



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BURNOUT SYNDROME / SÍNDROME DE DESGASTE.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

FRANCISCO ABRAHAM ANTELE GÓMEZ

TUTORA: Esp. Alba Estela Basurto Calva

ASESORA: Mtra. Claudia Sofía de León Torres

MÉXICO, D.F.

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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Estrés	
2.1.1 Definiciones	
2.1.2 Clasificación de alteraciones del estrés	
2.1.3 Tipos de personalidades	
2.2 Síndrome de Burn-out	6
2.2.1 Definiciones	
2.2.2 Etiología	
2.2.3 Clasificación	
2.2.4 Epidemiología	
2.2.5 Características clínicas	
2.2.6 Escalas de Burn-out según Maslach y Jackson	
2.2.7 Medición	
2.2.8 Prevención y tratamiento	
2.2.8.1 Manejo	
2.2.8.2 Manejo social	
2.2.8.3 Manejo Institucional	
2.2.8.4 Manejo Individual	
2.2.8.5 Manejo Terapéutico	
2.2.9 Legislación	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. JUSTIFICACIÓN	18

5.	HIPÓTESIS	19
6.	OBJETIVOS	20
6.1	Objetivo general	
6.2	Objetivos específicos	
7.	METODOLOGÍA	20
7.1	Material y método	
7.2	Tipo de estudio	
7.3	Población de estudio	
7.4	Tamaño de la muestra	
7.5	Criterios de inclusión	
7.6	Criterios de exclusión	
7.7	Variables	
7.7.1	Variables independientes	
7.7.2	Variables dependientes	
7.8	Operacionalización y conceptualización de variables	
7.9	Recursos	
7.9.1	Materiales	
7.9.2	Humanos	
7.9.3	Financieros	
7.10	Cronograma de actividades	
8.	RESULTADOS	24
9.	CONCLUSIONES	31
10.	BIBLIOGRAFÍA	32
11.	ANEXOS	35

INTRODUCCIÓN

Se ha reportado que dentro de las enfermedades asociadas al estrés laboral en las profesiones relacionadas con la salud, el **Síndrome de Burn-out**, de desgaste o agotamiento profesional, es cada vez más conocido y lamentablemente más extendido. Básicamente, es un estado mental persistente y negativo relacionado con la sobrecarga de trabajo que puede desarrollarse en personas expuestas a estrés prolongado.

Este síndrome fue descrito por las Doctoras. **Cristina Maslach y Susan Jackson** en 1976, como un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan en contacto directo y constante con personas con problemas de salud.

Suele afectar principalmente a personas cuyas tareas laborales tienen un componente central de ayuda a los demás y gran intervención social, como los odontólogos, médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, docentes o trabajadores sociales, por tratarse de profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás, con un alto grado de auto exigencia y que según Maslach son los profesionales de ayuda. En este orden de ideas nos dice que el **Burn-out** es considerado lo contrario de los ideales profesionales, pues no se acepta que una persona este emocionalmente agotada y que perciba sentimientos negativos hacia la gente y su profesión.

En el caso de los profesionales de la salud los programas de formación se dedican exclusivamente a aprender técnicas de diagnóstico y tratamiento muy sofisticadas, pero se omiten las técnicas de comunicación y de afrontamiento de las emociones.

Lógicamente, lograr una organización sin **Burn-out**, puede parecernos una utopía, pero tenemos que trabajar para que esta enfermedad aparezca lo menos posible y no se convierta en una de las enfermedades profesionales del siglo XXI.



Dra. Cristina Maslach.

<http://www.mhhe.com/mayfieldpub/psychtesting/profiles/maslach.htm>



Dra. Susan Jackson.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS

La historia del síndrome de agotamiento profesional, denominado en idioma inglés original **Burn-out** “estar; o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto”. Es reciente, aunque ya, desde hace más de 20 años en psicología, psiquiatría y medicina general, se viene utilizando el término **Burn-out** para describir un estrés de tipo laboral e institucional.¹

En 1901 **Thomas Mann**, en su novela, “The Buddenbrooks”, se refiere ya a este término. En esta obra literaria se relata la destrucción de una familia y va implícito en las características del personaje el síndrome, un senador, del cual toma el nombre su obra.

El primero en utilizar el término fue **Graham Greens** en una publicación de 1961, “A **Burn-out** case”.²

Fue el psicoanalista alemán residente en Estados Unidos de América, **Herbert J. Freudenberger**, quien en 1974 lo definió por primera vez. Se refirió a los profesionales denominados de “ayuda” cuya actividad va dirigida hacia otras personas, con las que mantienen fuerte y sostenido contacto directo.³

Las primeras descripciones del síndrome que hizo Freudenberger, las realizó en una clínica neoyorquina con adictos a sustancias tóxicas, observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía que lleva al agotamiento, ansiedad inespecífica y en algunos casos a cuadros de tipo depresivo, en un marco de pérdida de la motivación e interés con que abordaban su trabajo, e incluso, manifestando intolerancia, resentimiento y agresividad hacia los pacientes.⁴

Para ese año, también **Von Ginsburg** describe el síndrome aplicándolo al agotamiento psicofísico de los trabajadores de organizaciones de ayuda.⁵

Posteriormente, en 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga **Cristina Maslach** y su colega **Susan Jackson**, presentados públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA).⁴

En 1979, **Dale**, es uno de los que inician la concepción teórica del **Burn-out** entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y tiempo.³

Cherniss en 1980, es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo como antecedente en la aparición del burnout.⁶

Un año después en noviembre de 1981 se celebra en Filadelfia la Primera Conferencia Nacional sobre **Burn-out**, que sirve para concretar criterios reafirmando las manifestaciones de este síndrome.

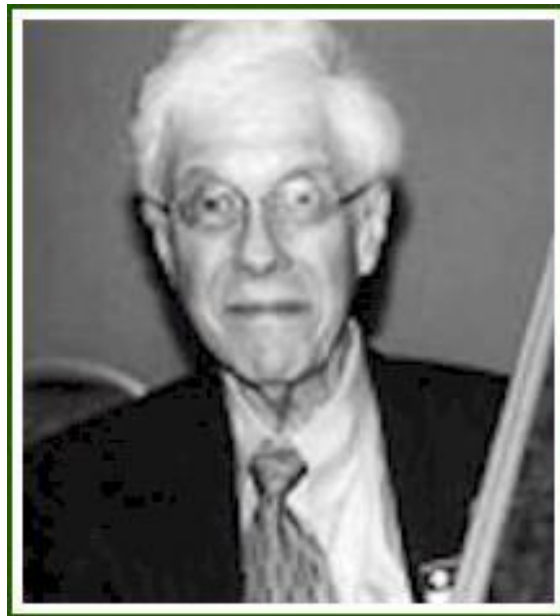
Si bien, inicialmente se proponía una instauración secuencial según el cansancio emocional, la despersonalización y falta de realización personal, fue ganando terreno la idea de que no es necesario este orden secuencial, y pueden darse formas agudas y crónicas del síndrome según **Golembiewski**, en 1986.³

Después **Grebert** en 1992, entiende el **Burn-out** como un planteamiento defensivo de los profesionales de la salud.⁷

En un estudio en Argentina en Febrero del 2000, se llegó a la conclusión de que las personas que padecen el síndrome pueden afectar a los demás en su letargo, cinismo y desesperación, por lo que en un corto periodo de tiempo la organización, como tal, puede caer en el desánimo generalizado.

A finales del 2000, se estudiaron en Alemania con el cuestionario de Maslach a 709 dentistas, de los cuales respondieron un 75% de ellos, obteniéndose que un 13% presentaba cansancio emocional, un 6% presentaban signos de despersonalización y el resto falta de realización profesional. No había diferencias estadísticas significativas en cuanto al género, y los más afectados eran los de mediana edad.⁸

En el 2001, en la revista de la ADM se publicó un estudio realizado en 1994, donde se aplicaba el cuestionario **Maslach Burn-out Inventory** a cirujanos dentistas del Departamento de Salud Dental Pública del Hospital de Londres Inglaterra, donde se encontró evidencia de que algunos odontólogos sufrían altos niveles de **Burn-out** relacionados con su trabajo.⁹



Dr. Herbert Freudenberg.
<http://blog.talaentia.com/2010/08/>

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de Estrés

Para entender la etiología del Síndrome de **Burn-out** es conveniente una explicación breve del estrés.¹⁰

El concepto de estrés, se debe a **Hans Selye**, médico canadiense.¹⁹

La palabra estrés es una adaptación al castellano de la voz inglesa “stress”. Esta palabra apareció en el inglés medieval en la forma de distresse, que a su vez provenía del francés antiguo “destresse” (estar bajo estrechez u opresión).¹¹

Con el paso del tiempo, los anglo parlantes empezaron a usar la palabra “stress” sin perder la palabra original “distress”. La primera hace referencia a: énfasis, tensión o presión unas veces en sentido negativo y otras en sentido positivo. La segunda a una situación de dolor psíquico, sufrimiento o angustia siempre en sentido negativo.¹²

El estrés, es el término genérico que se aplica a las presiones que las personas experimentan. Debido a las alteraciones que el estrés provoca, podemos entender este concepto como un conjunto de reacciones fisiológicas o psicológicas que experimenta el organismo cuando se somete a fuertes demandas, exigencias, estímulos o abusos en las actividades que realiza a diario.¹³

La Organización Mundial de la Salud define al estrés como: “El conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”.

