haber garantizado la confidencialidad de los datos recolectados en las encuestas correspondientes.

## **RESULTADOS.**

El total de la muestra fue de 55 médicos del turno matutino y vespertino de la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 48. De 68 médicos que laboran en los 34 consultorios, 2 fueron excluidos por negarse expresamente a participar en el estudio; otros 2 fueron excluidos por no haberse localizado para recoger las encuestas correspondientes y 9 encuestas fueron excluidas por no haber respondido a todos los reactivos de los cuestionarios. El total de la muestra fue de 55 personas. De estos, el 65.5 % (36) fueron varones y el 34.5 % (19) mujeres (cuadro 1). Con una media de 44 años, moda de 45 (6 personas) y mediana de 48 años. El grupo de edad mas numeroso fue el de 45 a 49 años con un 27.3 % (15) (cuadro 2). El 80 % (44) son casados (Cuadro 3); el 54.5 % trabaja en el turno vespertino y tiene entre 3 y 5 hijos (cuadros 4 y 5). El mayor porcentaje de antigüedad institucional es en el grupo de 15 a 19 años con un 27.3 % (15) (Cuadro 6). Un 34.5 % tiene de 5 a 9 años de antigüedad en el puesto (Cuadro 7), y un alto porcentaje que asciende a 76.4% (42) tiene especialidad en medicina familiar (Cuadro 8). En el 52.7 % (29) se registra actividad recreativa deportiva (cuadro 9) con un tiempo de recreación de 1 a 3 horas en un 90.9 % (50) (Cuadro 10). La mayoría de los médicos no registraron ninguna toxicomanía (Cuadro 11), y un 69.1 % (38) no desarrollaban alguna otra actividad lucrativa (Cuadro 12).

Según la escala de Maslach Burnout Inventori el 18.2% (10) se encuentran quemados en la subescala de agotamiento emocional (Cuadro 13), un 5.4 % en la escala de despersonalización (Cuadro 14) y un 10.9% tiene sentimientos de baja realización personal en el trabajo (Cuadro15). Registrándole una prevalencia de 34.5 % es decir, la tercera parte de los médicos de la U.M.F. 48 tiene al menos una de las tres esferas quemadas.

## TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS.

**Cuadro No. 1.- Distribución por género.**

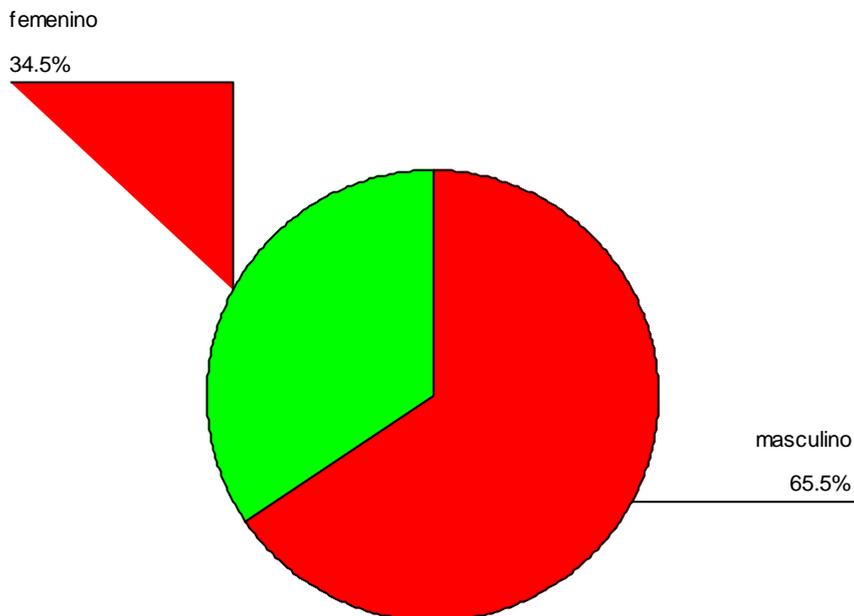
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	<b>65,5</b>
Femenino	19	34,5
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

El total de la muestra fue de 55 personas. De estos, el 65.5 % (36) son varones y el 34.5 % (19) son mujeres. (Cuadro 1)

