

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MÉDICO DE LAS UNIDADES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA ZONA CENTRO DEL IMSS SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE HERNAN ROCHA PEREZ

CULIACAN ROSALES SINALOA FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MÉDICO DE LAS UNIDADES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA ZONA CENTRO DEL IMSS SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE HERNAN ROCHA PEREZ

AUTORIZACIONES:

DRA. AJICHE GARCIA SAINZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.

SEDE ACADEMICA: UMF.NO.46 DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ
CULIACAN SINALOA.

DRA. PAULA FLORES FLORES

ASESOR METODOLOGICO

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ
DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO**
ASESORES DE TEMA

CULIACAN ROSALES SINALOA FEBRERO 2011

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MÉDICO DE LAS UNIDADES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA ZONA CENTRO DEL IMSS SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSE HERNAN ROCHA PEREZ

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

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

CULIACAN ROSALES SINALOA FEBRERO 2011

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por su protección, por ser mi refugio ante las adversidades y permitirme tener la familia que hoy tengo.

A MI MADRE:

Por haberme dado la vida, el amor y cuidado cuando lo necesite. Por existir y alegrarme la vida.

A MI ESPOSA:

Por su amor, compañía y comprensión durante 20 años de vivir juntos, por darme tres hijos maravillosos y cuidarlos como la mejor de las madres, pero sobre todo estar conmigo en las buenas y en las malas.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo, cariño incondicional y haber contribuido en mi formación profesional, sin olvidar la participación de mis cuñados.

A MIS HIJOS:

Los pequeños gigantes que me impulsan a seguir luchando para ser mejor padre, hijo, hermano, amigo. Por su comprensión y tolerancia en la omisión del tiempo para ellos. Por su valiosa participación en la elaboración de este trabajo.

A MIS AMIGOS COMPAÑEROS:

Por aguantarme y motivarme para llegar hasta el fin de la especialidad.

A LOS TUTORES DEL HGR.NO.1:

Por su valiosa e invaluable aportación científica en los conocimientos adquiridos durante la especialidad.

A LA DRA. AJICHE:

Mujer, madre y profesional ejemplar, Gracias de corazón por todos estos años de conocernos, ofrecerme su amistad y sobretodo participar en mi formación académica como titular del curso de especialización.

A LA DRA. CAMELO:

Por no desistir en invitarme en repetidas ocasiones a realizar la especialidad en medicina familiar, pero sobre todo por haberme ayudado en todo para lograrlo. La recordare con mucho afecto y respeto. ¡ Dios la bendiga siempre!

TITULO

Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico de las Unidades de Medicina Familiar de la zona centro del IMSS Sinaloa.

INDICE GENERAL

I.-INTRODUCCION	1
Marco teórico	1
Planteamiento del problema	21
Justificación	22
Objetivos del estudio.....	23
Hipótesis	24
II.-METODOLOGIA	25
Tipo de Estudio:	25
Población de Estudio:	25
Criterios de inclusión:.....	25
Criterios de exclusión:	25
Criterios de Eliminación:	25
Técnica de recolección de datos:.....	26
Diseño estadístico:.....	26
Cuadro de variables	27
Cronograma de actividades:.....	29
III.-RESULTADOS	30
Descripción de los resultados	30
Graficas.....	43
IV.-DISCUSIÓN.....	75

V.-CONCLUSIONES.....	81
VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	83
V.-ANEXOS.....	86

INTRODUCCION

Marco teórico

Herbert Freudenberger, Psiquiatra norteamericano, en 1974, menciona por primera vez el concepto de Burnout para describir el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación y agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

Freudenberger, describe un perfil de las personas con riesgo de desarrollar síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por pensamientos idealistas, optimistas e ingenuos. Afirma que estos sujetos se entregan demasiado al trabajo para conseguir buena opinión de sí mismos y para lograr el bien común; pero a pesar de este esfuerzo y compromiso los profesionales fracasan en hacer una diferencia en la vida de los usuarios. El sentido de la existencia personal está puesto en el ámbito laboral, lo cual genera excesiva implicación en el trabajo y, generalmente, termina en la deserción.¹

Desde una postura individualista el síndrome de Burnout sería producto de un fallo del sujeto (tienen personalidad débil, baja tolerancia al estrés, etc.), ya que se asume el estrés como un componente interno.

