



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LOS
TURNOS LABORALES EN MÉDICOS QUE BRINDAN
ASESORIA MÉDICA VÍA TELEFÓNICA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

FERNANDO ISRAEL TAPIA GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY.

MÉXICO, D. F.

ENERO 2011



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.

AGRADACIMIENTOS.

Agradezco a Dios por dejarme seguir vivo y permitirme disfrutar de las cosas maravillosas que tiene este mundo, poseer la capacidad de afrontar las adversidades que se presentan a lo largo de mi vida.

A mis Padres por darme la vida y apoyarme en todas mis elecciones, especialmente a mi Madre por esa lucha inagotable e incondicional de sacar a sus hijos adelante y hacerme entender que la clave del éxito es la perseverancia y la preparación intelectual.

Gracias a mis hermanas por su confianza y todos sus consejos, a ti Anita porque sin tu apoyo moral y económico esto no hubiera sido posible, siempre estaré agradecido por lo que hiciste por mí y sigues haciendo sin ser tu obligación.

En el ámbito laboral quiero agradecer a la Directora de Capital Humano Rosy Beltrán, por permitirme llevar a cabo esta investigación y gestionar el proceso para que los Médicos realizaran la evaluación correspondiente. A mi jefa Marisol Cruz por todo su apoyo, tolerancia y confiar en mi trabajo.

Agradezco a mi Maestra Martha Laura por dirigir esta tesis y brindar su conocimiento a lo largo de mi carrera, al Profesor Emiliano Lezama por su paciencia y apoyarme en la parte estadística, al Profesor Rogelio Gómez por ser parte de mi formación académica, ya que todo lo aprendido en clase lo aplico en mi trabajo.

Y principalmente quiero dedicar esta tesis a una persona que forma gran parte de mi vida, que me apoyó a lo largo de mi carrera y de esta investigación. Gracias Merlyng por ser tan tolerante y aguantar mis descargas de mal humor y aún así querer compartir tu vida a mi lado. Te amo

INDICE

RESUMEN.	I
INTRODUCCIÒN.	II
CAPITULO 1: EL SÌNDROME DE BURNOUT.	
1.1 Antecedentes del Síndrome de Burnout.	1
1.2 Modelos explicativos del Síndrome Burnout.	2
1.3 Características del Síndrome de Burnout.	4
1.4 Causas que facilitan el síndrome de Burnout.	5
1.5 Síntomas del Síndrome de Burnout.	6
1.6 Diferencia entre Burnout y Estrés.	7
1.7 Estrategias para enfrentar el Síndrome Burnout.	10
1.8 Consecuencias de Burnout.	15
1.9 Instrumentos de medición en el síndrome de Burnout.	16
CAPITULO 2: LA PROFESIÒN MÈDICA Y EL SÌNDROME DE BURNOUT.	
2.1 El trabajo de los Médicos y su relación con el síndrome de Burnout.	18
2.2 La salud de los Médicos.	20
2.3 El médico y el Burnout.	21
CAPITULO 3. TURNOS LABORALES Y SU REPERCUCIONES EN LA SALUD DE LOS COLABORADORES.	
3.1 Jornada de trabajo.	24
3.2 Turnos laborales.	25
3.3 Efectos de trabajo por turno en los colaboradores.	27
3.4 Mejoras de los colaboradores en tareas por turnos.	28
3.5 Consecuencias en la salud de los colaboradores por trabajar en turnos nocturnos e irregulares.	30
3.6 Conflicto familiar por jornadas laborales extensas.	31

CAPITULO 4.	
EMPRESA MEDICALL HOME.	34
CAPITULO 5. PROCESO METODOLÒGICO.	
5.1 Objetivos de la investigación.	38
5.2 Diseño.	38
5.3 Hipótesis.	38
5.4 Variables.	38
5.5 Población.	39
5.6 Instrumento.	39
5.7 Recolección de datos.	40
CAPITULO 6.	
RESULTADOS.	41
CAPITULO 7.	
CONCLUSIONES.	51
BIBLIOGRAFIA.	54
ANEXO.	57

RESUMEN.

La presente investigación tiene como objetivo detectar la presencia de Burnout en asesores médicos vía telefónica y su relación con los diferentes turnos en los cuales llevan a cabo sus labores.

Se pudo observar a lo largo de esta investigación, que la profesión del médico no es nada fácil, ya que el tratar con personas diariamente no es sencillo y al paso del tiempo empiezan a aparecer padecimientos tales como el síndrome de Burnout, el cual afecta el desarrollo laboral, psicológico y familiar de los colaboradores, expresándose con actitudes negativas hacia las personas que solicitan el servicio, o no sentirse satisfecho con las tareas que se estén llevando a cabo diariamente y verse abrumado por el trabajo de rutina.

Para la recolección de datos la muestra quedo conformada por 28 asesores médicos de la empresa Medical Home divididos por tres grupos dependiendo el turno en el que presentan sus servicios, turno matutino, vespertino y nocturno con un rango de edad de 26 a 50 años de edad. La presentación de Síndrome Burnout fue medida con el cuestionario MBI Maslach y sus tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

En los resultados obtenidos del cuestionario MBI Maslach se detectaron diferencias significativas en las áreas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, por lo que se rechazo la hipótesis nula, lo que implica que si existen diferencias significativas entre los diferentes turnos y las diferentes áreas que abarca el cuestionario MBI Maslach.

En función de estos resultados, se establece que si existe una relación entre los diferentes turnos laborales y el Síndrome de Burnout.

INTRODUCCIÒN.

El síndrome de Burnout se considera una respuesta que se genera en empleos muy demandantes, este lo puede llegar a padecer todo aquel profesional cuyo trabajo tenga que ver con el trato o contacto con personas constantemente, entre los que se encuentran los profesionales de la salud.

En este sentido, una organización o institución debe considerar el bienestar de sus colaboradores tanto en el ámbito personal como laboral, así como en las condiciones bajo las que se llevan a cabo las tareas encomendadas, ya que si no es tomando en cuenta este rubro se ven las repercusiones en la baja productividad del personal, la constante rotación y la baja calidad de los servicios que se brindan, entre otros factores.

Por ello, se considera de suma importancia conocer el síndrome de Burnout y como puede llegar afectar la conducta de los colaboradores de una organización o institución que son vulnerables a padecer este síndrome por trabajar bajo condiciones que no son favorables y esto les impida no tener un buen desempeño, especialmente los profesionales de la salud en este caso la de los médicos.

En esta línea, la presente investigación tiene como objetivo establecer si el Síndrome de Burnout tiene alguna relación con los diferentes turnos en los asesores médicos que brindan atención médica vía telefónica en la empresa Medicall Home.

Ello, probablemente podría generar alternativas para prevenir o brindar las diferentes técnicas para saber afrontar el síndrome de Burnout y obtener una mejor calidad de vida en el ámbito laboral y personal.

A fin de cumplir el objetivo establecido, en el capítulo 1 se abordaran los antecedentes del síndrome de Burnout, y los diferentes modelos explicativos de este padecimiento desde la perspectiva de diferentes autores, así como las características del síndrome y sus tres dimensiones, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal y como afecta al colaborador en el ámbito psicológico, social y laboral, se estudiara las diferentes causas que facilitan el síndrome de Burnout, así como los diferentes síntomas que presentan las personas que padecen este síndrome.

Se mencionará la diferencia entre estrés y Burnout, así como las diferentes estrategias para prevenir y contrarrestar dicho padecimiento, las consecuencias que afectan a los colaboradores y su repercusión en su trabajo y vida personal, también se mostrará el instrumento MBI Maslach con el cual será medido el síndrome de Burnout.

En el capítulo 2 se abordará como la medicina ha ido cambiando a lo largo del tiempo y la importancia del trabajo del médico y sus repercusiones en la salud de los mismos, en especial como pueden padecer el síndrome de Burnout al llevar a cabo sus actividades cotidianas y estas como repercuten en su conducta y en los pacientes que solicitan sus servicios.

En el capítulo 3 se abordará el concepto de jornada laboral desde la perspectiva de la ley federal del trabajo, y en qué consiste un turno laboral y las consecuencias que pueden padecer los colaboradores por trabajar turnos rotatorios y jornadas más extensas de las que estipula la ley, y a su vez como puede llegar a afectar la relación familiar, psicológica y laboral.

En el capítulo 4 hablaremos de la empresa donde fue llevada a cabo la investigación, se abordará el giro de la empresa, así como su visión, misión, filosofía y sus valores y algunos de los servicios que brinda esta organización. Finalmente se presentarán los resultados y las conclusiones obtenidas, así como las limitaciones que presenta esta investigación.

CAPITULO 1

EL SÌNDROME DE BURNOUT

En este capítulo se hablará del síndrome de Burnout, retomando las primeras investigaciones de este síndrome, sus antecedentes y las consecuencias que generan en el ser humano en el ámbito personal, físico, psicológico y laboral, identificaremos sus principales características y las causas que faciliten este síndrome. Así como los síntomas que pueden experimentar las personas que tienen este padecimiento y las diferentes estrategias que existen para afrontar el Burnout, ya que los profesionistas que se dedican a trabajos en los cuales está implicado el contacto con personas son los más vulnerables.

1.1 Antecedentes del Síndrome de Burnout

El término “Burnout” tiene su origen en el deporte inglés y su traducción al castellano es “estar quemado”. Comenzó utilizándose este término para referirse a los problemas de cansancio de los profesionales sociosanitarios (educación, sanidad, servicios sociales), aunque actualmente el término se utiliza para cualquier ocupación laboral. (Sánchez, 2008)

A lo largo de últimos veinte años se ha generado un gran interés por los estados de fatiga. Uno de ellos lo han etiquetado como Burnout, convirtiéndose este en una fuente de investigación sobre el estrés.

El concepto de Burnout fue mencionado por primera vez por Freudenberger en 1974 para describir el estado físico y mental en relación con el trabajo, el cual fue observado en jóvenes voluntarios en una clínica de desintoxicación. Después de 1 año de estar en la misma actividad, muchos de ellos se sintieron agotados, fácilmente irritables y habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y una tendencia a evitarlos. El origen del concepto de Burnout ha influido enormemente en la historia dinámica de la investigación del Burnout. Muchos científicos destacaban que los síntomas del Burnout pueden observarse también entre aquellos que no tienen ningún tipo de empleo, mientras que otros científicos defienden que el Burnout aparece solo en sujetos que realizan algún tipo de trabajo con personas Freudenberger (1974, citado en Buendía, 1998).

Freudenberger también menciona que se puede llegar a un agotamiento debido a una demanda excesiva de energía o fortaleza, atribuida al estrés que provoca trabajar con gente emocionalmente necesitada y demandante. La persona que se encuentra en este estado no puede manejarse de manera efectiva y lo manifiesta a través de diferentes síntomas conductuales, físicos y psicológicos. (Citado en Guthrie y Black, 1997)

Maslach pertenece a aquellos que reservan este concepto para personas que continuamente trabajan con otras personas. El define el Burnout como un "Síndrome de agotamiento emocional", despersonalización una realización personal reducida que esta puede ocurrir entre individuos que de alguna manera trabajan con personas. El aspecto clave es el aumento de los sentimientos de agotamiento emocional. La segunda dimensión es despersonalización, es decir, actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes. Maslach construyó un cuestionario para medir Burnout en el cual se evalúan tres dimensiones por medio de tres subescalas (Maslach y Jackson, 1986, Scaufeli, Maslach y Marek, 1993). El BMI puede ser fácilmente administrado y es, por tanto ampliamente utilizado. Extraoficialmente, la definición de la escala se convierte en la más aceptada. (Citado en Guthrie y Black, 1997).

En el año de 1984 Freudenberger comenzó el estudio del tema, ya que diferentes autores han elaborado teorías explicativas de este fenómeno. Dos perspectivas generales se han venido desarrollando: la perspectiva clínica y la perspectiva social. La perspectiva clínica entiende al Burnout al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece. La perspectiva psicosocial lo considera un proceso, que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. La diferencia entre ambos enfoques es clara que la primera perspectiva analiza el problema en tanto estado personal y la segunda lo analiza en tanto proceso dinámico, producto de la interacción entre varios factores.

Este trabajo se basa en el marco referencial que propone el abordaje psicosocial y en especial sigue la línea desarrollada por Maslach y Jackson en 1981. Si bien estos autores comenzaron a estudiar el Burnout como "estado", fueron comparando la necesidad de entenderlo en tanto "proceso". De esta

manera lo conceptualizaron como un síndrome que se desarrolla en personas cuyo objeto de trabajo son otras personas y que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo. (Maslach, C y Jackson 1986 citado en Tonon G 2003).

1.2 Modelos explicativos del Síndrome Burnout

A continuación se mencionaran algunos de los modelos explicativos del síndrome de Burnout que parten de marcos teóricos más amplios tales como: la psicología social, la psicología clínica y la psicología de las organizaciones, presentando a continuación un cuadro que resume en forma cronológica, las propuestas más difundidas que se conocen:

Psicología clínica: considerada al Burnout como un estado

AUTOR	AÑO	CONCEPTUALIZACION
Freudenberguer	1974	Estado de agotamiento, decepción y pérdida de intereses como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables
Fischer	1983	Estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima

Psicología social: basada en la Teoría socio cognitiva del yo

AUTOR	AÑO	CONCEPTUALIZACION
Harrison	1983	Las personas que

		trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a las demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no la dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el Burnout, que, así mismo, retroalimenta negativamente su motivación para ayudar.
Pines y Aronson	1983	Proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su trabajo, que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental; sentimientos de inutilidad, impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima.

Psicología de las organizaciones: basada en las teorías del estrés laboral. Considera los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas para dar respuesta. Este modelo es aplicado a todas las profesiones.