**Grafica No. 1.-**

Porcentaje por genero



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

**Cuadro 2.- Grupos de Edad.**

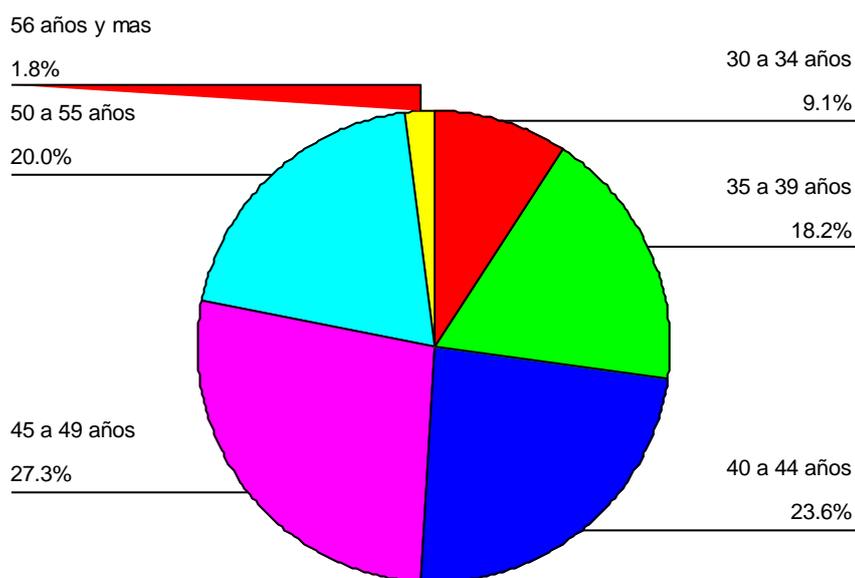
	Frecuencia	Porcentaje
30 a 34 años	5	9,1
35 a 39 años	10	18,2
40 a 44 años	13	23,6
45 a 49 años	15	<b>27,3</b>
50 a 54 años	11	20,0
55 años y mas	1	1,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

Se obtuvo una media de 44 años, moda de 45 ( 6 personas) y mediana de 48 años, realizándose grupos de edad en quinquenios siendo el mas significativo el grupo de 45 a 49 años con un 27.3 , seguido del grupo de 40 a 44 con un 23.6 % . (Cuadro 2).

**Grafica No. 2.-**

edad



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

### Cuadro 3.- Estado Civil.

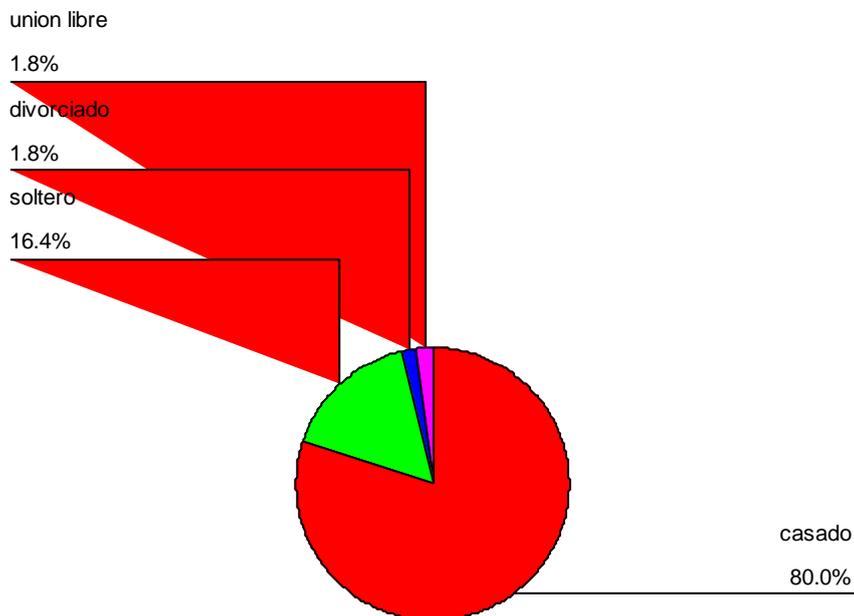
	Frecuencia	Porcentaje
Casado	44	<b>80,0</b>
Soltero	9	16,4
Divorciado	1	1,8
Union libre	1	1,8
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

Un 80 % (44) de los médicos familiares de la U.M.F. 48 son casados. (Cuadro 3).

### Grafica No. 3.-

Distribucion por estado civil



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

**Cuadro 4.- Turno.**

		Frecuencia	Porcentaje
	Matutino	25	45,5
	Vespertino	30	<b>54,5</b>
	Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

El 45.5 % (25) laboran en el turno matutino y el 54.5 (30) en el turno vespertino. (Cuadro 4).

### **Cuadro 5.- No. de hijos o dependientes económicos.**

		Frecuencia	Porcentaje
	0 a 2	24	43,6
	3 a 5	30	<b>54,5</b>
	6 o más.	1	1,8
	Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

Todos tienen hijos o dependientes económicos registrándose la siguiente distribución: el 43.6 % (24) tienen de 0 a 2 hijos, el 54.5 % (30) de 3 a 5 y 1.8% (1) con más de 6. (Cuadro 5).