La presencia del estrés en el trabajo es prácticamente inevitable en muchas de las labores que realizamos.¹⁴

Por un lado se puede concluir que el estrés es:

1. La reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda.
2. Un estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica.
3. Una preparación para el ataque o la huida.
4. El comienzo de una serie de enfermedades.
5. La causa directa de las enfermedades.

Y por otro lado se dice que el estrés no es necesariamente nocivo, ya que a menudo ayuda a alcanzar los objetivos deseados.¹⁵

2.1.2 Clasificación de alteraciones del estrés.

Las consecuencias extremas al estrés pueden ser:

- Leves o temporales.
- Severos o de largo plazo.

Esto depende en gran medida del periodo de exposición al mismo, cuánto afecte al individuo y la capacidad de recuperación.⁷

El estrés desde que aparece hasta que termina pasa por tres etapas o fases que son:

- a) Fase de alarma (leve).
- b) Fase de resistencia (moderada)
- c) Fase de agotamiento (avanzada).

FASE DE ALARMA

Constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. El sujeto puede hacerle frente y resolverlo; con lo cual la verdadera señal del estrés no llega a materializarse.

Tan sólo cuando la barrera estresante lo supera y se da cuenta de que sus fuerzas no dan para más, puede decirse que el individuo toma conciencia del estrés existente, de modo que se sitúa en la fase de alarma.

FASE DE RESISTENCIA

El individuo intenta salir adelante, pero su capacidad tiene un límite, se frustra y sufre como consecuencia de una situación. Empieza a darse cuenta que está perdiendo mucha energía y su rendimiento disminuye.

FASE DE AGOTAMIENTO

La etapa final del estrés; caracterizada por fatiga, depresión y ansiedad; que pueden aparecer separados o simultáneamente.¹²

La fatiga incluye un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno, normativamente va acompañado de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. En cuanto a la ansiedad, el sujeto la vive frente a múltiples situaciones; no sólo ante causas estresantes, sino también ante experiencias que normalmente no le producirán ansiedad.

En cuanto a la depresión el individuo carece de motivación para encontrar placenteras sus actividades, sufre de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y los sentimientos hacia sí mismo cada vez son más negativos.

2.1.3 TIPOS DE PERSONALIDADES.

En los años cincuenta, los célebres cardiólogos **Meyer Friedman** y **Ray Rosenman** establecieron la distinción entre dos tipos de personalidad: Tipo A (con alto riesgo de infarto cardíaco) y Tipo B (con riesgo mínimo de sufrir infarto).¹⁶

En su estudio de ocho años de duración, comprobaron que se daban más del doble de pacientes con infarto en el grupo "A", que en el grupo "B".

Las características de estos dos grupos son las siguientes, aunque cabe mencionar que existe toda una gama de tipos intermedios o con características entrecruzadas; pero esta simplificación resulta de gran utilidad, para saber a qué lado se inclina cada cual.¹⁷

TIPO A.

Asertivas, competitivas, se fijan normas elevadas, son impacientes consigo mismas, trabajan bajo constante presión de tiempo. Es común que no se den cuenta de que muchas de las presiones que experimentan proceden de ellos mismos y no son producto de su entorno.

TIPO B.

Parecen ser más relajados; aceptan las situaciones y el trabajo como se les presentan en lugar de enfrentarlos competitivamente; son tranquilos frente a las presiones de tiempo; son menos propensos a padecer problemas asociados al estrés; pueden ser trabajadores productivos; obtienen resultados de diferentes maneras.¹⁶

2.2 SÍNDROME DE BURN-OUT.

2.2.1 Definiciones.

Existen varias definiciones acerca del **Burn-out**. Según **Freudenberger**, en 1974, lo define como “Un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales denominados de “ayuda” cuya actividad va dirigida a otras personas.”¹⁸

También en ese año **Von Ginsburg** se refiere a él **Burn-out** como “Un agotamiento psicofísico de los trabajadores en organizaciones de ayuda”.⁵

En 1980, **Chemiss** lo define como “Cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en personas que laboran con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”.⁶

A finales de 1980, **Edelwich**, se refiere al término como “Pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del propósito de los trabajadores de ayuda, como resultado de las condiciones de su trabajo frente a las demandas excesivas de los usuarios”.¹⁹

También **Pine, Aronson y Kaffry** definen el síndrome como “El resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso hacia los demás, durante un periodo de tiempo prolongado.”²⁰

La definición más aceptada conocida y utilizada es la de la Doctora **Cristina Maslach** junto con la Doctora **Susan Jackson** refiriéndose al **Burn-out** como “Una respuesta inadecuada a un estrés laboral con implicaciones emocionales, de carácter crónico y cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, la actitud fría y despersonalizada hacia los demandantes del servicio, y el sentimiento de fracaso en lo que se está realizando por parte del trabajador”.⁴

2.2.2 ETIOLOGÍA.

El **Síndrome de Burn-out** se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario.²¹

Entre las causas del **Burn-out** destacan el aburrimiento y los síntomas negativos consecuencia del estrés; crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas; sobrecarga de trabajo y falta de estimulación; pobre orientación profesional y aislamiento.¹²

La explicación del porque son las profesiones asistenciales las más afectadas por este tipo de síndrome está intrínsecamente unida con la etiología del **Burn-out**; por un lado, son las profesiones asistenciales las que presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo, sin embargo, el choque que experimentan estos profesionales al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al que deben adaptarse, puede determinar el comportamiento de estos profesionales; la diferencia entre expectativas y realidad contribuye en gran medida al estrés que experimenta.¹

Por otra parte, cabe destacar que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente, que a menudo se encuentran en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, turbación, temor o desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto que deja al profesional “vacío”.²²

El **Burn-out** es considerado un proceso continuo, su aparición no surge de manera súbita, sino que emerge de manera paulatina, siguiendo un proceso de transición por etapas. Se puede distinguir un primer momento en el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés. Después habría un exceso o sobre esfuerzo en el que el profesional daría una respuesta emocional a este desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga etc. La situación exigiría del profesional una adaptación psicológica. Posteriormente habría un enfrentamiento depresivo en el que se va a producir un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse en las tensiones experimentadas. Según esta sucesión de etapas, el **Síndrome de Burn-out** propiamente dicho, aparecería en la fase final y vendría a ser una respuesta a una situación laboral insoportable.¹⁸

Con frecuencia, es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome y simplemente cuando es el desgaste propio de la profesión y donde está la frontera entre una cosa y otra. Se tiende a negar, ya que se vive como un fracaso profesional y personal.¹

2.2.3 CLASIFICACIÓN.

Las puntuaciones y los rangos o niveles de afección de los tres componentes del **Maslach Burn-out Inventory** descritos por las **Doctoras Maslach y Jackson** son los siguientes:

COMPONENTE	BAJO	MEDIO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	≤ 16	17 - 26	≥27
DESPERSONALIZACIÓN (DP)	≤6	7-12	≥13
REALIZACIÓN PERSONAL (RP)	≤39	32 - 38	≥31

AGOTAMIENTO EMOCIONAL.

Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

DESPERSONALIZACIÓN.

Está formada por 5 preguntas. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

REALIZACIÓN PERSONAL.

Se compone de 8 preguntas. Evalúa los sentimientos de autosuficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La despersonalización sólo puede usarse para valorar la relación con el paciente, cliente o usuario del servicio y no es válida para evaluar las actitudes hacia compañeros o colaboradores.²

2.2.4 EPIDEMIOLOGÍA.

El interés en la investigación del síndrome proviene del hecho que es un problema social y no solo una cuestión teórica, por lo que se necesita saber más de él.

Del anterior planteamiento de un problema que afecta cada vez más a distintas profesiones y consecuentemente a más personas se observan los datos epidemiológicos aportados por diferentes estudios.²³

ESTUDIO	RESULTADOS
Kyriacou (1980)	25% en profesores
Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20%-35% en enfermeras
Henderson (1984)	30%-40% en médicos
García Izquierdo (1991)	17% en enfermeras
Prince y Spence (1994)	20% en personal de salud
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en médicos

Estas cifras son indicativas de que nos podemos encontrar ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas.⁴

2.2.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En las primeras fases, es posible que otros compañeros se den cuenta antes que el interesado, lo que representa algo importante para el diagnóstico precoz.