AUTOR	AÑO	CONCEPTUALIZACION
Golembiensi	1983	El estrés laboral esta

		generado por la sobrecarga laboral o por la denominada “pobreza de rol” que es su antítesis. Ambas situaciones producen en la persona pérdida de autonomía, disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga
--	--	--

(Tonon, Graciela 2003)

1.3 Características del Síndrome de Burnout

El Burnout es un síndrome que afecta tres dimensiones básicas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal en el trabajo. El agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales que corresponde a la medida del nivel de sentirse abrumado emocionalmente. La despersonalización comprende la respuesta impersonal y la falta de sentimientos por los sujetos atendidos, que se expresa en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. En cuanto a la realización personal en el trabajo, se refiere a los sentimientos de competencia y realización exitosa en la tarea laboral que desempeña cotidianamente y que en el caso del síndrome de Burnout corresponde a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con el reproche de no haber alcanzado los objetivos propuestos, provocando baja autoestima profesional y relaciones interpersonales pobres.

Es común que el Profesional no se percate que padece el síndrome de Burnout, lo que lleva a agudizar el problema, lo que repercute en las personas que atiende, generando una disminución en la calidad del servicio que se esté brindando.

Al respecto del ámbito en que se ha presentado el síndrome, Tonon, G.(2003) propone las siguientes características

ENTORNO	CARACTERISTICAS
Social	Se refiere a estudio de los cambios producidos en las

	leyes que rigen el ejercicio profesional, y en la formación profesional las definiciones en el ejercicio profesional y las condiciones laborales de riesgo.
Organizacional	Se centra en el estudio de las relaciones entre los diferentes grupos que conforman la organización, así como al proceso de socialización en su entorno laboral, por el cual los miembros de la organización aprenden los valores, las normas y las pautas de conducta de la misma. Cabe señalar que en un primer momento se había considerado que era la organización en sí misma la que producía el síndrome, pero en realidad este se genera en la interacción del Profesional con la gente que brinda el servicio
Interpersonal	Se refiere a las relaciones que los profesionales tienen con sus compañeros de trabajo y con los usuarios del servicio.
Individual	Aquí se deben de tomar en cuenta las características de personalidad de cada uno de los profesionales.

(Tonon, Graciela. 2003).

1.4 Causas que facilitan el síndrome de Burnout

Las causas que van generando Burnout son diversas Cherniss (1980) menciona: que la interacción profesional con la organización es la causa más importante en el desarrollo del Burnout. También menciona que las personas que laboran en trabajos extremadamente demandantes, o aburridos, tienden a cambiar negativamente con respecto a las personas cuyo trabajo es interesante, apoyado y estimulado. Añade que la principal causa de este síndrome es la interacción con la organización donde preste sus servicios profesionales.

Gairing (1991) menciona que la mayoría de las veces, los profesionales que eligen un trabajo de servicio humano comparten una característica especialmente común: son personas sensibles a las necesidades de los demás, que supone un cierto nivel de realización o significación en sus vidas, y

en este sentimiento que se pone como ejemplo fundamental esta escondida la trampa del Burnout

Maslach (1982), menciona que las cualidades internas de cada individuo determinan la manera en que una persona maneja las fuentes externas de estrés emocional y ayuda a explicar por qué una persona experimenta Burnout en un particular escenario de trabajo y otra persona no. También menciona que el tratar con personas puede ser muy demandante ya que se necesita de mucha energía para mantener la calma en medio de una crisis, para ser paciente ante la frustración y ser comprensivo cuando se está rodeado de miedo, dolor, y enojo por parte de los pacientes. Los elementos que pueden predecir el desencadenamiento del Burnout puede variar dependiendo de cada individuo y de cada ambiente laboral donde se desempeñe.

Maslach y Leiter (1997) describen algunos factores institucionales que pueden provocar el síndrome de Burnout.

- 1.- Sobrecarga de trabajo: Esta situación genera una crisis que afecta de tres maneras: hace el trabajo más intenso, surge la necesidad de mayor tiempo de actividad y lo vuelve más complejo.
- 2.- Falta de control laboral: Las políticas y prácticas que intervienen con esta capacidad reducen la autonomía individual y el involucramiento con el trabajo.
- 3.- Insuficiencia en las recompensas: Además de las recompensas monetarias, de prestigio y de seguridad, se da la pérdida de recompensas intrínsecas, como el disfrutar el trabajo, ganar experiencia etc.
- 4.- Pérdida del sentimiento de comunidad: La pérdida de seguridad en el empleo, y la concentración excesiva de la organización en resultados a corto plazo, excluyen las consideraciones de los trabajadores. Provocando la fragmentación de las relaciones personales disminuyendo el trabajo en equipo.
- 5.- Ausencia de Justicia: En ocasiones, las organizaciones toman decisiones que indican poca preocupación por el bienestar de los trabajadores, encaminan sus recursos principalmente al bienestar financiero, no se construye un sentimiento de comunidad y los trabajadores no confían en las decisiones de la dirección.
- 6.- Conflicto con los valores de la organización: Un sistema de supervivencia a corto plazo y centrado, contradice los valores que muchos trabajadores tienen respecto a su trabajo.

1.5 Síntomas del Síndrome de Burnout

Este síndrome empieza a convertirse en un problema de gran importancia social, por la implicación que tiene en tanto su ámbito personal manifestando síntomas de depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos de sueño, frustración, desarrollo de actitudes optimistas, alteraciones gastrointestinales, cefaleas y en cuanto al ámbito profesional se manifiesta un bajo rendimiento, bajas laborales y ausencias de los que padecen este síndrome.

Existen tres dimensiones fundamentales de este síndrome: cansancio emocional, despersonalización y una sensación de falta de realización.

1.- Cansancio emocional.

El agotamiento es la manifestación primaria del síndrome, este es un componente individual del Burnout que no se puede dejar de lado porque se perdería la perspectiva de este fenómeno.

2.- Despersonalización.

En esta dimensión el sujeto marca un distanciamiento el cual es muy común en el síndrome de Burnout este aparece constantemente en su relación con la despersonalización en una gran variedad de ámbitos organizacionales y profesionales.

3.- Realización Personal.

Esta dimensión puede depender de las dos anteriores ya que es común para que se dé la despersonalización una mezcla de cansancio emocional y despersonalización. Una situación con demandas crónicas y abrumadoras muy probablemente deteriorara el desempeño laboral. (Rabasa 2007)

Los síntomas según Maslach (1986) y Asúa (1889) pueden agruparse en cuatro áreas:

1.- Psicosomáticos: estos se presentan en los primeros estadios del síndrome, con cefaleas, astenia, insomnio, artralgia, alteraciones gastrointestinales, pérdida del apetito y peso, dolores y rigidez muscular, asma, hipertensión arterial e incapacidad para relajarse.

2.- Conductuales: absentismo laboral, bajo rendimiento, retrasos en las actividades laborales, aislamiento, conductas agresivas, intentos de suicidio, abuso de drogas, alcohol o fármacos, inadaptación familiar y social.

3.- Cognitivo-emocionales: distanciamiento afectivo, insatisfacción, impaciencia, irritabilidad, baja autoestima, dificultad de concentración, problemas de memoria y despersonalización.

4.- Defensivos: atención selectiva, escape y evitación conductual, negación de emociones, supresión de información, desplazamiento de sentimientos a otras personas. (Citado en Sánchez 2008).

1.6 Diferencia entre Burnout y estrés.

Los psicólogos consideran que una persona está bajo estrés cuando ha de hacer frente a demandas conductuales que le resulta difícil llevar a cabo o satisfacer. Estas demandas exigen o provocan un incremento importante de la energía fisiológica del organismo (activación), un rápido procesamiento de la información tanto interna como externa, con frecuencia consistente en estímulos poco usuales y bastante complejos, y la búsqueda y posterior puesta en marcha de conductas que permitan satisfacer dichas demandas y alcanzar un nivel óptimo de tranquilidad.

Hay tres características básicas de situaciones que generan estrés.

1.- Exigencias excepcionales del organismo.

2.- Falta de información, al menos momentánea, para satisfacerla.

3.- Activación fisiológica importante que permita:

a) Recoger más y mejor información.

b) Procesarla e interpretarla lo más rápidamente posible.

c) Estar preparado para emitir inmediatamente la respuesta adecuada.

Lo que caracteriza a una situación de estrés es el desequilibrio entre las demandas del organismo y los recursos del individuo.

Los principales agentes laborales que producen estrés son los siguientes:

1.- Sobrecarga laboral: El volumen, la magnitud o complejidad de la tarea (y el tiempo disponible para realizarla) está por encima de la capacidad del trabajador.

2.- Falta de control sobre las actividades y resultados: existe una amplia y estricta supervisión por parte de los superiores, restringiendo el poder de decisión y la iniciativa de los trabajadores.

3.- Insuficientes satisfacciones en el trabajo: Aquí podrían englobarse diversas circunstancias, como el hecho de encontrarse ante un trabajo repetitivo, que determinen que las tareas sean monótonas y rutinarias o repetidas en ciclos de muy poco tiempo; o bien con una tarea en que el ritmo de trabajo resulte agobiante al estar marcado por los requerimientos de las maquinas o por la propia naturaleza del objeto social de la empresa, concediendo por tanto la organización poca autonomía para adelantar o retrasar el trabajo.

4.- Conflictos de rol: Existen demandas conflictivas o que el trabajador no desea cumplir, oponerse ante las distintas exigencias del trabajo, conflictos de competencia.

5.- Cambios rápidos e imprevistos: Cambios en el ámbito de la organización que supongan, por parte del trabajador, un gran esfuerzo de adaptación que no lo facilita la empresa al no prestarle apoyo mediante la necesaria formación.

6.- Conflictos interpersonales: Estos conflictos se presentan en el conjunto de las relaciones que surgen en el ámbito laboral, tanto con superiores como con subordinados o con los propios compañeros de trabajo.

7.- Expectativas irreales: Se espera del trabajador la consecución de unos objetivos que superan sus habilidades o la capacidad de la propia organización.

8.- Sentimientos de inadecuación: La capacidad del trabajador está por encima de las tareas encomendadas, o bien la responsabilidad que se le exige no se corresponde con su preparación o la retribución percibida. (Rabasa 2007).

El término de desgaste profesional, en contraste con el estrés generado por el trabajo, ha sido reservado para los efectos de un estrés crónico severo, en los profesionales con un alto grado de contacto humano (Van Leeuwen y kwee, 1990; y Beberly, A.P. 1991 Citados en Gil Monte y Peirò 1997).

El estrés por sí solo no es un causante directo de Burnout ya que es posible vivir y progresar en una ambiente estresante, siempre y cuando exista un sentimiento de que la labor realizada es apreciada y tiene significado. Es cuando el nivel de estrés sobrepasa las recompensas y el trabajo carece de significado y es cuando sobreviene el Burnout (Pines y Aronson, 1989).

Farber en (1985) señaló que aunque el estrés y el Burnout son conceptos similares no son idénticos. El Burnout no es el resultado per se del estrés si no que se genera por no tener algún "escape" de este y no contar con un sistema de soporte.

El estrés puede tener efectos positivos o negativos y surge entre un desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del individuo. Mientras que el Burnout generalmente se convierte en algo que posee principalmente efectos negativos.

Así que puede decirse que el estrés es un condicionante para que se desarrolle el Síndrome de Burnout, sin embargo sus causas, consecuencias y manifestaciones resultan diferentes en cada individuo. (Citado en Pinelo 2002)

A continuación se presentan las principales diferencias entre Burnout y estrés mencionadas por Hart (1984).

BURNOUT	ESTRÉS
Falta de compromiso	Exceso de compromiso
Emociones aplanadas	Emociones exaltadas
Daño emocional	Daño físico
El agotamiento afecta la motivación y la energía psicológica	El agotamiento afecta la energía física
Produce desmoralización	Produce desintegración
Perdida de ideales y esperanza	Perdida de combustible y energía
Depresión causada por la pérdida de los ideales y la esperanza	Depresión causada por la necesidad del cuerpo de protegerse y preservar energía
Sentimiento de indefensión y desesperanza	Sentimiento de urgencia e hiperactividad
Despersonalización y desapego	Desordenes de pánico, fobias y pánico

(Citado en Espinosa. S. y Quintana. L 2010).

1.7 Estrategias para enfrentar el Síndrome Burnout

A continuación se hará mención de algunas estrategias que pueden ayudar a enfrentar el síndrome de Burnout, sin embargo estas dependerán de los recursos intelectuales con los que cuente cada sujeto para afrontar las diferentes situaciones que les generen estrés.

- No sobrecargarse de tareas y menos si no forman parte de las tareas habituales.
- Utilizar los canales de comunicación que haya en la empresa: departamento de recursos humanos, correo interno, sistema de sugerencias, para informar a los superiores de las preocupaciones que nos inquietan. También se puede hablar con personas de confianza que tengan influencia y puedan solucionar la situación de angustia.
- Averiguar si otras personas han pasado por la misma situación y preguntarles como lo solucionaron.
- Delimitar las funciones: pedir que se organicen reuniones periódicas en las que todos puedan dar su opinión sobre su propio trabajo, clarificar en que ámbitos es responsable cada uno y cuantas tareas puede asumir sin llegar a desbordarse.
- Aprender a controlar las emociones: no enfadarse cuando se crea que se está cometiendo una injusticia con uno. Hay que intentar exponer las quejas con explicaciones basadas en hechos concretos y proponiendo soluciones. Es importante que cuando se exponga un problema se demuestre que no solamente afecta a uno mismo si no a todo el equipo.

Lo fundamental, es que dejemos nuestros temores a un lado, y en el momento de presión sepamos, con humildad, pedir ayuda: algunas personas se queman cuando se les exige asumir tareas para las que no se está preparado. (Rabasa 2007).

Tonon (2003) Menciona algunas estrategias para el afrontamiento del síndrome Burnout a través de diversas técnicas.

Mejorar las habilidades de afrontamiento de cada sujeto implica la generación de estrategias útiles tales como: distanciamiento del problema, intento de regular y controlar las propias respuestas emocionales, evaluación positiva de los efectos estresantes que presenta el problema, confrontación de la situación, aceptación de la responsabilidad y planificación de la estrategia.

Una de ellas se basa en el apoyo social en el trabajo. Entendemos por apoyo social, todo el proceso de transición interpersonal proveniente de los recursos sociales naturales o red para es sociales de pertenencia, que favorecen el bienestar de los agentes implicados.