### Cuadro 6.- Antigüedad Institucional.

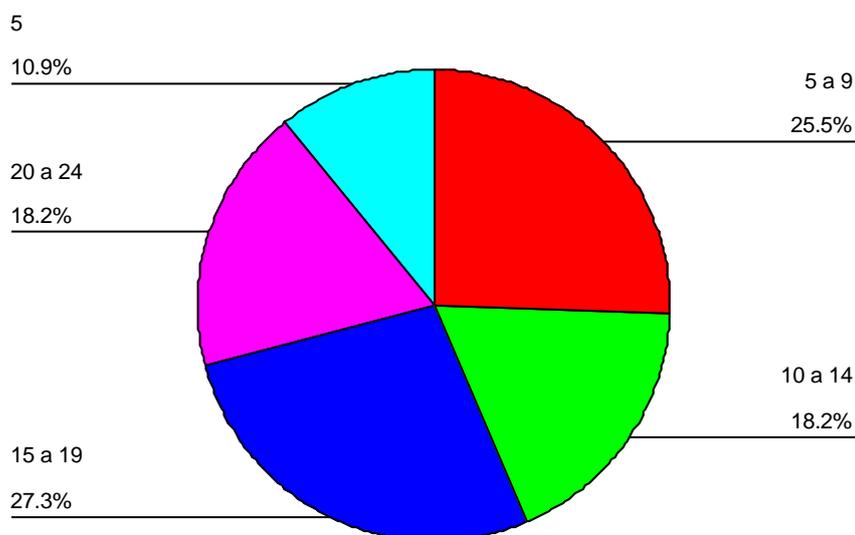
	Frecuencia	Porcentaje
5 a 9	14	25,5
10 a 14	10	18,2
15 a 19	15	<b>27,3</b>
20 a 24	10	18,2
25 o más	6	10,9
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48

15 médicos familiares que corresponden al 27.3 % tenían entre 15 a 17 años de antigüedad en el puesto, representando el grupo mas numeroso. Solo 6 médicos (10.9%) tenían mas de 25 años o mas. (Cuadro 6).

### Grafica No. 4.-

#### Antigüedad Institucional.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

### Cuadro 7.- Antigüedad en el puesto.

	Frecuencia	Porcentaje
5 a 9 Años	19	<b>34,5</b>
10 a 14 Años	10	18,2
15 a 19 Años	13	23,6
20 a 24 Años	8	14,5
25 o más.	5	9,1
Total	55	100,0

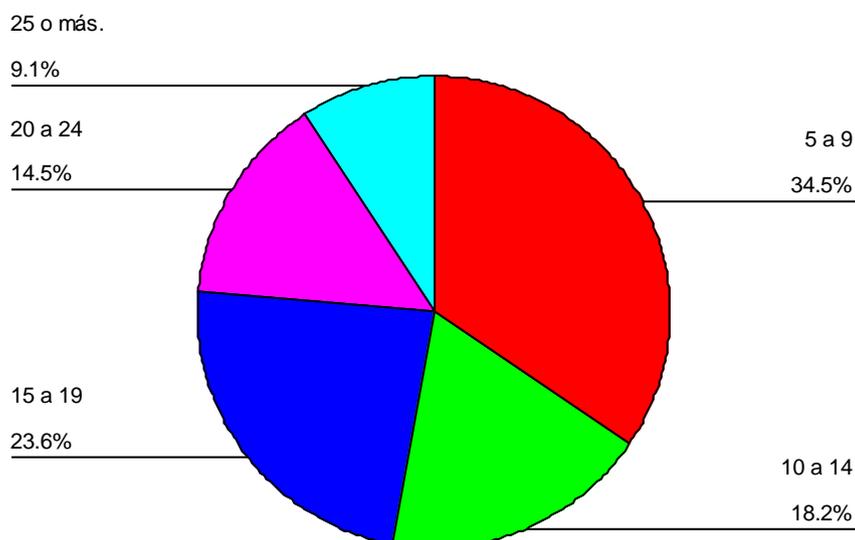
FUENTE:  
Encuesta de variables sociodemográficas realizada a

los médicos familiares de la U.M.F. 48.

La tercera parte de los médicos familiares (34.5%) registraron una antigüedad en el puesto de 5 a 9 años, coincidentemente con el resultado de la frecuencia de síndrome de Burnout, sin lograr establecerse significancia estadística. (Cuadro No. 7)

### Grafica No. 5.-

Antigüedad en el puesto



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

### **Cuadro 8.- Especialidad en Medicina Familiar.**

	Frecuencia	Porcentaje
Médico General	7	12,7
Médico Familiar	42	<b>76,4</b>
Otra Especialidad.	6	10,9
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

Un gran porcentaje de la población de médicos (76.4) tenía la especialidad de médico Familiar. (Cuadro 8).