Mientras que las posturas ambientalistas dan una definición más sistémica, permitiendo la utilización de estrategias para intentar el cambio o la eliminación de factores predisponentes. Dicha postura considera al estrés como algo externo al sujeto y enfoca al Burnout como respuesta de la intersección entre el individuo y el entorno laboral.

Según Moreno y cols. En 1999, este síndrome puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción del sujeto, pero ha sido estudiado en mayor medida en el campo de los profesionales asistenciales y se ha extendido en profesiones diversas.

La investigación ha derivado dos vertientes controvertidas, ya que muchos científicos están en desacuerdo cuando se limita a este síndrome para sujetos que realizan algún tipo de trabajo en contacto directo con personas, y proponen que los síntomas de Burnout se pueden apreciar también en sujetos que no tienen empleo.²

En un principio, entre el grupo de científicos que reservan este concepto a trabajadores en contacto con otras personas se destacaron las investigaciones de Cristina Maslach en 1976.

Desde el año 1977, en el que Maslach dio a conocer sus trabajos de la psicología en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos), se utiliza el término de Burnout para referirse al desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios.

Cristina Maslach y Susan Jackson en 1981 y 1982, definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes o usuarios y dificultad para el logro o realización personal (RP).³

A partir de estos componentes se elaboro el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), para medir el Burnout en personal de servicios humanos y educadores evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos estudios de investigación. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, y es importante subrayar que en la última revisión se ha sustituido el término de despersonalización por "cinismo" para los "profesionales no asistenciales".⁴⁻⁵

Entre otras definiciones del síndrome del Burnout, Burke en 1987, lo explica como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Shiron en 1989, a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como "una combinación de fatiga física, cansancio emocional, y cansancio cognitivo"

Pines en 1993, entiende el Burnout como consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo

prolongado. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental.

Cuevas en 1996, el Burnout también se lo ha explicado como producto de la interacción de múltiples factores: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad.

Hombrados en 1997, propone una definición conductual, que explica que es la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo. Las repercusiones de aquellos en la salud del trabajador y sus funciones suponen el desarrollo del síndrome de Burnout.

Farber en el año 2000 lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mayores y mejores resultados, al menor tiempo y con los mismos recursos posibles.

A partir de esta realidad, Farber señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1).- la presión de satisfacer las demandas de otros, 2).- intensa competitividad, 3).- deseo de obtener más dinero y 4).- sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

De lo anterior se puede concluir lo siguiente:

Actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluye desde directivos hasta amas de casa, y se

explica que este es el resultado de un proceso continuo en donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y sus estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir que los sujetos en su esfuerzo para adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada en el tiempo.

En organizaciones o instituciones pueden surgir ciertos problemas cuando los trabajadores presentan estos síntomas, ya que hay un deterioro en el rendimiento profesional y por consecuencia puede derivar a un deterioro en la calidad de servicio, ausentismo laboral, alto número de rotaciones y abandono del puesto de trabajo.

Por otro lado, existe controversia respecto al carácter multidimensional o unidimensional del Burnout. Sin embargo existe un número creciente de investigadores que concuerdan en que el Burnout está compuesto por tres dimensiones: Cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Definición:

El síndrome de Burnout es un conjunto de signos y síntomas derivados de un proceso progresivo y gradual de estresores negativos presentes en el área laboral que desgasta, agota, fatiga, deshumaniza, despersonaliza y hace que el individuo se sienta fracasado.

Es un padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes

emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido. Se suele presentar en aquellas situaciones laborales en las que los excesivos niveles de exigencia ya se han vuelto un hábito inconsciente e incluso socialmente valorado.⁷

Sinónimos:

El síndrome de Burnout, también es llamado síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional, síndrome del trabajador consumido, incluso síndrome de quemarse por el trabajo y síndrome de cabeza quemada.

El término "Burnout" es un término inglés que podría traducirse literalmente como "quemadura" y cuyo equivalente en español sería "agotamiento mental", "estrés laboral", "fatiga laboral", "fatiga profesional", "estrés emocional", "estrés Burnout", "fatiga del trabajo", "desgaste profesional" entre otros.