Se considera apoyo social a la asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus comunidades y que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar capacidades de afrontar problemas como elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos.

El apoyo social ha sido estudiado desde diferentes líneas teóricas, las cuales coinciden en la identificación de tres tipos de apoyo:

- Apoyo emocional: sentimiento de ser amado, de poder contar con alguien, de poder ser escuchado.

- Apoyo instrumental: que consiste en la prestación de ayuda directa o de servicios.

- Apoyo informacional: que consiste en brindar información, consejo y/o guía para la resolución de problemas.

El apoyo instrumental, llamado también tangible, provee a la persona una respuesta concreta a su pedido. El apoyo emocional genera la sensación de no sentirse solo, ya que al compartir los problemas con otro/s, la persona se siente acompañada en el camino de resolución de su situación. Pero la importancia radica en la percepción que la persona tenga del apoyo social con que cuenta y que recibe. El apoyo social fomenta la salud de las personas, independientemente de la situación en la cual se encuentre.

Las redes sociales conforman el principal sistema de apoyo natural que tiene una persona, de allí que la familia sea considerada la primera red social de apoyo. Las relaciones sociales son fuente de felicidad, de disminución de ansiedad y de salud y los mayores beneficios parecen provenir de las relaciones de pareja y otros vínculos íntimos basados en la confianza mutua.

La aparición del Síndrome de Burnout en uno o más de los miembros del equipo de trabajo, remite a considerar no solamente la situación individual de esa persona, si no que la situación del equipo de un todo.

Asimismo, la posibilidad de prevenir casos futuros, se encuentra en estrecha relación con la posibilidad de trabajar a partir del apoyo social los casos detectados. Entonces el afrontamiento del problema nos lleva revisar las actividades cotidianas que lleva a cabo el trabajador.

El rediseño de tareas, el distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, el contar con momentos de descanso en el trabajo, el hecho de fijarse objetivos reales y posibles en el desarrollo de las tareas cotidianas, el aumento de la competencia profesional a partir del desarrollo de la capacitación, son alguna de las propuestas.

La solución de problemas es una técnica que facilita a las personas el reconocimiento de los problemas y la identificación de alternativas de resolución de los mismos.

Los programas de entrenamiento para manejar eficazmente el tiempo en el trabajo, tiene como objetivos el establecimiento de prioridades en la realización de las tareas y la identificación de las urgencias, generando como efecto un nuevo diseño para la realización de las tareas a partir de objetivos reales y alcanzables y contando con momentos de descanso en el trabajo.

También es importante poder distanciarse mentalmente de la tarea a partir del desarrollo de actividades que permitan la relajación como los hobbies, la práctica de deporte, y de actividades físicas en general. Asimismo, se recomienda la asistencia a congresos y jornadas científicas a fin de lograr la actualización permanente y el desarrollo de investigaciones, como formas de aumentar la competencia laboral.

El apoyo social en el trabajo aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora las actitudes y conductas negativas del sujeto hacia los demás. Este apoyo puede provenir del equipo de compañeros, de los grupos informales y hasta los jefes.

En cuanto a los grupos de apoyo social que pudieran organizarse en el ámbito laboral como respuesta al problema del Burnout, estos tienen como objetivos la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de cada uno de los profesionales y el mejoramiento del ambiente de trabajo a partir de facilitar el desarrollo de las tareas cotidianas. En ellos se discuten los problemas relacionados con el entorno laboral. De manera que el apoyo social

es una fuente de sustento psicológico básico, un recurso de afrontamiento y un inhibidor del estrés. (Tonon, G. 2003).

Existen otras estrategias de prevención del Burnout que están enfocadas en las organizaciones laborales, se debe tomar en cuenta que éstas variaran en función del contenido del trabajo y de la organización laboral y que antes de llevarlas a cabo, es necesario realizar un diagnóstico que permita identificar los factores que están propiciando el síndrome y a las personas afectadas por él.

Aunque pueda parecer obvio, la forma más efectiva de prevenir el síndrome de Burnout, en primera instancia, es la eliminación de las causas que lo provocan. Para ello, entre las acciones a realizar se incluyen: planificar la política de personal, diseñar los sistemas de comunicación y los puestos de trabajo, permitir la participación en la toma de decisiones o conceder autonomía a los trabajadores. La intervención preventiva se puede centrar en la formación y en la psicoeducación. Se trata de realizar actividades de concientización y programas de adquisición de destrezas.

Estas formas de intervención son efectivas para identificar los síntomas del síndrome, en ellas mismas y en los demás. Pueden ser especialmente eficaces los programas de coaching emocional dirigidos al manejo del estrés en los directivos con el propósito no sólo de optimizar sus competencias de afrontamiento del estrés sino de intervenir en las de sus colaboradores y subordinados.

A través de esta atención especializada se pueden aumentar los recursos físicos y psicológicos de la persona y ayudarla a modificar su valoración de la situación estresora y a afrontar de una mejor manera la angustia.

La prevención del síndrome implica la eliminación o reducción de los posibles factores de riesgo que se hallan en el entorno laboral.

Una intervención a nivel organizacional debería incluir tanto los elementos estructurales como los elementos psicosociales de organización. La prevención del síndrome debería comenzar con el propio diseño de la organización, como intervenir sobre el tiempo de la jornada laboral, modificar turnos y rotaciones e intervenir sobre el contenido del trabajo, con el fin de disminuir la monotonía y la repetitividad, pues esto puede llevar a producir un grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante y en servicios en que el impacto emocional

es alto, pues con mayor razón una organización debe tomar en cuenta la carga de trabajo en general y de la jornada laboral, son elementos que deben ser contemplados en el diseño organizacional en vistas a la prevención del síndrome.

Otros factores que deben tomar en cuenta las empresas para la disminución de este síndrome son:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el supervisor a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador, que ofrezca más oportunidades en la elección de los turnos.
- Fomentar la participación de los colaboradores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de ésta.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, propiciando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

El clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social y la falta de reciprocidad. Los resultados de numerosas investigaciones han mostrado que cuanto más positivos son el clima laboral, el

bienestar y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo.

Por otra parte la prevención del síndrome centrada en el individuo es más de uso habitual, son la auto observación, la auto valoración, el manejo didáctico del estrés, la promoción de estilos de vida saludables, el entrenamiento en solución de problemas, la aplicación de técnicas cognitivas etc.

El estilo de vida tiene que ver con las conductas específicas que utilizan las personas para modificar sus estados de ánimo negativos, dentro de estas conductas se pueden encontrar hábitos más o menos saludables. Parece que la conducta más saludable y efectiva para modificar el estado de ánimo negativo es la práctica de ejercicio físico o realizar algún tipo de actividad deportiva, o llevar una dieta saludable, no fumar, dormir las horas suficientes, establecer periodos de relajación y realizar actividades en el tiempo libre.

Reconocer e identificar el problema, así como las variables que están relacionadas, posibilita responder ante él de una manera relajada, eligiendo la estrategia más adecuada para afrontarlo. Además de aprender a organizar su tiempo para llevar a cabo sus actividades laborales y personales y también va a depender de los recursos intelectuales con los que cuente cada persona para afrontar y resolver sus problemas, sin dejar la ayuda social por un lado como ya se había mencionado anteriormente.(Gil Monte, 2007)

1.8 Consecuencias de Burnout

Maslach y Jackson (1986) opinan que las consecuencias del síndrome de Burnout son potencialmente peligrosas para los profesionistas, los pacientes y las instituciones en las que interactúan. La persona que brinda sus servicios y posee Burnout, es propensa a problemas de salud, deterioro psicológico, pérdida de la autoestima y una creciente insatisfacción por el trabajo que desempeña. Además esto puede dañar a los pacientes quienes reciben una menor calidad en el servicio y son tratados con frecuencia de manera inhumana. (Citado en Franco, 1997).

En este sentido, Maslach (1982) menciona que el trabajador no logra solucionar sus problemas que se vinculan con el síndrome de Burnout ya que los cambios de conducta y actitudes son ineficaces, llevando como

consecuencia, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Moreno y Peñacoba (1995) mencionan que el Burnout llega a afectar de manera grave en la calidad de vida de los profesionistas, esto repercute en la insatisfacción laboral y la disminución de la calidad del trabajo que estén desempeñando, esto también se ve reflejado en el ausentismo y en la rotación de personal.

Maslach (1986) elabora una lista de signos y síntomas que aluden al síndrome de Burnout considerándose como consecuencia para la persona:

- 1.- Agotamiento emocional, verbalizado con la expresión “no puedo más”.
- 2.- Quejas contra todo y contra todo el mundo a su alrededor, incluyendo la organización o institución en la que se labora.
- 3.- Fatiga y falta de ilusión por el trabajo cotidiano.
- 4.- Sensación de estar atrapado y no tener salida.
- 5.- Dificultad para aguantar la sobrecarga de trabajo.
- 6.- Enfriamiento de las relaciones interpersonales, con la pareja, familiar, amigo y compañeros.
- 7.- Actitud cínica ante el desempeño y los beneficiarios del mismo (pacientes o clientes).
- 8.- Disminución de la satisfacción, compromiso y motivación laborales.
- 9.- Creencia de falta de logro profesional.
- 10.- Sentimiento de frustración profesional e ideas de abandono precoz de la profesión, en la que se ha invertido grandes esfuerzos, tanto personales como de profesión, con ideas de cambio biográfico radical.
- 11.- Síntomas de somatización: cefaleas, palpitaciones, malestar abdominal, insomnio, entre otras.
- 12.- Intentos de automedicación, que incluyen las utilidades de alcohol, tranquilizantes o estimulantes.

Por último Lipko, E. (2004) Menciona que el contacto con la enfermedad y la muerte afecta al personal sanitario que reacciona como puede, a veces desarrollando defensas cínicas.

Algunos se desmotivan, en esos casos manifiestan una falta de interés creciente para con el enfermo y acaban cediendo a la negligencia e incluso a la violencia. Entonces es cuando se ponen de manifiesto las dificultades propias

del trabajo y es cuando puede llegar a estigmatizarse a una persona. Y así disminuir la calidad del servicio que se debe brindar a los pacientes

1.9 Instrumentos de medición en el síndrome de Burnout

Existen varios instrumentos que miden el Burnout y que han ido evolucionando en esta ocasión mencionare dos que se consideran los mas importantes por su confiabilidad y validez estos instrumentos son:

1. - El Maslach Burnout Inventory o MBI (Maslach y Jackson, 1982)
- 2.- El Burnout Measure o BM (Pines y Aronson. 1988)

El MBI esta diseñado para medir Burnout en Profesionales de servicio asistencial y actualmente es el indicador de Burnout mas usado en estudios con individuos que se dedican al trabajo con personas (Pines y Aronson, 1988). La estructura del MBI fue probada con base en un análisis de factores confirmatorios, usando Lisrel, con cada una de las muestras originales, empezando con una versión de 28 reactivos en escala. Este análisis identifico 24 reactivos que cumplieron el criterio requerido de asimetría y curtosis (-2.00%) y frecuencia de reactivos no contestados (-3.00%). Ya que el primer MBI se formo con 47 reactivos que fueron aplicados a 602 sujetos de diversas ocupaciones dentro del sector salud y servicio, posteriormente se redujeron a 25 y en la actualidad el MBI cuenta con 22 reactivos únicamente.

- Agotamiento emocional: comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. La respuesta a esta situación es el agotamiento, la persona se siente desgastada físicamente, sin energía para afrontar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo físico y emocionalmente. Los reactivos que lo integran son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16 y 20.

- Despersonalización: es el desarrollo de una respuesta distante, insensible e inhumana. El profesional se puede volver cinico, burlon y también puede ignorar las demandas de los pacientes y brindar una insuficiente o nula ayuda, cuidado o servicio solicitado. Los reactivos que lo componen son: 5, 10, 11, 15 y 22.

- Realización personal: el individuo comienza a dudar de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos presentándose sentimientos de frustración, baja autoestima o depresión. Los reactivos que lo integran son 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. (Pines 1993).

El desarrollo del MBI fue basado en la necesidad de crear un instrumento que evaluara la experiencia del Burnout, en diferentes trabajadores de servicio a la gente. Las primeras investigaciones fueron de tipo exploratorio, basándose en entrevistas, encuestas y observaciones, encontrando un patrón consistente que los llevo al postulado del síndrome de Burnout, y a la creación de un instrumento para medirlo (Maslach y Jackson 1981).

Finalmente podemos ver la importancia que tiene el estudio del síndrome de Burnout en todas las organizaciones, debido a las consecuencias por las que el colaborador y las instituciones pasan muchas veces sin darse cuenta que lo padecen. Sin embargo las instituciones que mas toman en cuenta a su personal son aquellas que menos pueden llegar a padecerlo. Ya que se puede evitar la baja productividad en las empresas, pero principalmente el colaborador puede alcanzar sus metas y a su vez la realización personal.

CAPITULO 2

LA MEDICINA Y EL TRABAJO DEL MEDICO.

En este capítulo se abordará como la medicina ha ido cambiando a lo largo del tiempo y la importancia del trabajo del médico y sus repercusiones en la salud de los mismos, en especial como pueden padecer el síndrome de Burnout al llevar a cabo sus actividades cotidianas y estas como repercuten en su conducta y en los pacientes que solicitan sus servicios.

2.1 El trabajo actual de los Médicos.

Sepúlveda (1981) establece que la medicina abarca los conocimientos y las técnicas para prevenir la enfermedad, promover y restaurar la salud y prolongar la vida y la eficiencia del individuo, de su grupo familiar y social, y de la comunidad en general.

Señala que, el trabajo médico es un proceso en el que todo tiene que ser interdependiente; y aunque en su origen la medicina fue esencialmente curativa, en su devenir histórico trascendió esta actividad, haciendo aflorar a los otros componentes, completándose, adquiriendo mayor significado conformándose como el recurso imprescindible que es ahora para el cuidado de la salud integral del hombre.