### **Cuadro 9.- Tipo de Recreación.**

	Frecuencia	Porcentaje
Deportiva.	29	<b>52,7</b>
Sociocultural	24	43,6
Turística	2	3,6
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

El 52.7 % de los médicos familiares realizan una actividad recreativa de tipo deportivo en su tiempo libre invirtiendo de 1 a 3 hrs. de este. (Cuadro 9 y 10).

**Cuadro 10.- Tiempo de recreación.**

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 Horas.	50	<b>90,9</b>
4 a 6 Horas.	4	7,3
6 o más Horas.	1	1,8
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

El 52.7 % de los médicos familiares realizan una actividad recreativa de tipo deportivo en su tiempo libre invirtiendo de 1 a 3 hrs. de este. (Cuadro 9 y 10).

### **Cuadro 11.- Toxicomanías**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna.	38	69,1
Tabaquismo	7	12,7
Alcoholismo.	9	16,4
Farmacos.	1	1,8
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

En relación a toxicomanías, el 69.1 % (38) no registraron ninguna, el 12.7 % tabaquismo, el 16.4 % (9) alcoholismo y el 1.8 % fármacos. (Cuadro 11).

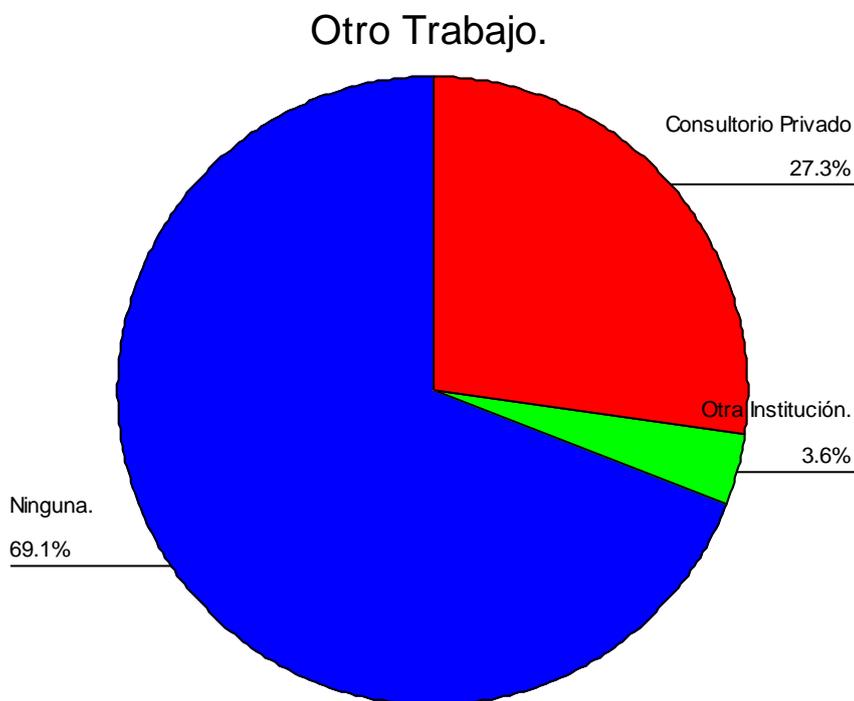
### Cuadro 12.- Otro Trabajo.

	Frecuencia	Porcentaje
Consultorio Privado	15	27,3
Otra Institución.	2	3,6
Ninguna.	38	69,1
Total	55	100,0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

El 69.1 % de los médicos familiares no desarrollan ninguna otra actividad laboral.

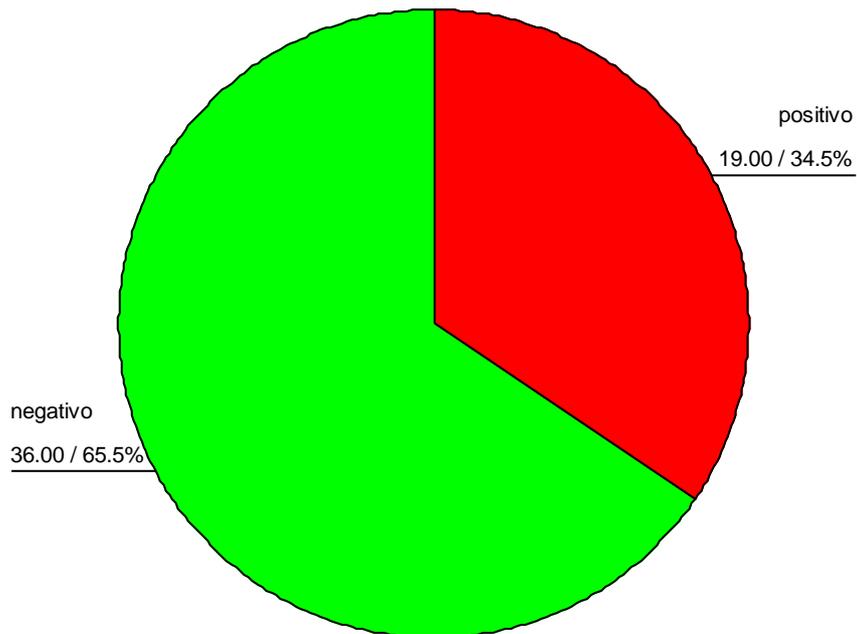
### Grafica No. 6.-



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas realizada a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