Evolución clínica:

Aspectos epidemiológicos y sintomatología del síndrome de Burnout.

Los investigadores han señalado ciertas profesiones como grupos de riesgo para desarrollar este síndrome.

La mayoría de profesionales integrantes del sector sanitario, como médicos, dentistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, y otros

profesionales como profesores, psicólogos o deportistas, se exponen a ser víctimas de este síndrome.

El síndrome de Burnout en profesionales médicos.

El Síndrome de Burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas, tal es el caso de los médicos ante el paciente y se compone de tres dimensiones:

1. AGOTAMIENTO, CANSANCIO O DESGASTE EMOCIONAL, (AE.CE.DE); Definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás.
2. DESPERSONALIZACIÓN, (DP); Es el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
3. BAJA REALIZACIÓN PERSONAL, (RP); Se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Variables implicadas en el desarrollo del Burnout.

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias:

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

- Contacto continuo con enfermos que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- Momentos de saturación por exceso de pacientes a los que atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Variables personales

Las variables personales consideradas en los estudios sobre Burnout son el sexo, la edad, el estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Con respecto a la **edad**, se señala que aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana,

aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Según el **sexo** serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de las medicas por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea del hogar y familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

Por lo que se refiere al **estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que o bien están casadas o conviven con parejas estables. Esto en relación a estabilidad emocional, seguridad y madurez que pueda predominar en este grupo de personas.

Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas, también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión. Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación a la organización institucional donde labora, así como el tipo de personalidad del trabajador, trabajadores con conducta tipo A (PCTA) en estos contextos ocupacionales.

Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas son: el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

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

Otros aspectos que han sido relacionados con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como es el caso del servicio de urgencias, terapia intensiva, oncología infantil, cuidados paliativos o hematología, entre otros.

Esta ampliamente reconocida la relación entre Síndrome de Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.

Por otra parte pero en el contexto epidemiológico algunos autores consideran que el síndrome de Burnout es un padecimiento que se puede contagiar; los profesionales de la salud pueden atrapar los sentimientos

negativos, actitudes cínicas a través de sus colegas inconscientemente.^{8,}

10, 11,12

Sintomatología.

La sintomatología del Síndrome Burnout se puede resumir de la siguiente manera:

1.- SÍNTOMAS FÍSICOS DE ESTRÉS PSICOFISIOLÓGICOS: Sentirse cansado, problemas al dormir por preocupaciones, enfermarse con frecuencia más de lo habitual.

2.- BAJA REALIZACIÓN PERSONAL: Estar insatisfecho con el trabajo, sentirse poco realizado, deseos de abandonar su carrera.

3.- SÍNTOMAS DISFÓRICOS: Irritabilidad, fácil enfado con la gente, comunicación tensa con las demás personas.

4.- SINTOMAS DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Olvidos y sentirse triste sin razón aparente, deseos de llorar por cualquier motivo, dificultades para diagnóstico y manejo de pacientes.

5.- CONDUCTAS DE DISTANCIAMIENTO RELACIONAL: Evadir a los pacientes, amigos y familiares, pérdida de interés en asistir a reuniones sociales, científicas o clínicas.

6.- BAJA EMPATÍA CON LOS PACIENTES: enfadarse fácilmente con los pacientes, actitud de dureza con los pacientes.

7.- BAJO RENDIMIENTO LABORAL: rendimiento más bajo que el promedio, actitud negativa hacia el trabajo.⁹

Grados en el síndrome de Burnout.

Como en toda manifestación patológica de conducta, existen diferentes grados que son una escalera de gravedad o severidad, en la cual una vez adquirida una gravedad mayor es difícil retornar a niveles inferiores a menos que se adquieran técnicas de afrontamiento adecuadas.