Se ha considerado (Somolinos, 1978) que el trabajo actual del médico, no es desempeñado como antes por una sola persona, sino que precisa una colaboración efectiva entre muchos médicos, cada uno de los cuales aporta, como la pieza en la máquina, el dato y el hecho preciso, insuficiente por sí solo, pero indispensable para el funcionamiento de los demás.

Esta pérdida de la función aislada e individual del médico y su consecuencia o sea el trabajo en conjunto, por equipos, ha dado lugar a la consolidación de un aspecto medico diseñado desde épocas anteriores, sin que llegara a establecerse hasta ahora definitivamente.

Gracias a estas formas de labor médica, la medicina de los tiempos actuales, ha experimentado, en tan corto periodo de tiempo, un desarrollo superior al conseguido durante todo el resto de su historia.

Son incontables los factores médicos y sociales que han constituido el desarrollo medico actual: entre los más importantes se debe considerar, el

extraordinario perfeccionamiento y aumento de los medios de diagnóstico, el florecimiento e industrialización de la terapéutica, el auge de las cirugías sin limitaciones técnicas, los medios de difusión de las ideas y también la formación de un adecuado cuerpo de auxiliares del médico, trabajadores prácticos en la cabecera del enfermo, en el laboratorio, en el quirófano, en los gabinetes de investigación y en la fábrica de medicamentos.

No debemos olvidar la importancia que, para la evolución y florecimiento de la medicina, ha tenido la constitución de las especialidades. Conocer la totalidad de la técnica y de la teoría médica es tarea imposible para un solo individuo, por la tremenda y continua expansión de esta ciencia.

La especialidad bien ejercida, con fuerte base de conocimientos generales, debe considerarse entre los factores fundamentales en el desarrollo médico, pues ha permitido al investigador y práctico obtener mayores y mejores frutos de sus trabajos enfocándolos hacia objetivos concretos y bien definidos.

Los especialistas y las especialidades indispensables para el desarrollo de la medicina son, actualmente, numerosísimo y de lo más variado. Abarcan, desde el médico puramente clínico práctico, hasta el investigador alejado del ejercicio profesional que labora sobre pequeños detalles de tipo químico o anatómico. Sin embargo, en una medicina bien organizada, todos los especialistas y todo el fruto de su trabajo, constituyen una sola unidad de hechos relacionados, cuya resultante es el progreso médico general.

No obstante en México existe la dificultad de asistir con un médico especialista, ya que la mayoría de la población prefiere acudir con un médico general que le resuelva todas sus demandas por un costo más económico que el especialista. De la Fuente (1996) menciona que el trabajo del médico incluye un conjunto de actividades que realiza para el diagnóstico, del tratamiento, la prevención y la rehabilitación de los pacientes a su cuidado. El eje del acto médico es la relación médico-paciente, la cual tiene dos componentes: relación objetivante y la relación interpersonal.

La relación objetivante se refiere a ese componente del intercambio entre el médico y el enfermo que considera a este un objeto de conocimiento, como portador potencial de una enfermedad que es preciso identificar como fundamento del tratamiento.

La relación interpersonal alude a los mensajes que denotan interés, respeto, solidaridad y afecto por parte del médico y que infunden confianza, tranquilidad y deseos de colaboración en el paciente.

Una relación médico-paciente totalmente dominada por la relación objetivante probablemente identificara el diagnostico del enfermo pero es probable que logre pocos beneficios o induzca ciertos efectos nocivos, si genera insatisfacción, si no logra la confianza del paciente, si debilita sus expectativas de mejoría propiciando, pobre adherencia terapéutica, desinterés por el seguimiento. Por el contrario, si el predominio es el de la relación interpersonal lo esperado es que el paciente quede muy satisfecho y conforme con la entrevista, sin embargo es probable que el diagnostico sea inadecuado por lo que se sugiere combinar ambas relaciones a lo largo de la consulta o tratamiento médico.

En la actualidad, la preocupación por la calidad de vida de los pacientes, cuya mejoría se plantea como uno de los objetivos centrales del cuidado de la salud, pone de manifiesto el papel que adquieren los profesionales de la salud para estimar los efectos de la acción medica.

En una intervención el médico debe de tomar en cuenta el entorno psicosocial como: la edad del paciente, la gravedad y magnitud de sus síntomas, la coexistencia de otras enfermedades, sus deseos, sus circunstancias de vida, suele ser decisivo para un tratamiento apropiado.

De la misma manera, el conocer la situación psicosocial puede permitir al médico movilizar, en beneficio del paciente, los apoyos del seno familiar que pueden ser determinantes en la evolución de ciertos casos

2.2 La salud de los Médicos a través de la historia.

Los problemas emocionales de los médicos no han sido muy bien estudiados, si no que han sido ocultados y mal comprendidos.

Los estudios disponibles (Lipko, E. 2004) revelan que los principales problemas son: alcoholismo y otras adicciones, depresión, suicidio y conflictos matrimoniales con tasas superiores a las de la población en general.

Los médicos con trastornos mentales pueden dañar a los pacientes al involucrarlos en sus propios síntomas o directamente en las consecuencias que pueden tener para ellos al no realizar bien su trabajo.

Otros médicos están capacitados para evaluar la salud de otros médicos, y más bien practican la ley del silencio, que se debe a sucesivas negaciones patológicas de responsabilidad a la vez que forman parte de la cadena patogénica que conduce a los diferentes padecimientos de los médicos.

Los médicos se percatan de que la mayoría de las veces forman parte de un sistema laboral donde la precariedad de su tarea los lleva a padecer sufrimientos y enfermedades a causa de la misma.

No solo por virus, bacterias, la tarea medica enferma y padecen enfermedades laborales ocasionadas por esta.

Si bien la oportunidad de trabajar con personas es una característica intrínseca y positiva del trabajo, los profesionales que trabajan con personas, como médicos y docentes, encabezan la lista de ocupaciones profesionales de mayor estrés laboral; la labor institucional repercute sobre la salud física y mental con disminución de eficacia del profesional.

La psiquiatría tiene un papel importante no solo en la asistencia de los casos clínicos individuales si no también en la investigación y prevención del estrés ocupacional crónico del personal de salud, fenómeno que en los Estados Unidos se denominó Burnout o síndrome de desgaste psicológico en los profesionales que prestan servicios humanos y que se asocia a mayores tasas de divorcios, suicidios, cambios de trabajo, abuso de alcohol y drogas, así como menores expectativas de vida y con importantes repercusiones a nivel institucional y disminución de la eficacia asistencial en la calidad de los servicios prestados, baja satisfacción de los clientes y de no cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por los mismos.

En Europa se describe como el “síndrome de Tomas” nombre derivado de la novela Milan Kundera “La insoportable levedad del ser”, cuyo protagonista así se llama. Lo definen como una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energía en las personas que prestan ayuda humana debido a la difícil realidad de su ocupación.

En general, los sanitarios no son conscientes de los propios riesgos ocupacionales, aunque se trata de personas respetadas a las que se les reconoce una especial motivación altruista con alto grado de compromiso ético y social, alto grado de exigencia de competencia y de valoración profesional y personal que experimenta alta satisfacción en el trabajo.

La mayor exposición al sufrimiento humano, por trabajar con personas enfermas va a producir un estrés interpersonal que va a disminuir los niveles de satisfacción laboral, a la vez que las experiencias de satisfacción laboral pueden neutralizar el estrés en el trabajo.

La calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de los equipos asistenciales (soporte social en el trabajo), va a mediar en las experiencias de satisfacción laboral y estrés ocupacional, así como en la calidad de vida del médico.

2.3 El médico y el Burnout.

El síndrome del Burnout se ha descrito principalmente en los profesionales de las organizaciones de servicios principalmente médicos, personal de enfermería, entre otros, principalmente profesiones que se relacionan con personas. No obstante, la aparición de este síndrome no está restringida a los profesionales de los servicios humanos. Si bien es cierto que este síndrome surge como una psicopatología específica en estos ámbitos profesionales. (Rabasa, 2007).

La mayoría de los profesionales sanitarios pasan gran parte del tiempo en contacto con otras personas, pacientes y familiares que están pasando por un momento difícil de salud y con una gran carga emocional y de sentimientos de tensión, ansiedad, miedos, hostilidad.

Cuidar la salud de las personas es una tarea gratificante pero en ocasiones es fuente de insatisfacción, de conductas poco adaptativas y de problemas de salud. Las exigencias del puesto, las relaciones sociales, la organización del trabajo y de los trabajadores. El personal sanitario está expuesto a padecer trastornos de ansiedad y estrés de origen externo debido al contacto directo con los pacientes, con una numerosa fuente de conflictos afectivos para el trabajador a) convivencia real y diaria con la muerte y la enfermedad b) intervenciones inadecuadas ante la enfermedad c) carga de trabajo d) trabajos con mucha responsabilidad, emergencia, intervenciones quirúrgicas.

Estos profesionales padecen los síntomas del Burnout: agotamiento, despersonalización e irrealización profesional como respuesta al estrés generado por esa relación profesional-paciente y también por la relación profesional-organización. Este síndrome se da con frecuencia en profesionales

de ayuda a otras personas por que no pueden manejar el estrés crónico que se produce en estas situaciones laborales.

La fuente de Burnout sanitario son de origen externo o interno a la organización. Los de origen externo son: sentimientos, emociones y conductas del paciente, la naturaleza de su propia enfermedad, los problemas de comunicación y el bajo nivel para controlar la enfermedad y sus consecuencias. Los de origen interno son: ambigüedad, sobrecarga o conflicto de rol, supervisión y organización del trabajo y bajo nivel para controlar su propio trabajo. (Sánchez, 2008).

Por otra parte Gil-Monte (2007) menciona que la relación que las personas establecen con sus trabajos y las dificultades que de ello surgen han sido ampliamente reconocidas como un fenómeno de la era moderna.

En la actualidad, en especial trabajos con fuerte contenido emocional, las facetas afectivas y del estado de ánimo del trabajo son objeto de una preocupación cada vez mayor a medida que el medio ambiente laboral se hace más complejo.

Dentro de las profesiones del sector servicios, la profesión de médico ha sido identificada como uno de los principales campos profesionales en los que el estrés y el Burnout tienen especial incidencia. En este sentido, esta profesión se considera una ocupación particularmente estresante, caracterizada por las continuas demandas físicas y emocionales que los profesionales reciben de sus pacientes.

El profesional de medicina se enfrenta habitualmente a la muerte y el dolor, a múltiples problemas relativos a su tarea, a desajustes organizacionales, y no es extraño que se vean envueltos en situaciones difíciles, obligadas a tomar decisiones de responsabilidad en situaciones críticas para la que en algunos casos solo cuentan con información ambigua e incompleta.

La relación con los pacientes y sus familiares no siempre es fácil, y las expectativas de estos en ocasiones son difícilmente alcanzables para el profesional. Las propias expectativas con las que el personal sanitario comienza el desarrollo de la profesión resultan, con la práctica diaria, frustrada, y todo ello en ocasiones en un entorno de presión asistencial social y de sensación de desamparo por parte de la administración.

Estos sentimientos de frustración e incompetencia profesional influyen en la aparición de bajos niveles de realización personal en el trabajo. Todo ello facilita la aparición del desgaste profesional o Burnout, que suele tener consecuencias que afectan, como se han visto, a su salud física, mental y a su bienestar y calidad de vida en general. Esto provoca en ocasiones el deterioro de la calidad de los servicios de medicina que ofrecen las instituciones sanitarias y su influencia sobre el alto índice de alejamiento que existe en esta profesión.

Se puede concluir que la labor del médico no es sencilla por todas las situaciones que debe manejar a través de sus actividades tanto laborales como personales. Debe de contar con una salud imprescindible tanto emocional como física ya que en sus manos se deposita la vida y la confianza de todas aquellas personas que acuden a solicitar sus servicios.

CAPITULO 3

JORNADAS DE TRABAJO Y SU RELACION CON LA SALUD DE LOS COLABORADORES.

En este capítulo se abordará el concepto de jornada laboral desde la perspectiva de la ley federal del trabajo, y en qué consiste un turno laboral y las consecuencias que pueden padecer los colaboradores por trabajar turnos rotatorios y jornadas más extensas de las que estipula la ley, y a su vez como puede llegar a afectar la relación familiar, psicológica y laboral.

3.1 Jornada de trabajo.

Se menciona en la (ley federal de trabajo) que la jornada de trabajo es el tiempo durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo. El trabajador y el patrón fijaran la duración de la jornada de trabajo, sin que deba exceder los máximos legales.

Los trabajadores y el patrón podrán repartir las horas de trabajo a fin de permitir a los primeros el reposo del sábado en la tarde o cualquier modalidad equivalente.

La jornada diurna es la comprendida entre las seis y veinte horas, la nocturna incluye de las veinte a las seis horas a diferencia de la mixta que está comprendida por periodos de tiempo de las jornadas diurnas y nocturnas, siempre que el periodo nocturno sea menor de tres horas y media, pues si comprende tres horas y media o mas; se reportará como jornada nocturna.

La duración máxima de la jornada será: de ocho horas la diurna, siete la nocturna y siete horas y media la mixta.

Durante la jornada continua de trabajo se concederá al trabajador un descanso de media hora, por lo menos.

Cuando el trabajador no puede salir del lugar donde presta sus servicios durante las horas de reposo o de comidas, el tiempo correspondiente le será computado como tiempo efectivo de la jornada de trabajo.

En los casos de siniestro o riesgo inminente en que peligre la vida del trabajador, de sus compañeros o del patrón, o la existencia misma de la empresa, la jornada de trabajo podrá prolongarse por el tiempo estrictamente indispensable para evitar esos males. Podrá prolongarse también la jornada de trabajo por circunstancias extraordinarias, sin exceder nunca de tres horas diarias ni de tres veces en una semana.

Las horas de trabajo extraordinario se pagarán con un ciento por ciento más del salario que corresponda a las horas de la jornada laboral. Sin embargo los trabajadores no están obligados a prestar sus servicios por un tiempo mayor del permitido.

La prolongación del tiempo extraordinario que exceda de nueve horas a la semana, obliga al patrón a pagar al trabajador el tiempo excedente con un doscientos por ciento más del salario que corresponda a las horas de la jornada. (Lobato, 2008).