Puede no notar los pequeños cambios de humor, en su actitud hacia los demás o hacia el trabajo. Si de todas maneras notase algún cambio probablemente lo negará o le restará importancia atribuyéndolo a otra causa. Por este motivo, los amigos, colegas o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz de sus compañeros.⁹

El éxito de un sistema de alarma precoz de este tipo, depende no sólo de la capacidad de ver las señales de alarma en los otros, sino también de la disponibilidad y posibilidad de hablar de ellos y hacerlo de forma constructiva. Sin embargo, cuando el síndrome ya en fases avanzadas, el sujeto puede percatarse o no claramente de ello.

Dice Maslach, que muchos profesionales desconocen que pueden sufrir este síndrome, incluso cuando se trata de personas cultas y bien preparadas profesionalmente.

La forma de manifestarse se presenta bajo unos síntomas específicos y estos son los más habituales:

PSICOSOMÁTICOS: Fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, úlceras y desórdenes gástricos, tensión muscular, cansancio, malestar general, desórdenes

menstruales, taquicardia, hipertensión, etc.

Estos síntomas son a menudo tempranos signos de **Burn-out**.

Aclaremos que a diferencia de un estrés puro, el **Burn-out** siempre está asociado a sentimientos de desvalorización y fracaso.

DE CONDUCTA: Mala comunicación, ausentismo laboral, predominio de conductas violentas y de los comportamientos de alto riesgo como conducción arriesgada, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, trastornos en la ingesta de alimentos, conductas suicidas, bajo rendimiento personal, irresponsabilidad con pacientes y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.²⁰

EMOCIONALES Y MENTALES: Sentimientos de vacío, irritabilidad, agotamiento, fracaso, baja auto estima, incapacidad de concentración, agotamiento, y pobre realización personal.

El nerviosismo suele traducirse en inquietud y desasosiego, dificultad para la concentración o disminución de la memoria inmediata y una baja tolerancia a la frustración, impaciencia, sentimiento oscilante de impotencia a omnipotencia, desorientación y comportamientos paranoides.

Los signos defensivos surgen de la necesidad de los sujetos con **Burn-out** para aceptar sus sentimientos.

La negación de sus emociones es un mecanismo con el que el sujeto trata de defenderse contra una necesidad que le es desagradable. La supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas; de atención selectiva y la intelectualización son otras formas de evitar la experiencia negativa.

LABORALES: Menor capacidad en el trabajo, acciones hostiles, conflictos.²⁰

2.2.6 ESCALAS DE BURNOUT SEGÚN MASLACH Y JACKSON.

Las Doctoras Cristina Maslach y Susan Jackson estructuraron este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionaron tres grandes escalas.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE). Caracterizado por la pérdida progresiva de energía, sobreviene luego de haber intentado modificar las situaciones estresantes sin haberlo logrado. La actividad laboral pierde así para el sujeto el atractivo que pudo tener en otro momento.

DESPERSONALIZACIÓN (DP). Manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva defensivamente a adoptar un distanciamiento frente a los problemas, e incluso proyectar el conflicto culpando a los propios pacientes de los problemas del profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos o “casos”. La actitud varía según las personalidades, pero en general hay un camino a la “insensibilización” que va desde el pesimismo o escepticismo al cinismo respecto de los atendidos.

REALIZACIÓN PERSONAL (RP). Donde se dan respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción interna, baja autoestima y fuertes auto cuestionamientos, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencia a la huida. El profesional sucumbe a la creencia que el trabajo no amerita más esfuerzos.²⁴

El círculo se va cerrando con retroalimentación negativa: agotamiento físico y psíquico, despersonalización y una visión negativa, escéptica o cínica de sí mismo y de los propios logros; con moral baja, detrimento y descenso de la productividad en el trabajo y sentimientos de fracaso y frustración; percibiendo escasa o nula realización personal.

A partir de esos trabajos descritos, el cuadro de signos y síntomas fue recibiendo aportes de otros estudiosos; teniendo en cuenta, que este síndrome es un mal invisible, que afecta y repercute directamente en la calidad de vida de las personas.

Cabe señalar que la despersonalización es el elemento clave del **Burn-out**, al considerar que tanto el cansancio emocional como una baja realización personal se pueden encontrar asociados a otros síndromes.²⁷

2.2.7 MEDICIÓN.

Existen varios instrumentos de evaluación del **Burn-out**; el más conocido y utilizado es el **Maslach Burn-out Inventory (MBI)**, creado por **Maslach y Jackson** en 1981.

Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del **Burn-out**, consta de 22 preguntas en total, y en él se pueden diferenciar tres escalas que miden a su vez los tres niveles que conforman el síndrome:

Agotamiento emocional (AE). Conformado por los ítems; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, a mayor puntuación en esta escala, mayor es el nivel de **Burn-out** experimentado por el sujeto.

Despersonalización (DP). Constituida por los ítems 5, 10, 11,15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del **Burn-out**.

Realización personal (RP). Lo conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18,19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de **Burn-out**, es decir, a menor puntuación de realización o logros personales más afectado está el sujeto.²⁶

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

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

Lo que se ha hecho es distribuir las puntuaciones totales de cada escala en tres tramos, que definen un nivel de **Burn-out** experimentado como bajo, medio o alto. Hay que señalar además que las puntuaciones de cada escala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total de MBI.¹³

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

Privacidad: Por que las respuestas pueden ser influidas si el sujeto habla con otros trabajadores, amigos o cónyuge.

Confidencialidad: Debido a la naturaleza sensible de las cuestiones planteadas, es importante que el sujeto se sienta cómodo a la hora de expresar tales sentimientos; por lo tanto lo ideal es que se complete de forma anónima.

Evitar la sensibilización al Burn-out: Para minimizar el efecto de las creencias o expectativas del sujeto, es importante que los entrevistados no conozcan que están contestando un cuestionario sobre el estrés profesional. Se podría presentar más bien como una escala de actitudes frente al trabajo.²⁷

Otro instrumento es la escala elaborada por **García Izquierdo y Velandrino** creada en 1992, que llaman **Escala de Efectos Psíquicos del Burn-out**, que supone una modificación y síntesis del MBI. Es una escala de 12 ítems y que califica por frecuencia en un rango de 1 (nunca) a 7 (siempre).²⁰

Al respecto **Jones** desarrolló el **Staff Burn-out Scale for Health Professionals (SBS-HP)** para evaluar el **Burn-out**, en profesionales de la salud, en base a su conceptualización esencial como síndrome de agotamiento físico y emocional. Tiene 30 preguntas en escalas de 6 grados, en las que el sujeto indica una medida de acuerdo con cada posición: 20 preguntas son para evaluar el **Burn-out** y 10 son de una escala de sinceridad, se han hallado 4 factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal.¹⁰

En 1981 **Pines y cols.** Elaboraron el **Tedium Measure (TM)** sobre la base de su conceptualización del **Burn-out**, como un estado de fatiga emocional, cercano al tedio. Estos autores distinguían inicialmente el tedio como resultado de tensiones que aparecen en profesionales, como resultado de presiones emocionales crónicas e implicación en profesionales de la salud, por lo que el TM evaluaría indistintamente uno u otro concepto, dependiendo del tipo de profesionales a las que se aplicará. Como consecuencia el TM pasó a ser denominado **Burn-out Measure (BM)**. Integrándose por 21 preguntas valoradas en una escala de 7 grados, ha demostrado validez convergente con el MBI.²²

Lo cierto es que el MBI se ha usado ampliamente para evaluar **Burn-out** en diferentes profesiones y países como Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Italia, Holanda, Polonia, Jordania entre otros.²⁵

2.2.8 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

El **Síndrome de Burn-out** no tiene ningún tratamiento específico, ni tampoco una estrategia simple de prevención. Las terapias que se aplican están orientadas a restablecer la salud psicológica del afectado y recuperar el rendimiento laboral, y se basa en el control del estrés, el ensayo conductual y la potencialización del autocontrol.²⁸

Se debe conocer cuáles son las situaciones que pueden llevar a padecer el síndrome, para poder prevenirlo; son: el ambiente físico en el que se desarrolla el trabajo, (con excesivo ruido, calor o vibraciones) la forma de organizarlo, ya que se puede ver afectado por horarios inadecuados, turnos, jornadas o tipos de contrato, una excesiva carga física y mental de trabajo monótono o repetitivo.²³

En ocasiones, un breve periodo de baja laboral, puede ayudar a reducir los síntomas del **Burn-out** y en los casos más graves hay que recurrir a fármacos antidepresivos o renuncia de la profesión.²⁹

Sin duda en la odontología, el aspecto emocional, es fundamental. Para lo cual se tiene que aprender a manejar las emociones tanto de los pacientes como las propias, es trascendental equilibrar las áreas vitales como son los amigos, aficiones, descanso, área laboral y no permitir que el trabajo termine por absorbernos.³⁰

Siguiendo a Maslach, existen una serie de estrategias, tanto para prevenir como para disminuir o controlar el **Burn-out**, que tratan de incidir en los factores implicados en la aparición.³¹

Al **Burn-out** se le puede hacer frente más fácilmente en las fases iniciales que cuando ya está francamente establecido.²

Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos más realistas.³⁰

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia del profesional de la salud para admitir que tiene problemas emocionales y adoptar el rol de paciente.