Así el síndrome de Burnout puede ser de:

- **Primer grado o leve:** Se comienzan a presentar síntomas y signos vagos e inespecíficos. De corta duración y que desaparecen a través de distracciones o hobbies.
- **Segundo grado o Moderado:** Aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración. Estos síntomas son más constantes y duran más, la persona se vuelve negativa, la preocupación por la efectividad se vuelve central.
- **Tercer grado o Grave:** En este grado se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente, al abuso de alcohol y fármacos. Los síntomas son más constantes.
- **Cuarto grado o Extremo:** Caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, con pocas o nulas relaciones interpersonales, la depresión crónica o enfermedades psicosomáticas. Incluso se intensifican los problemas familiares.^{8, 9, 10}

Evaluación del síndrome de Burnout.

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o auto informes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con auto informes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los auto informes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los auto informes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM, Pines y Aronson, 1988).

Por lo tanto nos queda claro que la mayor parte de la evaluación de la construcción del síndrome Burnout se ha desarrollado a través de diversos instrumentos. Pero entre los que podemos citar por su aplicación y objetivos de este estudio es el siguiente:

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986). Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítems en

forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes.

Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras: **agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.**

Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90). No obstante, en estudios recientes aparecen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del Burnout que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida.

En España, esta escala ha sido validada en diversas muestras para su adaptación española. Moreno, Rodríguez y Escobar (1991) realizaron un estudio en una muestra de 235 sujetos obteniendo que las variables independientes evaluadas eran discriminativas en las tres dimensiones existentes aunque señalaron que la escala de despersonalización tenía una escasa representación en el número de ítem.

Gil-Monte y Peiró (1998,2000), aplicaron en una muestra de 559 profesionales de diferentes ocupaciones el MBI, realizando un análisis factorial de las tres escalas mostrando una adecuada validez y fiabilidad de la versión adaptada al castellano.

Garcés et al. (1995) en una muestra de 256 deportistas aplicaron una adaptación al ámbito deportivo del MBI; tras un análisis factorial confirmaron que era un instrumento de medida sensible.

Actualmente existen tres versiones del MBI:

El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y está constituido por las tres escalas de las dimensiones descritas por sus autoras.

El MBI Educators Survey (MBI-ES) es la versión para profesionales de la educación donde la palabra paciente se cambia por alumno.

Por último, el MBI-General Survey (MBI-GS) presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales. Moreno et al. (2001) analizaron el MBI-General Survey en una muestra de 114 sujetos encontrando que las características psicométricas son altamente satisfactorias y se corresponden con exactitud con el modelo teórico presentado por sus autoras. Gil-Monte (2002) analizó la estructura factorial en una adaptación al castellano del mismo en una muestra de 149 policías, concluyendo que el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano.^{15, 16}

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de

“nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La subescala de **Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE)** está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.

La subescala de **Despersonalización (Despersonalization) (D)** está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención.

La subescala de **Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA)** está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Evaluación de resultados:

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta

subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66, alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento

emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios:

En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo.

En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización.

En la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro.²⁰

Tratamiento y prevención del Síndrome de Burnout.

Debido a que se ha observado un incremento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.) y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural, social y

económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House los tipos de apoyo son:

- 1) **Apoyo emocional:** Relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2) **Apoyo instrumental:** Que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) **Apoyo informativo:** Que le permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) **Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout también mencionados por el autor Hamson WDA en su obra Stress and Burnout in the Human Services Professions:

- 1- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- 2- Formación en las emociones.
- 3- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
- 4- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- 5- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- 6- Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos de media como mínimo.

- 7- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- 8- Formación continuada reglada dentro de la jornada aboral.
- 9- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- 10- Diálogo efectivo con las gerencias.^{18, 19.}

Planteamiento del problema

El síndrome de Burnout es un problema relacionado a la salud mental poco reconocido como tal hasta la actualidad ya que ni siquiera forma parte del CIE. 10.

A sabiendas de ser una entidad patológica que se puede presentar en cualquier persona que se dedique a trabajar en ambientes con trato de personas en forma directa como maestros, enfermeras y sobre todo médicos, no existen suficientes estudios de investigación en la comunidad.

Esta investigación surge igualmente de la inquietud que el investigador, consciente de las repercusiones sociales, personales y familiares, así como organizacionales, pero principalmente las consecuencias negativas directas e indirectas hacia el paciente de una práctica médica o de profesionales de la salud que posee este síndrome.