3.2 Turnos laborales.

Melo (1997), define como trabajo por turnos al método de organización del trabajo en el cual el grupo, o equipo de colaboradores se labora en los mismos puestos de trabajo para realizar la misma tarea; trabajando cada grupo o equipo cierto tiempo o "turno" con el fin de que la empresa pueda mantener la actividad durante mayor tiempo que el fijado por jornada o cada trabajador.

Las principales formas de trabajo por turno son:

Trabajos por turnos discontinuos: La empresa funciona menos de 24 horas al día, con una pausa diaria y habitualmente una pausa de fin de semana (este

sistema consiste generalmente dos turnos de trabajo y se denomina "de dos turnos").

Trabajo por turno semi-continuo: La empresa funciona las 24 horas del día, es decir, sin pausa diaria, pero con pausas en los fines de semana.

Trabajo por turno continuo: La empresa funciona las 24 horas del día los siete días de la semana, (sin pausa diaria ni de fin de semana, ni tampoco los días festivos o no laborables), en ellos las cuadrillas, grupos o equipos de trabajo, se pueden asignar turnos según los siguientes criterios:

Turnos fijos (o permanentes): Cada persona perteneciente a un equipo que está permanentemente asignado a un turno dado (es de uso común en el sistema discontinuo o de dos turnos).

Rotación o alternancia de dos turnos: Cada colaborador pertenece a un equipo que alterna dos turnos de trabajo o hace una rotación entre los turnos de la mañana, de la tarde y de la noche (se utiliza en las tres formas de trabajo)

En este caso existen dos variantes:

1 - Frecuencia de rotación: Los equipos pueden cambiar de turno cada semana (es el más utilizado), o en intervalos más cortos o más largos.

2 - Extensión del ciclo de rotación: Es decir, el período para que un colaborador regrese al mismo punto y reanude la secuencia de días de trabajo y descanso a lo largo de varias semanas; depende en un sistema de turnos continuos, de la frecuencia de la rotación y el número de equipos.

Sin embargo, existen formas de variar el trabajo por turnos, como ser en el sistema de dos turnos; se puede crear un turno nocturno y otro diurno separados entre sí o dos turnos diurnos, es decir, uno en la mañana seguido de uno en la tarde.

Las horas de comienzo y finalización del turno y la extensión de las pausas para las comidas puede también variar o pueden tener la alternativa de crear un turno a la tarde de tiempo reducido según las necesidades particulares de cada empresa.

Los turnos pueden ser permanentes, o alternarse según diferentes ciclos de rotación, semanal, mensual, etc.

En el sistema semi continuo, en que habitualmente hay tres turnos por día, puede haber diversos turnos por semana según se trabaje los sábados (u otro día equivalente). La frecuencia de rotación suele ser de una semana y su sentido puede retornar luego al turno de la mañana o viceversa.

Existen también varias formas del sistema continuo; la frecuencia de la rotación y la dirección de la misma, así como el número de equipos, son variables esenciales. Sus permutaciones y combinaciones posibilitan muchas modalidades de rotación, lo que permite a una empresa funcionar toda la semana ciento setenta y ocho horas con diferentes niveles de duración semanal del trabajo, diferentes modalidades de descanso y diferente número de domingos, o días laborables, libres de cada ciclo.

El sistema continuo es más complejo, más difícil de administrar, es también al que más se le imputan defectos perjudiciales sobre la salud de los colaboradores.

El hombre que trabaja en este régimen, lo hace contra el desarrollo de la disposición fisiológica del trabajo.

Esta tiene una serie de secuencias que van desde dificultades de adaptación hasta estado de malestar.

Los trabajadores por turno se quejan a menudo por trastornos digestivos y circulatorios, inapetencia, insomnio, disminución de rendimiento y otros trastornos vegetativos, ocasionados por el cambio del ritmo normal de vida y todas las relaciones sociales.

3.3 Efectos del trabajo por turno en los colaboradores.

Melo (1997), menciona, que toda variación en el horario de la actividad del hombre trae sobre él algún tipo de efecto, físico, psíquico o social (en sus relaciones sociales, familiares o comunitarias)

Existen elementos de juicio para poder indicar que los trabajos por turno (nocturno, o rotativos en especial), tienen efecto sobre la salud del individuo, pero no hay hasta el momento una determinación exacta de la gravedad y extensión.

Los problemas fisiológicos surgidos se imputan a la perturbación del ritmo lógico y normal del individuo; en otras palabras, produce alteraciones de las diversas partes del organismo, resultante del avance de las horas (relación día - noche).

Las manifestaciones más frecuentes se encuentran en perturbaciones del sistema digestivo, trastornos nerviosos, fatiga, irritación y perturbación del sueño. Esta última queda ya en evidencia cuando el hombre realiza tareas en horario nocturno, (de hecho el hombre es un animal de hábitos diurnos), dado que por el cambio de horario tiene dificultades para dormir el tiempo suficiente para lograr un buen descanso; este problema es mucho más grave en las tareas que se realizan en turnos rotativos que en turnos nocturnos exclusivamente.

Muchos de los problemas de salud son producto directo de la perturbación del sueño, como por ejemplo los trastornos nerviosos y la irritabilidad.

Hay que destacar que los efectos de las tareas por turno no son iguales en todas las personas, habiendo seres humanos en los cuales los efectos son más graves que en otros a los que solo pueden llegar a ser ligeros.

La edad, el estado general de salud, la capacidad de adaptarse, entre otras características individuales, influyen en las reacciones fisiológicas y en las actitudes de los trabajadores. El trabajo por turnos puede influir ocasionando problemas de salud o agravándolos.

Los factores que los agravan son muchos, entre ellos podemos citar, por ejemplo la duración del trabajo, las condiciones físicas, contenido y organización del trabajo, tensión, relación con sus compañeros, presión laboral, condiciones de vivienda, transporte, vida familiar y conyugal, etc..

Cabe destacar los efectos del trabajo por turnos para la salud y sus posibles repercusiones negativas sobre la vida familiar y social, son reconocidos ampliamente.

Los trabajadores que trabajan por turnos tropiezan frecuentemente con la dificultad para organizar su vida familiar (horarios de comida, realización de las tareas domésticas, compras, distracción y entretenimientos, capacitación, etc.) y mantener relaciones normales (incluyendo las sexuales) con su cónyuge, sus hijos, sus padres y demás parientes.

El trabajo nocturno, el trabajo de fin de semana y el trabajo en días festivos pueden plantear problemas del tipo práctico para las actividades de la familia, en su esparcimiento o, simplemente, para estar juntos. Los cambios de turno, cuando son rotativos y trabajan ambos cónyuges, agrava la desorganización.

La perturbación de la vida social, y comunitaria puede ser grave; los contactos son amistades, la participación en eventos sociales, grupos deportivos, grupos culturales, recreativos, etc., es en el mayor de los casos totalmente irregular debiendo renunciar a menudo a la asistencia de todo tipo de actividades.

Se tiene pues que todos estos elementos afectan la calidad de la vida del individuo.

Las costumbres sociales y culturales de la comunidad deben tomarse en cuenta en nuestro país los lazos familiares que son muy fuertes, el observar las tradiciones cívicas y religiosas es de importancia, siendo muy afectadas por este tipo de trabajo ya que va contra las costumbres locales, teniendo en el seno de la familia repercusiones negativas, trasladadas por el trabajador en forma indirecta a la empresa. Por último se deben tomar en consideración, la necesidad de transporte u otro servicio cuando no se cuenta con estos.

3.4 Mejoras de los colaboradores en tareas por turnos.

Melo (1997), argumenta que la variedad y complejidad de los problemas que se pueden generar en los trabajos por turnos, se deben adoptar medidas para paliar los efectos adversos y mejorar la situación de los que llevan a cabo las tareas laborales en tales circunstancias. Hay que tomar medidas tales como mejorar la organización del trabajo por turnos, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, además de analizar el problema de transporte.

Cada uno de los tres sistemas de trabajo por turnos y sus variantes tienen ventajas y desventajas.

La elección de un sistema de trabajo por turnos en una empresa debe ser el resultado de una profunda y meticulosa evaluación de los factores y las soluciones factibles y de las costumbres del personal afectado.

Cuando se da a elegir a los colaboradores, estos optan por el sistema que conocen mejor; cualquier cambio y la necesidad de adaptarse a él la toman con desconfianza.

Sin embargo la concepción y aplicación de un sistema de trabajo por turnos con la combinación más favorable de ventajas y desventajas brindan considerables posibilidades de aumentar la eficiencia de la empresa y reducir los efectos adversos del sistema para los trabajadores.

El sistema de dos turnos es el más sencillo de aplicar, es el que ofrece mayor flexibilidad y el que acarrea menos inconvenientes, el sistema continuo es el que permite la máxima producción y la plena utilización de la capacidad instalada, enero es el más difícil de administrar, el más negativo para los trabajadores es el sistema semi continuo.

El sistema de dos turnos, la principal opción está entre turno fijo y turnos alternos.

Los turnos fijos eliminan el problema del ajuste necesario cada vez que se rota el turno, pero obliga a que haya personas permanentemente asignadas a turno

tarde y a turno noche, de todas maneras siempre hay alguien que prefiere estar alternativamente.

El problema se resuelve si se da a los trabajadores la posibilidad de elegir el turno de su preferencia, siempre que esto fuera factible, en el caso negativo queda como consideración que para determinada antigüedad en el puesto o en la empresa el hombre puede optar por pedir el cambio de turno.

Cuando se trabaja con sistema de turnos semicontinuos, se genera el problema de la frecuencia de los cambios, en este caso es preferible tener una rotación muy lenta con periodos de dos o más semanas en cada turno.

Se considera que los períodos largos facilitan el ajuste biológico y permiten una mayor regularidad en la vida familiar y social. Sin embargo, hay especialistas que opinan que es más favorable una rotación rápida, porque reduce el período pasado en el turno nocturno y facilita su soportabilidad.

La práctica más común es la rotación semanal, lo que no indica que esta sea la mejor.

La dirección de la rotación (turnos mañana, tarde, noche o tarde, mañana, noche) es otra variable, no posee importancia en los sistemas semi-contínuos, pero muchos sindicatos y especialistas opinan que el cambio ideal es noche-tarde-mañana.

En el sistema continuo de la dirección de la rotación puede depender la extensión de los periodos de descanso y que coincidan con el fin de semana o no.

Cuando se desee implementar un sistema de trabajo por turno se debe tener en cuenta las preferencias y las características individuales, hasta donde sea factible.

Las personas deben participar en la confección de los planes de los turnos y disfrutar de cierta flexibilidad para cambiar de turno o de equipo, lo que contribuye a disminuir tensiones y prevenir conflictos.

Cuando se hace un cambio de esta índole es necesario establecer un período de prueba y mientras sea factible tener en cuenta los problemas de salud y de edad de los afectados.

3.5 Consecuencias en la salud de los colaboradores por trabajar en turnos nocturnos e irregulares.

El horario de trabajo se ha identificado como una de las principales amenazas para la salud y el bienestar de los empleados. El trabajo a turnos, y particularmente el de la noche, ejerce un poderoso impacto sobre la salud, seguridad y bienestar social de las personas.

Algunos individuos se ven inmersos en un continuo proceso de cambio y adaptación a los diferentes horarios según las necesidades o el giro de la empresa en la que presten sus servicios, un incremento de horas en la jornada laboral se ha asociado a un aumento en los niveles de estrés, ansiedad e insomnio.

El trabajo a turnos o nocturno se ha relacionado principalmente con problemas de fatiga e interrupciones del sueño, con problemas de concentración, irritabilidad y síntomas somáticos, tales como los problemas gastrointestinales.

Los trastornos del sueño constituyen uno de los principales problemas de salud en las sociedades industrializadas. El trastorno de sueño por cambios de turno de trabajo forma parte de las alteraciones del ritmo circadiano, el cual es definido por el DSM-IV-TR como una alteración o desajuste entre el horario de sueño y el ritmo circadiano, caracterizándose por insomnio y somnolencia excesiva diurna asociados al cambio de turno de trabajo de noche o a frecuentes cambios en el turno de trabajo. (Sierra et al 2009).

Los horarios de trabajo nocturno u horarios rotativos en los que se alterna actividad laboral fuera del ciclo normal vigilia-sueño son un ejemplo claro de patrones del dormir para los que funcionalmente la mayoría de las personas no estamos preparados.

Dormir pocas horas está asociado al deterioro de la salud y el desempeño en actividades productivas y es causa importante de somnolencia diurna asociadas a la privación del sueño y alteraciones del ritmo circadiano por

rotación de horarios de trabajo lo cual puede aumentar el riesgo de tener un accidente laboral.

Los turnos rotativos han sido asociados con la somnolencia como ya se menciono anteriormente y aumento en los niveles de fatiga, bajo rendimiento laboral y disfunciones gastrointestinales y problemas musculo esqueléticos y cardiovasculares, lo que genera un incremento de gastos médicos, ausentismo laboral, accidentes laborales y desmotivación por el trabajo. (Durand, 2004).

Se ha indicado que el mantenimiento del ritmo circadiano es necesario para la salud, y que los problemas de salud se presentan con más frecuencia en las personas que trabajan en turnos rotativos y nocturnos que los trabajadores con jornada diurna.

Los individuos que trabajan a turnos pueden ver afectado su bienestar y calidad de vida por horas de trabajo extensas e irregulares.

La duración del turno y una condición física individual, son factores potencialmente que predisponen las alteraciones de humos en cada individuo.

También se puede ver afectada su interacción social y relaciones interpersonales en aquellos trabajadores que prestan sus servicios a jornadas nocturnas o a variación en el horario de trabajo. (Juárez, 2006).

3.6 Conflicto familiar por jornadas laborales extensas.

Se puede señalar que las personas que trabajan jornadas más extensas que las estipuladas legalmente pueden llegar a presentar un promedio más alto de conflicto con su familia en comparación con aquellas que tienen jornadas laborales más cortas.

Las personas con jornadas extensas están más expuestas a tensiones laborales que influyen en el bienestar psicológico y satisfacción familiar que aquellas que tienen una jornada más ordinaria.