Las diversas técnicas, o indicaciones para afrontar el desgaste profesional operan a cuatro niveles: social, institucional, individual y terapéutico.

2.2.8.1 MANEJO.

2.2.8.2 MANEJO SOCIAL.

En situaciones de agotamiento, un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia o los amigos. Los colegas pueden ayudar a reducir la tensión emocional, actuando sobre la fuente del estrés afrontando la situación de forma más eficaz. Muchas veces hablar con compañeros demuestra que ellos tienen problemas similares, y que quizás los problemas propios son magnificados en exceso. Los colegas también nos darán ánimo y con frecuencia, por desgracia, son los únicos que reconocen el trabajo bien hecho.¹⁵

2.2.8.3 MANEJO INSTITUCIONAL.

La satisfacción en el trabajo y el estrés ocupacional son el resultado de una interacción dinámica entre la persona que lleva a cabo ese trabajo y el entorno en que se desempeña. Se puede intentar cambiar las condiciones del puesto de trabajo. A veces es muy difícil pues las instituciones pueden ser muy conservadoras. Lógicamente, con mas personas y más medios se reduce el riesgo de llegar a quemarse, pero en la actualidad la crisis económica y restricciones presupuestarias, no lo permiten, y será conveniente analizar las formas de optimizar los recursos disponibles; para ello, pueden considerarse alguna de las siguientes estrategias:

División del trabajo. El trabajo en cadena, donde un profesional hace siempre lo mismo puede ser modificado, de forma que se realicen las tareas distintas de vez en cuando, aún en el mismo servicio.

Limitar la contaminación del tiempo libre. Se debe respetar el tiempo libre. Para los profesionales es más difícil ser objetivos y ecuanímenes cuando están emotivamente implicados en la vida del paciente, además entran en juego expectativas distintas cuando en la relación entre un profesional y u paciente intervienen la amistad e incluso el amor.

La relación de los profesionales con sus superiores. Maslach asegura que los superiores juegan un papel muy importante de ayuda al profesional afectado de **Burn-out**.¹⁰

2.2.8.4 MANEJO INDIVIDUAL.

El conjunto de estrategias que el individuo afectado de este síndrome puede utilizar para disminuirlo se resume en dos: Trabajar mejor en lugar de trabajar más y cuidarse a sí mismo.

Trabajar mejor en lugar de más: significa hacer cambios que puedan hacer el trabajo menos estresante, más eficiente y más cómodo. Según Maslach la serie de estrategias que pueden ser útiles en este sentido son:

1.- Establecer objetivos realistas. Es frecuente en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados (la inseguridad, la pobreza etc.). La mayoría de estas situaciones son imposibles de solucionar en la vida del individuo, por lo que si no se orientan los objetivos, cada día de trabajo estará destinado a ser un fracaso. Más que objetivos abstractos debemos procurar conseguir metas específicas, más factibles, debemos tener en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.

2.- Hacer la misma cosa de manera distinta. Intentar huir de la rutina, siempre será útil; nos proporcionará mayor sentido de autonomía y libertad personal. Habrá cosas que no se puedan cambiar (de tipo institucional), pero otras sí (cambiar el horario de actividades, recibir a los pacientes más conflictivos a primera hora cuando se está más descansado, son algunos ejemplos).

3.- Hacer pensar. Proporciona la oportunidad de darse un respiro, de reflexionar, antes de

dar una respuesta ante una situación delicada. La pausa del café a media mañana, puede ser útil para relajarse. Es importante evitar las prolongaciones de jornadas gratuitas y

frecuentes (a veces para seguir el ritmo de otros) que pueden contribuir al agotamiento y aversión a pacientes y colegas. En algunos trabajos se pueden hacer cambios de turno (menos estresante) por un tiempo limitado.

4.-Tomar las cosas con más distancia. El **Burn-out** aumenta cuando el profesional se implica demasiado con la gente. Tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse trabajo a casa (ni en las manos, ni en la cabeza).

Cuidarse a sí mismo además de a los otros: Será imposible que ayudemos a los demás, si en primer lugar no nos cuidamos de nosotros mismos. Para ello podemos tener en cuenta alguna de estas estrategias.

1.- Acentuar los aspectos positivos. En las relaciones de ayuda, es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados, de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones. Esta situación suele acentuarse porque los pacientes no suelen agradecer al cuidado que han recibido; creen que quien les ha ayudado a cumplido simplemente con su trabajo. Esta ausencia de refuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración.⁴

2.- Conocerse a sí mismo. Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. Este autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa una autovictimación, sino por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal. Tener capacidad para relajarse mental y físicamente puede ser de gran ayuda, pero hay que recordar que la relajación para aliviar el estrés no debe quedarse solo en ello, sino que también hay que tratar de identificar y tratar la causa o causas del mismo.

3.- Establecer límites o fronteras. Es importante diferenciar lo que es el trabajo y lo que es el hogar. Aunque a veces no es fácil, hay que intentar establecer una frontera entre ambos ámbitos.

Mantener la vida privada. Es una consecuencia de los anteriores. Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un cónyuge comprensivo. Es importante tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni un hobby debe ocupar nuestro tiempo de trabajo pues, es un signo o consecuencia del **Burn-out**.

4.-Cambiar de trabajo. Como último recurso o alternativa para profesionales con **Burn-out** se puede considerar esta decisión; en la práctica así sucede, y profesionales afectados por este síndrome acaban cambiando de trabajo, incluso de profesión. Si se cambia de trabajo, tiene que ser un autentico cambio de actividad.⁴

2.2.8.5 MANEJO TERAPÉUTICO.

Lo primero es mente sana en cuerpo sano, para ello es necesario mejorar la condición física

practicando deporte asiduamente, no competitivamente. Otra recomendación es utilizar métodos de relajación constantemente.

Sobre cómo tratar las complicaciones psiquiátricas que produce el **Burn-out**, lo primero es que sea tratado por un especialista en psiquiatría, el tratamiento puede consistir en ansiolíticos, o antidepresivos. El **Burn-out** no es una enfermedad mental, pero sus complicaciones si lo son, y su diagnóstico suele ser difícil, ya que puede confundirse con el estrés. El tratamiento farmacológico debe llevar un seguimiento ordenado; a corto o mediano plazo, nunca para siempre; el uso puede ser continuo o intermitente, según el criterio del especialista, y nunca deben sustituir a las medidas higiénico-dietéticas, tales como ajustes en el estilo de vida, deporte y reducción de drogas legales (alcohol, cafeína, analgésicos).¹⁰

2.2.9 LEGISLACIÓN.

“La ley General de la Seguridad Social considera accidente de trabajo la enfermedad que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que pruebe que la enfermedad tuvo lugar por causa exclusiva de la ejecución de este” por lo que se reconoce que el **Síndrome de Burn-out** o de desgaste profesional es considerado accidente laboral.

Por todo ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó la decisión de incluirlo en el capítulo XXI de la CIE-10, como un factor de riesgo para la salud.³²

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pese a lo reciente de su diagnóstico y de su estudio, el síndrome de **Burn-out** es una enfermedad que puede presentarse en gran cantidad de personas; entre las más afectadas se encuentran los cirujanos dentistas, profesionales que están en contacto permanente con situaciones estresantes, los cuales deben involucrarse durante largas horas en problemas y preocupaciones relacionadas con pacientes y su trabajo.

Agregado a esto, los problemas de tipo emocional a los que se enfrenta diariamente y que por lo general, trata de ocultarlos o eludirlos mediante el consumo de fármacos, alcohol, tabaco, café etc., en cantidades superiores a las de la población en general. Así mismo, los conflictos nutricionales, trastornos psiquiátricos y depresión hacen que la tasa de morbilidad por enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y accidentes de tráfico se encuentre en cifras más altas dentro de esta profesión.

Por lo anteriormente expuesto se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué proporción de alumnos de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, presentan signos o sufren del Síndrome de Burn-out?