Por tal motivo surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención en el IMSS, en Unidades de Medicina Familiar (Culiacán) de la zona centro del Estado de Sinaloa México?

Justificación

- ♦ La prevalencia del síndrome de Burnout en México oscila entre el 40 y 60% según estudios realizados en diferentes entidades federativas como por ejemplo Guadalajara y Monterrey, en las cuales se reportan el cansancio emocional y la baja realización personal como las dimensiones más afectadas, predominando estas en el sexo femenino. Así mismo el riesgo que el usuario corre al ser expuesto a la atención por personal médico o asistencial poseedor de este padecimiento. Sin olvidar las repercusiones institucionales, personales y familiares que esto conlleva.
- ♦ El propósito de este trabajo de investigación, es que al ser aprobado, realizado y publicado, se pueda lograr de alguna manera que el personal médico del área geográfica en estudio, mediante un panorama general identifique esta problemática en ellos y/o en sus compañeros de trabajo y con ello, se generen alternativas de cambio, así como de mejora continua tanto en el ámbito personal, organización institucional y por qué no hasta en el ámbito familiar.
- ♦ Es frecuente escuchar y atender quejas relacionadas con la insatisfacción de los usuarios del servicio en la atención médica en el primer nivel de atención, siendo esta, en forma despersonalizada o más aun, deshumanizada por parte del personal médico que la otorga.
- ♦ Este estudio esta dirigido solo a médicos familiares de la consulta externa y de urgencias por la vulnerabilidad para la presentación de este padecimiento.

Objetivos del estudio

General:

Determinar la Prevalencia del Síndrome de Burnout en los Médicos de la consulta externa y urgencias en Unidades de Medicina Familiar que forman parte de la zona centro del Estado de Sinaloa México.

Específicos:

Registrar la distribución del síndrome de Burnout en relación a la edad, el sexo, estado civil, UMF de adscripción, turno laboral y la antigüedad laboral de la población de estudio.

Demostrar la presencia del síndrome de Burnout en los médicos de las UMF de la zona centro del Estado de Sinaloa mediante la escala de Maslach.

Establecer la frecuencia de éste padecimiento entre en los Médicos Generales y los Médicos familiares con o sin especialidad incluidos en la población de estudio.

Hipótesis

El síndrome de Burnout o síndrome del "quemado", es un padecimiento frecuente en médicos en nuestro medio, se estima que de cada 10 médicos con o sin especialidad en medicina familiar, en 7 está presente.

En nuestro medio, el síndrome de Burnout o "desgaste profesional", se encuentra más frecuentemente en el sexo masculino.

Sabiendo que este padecimiento es tridimensional, la despersonalización (D) es la dimensión o subescala más frecuentemente afectada.

Es imperante mencionar que las propias autoridades institucionales; en este caso los Coordinadores Médicos y Directores de las UMF se ven frecuentemente afectadas por este padecimiento.

Hipótesis nula.

El síndrome de Burnout no está presente en los Médicos de las UMF de la zona centro del Estado de Sinaloa del IMSS.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio:

Es un estudio descriptivo y transversal tipo encuesta.

Población de Estudio:

Se encustaron a todos los médicos que laboran en la consulta externa y en el servicio de urgencias, en los diferentes turnos de las Unidades de Medicina Familiar No. 35, 36, 46, 52 y 53 que forman parte de la zona centro del Estado de Sinaloa.

El total de sujetos a estudiar fueron 186. De acuerdo a una relación oficial proporcionada por el departamento de personal de cada unidad médica.

Criterios de inclusión:

Ser trabajador con categoría de médico familiar o médico general de base o sustituto, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las unidades de Medicina Familiar No. 35, 36, 46, 52 y 53 en la ciudad de Culiacán Sinaloa.

Se incluyen también a los médicos que ocupen puestos administrativos de confianza; como jefes de departamento clínico y directores de las Unidades Médicas anteriormente mencionadas.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellos que no accedan a participar en el estudio con el llenado de la encuesta.

Criterios de Eliminación:

Encuestas incompletas y/o no contestadas.