## Grafica No. 7.-

Prevalencia de Síndrome de burnout



FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

El 34.5 % de los médicos familiares tiene afectado al menos alguna de las tres áreas evaluadas en la encuesta de Maslach Burnout Inventori para la detección de síndrome de Burnout.

En las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal contenidos en el cuestionario Maslach Burnout Inventori los resultados son los siguientes:

**Cuadro 13.- Agotamiento Emocional.**

	Frecuencia	Porcentaje
> de 27 Alto	4	<b>7,3</b>
17-26 Medio	6	<b>10,9</b>
0-16 Bajo	45	81,8
Total	55	100,0

FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

En al subescala de Agotamiento Emocional el 81.8% (45) registro niveles bajos, el 10.9 % (6) moderado y el 7.3 % (4) alto Agotamiento o Cansancio Emocional. (Cuadro 13).

**Grafica No. 8.-**



FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

**Cuadro 14.- Despersonalización.**

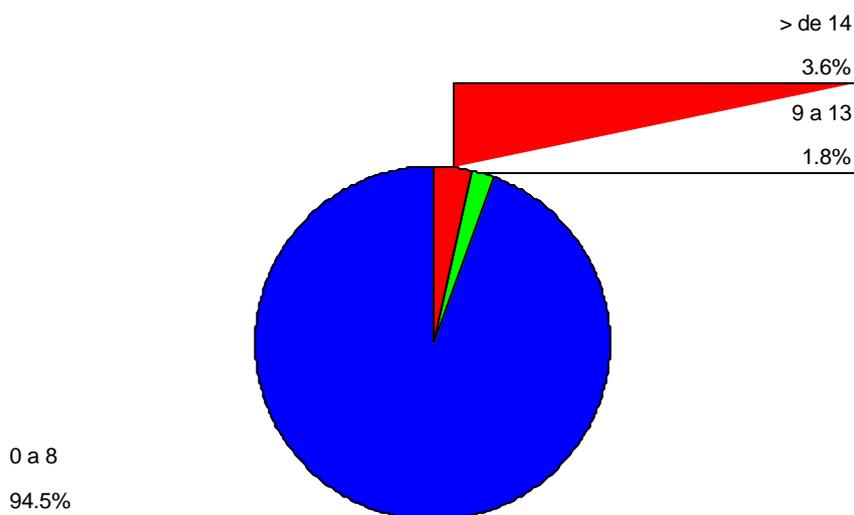
	Frecuencia	Porcentaje
> de 14 Alto	2	<b>3,6</b>
9 a 13 Medio	1	<b>1,8</b>
0 a 8 Bajo	52	94,5
Total	55	100,0

FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

En la subescala de despersonalización, el 3.6% (2) registraron niveles altos de esta variable, un 1.8 (1) de nivel moderado de despersonalización y un 94.5 % (52) de nivel bajo. (Cuadro 14).

**Grafica No. 8.-**

Despersonalizacion



FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

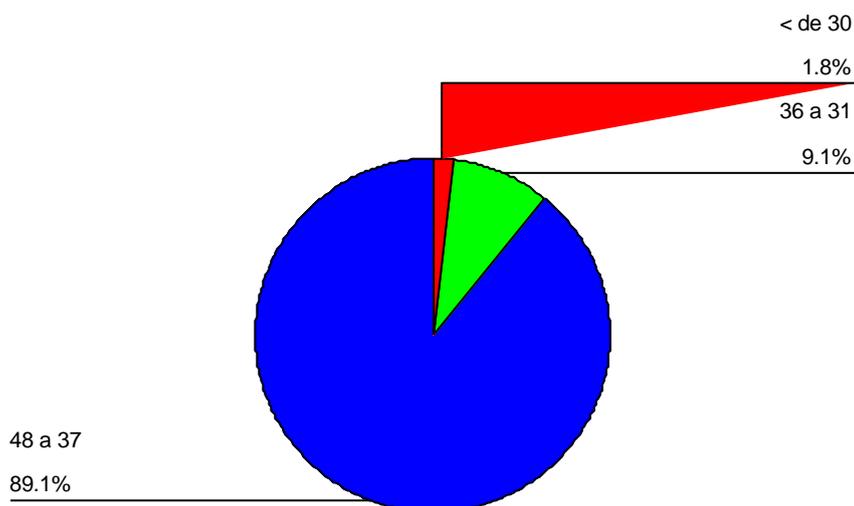
**Cuadro 15.- Baja Realización Personal en el trabajo.**