4. JUSTIFICACIÓN.

Ante la falta de estudios acerca del **Síndrome de Burn-out** y el alto índice de estrés en que viven los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se decide realizar esta investigación, con la finalidad de conocer e identificar la presencia de este síndrome. Y de esta manera intentar disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad que repercute en los resultados obtenidos por los estudiantes, en sus relaciones sociales y su integridad física.

5. HIPÓTESIS.

H_a

Existen diferencias significativas en la prevalencia del **Síndrome de Burn-out** por género en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

H_o

No existen diferencias significativas en la prevalencia del **Síndrome de Burn-out** por género en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

H_{a1}

Existen diferencias en la prevalencia del **Síndrome de Burn-out** por estado civil en los estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

H_{o1}

No existen diferencias en la prevalencia del **Síndrome del Burn-out** por estado civil en los estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

H_{a2}

Existen diferencias en la prevalencia del **Síndrome de Burn-out** en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que estudian y trabajan al mismo tiempo.

H_{o2}

No existen diferencias en la prevalencia del **Síndrome de Burn-out** en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que estudian y trabajan al mismo tiempo.

6. OBJETIVOS.

6.1 Objetivo general.

Determinar la existencia del **Síndrome de Burn-out** en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. En el periodo comprendido de febrero a marzo de 2011.

6.2 Objetivos específicos.

Determinar la existencia del **Síndrome de Burn-out** en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Determinar si existe asociación entre el **Síndrome de Burn-out** y factores socio-demográficos, en estudiantes de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Determinar si existe asociación entre el **Síndrome de Burn-out**, realizar actividades laborales y estudiar el cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

7. METODOLOGÍA.

7.1 Material y método.

Se realizó un una encuesta a 100 participantes, de los cuales 63 son mujeres y 37 hombres.

Para la evaluación del **Síndrome de Burn-out** se ocupó el cuestionario **Survey Burn-out de Cepvi** (Portal de psicología medicina y terapias alternativas). El cual resume en sus reactivos las preguntas principales para detectar las tres dimensiones que conforman este síndrome. (Ver anexo 1).⁴²

El cuestionario tiene una estructura de 10 reactivos en total, ofreciendo 5 opciones de respuesta, valorados con una escala de Likert con 5 niveles que van desde 1 (nunca) hasta 5 (todos los días).

La finalidad de este cuestionario es medir las variables del sujeto “quemado” las cuales son:

- a) Cansancio emocional.
- b) Despersonalización.
- c) Realización personal.

Se eligieron al azar diferentes grupos de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se entregó a cada estudiante un cuestionario indicándoles que debían contestar a las preguntas con total honestidad y se les pidió entregar el cuestionario al terminar.

También se les comentó que este cuestionario no incluiría nombre, se realizaría de forma

anónima y personal ya que lo que se desea obtener es su manera de sentir respecto a la labor profesional que desempeñan y el entorno de trabajo. En el cuestionario se incluyeron preguntas de variables socio demográficas como género, edad, estado civil y si laboraban al tiempo mismo que estudian la carrera. (Ver anexo1).

7.2 Tipo de estudio.

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal.

7.3 Población de estudio.

El universo de estudio estuvo integrado por estudiantes que cursan el cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

7.4 Tamaño de la muestra.

Estuvo constituida por 100 estudiantes que cursan el cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

7.5 Criterios de inclusión.

- Ser estudiante de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología UNAM, que cursan el cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista.
- Aceptar participar en el estudio voluntariamente.
- Entregar el cuestionario resuelto en su totalidad, el mismo día de la aplicación.

7.6 Criterios de exclusión.

- Estudiantes que no contesten en su totalidad el cuestionario.
- Estudiantes que no deseen participar.
- Ser estudiante de cualquier otro grado al requerido.

7.7 Variables.

7.7.1 Variables independientes.

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Ocupación.

7.7.2 Variables dependientes.

- Síndrome de **Burn-out**.

7.8 Operacionalización y conceptualización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN
SEXO	DIFERENCIA FÍSICA COSTITUTIVA ENTRE HOMBRE Y MUJER.	CUALITATIVA-NOMINAL 1 MASCULINO 2 FEMENINO
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO DE CONTESTAR EL CUESTIONARIO	CUANTITATIVA-DISCONTINUA AÑOS CUMPLIDOS
ESTADO CIVIL	ESTADO LEGAL DE UNIÓN O DESUNIÓN	CUALITATIVA-NOMINAL 1 CASADO 2 SOLTERO 3 UNION LIBRE 4 OTRO
SÍNDROME DE BURN-OUT	SEGÚN MASLACH: "SÍNDROME DE CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y DE LOGRO PERSONAL REDUCIDO, QUE PUEDE OCURRIR ENTRE LOS INDIVIDUOS QUE TRABAJAN EN CONTACTO DIRECTO CON PERSONAS"	MEDIDO CON EL SURVEY BURN-OUT DE CEPVI. 1 ESTRES SIN BURN-OUT. 2 CANDIDATO DE BURN-OUT 3 INICIOS DE BURN-OUT 4 PROBABLE PADECE BURN-OUT

7.9 Recursos.

7.9.1 Materiales.

- Copias
- Impresiones
- Cuestionario
- Plumas
- Tarjetas de trabajo
- Computadora
- Impresora
- Hojas

7.9.2 Humanos.

- 1 Tutor.
- 1 Asesor.
- 1 Tesista.
- 100 Encuestados.

7.9.3 Financieros.

La presente investigación fue financiada por el propio tesista.

7.10 Cronograma de actividades.

El estudio se realizó en un periodo de 3 meses en la Facultad de Odontología.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
ACTIVIDAD.				
REVISION BIBLIOGRAFICA.	X			
RECOLECCION DE DATOS.		X		
APLICACION DE CUESTIONARIOS.			X	
OBTENCION DE RESULTADOS.			X	
ANALISIS DE RESULTADOS.			X	
PRESENTACION DE TESINA.				X

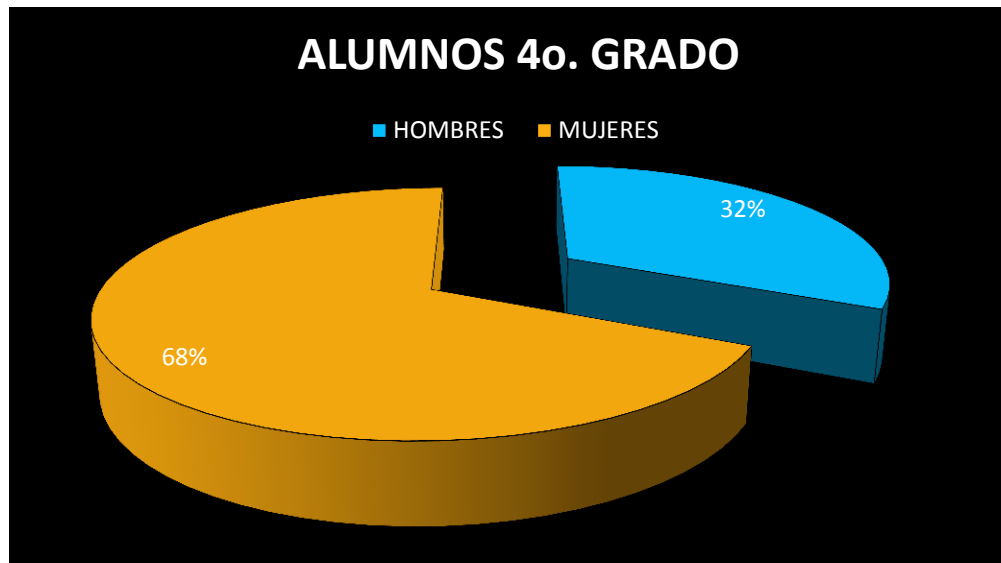
8. RESULTADOS.

Para el análisis estadístico fueron recabados los datos en el programa Excel versión 5.0 del paquete Office de Microsoft, previamente recolectados y validados, para la aplicación de la estadística descriptiva con el objeto de conocer la distribución porcentual de las variables, así como el cálculo de relación de las puntuaciones generales de cada una de las dimensiones del cuestionario aplicado para diagnóstico de **Síndrome de Burn-out** con cada una de las variables asociadas.

Con el fin de determinar las posibles diferencias en los niveles de las dimensiones del cuestionario aplicado en relación a las variables socio demográficas.

Los porcentajes generales obtenidos de acuerdo a su relación con las variables socio demográficas fueron las siguientes:

Se obtuvieron 100 entrevistas lo que implica el 100%; de los cuales 68 corresponden al sexo femenino y 32 al masculino.