Técnica de recolección de datos:

La información se obtuvo mediante la autoadministración de una encuesta en formato papel, basada en la escala de valoración Maslach; (MBI) Maslach Burnout Inventory. Escala tipo Likert. (Anexo 1). Dirigida al personal médico, la cual se entregó en forma personal por el investigador responsable a cada uno de ellos. Con la información y confirmación de que todos sus datos serían confidenciales.

Diseño estadístico:

Muestra:

Se tomó en cuenta la población total del personal médico que labora en cada una de las unidades médicas, UMF. 35, UMF. 36, UMF.46, UMF.52 y UMF.53 ubicadas en la ciudad de Culiacán que forman parte de la zona centro del Estado de Sinaloa.

Tamaño de la muestra:

No hay muestra porque es no probabilística.

Análisis estadístico:

Para variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (rango y desviación estándar).

Cuadro de variables

Variables Socio-Demográficas Independientes en el Síndrome de Burnout			
			Tipo de Variable:
SEXO	Género:		Cualitativa Dicotómica
	Femenino		
	Masculino		
EDAD	Años:		Cuantitativa Policotómica
	De 20 a 65		
ESTADO CIVIL	Soltero (a)		Cualitativa Policotómica
	Casado(a)		
	Viudo (a)		
	Divorciado (a)		
	Separado (a)		
	Unión Libre		
CATEGORIA	Médico Familiar		Cualitativa Policotómica
	Médico General		
	Jefe Dpto. Clínico		
	Director		
ADSCRIPCIÓN	UFM N°:		
	35		Cualitativa Policotómica
	36		
	46		
	52		
	53		
	Servicio:		
	Consulta Externa		Cualitativa Dicotómica
	Urgencias		
	HORARIO LABORAL	Turno:	
Matutino			
Vespertino			
Nocturno			
Mixto			
Móvil			
ANTIGUEGAD LABORAL	En Años		Cuantitativa Policotómica
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	Si	No	Cualitativa Dicotómica

<i>Variables Dependientes Dimensionales para el Síndrome de Burnout</i>			
SUBESCALA:	PUNTUACIONES:	NIVEL O GRADO:	TIPO DE VARIABLE:
Agotamiento Emocional	0 - 19	Bajo (primero)	Ordinal
	20 - 26	Medio (segundo)	
	27 - 54	Alto (tercero)	
Despersonalización	0 - 6	Bajo (primero)	Ordinal
	7 - 10.	Medio (segundo)	
	11 - 30.	Alto (tercero)	
Realización Personal	40 - 48	Bajo (primero)	Ordinal
	30 - 39	Medio (segundo)	
	0 - 29	Alto (tercero)	

Cronograma de actividades:

Este estudio se realizó entre los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre del año 2011.

La recolección de datos en el mes de septiembre y octubre 2011.

Se visitó a cada Unidad de Medicina Familiar, se le hizo la propuesta y objetivo de este estudio a cada director de la unidad médica y con la autorización del mismo, se procedió a la entrega de la encuesta consultorio por consultorio a cada uno de los médicos familiares adscritos.

Se entregaron las encuestas en formato papel personalmente al médico participante y en un lapso de una semana se recogió la misma ya contestada.

El análisis de resultados se llevó a cabo en el mes de noviembre 2011.

Consideraciones éticas:

No se realizó consentimiento informado, considerando que la autorización para participar fue de manera personal y verbal, encontrándonos con buena disposición y accesibilidad por parte de cada uno de los médicos familiares, después de exponerles la finalidad de este estudio de investigación.

Haciendo énfasis en que la información obtenida pasaría a ser solo base de datos para el investigador.

RESULTADOS

Descripción de los resultados

Se realizaron 186 encuestas; total de médicos que aceptaron participar en el estudio, que a su vez corresponden a la plantilla nominal de la población de estudio, de las cuales se eliminó 1, por no contar con información suficiente.

Distribución de variables:

De los 185 médicos incluidos en este estudio; La media de la edad fue de 46.25, mediana 48, rango 38 y una desviación estándar de 8.19 años respectivamente. 92 (49.7%) correspondiendo al sexo femenino y 93 (50.3%) al sexo masculino. En cuanto al estado civil nos encontramos con: Solteros 16 (8.6%), casados 152 (82.1%), viudos 2 (1.0%), divorciados 9 (4.8%), separados 3 (1.6%) y en unión libre 3 (1.6%).