	Frecuencia	Porcentaje
< de 30 Alta	1	<b>1,8</b>
36 a 31 Medio	5	<b>9,1</b>
48 a 37 Baja	49	89,1
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

Solamente el 1.8 de los médicos familiares registró altos sentimientos de baja realización personal en el trabajo. El 9.1 % registró niveles intermedios de baja realización personal, y una gran proporción de médicos manifestó estar satisfechos con su trabajo, al detectarse bajos sentimientos de baja realización personal en su trabajo. (cuadro 15).

### Realizacion Personal en el trabajo



FUENTE: Cuestionario Maslach Burnout Inventori realizado a los médicos familiares de la U.M.F. 48.

## DISCUSIÓN

La tercera parte de los médicos encuestados (34.4 %) registraron al menos una de las tres dimensiones quemadas del Síndrome de Burnout, encontrándose estas dentro de lo reportado en otros estudios similares de otras partes del mundo. No encontrándose ninguna asociación o diferencia estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el síndrome.

La validez de los resultados obtenidos es confiable, ya que el método de recolección de datos fue directo, al igual que en estudios llevados a cabo en otros centros de trabajo<sup>21, 23, 25, 26, 27, 28,29</sup>, con la encuesta sociodemográfica aplicada por el autor y el cuestionario Maslach Burnout Inventori autoaplicado por cada uno de los participantes, y recogido al final de la consulta de la gran mayoría de los médicos encuestados. Tal método fue preferido para disminuir el riesgo de pérdida de información, objetivo que fue cumplido dada la alta tasa de respuestas la cual asciende a 80.88 %. A diferencia del método de recolección aplicado en uno de los estudios españoles, donde se enviaba el cuestionario por correo, con recordatorio a los diez días, obteniéndose una tasa de respuestas del 62 %<sup>2</sup>. Las encuestas que no fueron contestadas en su totalidad fueron descartadas del estudio por ser este un criterio de no inclusión.

La incidencia del síndrome de Burnout en médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 48 de Instituto Mexicano del Seguro Social se registró en 34.5 %, lo que resulta preocupante, ya que tal situación influye directamente en la calidad de atención médica otorgada por el instituto a sus derechohabientes.

Al compararlo con la literatura donde reportan una prevalencia de 40 y el 59%<sup>2,3,6,22,23</sup> entre los médicos de atención primaria se encuentra que la Unidad de medicina familiar No. 48 registra una prevalencia ligeramente inferior de Síndrome de Burnout, pero en relación con los reportes generales de prevalencia de Burnout en médicos, que oscilan entre el 25 y el 60 %, la cifra reportada en el presente estudio se encuentra dentro del rango esperado, lo que confirma la universalidad de tal fenómeno.

Tal situación hace necesario tomar medidas pertinentes para la prevención de su presentación en los niveles correspondientes (individual, interpersonal, organizacional y social).

Entre las medidas individuales encontramos que el autocuidado de la salud física y mental, el autoconocimiento (reforzar los recursos de afrontamiento, respuesta al estrés, valores, ideales) técnicas cognitivas conductuales de afrontamiento de estrés y reestructuración cognitiva, aportan técnicas de relajación que mejoran el afrontamiento.

A nivel interpersonal es recomendable promover el soporte social, a través de la formación de redes de convivencia, para de esa manera prevenir la presentación del síndrome en cuestión, y/o prevenir el aumento de su incidencia. En general el soporte social se correlaciona con bajos índices de Burnout, por lo cual, cultivar lazos afectivos sólidos, dedicándole el tiempo necesario a la familia, los amigos y otras relaciones sociales es otro factor que contribuye a prevenir el desgaste profesional <sup>30</sup>.

A nivel organizacional la agencia europea de salud laboral recomienda que es necesario definir más precisamente los roles laborales, mejorar la comunicación dentro y fuera del trabajo, promover cambios organizacionales que permitan al trabajador el tiempo suficiente para cumplir con su tarea, dar una clara descripción del puesto de trabajo, premiar los buenos resultados laborales, canalizar vías para expresión de quejas y tomarlas en cuenta, armonizar responsabilidad y autoridad del trabajador, clarificar la organización y objetivos de la organización y, si es posible, adecuarlos a los del trabajador; promover la tolerancia, seguridad y justicia dentro del ámbito laboral, eliminar la exposición a riesgos físicos mejorar el ambiente ocupacional y la salud mediante un proceso continuo de evaluación y ajustes. Estas medidas aumentarán la satisfacción laboral y la calidad de vida en el trabajo <sup>1</sup>. El mejorar el estado de salud tanto físico como mental de los trabajadores debe ser de suma preocupación por parte de las organizaciones, ya que de no ser así, traería serias repercusiones sobre la misma organización y la sociedad en general <sup>31</sup>.