Es indudable que las actuales demandas de las organizaciones hoy en día requieren de jornadas más amplias que las que están estipuladas por la ley, este tipo de jornadas ha aumentado de forma espectacular, lo que lleva en algunas ocasiones a manifestarse en conflictos en la relación familia y trabajo. Y si bien, se entiende que tales ámbitos conducen a la satisfacción de la vida, últimamente ya sea por el trabajo y/o por la familia.

En este sentido, la conciliación de las tareas laborales y las familiares se han estudiado de dos maneras, por un lado, el conflicto de roles familiares y laborales, y por otro lado, la sobre carga de tareas, lo que conduce frecuentemente a la fatiga y al agotamiento de los sujetos. Ambas perspectivas señalan que tanto la vida familiar como la actividad laboral son problemáticas.

Generalmente los trabajos por rotación de turnos y de jornadas extensas, se asocian con consecuencias negativas, tanto para el hombre por los riesgos psicosociales que estas conllevan y los conflictos que se presentan en el rol familiar, como para la empresa.

Si no existen medidas de ayuda en la comprensión de los problemas familiares y laborales, puede existir un menor rendimiento, dedicación al trabajo y una constante rotación de personal, los riesgos biopsicosociales de los turnos o jornadas más extensas esta en directa relación con el tiempo que se permanece fuera del hogar lo que impide en muchas ocasiones la convivencia con la familia.

La ambigüedad del rol laboral y la sobrecarga de trabajo se asocian con índices de tensión psicológica, insatisfacción laboral, y síntomas psicosomáticos, que han sido identificadas como posibles antecedentes del conflicto trabajo-familia (Baez, 2005).

Finalmente podemos darnos cuenta que un turno rotatorio o una jornada de horas extensas perjudica la salud de los colaboradores a largo plazo y afecta la parte familiar, psicológica y laboral, perturbando así su relación familiar

CAPITULO 4.

MEDICALL HOME

En este capítulo hablaremos de la empresa donde fue llevada a cabo la investigación, se abordará el giro de la empresa, así como su visión, misión, filosofía y sus valores y algunos de los servicios que brinda esta organización.

Que es Medicall Home.

- La razón social de MedicallHome, es Salud Interactiva, S.A. de C.V., es una empresa 100% Mexicana, dedicada a brindar servicios de salud de primer contacto.
- Fundado en 1998
- Su objetivo principal es: Ayudar a las familias mexicanas, proporcionándoles una mejor atención medica, con precios preferenciales.
- Nuestro programa permite por medio de una membresía de salud a los clientes y a sus familias:
 - Obtener consultas
 - Información
 - Y otros servicios relacionados a través de una llamada telefónica, proporcionada por médicos de alta calidad técnica y humana

Quienes somos.

Tenemos más 11 años de experiencia administrando y cuidando la salud de nuestros clientes.

Contamos con:

Cerca de 9,000 proveedores

- Más de 5,500 especialistas médicos
- Más de 3,200 proveedores de servicios de salud

- En más de 223 ciudades a nivel nacional
- Call center médico
- Con protocolos de Cleveland Clinic
- Y tecnología de Health Line Systems Inc.

Nuestra filosofía.

El progreso y desarrollo de la empresa como consecuencia del progreso y desarrollo de cada uno de nosotros.

Misión.

Proveer atención médica de acceso inmediato, presencial y a distancia, a través de un sistema de membresías y una red de proveedores médicos con calidad y descuentos garantizados e incorporando conocimientos y tecnologías vanguardistas.

Visión.

Somos tu primera opción en servicios de salud privada.

Valores.

Integridad, ética, trabajo en equipo, pasión lealtad.

Política de calidad.

En Medicall Home estamos comprometidos con nuestro sistema de calidad ofreciendo servicios de valor agregado para la satisfacción de nuestros clientes internos y externos, buscando siempre la excelencia y mejora continua de los procesos a través del desarrollo humano, tecnología de punta y atención personalizada en el marco de la norma ISO 9001-2000.

Qué es la Membresía MedicallHome Plus?

MedicallHome Plus es Tarjeta Médica que cuenta con una red de médicos con precios preferenciales, grandes descuentos y muchos beneficios desarrollada

por Salud Interactiva, S.A. de C.V. la cual integra los siguientes servicios para sus afiliados:

- Membresía Médica MedicalHome
- Acceso Dental Integral
- Visión Focal
- TDC Vive con sentido
- Seguro Inbursa

Servicios que brinda Medical Home.

Asesoría telefónica en nutrición

- Orientar a la población general en un adecuado régimen alimenticio a través de un equipo especializado de nutriólogos.
- Informar a los pacientes con padecimientos actuales o crónicos a mejorar su alimentación.
- Asesoría vía telefónica sobre el proceso biológico para la correcta asimilación y utilización de alimentos.

Asesoría Telefónica dividida en 3 fases

1. Fase diagnóstica
2. Fase de valoración con estudios de laboratorio
3. Fase de seguimiento
 - Las atenciones telefónicas serán atendidas por Médico Nutriólogo

Asesoría telefónica en psicología.

Objetivos de la atención psicológica

1. Restablecer la capacidad del individuo para afrontar situaciones de estrés
2. Proveer asistencia para reordenar y reorganizar su mundo social

Dos situaciones especiales:

- Inmediata (Atención en crisis)
- Programada (Asesoría o Consejería)

Asesoría o Consejería

- Apoyo emocional para adolescentes
- Distimia
- Manejo de relaciones interpersonales
- Manejo de estrés

Intervención en crisis

- Intento de suicidio
- Desastres
- Relaciones destructivas
- Duelo
- Depresión Post-Parto
- Ansiedad

El abordaje se realizara por medio de Terapias Breves.

- La terapia constara de aproximadamente 7 a 8 sesiones máximo.
- Duración: 25 – 30 min
- Horario: 8 – 20 hrs de Lunes a Sábado

Acceso dental integral.

Servicio que permite acceder a una red multidisciplinaria de especialistas dentales los cuales brindarán de manera integral atención a los afiliados.

Esta red cuenta con 881 especialistas, además de 80 proveedores dentales:

- 446 Odontólogos Generales
- 79 Endodoncistas
- 91 Odontopediatras
- 71 Cirujanos Maxilofaciales
- 32 Periodoncistas

- 30 Protesistas
- 97 Ortodoncistas
- 54 Clínicas de Especialidades Odontológicas
- 23 Centros de Diagnóstico Radiodental

Visión focal.

Cuenta con 327 médicos oftalmólogos dentro de los que se encuentran sub-especialistas en:

- Catarata
- Cirugía de orbita
- Vías lagrimales y parpado
- Cornea y Cirugía refractiva
- Estrabismo
- Microcirugía del segmento anterior del ojo
- Oculoplástica y Orbita
- Oftalmología Pediátrica
- Retina y Vítreo
- Ultrasonografía Ocular
- Úvea
- Glaucoma
- Retina

Además de estos servicios, se ofrecen descuentos en lugares de entretenimiento y esparcimiento tales como: cines, spas, gimnasios, restaurantes a través de la membresía de Medical Home.

Los médicos que laboran en el CAMT (centro de atención médica telefónica) tienen 3 turnos:

Matutino de 8am a 2pm y un sábado o un domingo de 10am a 10pm.

Vespertino de 2pm 8pm y un sábado o un domingo de 9pm a 9pm.

Nocturno de 7pm a 1am y un sábado o un domingo de 8am a 8pm.

Y fines de semana se rolan para cubrir turnos de 12 horas.

CAPITULO 5.

METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Se considera una investigación cuantitativa de tipo correlacional *expost facto*, debido a que el investigador no manipula la variable independiente solo la mide.

5.2 Objetivos de la investigación.

Identificar el síndrome BURNOUT y su relación con el turno laborado por asesores médicos telefónicos.

5.3 Hipótesis.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existen diferencias significativas en la presentación del síndrome Burnout entre empleados del CAMT (centro de atención médica telefónica) que laboran en diferentes turnos

HIPOTESIS NULA.

No existen diferencias significativas en la presentación del síndrome de Burnout entre empleados del CAMT (centro de atención medica telefónica) que laboran en diferentes turnos

5.4 Variables.

Dependiente: síndrome de Burnout, medido a través del instrumento Maslach Inventory, MBI. Considerando las tres subescalas del instrumento.

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.
- Realización personal.

Independiente: turnos de trabajo.

5.5 Población

La población estuvo constituida por 28 médicos de ambos sexos los cuales laboran como asesores médicos vía telefónica en la empresa Medically Home en el área del CAMT (centro de atención médica telefónica) ubicada en el Distrito Federal, los médicos están encargados de asesorar a distancia a los socios de Medically Home en cualquier duda o urgencia médica que puedan llegar a tener.

El equipo médico se dividió en tres grupos en función del turno en que laborasen: matutino, vespertino y nocturno, para poder brindar la asesoría médica gran parte del día. Las edades de los médicos oscilan entre los 26 y 50 años de edad.

5.6 Instrumento.

Para llevar a cabo la presente investigación se aplicó el cuestionario el Inventario Maslach que sirvió para medir el síndrome de Burnout, este cuestionario está compuesto por 22 ítems y se divide en tres subescalas:

- Agotamiento emocional (AE), los ítems que miden esta dimensión son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

- Escala de despersonalización (DP), los ítems que miden esta dimensión son: 5, 10, 11, 15 y 22.

- Ejecución personal disminuida (EP), los ítems que miden esta dimensión son: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

5.7 Procedimiento

Se solicitó la autorización a la Directora de capital humano de la empresa Medically Home, para poder llevar a cabo la presente investigación en el área del CAMT (centro de atención médica telefónica) se le explicó principalmente el objetivo de la investigación y en qué consistía el cuestionario que se les iba a aplicar a cada uno de los médicos, (Inventario Maslach de Burnout), posteriormente mencionó que se lo tenía que notificar al gerente del CAMT para que autorizara dicha investigación.

Posteriormente, ya que estaba autorizado comenzar la investigación en el CAMT, se procedió a la aplicación del cuestionario mencionado anteriormente a cada uno de los médicos, la aplicación fue llevada a cabo en su horario y lugar de trabajo. Se les comentó a los médicos que se les iba a aplicar un cuestionario con motivo de una investigación que estaba llevando a cabo el área de capital humano.

Se notificó a cada uno de los médicos que el cuestionario no los comprometía a nada, por lo que se procedió a dar las instrucciones del cuestionario, y se les sugirió contestar de la manera más sincera posible.

El tiempo aproximado en el que se llevo la aplicación del cuestionario fue de 15 minutos por médico, posteriormente se llevo a cabo la recolección de los cuestionarios y se agradeció por la participación.

Una vez recabados los datos, se procedió a comparar los diferentes grupos a través de la prueba estadística t de student

CAPITULO 6.

RESULTADOS.

A fin de identificar si el horario de trabajo es un factor relacionado con la presentación del síndrome de Burnout , se procedió a dividir a la población con la que se trabajó, médicos de la empresa Medical Home, de acuerdo al turno de trabajo en que desempeñan sus funciones

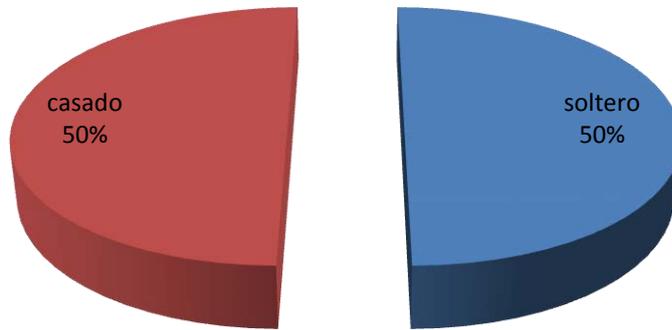
Para ello y partir de la integración de estos grupos y de la aplicación del test MBI Maslach se procedió a aplicar t d student contrastando los resultados obtenidos en el test MBI de manera general y en cada uno de sus factores

A continuación se muestran los resultados por turno

Burnout Turno Matutino								
Sujeto	Edad	Sexo	E. Civil	Turno	AE	DP	RP	Total
1	26	F	soltero	matutino	32	2	41	75
2	33	F	casado	matutino	20	0	41	61
3	31	M	casado	matutino	16	3	40	59
4	26	F	casado	matutino	6	1	28	35
5	28	M	soltero	matutino	15	7	41	63
6	33	F	casado	matutino	8	6	40	54
7	28	F	soltero	matutino	19	0	36	55
8	38	F	soltero	matutino	27	3	38	68
Medias					17.875	2.75	38.125	58.75

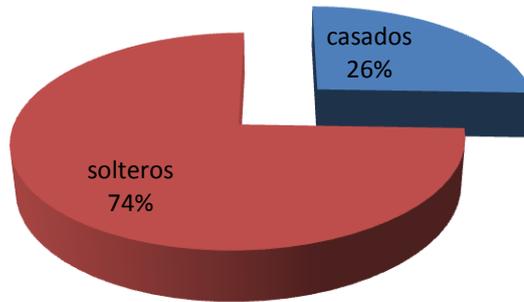
A continuación se muestra la distribución de la población de acuerdo a sus diferentes características.

Edo. Civil turno matutino



Se encontró en el puntaje total de Burnout una diferencia significativa entre la población de médicos solteros con un 74% a diferencia de la población de médicos casados con un puntaje total de 26%.