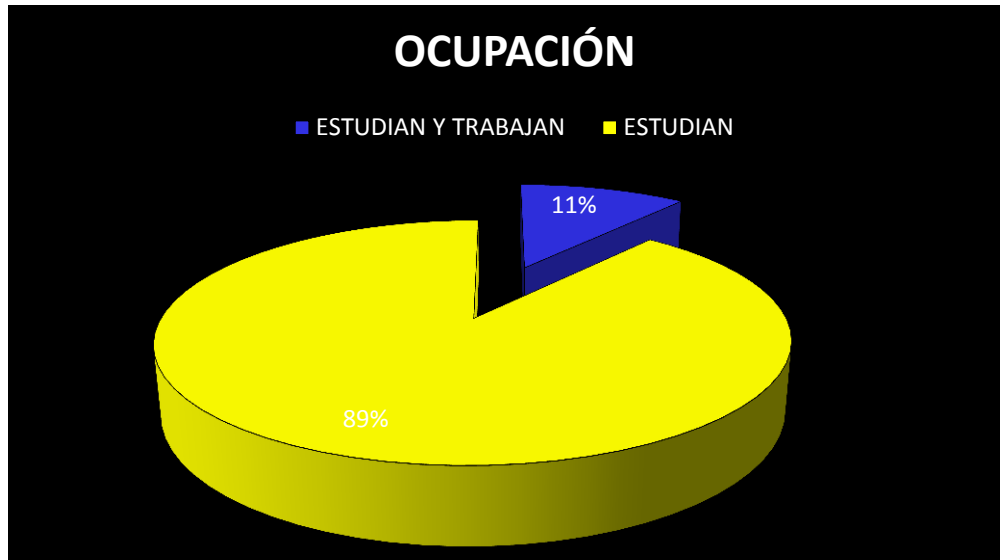
Gráfica 1. Distribución porcentual por sexo.
Fuente directa.

Distribución por estado civil, la muestra se comportó de la manera siguiente: casados 5, unión libre 2 solteros 93.



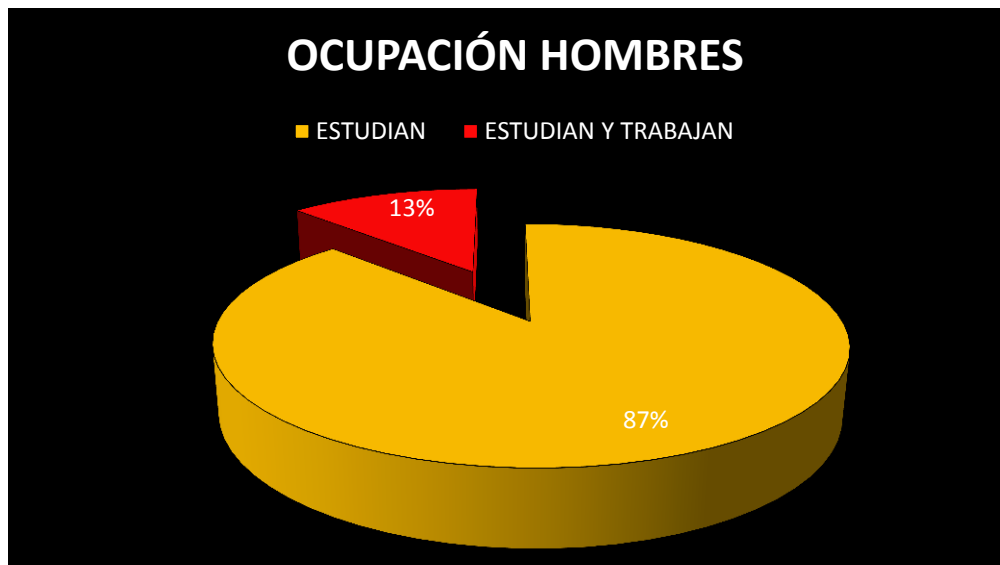
Gráfica 2. Distribución porcentual por estado civil.
Fuente directa.

Distribución por datos de ocupación los resultados quedaron de la siguiente forma: estudian 89, estudian y trabajan 11.



Gráfica 5. Distribución porcentual por ocupación.
Fuente directa.

Distribución por ocupación en sexo masculino corresponden los siguientes: estudian 28, estudian y trabajan 4.



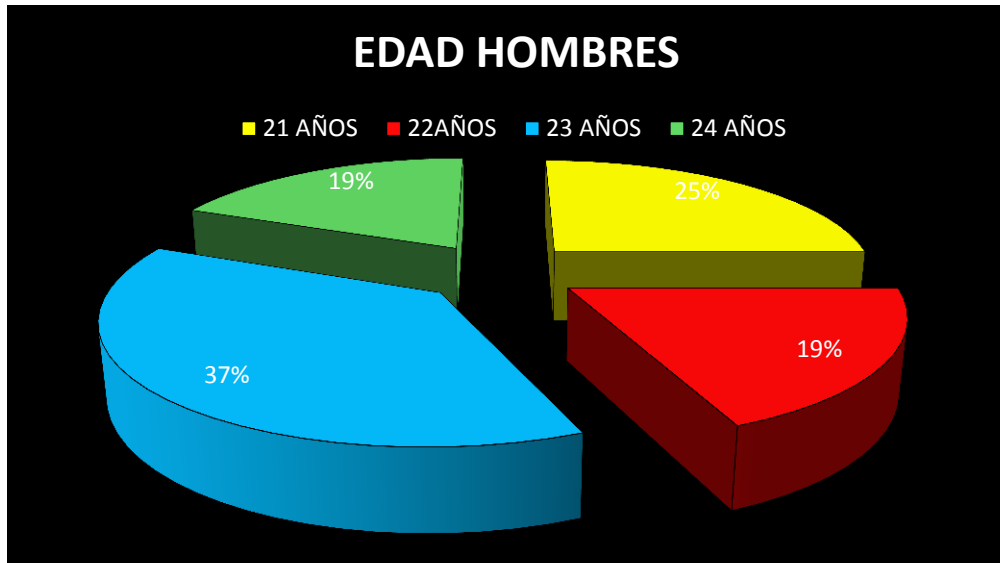
Gráfica 6. Distribución porcentual por ocupación en hombres
Fuente directa.

Distribución por ocupación en mujeres: estudian 61, estudian y trabajan 7.



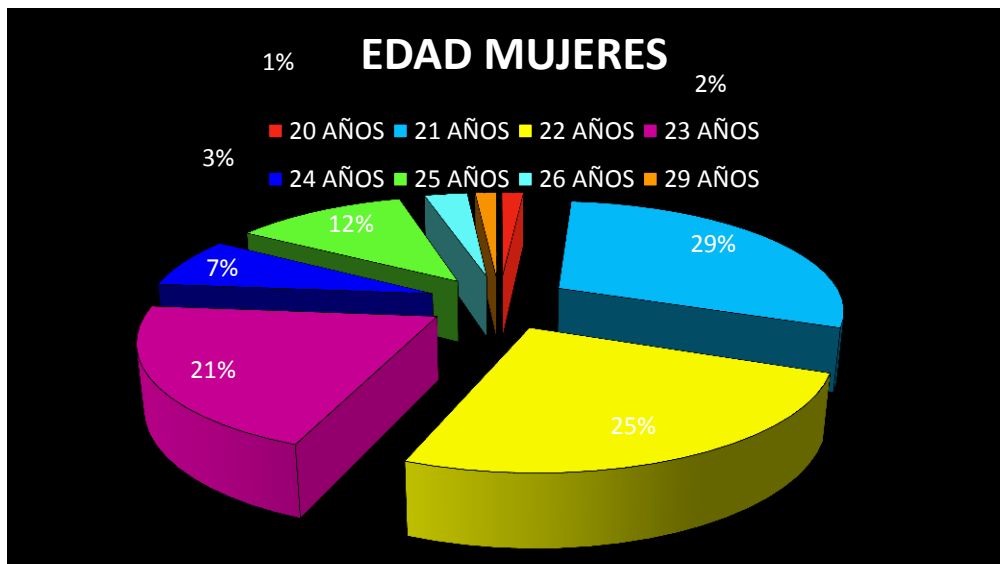
Gráfica 7. Distribución porcentual por ocupación en mujeres.
Fuente directa.

Distribución por edad en hombres: 21 años 8, 22 años 6, 23 años 12, 24 años 6.



Gráfica 8. Distribución de los hombres por edad.
Fuente directa.

Distribución por edad en mujeres: 20 años 1, 21 años 20, 22 años 17, 23 años 14, 24 años 5, 25 años 8, 26 años 2, 29 años 1.



Gráfica 9. Distribución de mujeres por edad.
Fuente directa.