A nivel social, el cambio de la escala de valores prevaleciente (valores utilitarios, consumistas) a los valores éticos social y tradicionalmente aceptados como la responsabilidad, la honestidad la tolerancia la justicia entre otros, generará un cambio en la actitud colectiva que permita apreciar la labor de una figura tradicionalmente influyente en todas las sociedades: la figura del médico; redundando en el gremio, en satisfacción y orgullo de ejercer una profesión socialmente útil, la cual hasta nuestra época, ha resistido los embates del tiempo, las épocas, las edades y las transiciones.

## **Conclusiones.**

Después de haber realizado la aplicación de los cuestionarios de variables sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventori al universo de médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 48 ubicada en la ciudad de Guadalajara Jalisco, para la detección del síndrome de Burnout en estos, se concluye que la incidencia de este es de 34.5 %.

Encontrándose en la subescala de Agotamiento Emocional niveles altos en un 7.3 % y niveles medios en un 10.9%. En despersonalización, el 3.6 % (2) registraron niveles altos de esta variable, el 1.8 % (1) nivel moderado. El 1.8 % presentaba un nivel de altos sentimientos de baja realización personal en el trabajo (recordemos que esta variable es considerada negativa, por lo que las bajas puntuaciones de esta son consideradas como altos sentimientos de baja realización, y las puntuaciones bajas son traducidas como alta realización personal), el 9.1 % (5) registró un nivel medio de baja realización personal; situación que coincide con los reportes de estudios similares y que confirma la universalidad del fenómeno en estudio, lo que debe de alertar a las autoridades institucionales y sindicales para la toma de medidas preventivas que limiten, corrijan y manejen los casos detectados de síndrome de Burnout mediante la consecución de consensos para favorecer el establecimiento de medidas correctivas pertinentes, en sus diferentes niveles de presentación.

# ANEXOS.

## ANEXO 1

<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA</b>	
<b>Lugar y Fecha</b>	Guadalajara, Jalisco. A _____ de _____ del 2006.
<b>Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado</b> _____	
Detección de Síndrome de Burnout en los médicos adscritos a la U.M.F 48 del I.M.S.S. delegación Jalisco.	
<b>Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC</b> _____	
No. De registro F-1303-2006-22	
<b>El objetivo del estudio es</b>	Determinar el porcentaje de Síndrome de Burnout en Médicos que laboran en la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F. 48.
<b>Se me ha explicado que mi participación consistirá en</b>	Responder el cuestionario de encuesta de variables sociodemográficas y el cuestionario Maslach Burnout Inventori (MBI) para detección de síndrome de Burnout.
<b>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:</b>	
<b>Contestar el cuestionario de encuesta de variables sociodemográficas y el cuestionario Maslach Burnout Inventori.</b>	
El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación 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 atención médica que recibo en el 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 serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____ <b>Nombre y firma del paciente</b>	
_____ <b>Nombre, firma, matrícula del investigador principal.</b>	
DR. Víctor Hugo Mendoza Rosales.	
10350683	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:	
36-49-68-86 o cel. (044-333) 3 98 36 09	
<b>Testigos</b>	
_____ _____	
Clave: 2810 – 009 – 013	

**ANEXO 2**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. DETECCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS ADSCRITOS DE LA U.M.F. 48.**

Proyecto de investigación a realizar por el  
 Dr. Victor Hugo Mendoza Rosales.

Actividad	AÑO 2005					2006								
	Nov	Dic	En e	Fe b	Mar	Abr	May	Ju n	Jul	Ago	Sep t	Oct	Nov	Dic
Selección del tema.	X													
Elaboración del proyecto de investigación	X	X	X											
Presentación del protocolo a autoridades							X	X	X	X	X			
Informar a dirección de UMF la realización del proyecto de investigación y obtención de aprobación y apoyo.			X											
Realización De entrevistas										X	X	X		
Recolección de información y procesamiento de datos.										X	X	X		
Reporte final.												X	X	
Monitoreo del proyecto de investigación.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



**ANEXO 4**  
**CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORI TEST.**

Instrucciones:

Para responder a las preguntas, elija solo una de entre las 7 posibles respuestas, de acuerdo a la siguiente escala:

0= Nunca;

1 = Pocas veces al año;

2 = Una vez al mes o menos;

3 = Unas pocas veces al mes;

4 = Una vez a la semana.