Porcentaje total de Burnout entre casados y solteros del turno matutino

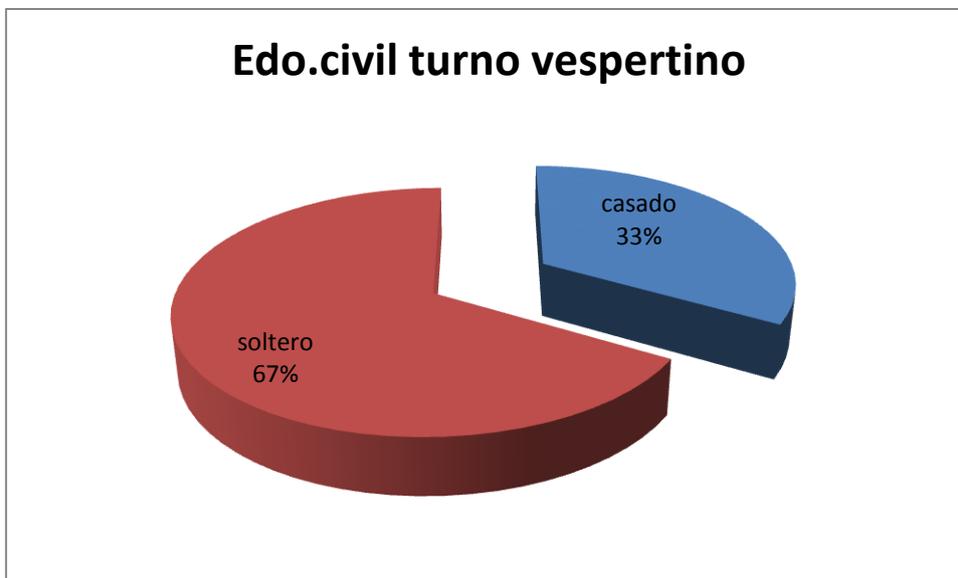


Posteriormente se calificaron los cuestionarios MBI del turno vespertino obteniendo los puntajes totales siguientes:

Burnout Turno Vespertino								
Sujeto	Edad	Sexo	E. Civil	Turno	AE	DP	RP	Total
1	30	F	soltero	vespertino	20	7	37	64
2	36	F	casado	vespertino	6	4	39	49

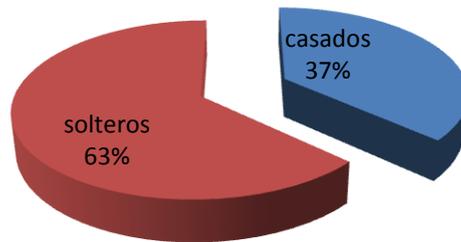
3	33	F	casado	vespertino	9	9	36	54
4	50	F	soltero	vespertino	16	13	40	69
5	29	M	soltero	vespertino	16	0	36	52
6	30	F	soltero	vespertino	12	7	30	49
7	26	M	soltero	vespertino	15	10	23	48
8	31	M	casado	vespertino	14	11	36	61
medias					13.5	7.625	34.625	55.75

El 67% de la población de los médicos del turno vespertino es soltero y el 33% de la población restante es casado.



En los puntajes totales obtenidos del MBI se manifestó que los médicos solteros manifiestan un puntaje significativo de Burnout del 63% en comparación con los médicos casados con un 33% pero esto es debido a que la población de médicos solteros representa mayoría en el turno vespertino.

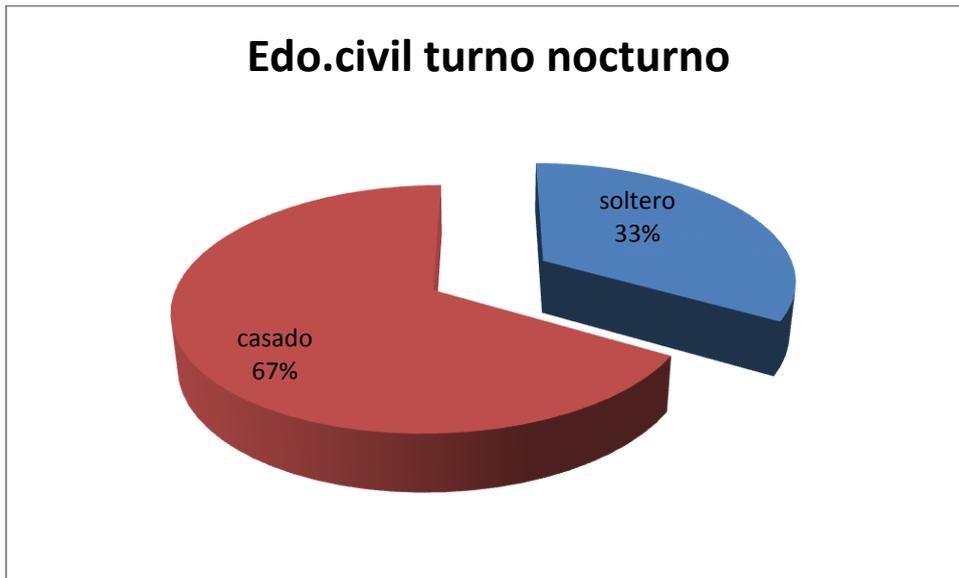
Porcentaje total de Burnout entre casados y solteros del turno vespertino



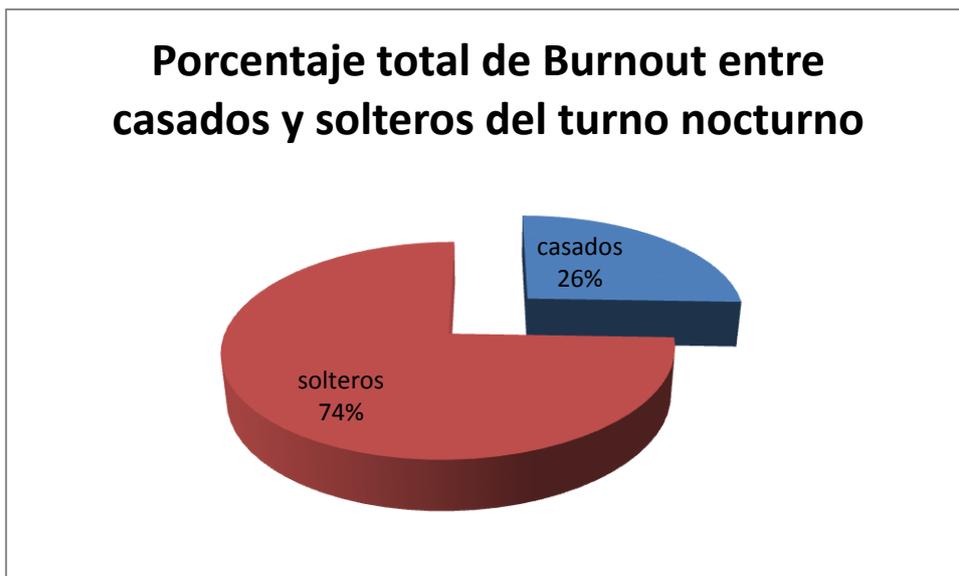
El turno nocturno se dividió de la misma manera que los dos anteriores obteniendo un puntaje total por área y puntaje total del instrumento “MBI”

Burnout Turno Nocturno								
Sujeto	Edad	Sexo	E. Civil	Turno	AE	DP	RP	Total
1	30	F	soltero	nocturno	8	7	34	49
2	36	M	soltero	nocturno	27	10	41	78
3	31	F	casado	nocturno	28	14	31	73
4	32	M	casado	nocturno	15	8	32	55
5	27	F	soltero	nocturno	27	15	32	74
6	33	M	casado	nocturno	17	6	48	71
7	33	M	casado	nocturno	29	13	25	67
8	36	M	casado	nocturno	11	0	42	53
9	29	F	casado	nocturno	27	0	42	69
10	37	M	casado	nocturno	17	4	38	59
11	31	M	soltero	nocturno	30	1	42	73
12	45	M	casado	nocturno	8	5	18	31
medias					20.33	6.9	35.41	62.66

En el turno nocturno el estado civil de los médicos casados predomina con un puntaje total del 67% contra un 33% del estado civil soltero



Lo que representa que la población de médicos solteros presente un puntaje significativo de Burnout del 74% solo por ser mayoría en comparación de los médicos casados de un 26%, lo que no significa que la población de médicos solteros presentan mayor Burnout que los casados



Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	B matutino	58,7500	8	11,79285	4,16940
	B vespertino	55,7500	8	7,92374	2,80147
Pair 2	B matutino	58,7500	8	11,79285	4,16940
	B nocturno	65,0000	8	11,04536	3,90512
Pair 3	B vespertino	55,7500	8	7,92374	2,80147
	B nocturno	65,0000	8	11,04536	3,90512
Pair 4	AEmat	17,8750	8	8,77395	3,10206
	AEves	13,5000	8	4,40779	1,55839
Pair 5	AEmat	17,8750	8	8,77395	3,10206
	AEnoc	20,2500	8	8,46421	2,99255
Pair 6	AEves	13,5000	8	4,40779	1,55839
	AEnoc	20,2500	8	8,46421	2,99255
Pair 7	DPmat	2,7500	8	2,60494	,92099
	DPves	7,6250	8	4,13824	1,46309
Pair 8	DPmat	2,7500	8	2,60494	,92099
	DPnoc	9,12500	8	4,969550	1,75700 1
Pair 9	DPves	7,6250	8	4,13824	1,46309
	DPnoc	9,12500	8	4,969550	1,75700

					1
Pair 10	RPmat	38,1250	8	4,454131	1,57477
		0			3
	RPves	34,6250	8	5,55331	1,96339
Pair 11	RPmat	38,1250	8	4,454131	1,57477
		0			3
	RPnoc	35,6250	8	7,42462	2,62500
Pair 12	RPves	34,6250	8	5,55331	1,96339
	RPnoc	35,6250	8	7,42462	2,62500

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	B matutino & B vespertino	8	-,157	,711
Pair 2	B matutino & B nocturno	8	-,110	,796
Pair 3	B vespertino & B nocturno	8	-,847	,008
Pair 4	AEmat & AEves	8	,253	,545
Pair 5	AEmat & AEnoc	8	-,332	,421
Pair 6	AEves & AEnoc	8	-,567	,143
Pair 7	DPmat & DPves	8	-,514	,193
Pair 8	DPmat & DPnoc	8	,047	,912
Pair 9	DPves & DPnoc	8	-,456	,256
Pair 10	RPmat & RPves	8	-,073	,864
Pair 11	RPmat & RPnoc	8	,317	,444
Pair 12	RPves & RPnoc	8	,221	,598

Paired Samples Test

	Paired Differences					T	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	90% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1	B matutino - B vespertino	-3,000	15,20338	5,37521	-7,18375	13,18375	,558	7	,594
Pair 2	B matutino - B nocturno	-6,25000	17,01890	6,01709	-17,64985	5,14985	-1,039	7	,333
Pair 3	B vespertino - B nocturno	-9,25000	18,25024	6,45244	-21,47465	2,97465	-1,434	7	,195
Pair 4	AEmat - Aeves	-4,37500	8,76580	3,09918	-1,49664	10,24664	1,412	7	,201
Pair 5	AEmat - Aenoc	-2,37500	14,07061	4,97471	-11,79998	7,04998	-,477	7	,648
Pair 6	AEves - Aenoc	-6,75000	11,54804	4,08285	-14,48528	,98528	-1,653	7	,142
Pair 7	DPmat - Dpves	-4,87500	5,91457	2,09112	-8,83678	,91322	-2,331	7	,053
Pair 8	DPmat - Dpnoc	-6,37500	5,501623	1,945118	-10,06118	2,689118	3,277	7	,014

		000			0178	822			
Pair	DPves	-	-		-				
9	Dpnoc	1,500	7,7827	2,751	6,713	3,713	-545	7	,603
		000	65	623	166	166			
Pair	RPmat	-			-				
10	Rpves	3,500	7,3678	2,604	1,435	8,435	1,344	7	,221
		000	84	940	264	264			
Pair	RPmat	-			-				
11	Rpnoc	2,500	7,3484	2,598	2,422	7,422	,962	7	,368
		000	69	076	260	260			
Pair	RPves	-			-				
12	Rpnoc	1,000	8,2288	2,909	6,511	4,511	-344	7	,741
		00	7	34	98	98			

A continuación, se presenta la contrastación de t de student en cada una de las parejas comparadas lo que permite deducir si la hipótesis de investigación es aceptada o rechazada

Factor	T de student	T teórica	Hipótesis de investigación
Burnout general Turno matutino y Vespertino	.558	1,32	Se rechaza
Burnout general Turno matutino y Nocturno	1,039	1,32	Se rechaza
Burnout general Turno vespertino y nocturno	1,434	1,32	Se acepta
Agotamiento Emocional matutino vs Agotamiento Emocional vespertino	1,412	1,32	Se acepta
Agotamiento Emocional matutino vs	-,477		Se rechaza

Agotamiento Emocional nocturno		1,32	
Agotamiento Emocional vespertino vs Agotamiento Emocional nocturno	-1,653	1,32	Se acepta
Despersonalización matutino vs Despersonalización vespertino	-2,331	1,32	Se acepta
Despersonalización matutino vs Despersonalización nocturno	-3,277	1,32	Se acepta
Despersonalización vespertino vs Despersonalización nocturno	-,545	1,32	Se rechaza
Realización Personal matutino vs Realización Personal vespertino	1,344	1,32	Se acepta
Realización Personal matutino vs Realización Personal nocturno	,962	1,32	Se rechaza
Realización Personal vespertino vs Realización Personal nocturno	-,344	1,32	Se rechaza

Como puede observarse, no se encontraron diferencias significativas en el Burnout general del turno matutino vs Burnout general del turno vespertino. A su vez tampoco se encontraron diferencias significativas de Burnout general del turno matutino con el Burnout general del turno nocturno.

Sin embargo se encontraron diferencias significativas en el Burnout general entre el turno vespertino y el turno nocturno, el turno vespertino con una media de 55.75 y el turno nocturno con una media de 62.66 lo que indica que los médicos del turno nocturno se ven más afectados por el Síndrome de Burnout esto puede ser debido a que la mayoría de los médicos del turno nocturno tienen otro trabajo que llevan a cabo durante el día.

Por otra parte, se encontró una diferencia significativa de puntajes en el área de Agotamiento emocional. El turno matutino con una media de 17.875 y el turno vespertino con una media de 13.5, lo que nos indica que los médicos del turno matutino están emocionalmente más agotados por llevar a cabo un trabajo de manera rutinaria en comparación con los médicos del turno vespertino. Esta diferencia se puede deber a que en el turno matutino se realiza la mayor parte de las asesorías medicas.