Cuantificación de los resultados según el cuestionario:
<http://www.cepvi.com/test/survey/burn-out.htm>

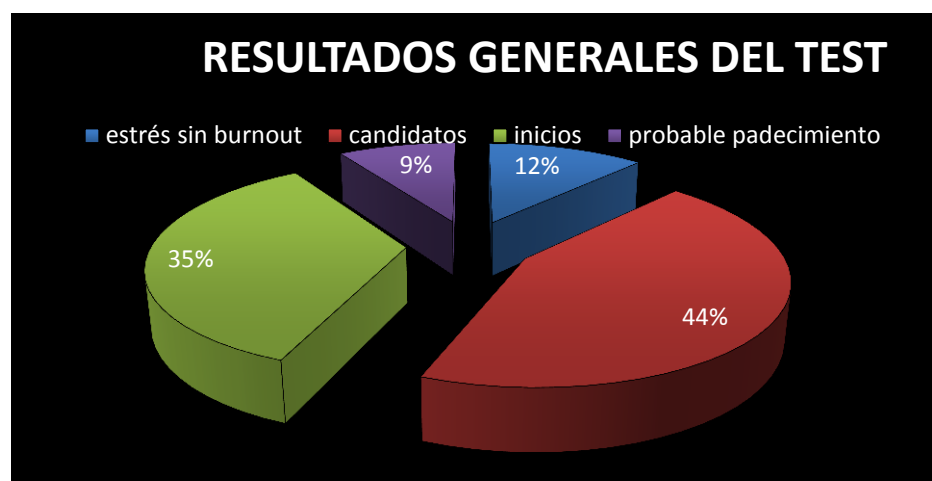
Se realizaron 100 encuestas, el cuestionario maneja 4 rangos de diagnóstico:

RANGO	PUNTOS
a) Personas que solo padecen estrés sin llegar a Burn-out.	10-15
b) Personas que pueden ser candidatas a padecer el Burn-out.	16-24
c) Personas con inicios de Burn-out.	25-29
d) Personas que probablemente padezcan Burn-out.	30-39

Los resultados en general de la aplicación del test arrojaron los siguientes resultados:

Estrés sin Burn-out	12 alumnos
Candidatas a padecer Burn-out	44 alumnos
Muestran inicios de Burn-out	35 alumnos
Probablemente padecen Burn-out	9 alumnos

De lo cual derivan los siguientes resultados:



Gráfica 10. Distribución General por presentación de Síndrome de Burn-out.
Fuente directa.

El resultado general de la aplicación del test, indica que el 35 % de los encuestados padecen cierto nivel de estrés, generado por situaciones de la vida cotidiana, sin embargo, no tienen aún algún indicio de poder llegar a padecer síntomas o signos de **Burn-out**.

Por otro lado, el 44 % son considerados candidatos a padecer el síndrome, ya que el nivel de estrés que registran es elevado y se acentúa en las principales esferas de este síndrome.

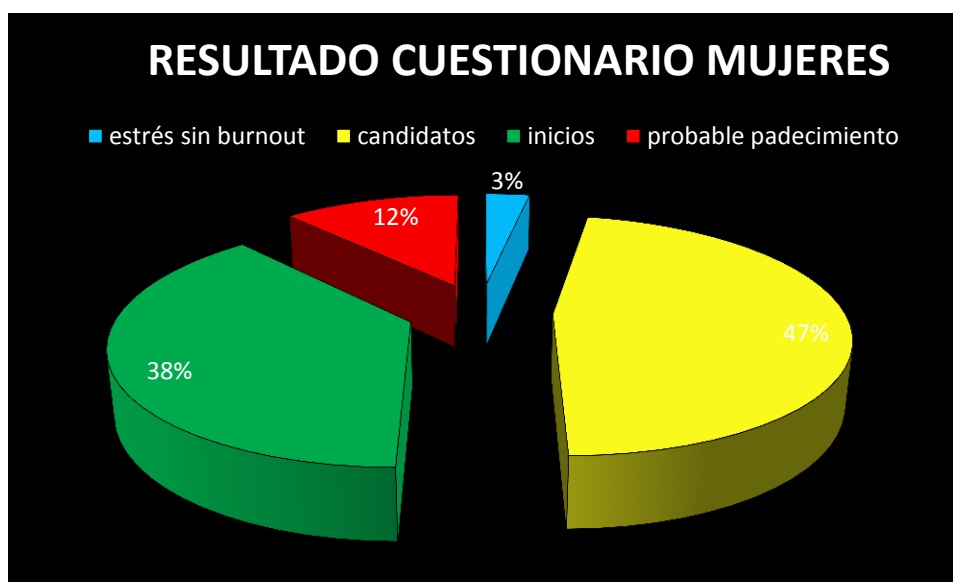
El 12% de los encuestados, están clasificados en los que presentan inicios de **Síndrome de Burn-out**, aunque no lo presentan, el riesgo está latente y hay que tomar medidas preventivas antes de llegar a niveles críticos.

El 9% restante probablemente ya este presentando **Síndrome de Burn-out**, obteniendo altos puntajes en el test, demuestran que se encuentran en niveles preocupantes, los problemas en áreas psicológicas, físicas y sociales posiblemente han traspasado el límite que nos indica que pueden padecer esta enfermedad.

Aunque puede parecer un número pequeño, es de importancia modificar en lo más posible las condiciones de vida de estas personas, pues recordemos que este síndrome es una enfermedad que afecta de manera directa, a familiares, amigos, compañeros de escuela, trabajo y pacientes.

Se entrevistó a 68 mujeres, las cuales contestaron el cuestionario de manera voluntaria los resultados arrojados fueron los siguientes:

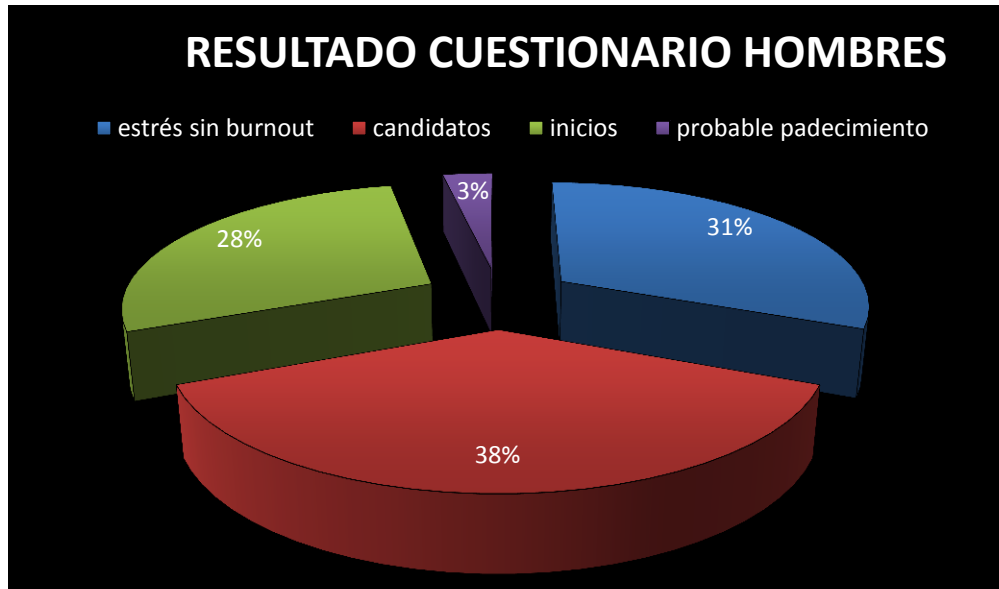
Estrés sin Burn-out	2 alumnos
Candidatas a padecer Burn-out	32 alumnos
Muestran inicios de Burn-out	26 alumnos
Probablemente padecen Burn-out	8 alumnos



Gráfica 11. Distribución por presencia de Síndrome de Burn-out en mujeres.
Fuente directa

Se entrevistó a 32 hombres, los cuales contestaron el cuestionario de manera voluntaria los resultados arrojados fueron los siguientes:

Estrés sin Burn-out	10 alumnos
Candidatas apadecer Burn-out	12 alumnos
Muestran inicios de Burn-out	9 alumnos
Probablemente padecen Burn-out	1 alumnos



Gráfica 12. Distribución por presencia de Síndrome de Burn-out en hombre.
Fuente directa.

9. CONCLUSIONES.

Los niveles altos de estrés a edades jóvenes y durante su formación son preocupantes. Mantener un ritmo de vida monótono, predispone a los estudiantes al aburrimiento, a la pérdida de interés y cansancio emocional; el desgaste físico, se observa como síntoma de estos factores que poco a poco favorecen el deterioro intelectual de los alumnos.

Existen pocos estudios acerca del Síndrome de Burn-out; en la actualidad las personas soportan las condiciones de vida, creyendo que es normal padecer el desgaste y los síntomas provocados por esta enfermedad.