5 = pocas veces a la semana;

6= todos los días.

Solamente marque el número al que corresponda la respuesta.

No es necesario anotar su nombre.

	0	1	2	3	4	5	6
1.-Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo.							
2.-Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada, me siento fatigado.							
4.-Siento que puedo entender fácilmente a mis pacientes.							
5.-Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.-Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7.-Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8.-Siento que el trabajo me esta desgastando.							
9.-Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas con mi trabajo.							
10.-Siento que me he hecho mas duro con la gente.							
11.-Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.							
12.-Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13.-Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.-Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15.-Siento que realmente no me importa lo que le ocurra a mis pacientes.							
16.-Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17.-Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18.-Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
19.-Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20.-Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21.-Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.							
22.-Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1.-Swartzmann, L. Estrés laboral, Síndrome de Desgaste (Quemado)Depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? Ciencia y trabajo. 14;2004:174-84.

2.- Prieto A, Robles A, Salazar M, Daniel V. Burnout en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. Atención Primaria.29;2002:294-302.

3.- Aranda B, Pando M, Salazar E, Torres L, Aldrete R, Pérez R. Factores Psicosociales laborales y Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. Investigación en salud. VI;2004:1-13.

4.- Peinado P, Garcés de los Fayos R, Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología. 14;1998:83-93.

5.- Jiménez C, Morales J, Martínez C. Estudio del Síndrome de Burnout en cirujanos pediatras españoles. Cir Pediatr. 15;2002:73-78.

6.-Cedeño H, Brand T. Síndrome de Burnout en residentes de postgrado de medicina familiar y en los médicos familiares en Venezuela. Medico de Familia. 11;2003:91-99.

7.-Díaz R, Lartigue B, Acosta V. Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. Revista ADM LVIII (2);2001:63-7.

8.-Ortega R, López R. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios :revisión y perspectivas. Int. J Clin Health Psicol. 4;2004:137-60.

9.- Bianchini M. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. Med Legal de Costa Rica. 13-14(2);1997:189-192.

10.- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. 16(6);2002:480-6.

11.- Gil-Monte P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. 15(2);1999:261-268.

12.- Gomero R, Palomino J, Ruiz F, Llapeysán C. El síndrome de Burnout en personal sanitario de la empresa minera de Sothern Perú Coupper Corporation: Estudio Piloto. Rev Med Hered. 16(4);2005:233-238.

13.- Castillo S. El síndrome de Burnout o síndrome de agotamiento profesional. *Med Legal Costa Rica* 17(2)1997;11-14.

14.- Boada J, Vallejo R, Agulló E. El Burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y la motivación laboral. *Psicothema*. 16(1);2004:25-131.

15.-Pérez E. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en residentes. *Med. Int. Mex.* 22 (4);2006:283-286.

16.-Gil M, Peiró J. Validez factorial del MASLACH BURNOUT INVENTORI en una muestra multifactorial. *Psicothema*. 11;1999:679-689.

17.- Alarcón J, Vaz F, Guisado J. Análisis del síndrome de Burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* : 29 (1);2002: 8-17

18.- Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*. 29(2);2003:103-10.

19.-Gil M. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach-Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública Mex.* 44:2002:33-40.

20.- Lopez F, Rodríguez N, Fernandez S, Marcos A, Martinón T, Martinón S. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *Anales Pediatría*. 62;2005:248-51.

21.-Sos T, Sobreques S. Segura B, J. Manzano M, Rodríguez M, Garcia G, Cebrià J. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*.12;2002 (10):1-10.

22.- Atance M. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Publica*. 71;(3);1997:1-13.

23.-Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P. Comas O, Garcia M, et al. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*. 27;2002:459-468.

24.- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*.16; (6);2002:480-6.

25.-Torras M, Bernard J. Pedregosa M, Bernat M, Miranda M, Catalá, et al. Importancia de la detección del síndrome de Burnout en la atención primaria. C Med Psicosom. 60/61;2001-2002:22-5.

26.- Mireles P, Pando M, Aranda B. Factores Psicosociales y síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil de Guadalajara, México. Investigación en salud. 2002:1-11.

27.- Albadejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M et al. Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 78 (4); 2004: 505-16.

28.- Marrero M, Grau J. Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. Psicología y Salud 15(1)2005:25-32.

29.-Román J. Estrés Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario secundario de atención. Rev Cub Salud pública. 29(2);2003:103-10.

30.- Kasparas G. Las repercusiones del SIDA en el equipo de salud. Síndrome de Burnout. Rev Arg Clin Neurpsiq. 9(2)2000:1-6.

31.- Aranda C, Pando M, Velásquez I, Acosta M, Pérez M. Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. Rev Psiquiatria Fac Med Barma. 30(4);2003:193-199.