Por otra parte, se obtuvieron también diferencias significativas en la misma área de Agotamiento Emocional del turno vespertino con una media de 13.5 y el turno nocturno con una media de 20.33 lo que indica que los médicos del turno nocturno presentan mayor agotamiento emocional por el trabajo rutinario que llevan a cabo, y por realizar otras actividades laborales durante el día lo cual no les permite tener un descanso apropiado para poder llevar a cabo sus labores y cumplir con su productividad, además de que, por naturaleza el ser humano está habituado a dormir de noche.

Sin embargo no se encontraron diferencias en el área de Agotamiento Emocional entre los médicos del turno matutino y los médicos del turno nocturno.

En los puntajes obtenidos del área de Despersonalización se encontró una diferencia significativa de puntajes entre los médicos del turno matutino con una media de 2.75 en comparación con los médicos del turno vespertino con una media de 7.625. Lo que nos indica que los médicos del turno vespertino pueden tener actitudes más negativas hacia las personas que solicitan el servicio en comparación de los médicos del turno matutino.

También se obtuvieron diferencias significativas en los puntajes de la misma área de Despersonalización el turno matutino presenta una media de 2.75 y el turno nocturno una media de 6.9 lo cual nos indica que los médicos del turno nocturno al igual que los del turno vespertino pueden presentar actitudes negativas hacia los usuarios del servicio.

Sin embargo en el área de Despersonalización entre médicos del turno vespertino y nocturno no se encontraron puntajes significativos, lo cual puede referirse que en el turno nocturno no hay tantas personas que soliciten el servicio a diferencia del turno vespertino.

Finalmente el área que presentó una diferencia significativa es el de Realización personal ya que los médicos del turno matutino presentan una media de 38.125 y los médicos del turno vespertino una media de 34.625 lo que nos indica que los médicos del turno vespertino presentan una ligera frustración por no alcanzar sus objetivos ya sea en el ámbito profesional o laboral.

También se puede deber al cansancio que implica trabajar en estos diferentes turnos ya que en la mañana es cuando se brinda un mayor servicio y en la

noche no hay tantos usuarios, sin embargo puede haber mayor tiempo de ocio y el cansancio puede ser más agudo ya que no se pueden dormir en ningún momento durante su jornada laboral.

Sin embargo en esta misma área no se encontraron diferencias significativas entre los médicos del turno matutino y los médicos del turno nocturno, esto puede deberse a que ambos turnos les permite llevar a cabo otras actividades propias de su profesión a diferencia del turno vespertino que pocos pueden combinar otra actividad alterna.

Tampoco se encontró diferencia significativa en el área de Realización Personal entre el turno vespertino y nocturno esto puede ser debido ya que estos horarios como se menciono anteriormente les permite a los médicos llevar a cabo otras actividades ya sean laborales o familiares.

CONCLUSIONES.

El objetivo de esta investigación fue detectar la presencia y el nivel de Burnout así como la relación que este tiene con los turnos en los cuales prestan sus servicios los médicos de la empresa Medically Home. Los resultados mostraron que en varios de los factores evaluados existía una relación significativa

Como se pudo observar a lo largo de esta investigación, la profesión del médico no es nada fácil, ya que el tratar con personas diariamente no es sencillo y al paso del tiempo empiezan a aparecer padecimientos tales como el síndrome de Burnout, el cual afecta el desarrollo laboral, psicológico y familiar de los colaboradores, expresándose con actitudes negativas hacia las personas que solicitan el servicio, o no sentirse satisfecho con las tareas que se estén llevando a cabo diariamente y verse abrumado por el trabajo de rutina. Maslach (1982) menciona que tratar con personas puede ser muy demandante, ya que necesita de mucha energía para mantener la calma en medio de una crisis, para ser paciente ante la frustración y ser comprensivo cuando se está rodeado de miedo, dolor y enojo por parte de los pacientes.

Por eso la profesión del médico pasa a ser de las más complicadas por el trato cotidiano que se tiene con las personas, por lo que son vulnerables a padecer Burnout.

Moreno y Peñacoba (1995) consideran que el síndrome de Burnout llega a afectar de manera grave la calidad de los profesionistas, repercutiendo en la insatisfacción laboral, y la disminución de la calidad del trabajo que cada colaborador este desempeñando esto también se puede ver reflejado en el ausentismo y en la rotación de personal.

Por lo que es de suma importancia revisar las funciones que está llevando a cabo cada uno de los colaboradores dentro de la organización o institución, con el fin de asegurarles un desarrollo de calidad en su vida laboral.

En el presente trabajo se reflejó que los médicos del turno nocturno resultaron más afectados por el Síndrome de Burnout que los médicos del turno vespertino.

Como menciona Melo (1997), las personas que trabajan bajo un régimen de jornada nocturna, lo hacen en contra del desarrollo de la disposición fisiológica, así, la mayoría de los colaboradores que llevan a cabo sus actividades de esta

forma se quejan de padecer trastornos digestivos, insomnio y disminución en el rendimiento laboral además de afectar sus relaciones sociales.

En el área de agotamiento emocional los turnos más afectados de acuerdo a los resultados obtenidos fueron el turno matutino y nocturno, lo que puede ser atribuido a que llevan a cabo tareas rutinarias, tales como estar sentados con una diadema telefónica gran parte de su jornada laboral, sintiéndose más abrumados emocionalmente.

Durand (2004) menciona que dormir pocas horas está asociado con el deterioro de la salud y el bajo desempeño y es causa importante de somnolencia diurna, asociadas a la privación del sueño y alteraciones del ritmo circadiano lo que puede aumentar el riesgo de correr un accidente laboral, ausentismo y desmotivación por el trabajo.

La persona que padece Burnout se puede ver afectada su interacción social y relaciones interpersonales principalmente en aquellos colaboradores que prestan sus servicios en jornadas nocturnas. (Juárez, 2006).

A partir de los resultados obtenidos, podemos confirmar que el Síndrome de Burnout es una respuesta a los empleos con mayor demanda laboral, por lo que las instituciones o empresas deben contemplar programas para el reconocimiento y prevención de las manifestaciones del Síndrome de Burnout en los colaboradores, esto puede ayudar a mejorar el clima y las condiciones de trabajo.

Como sugiere Rabasa (2007) para tratar de prevenir y evitar este padecimiento, es bueno utilizar los canales de comunicación que haya en la empresa o hablar con personas a las que les tengamos confianza y tratar de identificar cual es el problema y poder darle una solución.

Reconocer e identificar el problema, posibilita responder ante el síndrome de Burnout de una manera más relajada, eligiendo la estrategia más adecuada para afrontarlo.

Además se sugiere a aprender a organizar el tiempo para llevar a cabo las actividades laborales y personales para no abrumarse a no alcanzar los objetivos planeados, esto también va a depender de los recursos intelectuales con los que cuente cada persona para afrontar los problemas que se le presenten tanto en el ámbito laboral como el personal, sin dejar la ayuda social por un lado. (Gil, Monte, 2007)

Además de no sobrecargarse de tareas y menos si estas no forman parte de las tareas habituales.

Los superiores deben de estar al pendiente de las preocupaciones que inquietan a todo el personal de una institución u organización, para poder darles seguimiento y prevenir este tipo de padecimiento y asegurarles un bienestar laboral a todos los colaboradores.

Ya que esto puede beneficiar a la empresa, la gente al sentirse que la toman en cuenta puede generar un sentido de pertenencia hacia la institución y ser más productivo, lo que a su vez repercute en tener una vida laboral sana y a su vez poder transmitir este bienestar a su familia o a las personas que rodean a cada colaborador.

Finalmente los alcances que se pueden obtener con esta investigación, es promover las diferentes técnicas antes mencionadas para prevenir este padecimiento, con la finalidad de garantizarle al colaborador una vida laboral más saludable, en el ámbito psicológico, familiar y laboral.

Las limitaciones que presenta esta investigación es, que no cualquier población puede ser estudiada a través del mismo cuestionario (MBI) Maslach, ya que este solo va dirigido a ciertas profesiones, principalmente las que su labor cotidiana tenga que ver con personas.

Otras de las limitaciones que se encontraron, es que por tratarse de un estudio que aborda el tema del estado de ánimo, así como los aspectos que afectan a los médicos para desarrollar su trabajo, y el desconocimiento del Síndrome de Burnout, ya sea por los propios colaboradores o Directivos de la empresa, y no se cuenta con la apertura para poder realizar los estudios de diagnóstico y prevención.

Finalmente en México hay pocas investigaciones acerca del síndrome de Burnout dentro de las empresas por lo cual no se tienen datos estadísticamente significativos de la presencia del Burnout.

BIBLIOGRAFIA.

Buendía José Estrés Laboral y Salud ed. Biblioteca nueva S.L Madrid 1998 pag 220

Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in human service organization. En Moreno, B. y col. (1992). Configuración específica de estrés asistencial en profesores de Bup. Puebla: Memoria de investigación. CIDE.

De la Fuente J. Ramón. La Educación Médica y Salud en México ed. Siglo Veintiuno 1996, México p.p 224-227.

Espinosa, S. y Quintana, L. (2010) Relación entre Burnout y auto evaluación del desempeño en una muestra de trabajadores mexicanos. Tesis de la Licenciatura en Psicología. México. UNAM.

Franco, B., X (1997) Manual Integral de Prevención Comparación del nivel del síndrome de Burnout en un grupo de Médicos, Enfermeras y Paramédicos. Tesis de Lic. Universidad Iberoamérica.

Gairing, M. (1991). Como Superar el estrés. México Everest

Gil-Monte, P. y Peirò, J.M. (1997a). A study on significant sources of the "Burnout Syndrome" in workers at occupational centers of de mentally disabled: España.

Gil-Monte, Pedro, R (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) grupos profesionales de riesgo. Ed Piramide

Guthrie, E. y Black, D (1997) Enfermedad Psiquiátrica, estrés y aniquilamiento. Avances en psiquiatría. México.

Lipko, E. Patología Laboral. Ed Lugar. Buenos Aires 2004. p.p 24, 25, 58.

Maslach, C. (1986). Burnout: de cost of caring. E.U: prestice hall

Maslach, C. y Jackson, S (1982). Burnout: de cost of caring. E:U: prestice Hall.

Maslach, C. y Jackson, S.,(1981) The measurement of experience burnout. Journal of Occupational Behavior 100-113.

Maslach, C. y Leiter, P. (1997) The truth about burnout. How organizations cause personal stress and wath to do about it. San Francisco: Jossey Bass Inc.

Moreno, B, Peñacoba C 1995 Estrés asistencial en los servicios de salud. Departamento de Psicología Biológica de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Pinelo N., Salgado V. (2002) Comparación del nivel de Burnout en diferentes staffs médico y paramédico del C.M.N 20 de Noviembre (ISSSTE). Tesis de Licenciatura en Psicología. México. UNAM.

Pines, A (1993) Burnout. Handbook of stress. E.U. Mc Millan

Pines, A. y Aronson, E. (1988) Career Burnout. Causes and Cures. U.S.A: The Free Press

Rabasa Sanchez Beatriz 1958 1º edición 2007 El profesor quemado, el síndrome de burnout ed. Rie Valencia 274 pag

Sánchez-Anguita Muñoz Psicopatologías laborales ed. Salamanca 2008, España Universidad pontificia 2008 145 pag

Sepúlveda Bernardo. Problemas de la Medicina en México ed: Colegio nacional. México 1981, p.p 287

Somolinos d' Ardois. Historia de la Medicina. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la medicina (1978) pag. 141-143,164-165.

Tonon Graciela Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de Burnout ed. Espacio. Buenos Aires 2003 pag 93

Lobato Jacinto. Nueva Ley Federal del Trabajo. Ed :Berbera editores. México 2008.

INTERNET.

Baez, T. Ximena. Conflicto de Rol Familia-Trabajo desde la perspectiva de los tipos de jornada de trabajo. Revista de Psicología. Vol.XIV, Número 001. Universidad de Chile. Santiago, Chile 2005 pp. 113-123. Disponible <http://redalyc.uaemex.mx>

Durand, Gerardo. Hábitos y trastornos del sueño en rotadores de turnos de trabajo en una fábrica de bebidas. Anales de la facultad de Medicina. Universidad, Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 65, número 002 2004 pp. 97-102. Disponible: <http://www.redalyc.com>

Juárez, A. Fernando. Percepción de salud en guardas de seguridad que trabajan en turnos ir regulares. Terapia Psicológica, diciembre, vol. 24 número 002. Sociedad chilena de Psicología Clínica. Santiago Chile 2006 pp. 131-138. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx>

Melo, José. L. Centro nacional de condiciones de trabajo. Sistemas de trabajo por turnos. Madrid 1997. Disponible: <http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.asp?IdEntrega=1004>.

Sierra, Juan Carlos. Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol, 41, Num 1, sin mes, 2009, pp. 121-130. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80511492009>.

ANEXO.

MBI

Edad_____ Sexo_____ Edo civil_____ Turno_____ Tiempo de ejercer profesión_____

A continuación se le presentaran algunas proposiciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas y marque con una "x" dentro del recuadro la respuesta que haga referencia a usted. Por favor solo marque una de ellas. Recuerde que debe de dar su opinión acerca de sí mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas, sea lo más sincero posible.

Clave:

- 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 Pocas veces a la semana
- 6 Todos los días

Preguntas.	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2.- Me siento cansado al final de la jornada laboral							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que hacer frente a otro día de trabajo							
4.- Comprendo fácilmente como se sienten mis pacientes							
5.- Creo que trato algunos pacientes como si ellos fueran objetos impersonales							
6.- Trabajar con personas todo el día es realmente un esfuerzo							
7.- Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes							
8.- Me siento quemado por mi trabajo							
9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de otras personas							
10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							

11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12.- Me siento muy activo							
13.- Me siento frustrado en mi trabajo							
14.- Siento que estoy trabajando demasiado							
15.- Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes							
16.- Trabajar directamente con personas me provoca estrés							
17.- Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con mis pacientes							
18.- Me siento entusiasmado después de trabajar cercanamente con mis pacientes							
19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20.- Me siento acabado							
21.- En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22.- Siento que mis pacientes me culpan por alguno de sus problemas							