Conocer los mecanismos etiológicos del síndrome contribuye como medida preventiva, la intervención oportuna generaría mejores resultados en el desarrollo personal de los estudiantes. Por ello es necesario seguir analizando los factores que provocan el Burn-out y encontrar soluciones que aumenten sustancialmente la calidad de vida escolar, laboral, social y familiar.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación con las variables socio demográficas no alcanzan un valor estadístico significativo para considerar que ejercen un efecto modulador sobre el síndrome de Burn-out. Por lo tanto no existen diferencias de prevalencia ni por género ni por estado civil. Sin embargo el estilo de vida de los encuestados refleja que se vive en un estadio de estrés extremadamente alto, eso incrementa el número de personas candidatas a padecerlo y muestra que existe Síndrome de Burn-out en algunos de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

10. BIBLIOGRAFÍA.

1. **Terras S.** Estrés (mejore su salud). España. Tutor. 1994. Pp. 47-59. 67-81.
2. **Potter B. A.** Estrés y rendimiento en el trabajo. México. Editorial Trillas. 1990. Pp. 8-24.
3. **Guerrero T. A.** Psicología del trabajo. México. Universidad Autónoma de Querétaro. 1992. Volumen 1. Pp. 253-256.
4. **Flores L. J. A.** Síndrome de "estar quemado". San Salvador, Barcelona, España. Edika Med. 1994. Pp.VII-8, 14-31, 45-58, 64-67.
5. **Fernández H. M.** Psicología del trabajo. España. Editorial Index. 1973. Pp. 59-66, 77-94.
6. **Buendía J.** Estrés laboral y salud. Madrid, España. Biblioteca Nueva. 1998. Pp. 32-35, 207-219.
7. **Díaz Rosa Ma. Lartigue Teresa.** Síndrome de Burn-out. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. Revista ADM. Vol.LVIII, No. 2. Marzo-Abril. 2001. Pp. 63-67.
8. **Potter B. A.** Estrés y rendimiento en el trabajo, Transforme las presiones de trabajo en productividad. Primera edición. México. Editorial Trillas. 1991. Pp. 23-45.
9. **Fever L. C. Tr. Pacheco N.** Como triunfar sin estrés. México. Aguilar. 1991 Pp. 12-21.
10. **Arias P.** Estrés y procesos de enfermedad. Buenos aires, Argentina. Biblos, 1998 Pp. 11-33, 45-68, 71-94.
11. **Cruz M. A., Vargas F. L.** Estrés, entenderlo es manejarlo. México. Editorial Alfaomega.2010. Pp. 95-118.
12. **Diez B. M.** Manejo de estrés. México. Editorial Alpe. 1993. Pp. 7-10.
13. **Amezcuca V. C.** Estrés, prevención y control. Madrid, España. Editorial San Pablo. 1999. Pp.31-62, 114- 140.
14. **Tanya A.** Cómo manejar la presión en el trabajo, guía para la supervivencia. México. Mc Graw Hill. 1990 Pp. 31-67.
15. **Fontana D.** Control del estrés. México. Manual Moderno. 1992. Pp. 39-52.

16. **Martín G.** Modificación de conducta. Quinta edición. España. Editorial Prentice Hall. 1999. Pp. 20-24.
17. **Ulrich R., Stachnik T.** Control de la conducta humana. México. Editorial Trillas. 1978. Volumen III. Pp. 601-606.
18. **Combi B.** Control del estrés. Segunda edición. España. Ediciones Mensajero. 1993. Pp. 101-161, 211-219.
19. **Orlandini A.** El estrés, qué es y cómo evitarlo. Segunda edición. México. Fondo de Cultura Económica. 1999. Pp. 13-45.
20. **Pines A., Aronson E.** Career Burn-out, causes and cures. London. England. The Free Press. 1989. Pp. 112-133.
21. **De la Gándara J. J.** Estrés y trabajo: El síndrome de Burn-out. Madrid, España. Editorial Cauce. 1998. Pp. 89-134.
22. **Enrique Soriano A.** Estrés, como aprender en la encrucijada. España. Editorial Olalla Bolsillo. 1997 Pp. 10-23.
23. **Buendía J., Ramos F.** Empleo, estrés y salud. Colección Psicología. México. Ediciones Pirámide. 1999. Pp. 33-41, 59-63.
24. **Weiss D.H. Tr. Ledue. S.L.** Cómo controlar su estrés. México. Aguilar. 1991. Pp 16-20.
25. **Peiró J. M.** tratado de Psicología del trabajo, aspectos psicosociales del trabajo. España. Editorial Síntesis, S.A. 1996. Volumen II. Pp. 53-55, 187-190.
26. **Peiró J. M., Salvador A.** Control del estrés laboral. Madrid, España. Eudema. 1993. Pp. 12-29, 45-67.
27. **Rüssel A.** Psicología del trabajo. Madrid. España. Ediciones Morata. 1976. Pp. 197-213
28. **Potter B. A. Tr. Mendoza A.** Estrés y rendimiento en el trabajo. Manuales didácticos de administración. México. Editorial Trillas. 1990 Pp. 45-73.
29. **REF. Singh S., Mishra S.,** Resaerch related Burn-out among faculty in higer education. Psychological Reports 1998.
30. **Goleman D.** Inteligencia Emocional. España. Editorial Kairós. 2001 Pp. 80-128.
31. **Zapata C.** Excelencia en el manejo del estrés. México. Edamex. 1994. Pp.33-43, 85-93.

32. **Hombrados M. I.** Estrés y salud. Colección Universitaria. México. Promolibro 1997. Pp. 13-23.

33. **Schmelkes C.** Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis). Colección de textos universitarios en ciencias sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Impresiones Editoriales, S.A. 1988. Pp. 8-18, 21-36, 38-54.

www

34. **Aragón Manuel.** El síndrome de Burn-out o síndrome de estar quemado. Google. Hallado en: www.psicologia-online.com/autoayuda/burnout.html

35. **Navarro Viviana.** Síndrome de Burn-out quemazón profesional. Google. Hallado en: www.intermedicina.com/Avances/Interesgeneral/AIG23.html

36. **Mira Javier.** ¿Qué es el síndrome de Burn-out?. Google. Hallado en maxilis.webcindario.com/subpage-65html

37. **Almendo Carlos.** Syndrome of Burn-out. Plataforma. Hallado en: www.earth.com/salud%20laboral/sindromeburnout.html

38. **Olivia Alejandro.** Los profesionales y el síndrome de Burn-out. Altavista. Hallado en: www.buenafuente.com/salud/lenota.asp

39. **Romero Laura, Apiquian Guitart Alejandra.** FM Seminario Permanente de Salud en el Trabajo síndrome Burn-out o de agotamiento emocional. www.gacetaunam.mx No.4,056, Pag. 1,9-10 - 10/03/08

40. **Olvera, Leticia.** Padece estrés laboral 30 por ciento de empleados. Hombres y jóvenes, los más afectados. www.gacetaunam.mx, No.4,133, Pag. 1,12-13 - 03/02/09

41. **Huerta, Leonardo.** El síndrome de Burn-out, poco estudiado en México. www.gacetaunam.mx No.4,309, Pag. 11 - 03/02/11

42. Cuestionario Diagnóstico para encuesta <http://www.cepvi.com/Test/survey/burnout.htm>

10. ANEXOS.

ANEXO 1.

Cuestionario Diagnóstico para encuesta <http://www.cepvi.com/Test/survey/burnout.htm>

Aplicado a alumnos de cuarto año de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología UNAM.

¿Tienes el síndrome de estar quemado (Burn-out)?

EDAD: _____ SEXO: MASC 1____ FEM 2____

ESTADO CIVIL: 1 CASADO__ 2 SOLTERO__ 3 UNION LIBRE__ 4

OTRO _____

OCUPACIÓN: 1 ESTUDIO ____ 2 TRABAJO ____ 3 AMBOS ____

A) Te has vuelto más irritable.

1 2 3 4 5

B) Padeces síntomas físicos como dolores y cefaleas.

1 2 3 4 5

C) Últimamente trabajas más duro pero produces menos.

1 2 3 4 5

D) Olvidas citas, fechas límite o posesiones.

1 2 3 4 5

E) Te cuesta trabajo reírte cuando la broma es sobre ti.

1 2 3 4 5

F) Ves a tus amigos cercanos y a tu familia con menos frecuencia de lo que era habitual en ti

1 2 3 4 5

G) Te cansas más fácilmente.

1 2 3 4 5

H) Te sientes más decepcionado con las personas a tu alrededor. X

1 2 3 4 5

I) El sexo es más bien un problema y casi no merece la pena.

1 2 3 4 5

J) A menudo te sientes deprimido sin motivo aparente.

1 2 3 4 5