Con respecto a la categoría; 149 (80.5%) tienen la categoría de médico familiar, 21 (11.3%) son médicos generales, 11(5.9%) son jefes del departamento clínico y 4 (2.1%) su categoría es como directores.

El 30.8% (57) con adscripción a la UMF.No.35, el 31.3% (58) a la clínica 36, el 30.2% (56) a la clínica 46, el 5.9% (11) a la 52 y el 1.6% (3) a la Unidad de Medicina Familiar No. 53.

En cuanto al servicio de adscripción 173 médicos (el 93.5%) son de la consulta externa y 12 (6.5%) al servicio de urgencias.

Turno: 85 médicos (un 45.9%) trabajan en turno matutino, 68 (el 36.7%) en el vespertino, en turno u horario móvil 19 médicos (el 10.2%), 8 (un 4.3%) en el turno mixto y solo 5 (2.7%) trabajan el turno nocturno.

La antigüedad laboral en años en la institución tiene una media de 17.4, una mediana de 20, un rango de 30 y una desviación estándar de 7.56 años. De 0 a 10 años de antigüedad un 21.6% (40 médicos), de 11 a 20 un 38.9% (72 médicos) y un 39.4% (73 médicos) cuentan con 21 a 30 años de antigüedad laboral.

De los 185 médicos encuestados, el 58.4% (108) son los que si cuentan con la especialidad en medicina familiar y el 41.6% (77) no cuentan con la especialidad.

De los 185 médicos; 89.1% (165) son de base y 10.9% (20) son suplentes.

Al hablar de las variables dependientes del SÍNDROME DE BURNOUT, los resultados fueron los siguientes:

En cuanto al AGOTAMIENTO EMOCIONAL de la población encuestada, es decir 185 médicos del primer nivel de atención en el IMSS zona centro Sinaloa: el 80.5% (149) padece el primer grado o bajo, el 10.8% (20) padece el segundo grado o medio y solo el 8.7% (16) lo padece en un tercer grado o alto.

La DESPERSONALIZACION en primer grado o nivel bajo, está presente en el 81.6% (151) de los médicos, en segundo grado o nivel medio en el 10.8% (20) y en tercer grado o nivel alto solo en el 7.6% (14).

Con respecto a la REALIZACION PERSONAL en el síndrome de Burnout, con puntuaciones altas, el 80.5% (149) hacen que el nivel de padecimiento sea bajo o de primer grado, un 17.3% (32) se encuentra en

el nivel medio o segundo grado, mientras que solo el 2.2% (4) se ubica en el nivel alto o de tercer grado.

La relación que guardan las variables independientes y dependientes de éste estudio de investigación se describen a continuación:

De acuerdo con la EDAD, en el rango de los 20 a 30 años de edad el 87.5% (7 de 8) padecen agotamiento emocional en nivel bajo y con nivel alto el 12.5% (1 de 8). El 50% con nivel bajo en despersonalización, el 25% nivel medio y 25% en nivel alto. La realización personal en este rango de edad, la puntuación es alta en el 75%, lo que los ubica en un nivel bajo del padecimiento, en un nivel medio el 25% y 0% con nivel alto de Burnout.

En el rango de los 31 a 40 años (39 médicos), encontramos que el 82.0%(32) tienen un nivel bajo en agotamiento emocional, un nivel medio en un 10.3% (4) y 7.7% (3) en nivel alto. La despersonalización en el 84.6% (33) la tiene en nivel bajo, en el 10.2% (4) en nivel medio y 5.1% (2) en nivel alto. La realización personal en el 84.6% (33) con puntuaciones de alto logro, es decir bajo nivel de Burnout y un 15.4% (6) medio nivel y 0% en alto nivel.

De la edad de los 41 a 50 años se encuentran 76 médicos, de los cuales el 81.6% (62) el nivel de agotamiento emocional es bajo, medio en un 9.2% (7) y alto en otro 9.2% (7). La despersonalización en este grupo de edad se encontró en nivel bajo en un 81.5% (62) de los médicos, en un nivel medio en el 10.5% (8) y bajo en el 7.8% (6). La realización

personal es alta en el 80.3% (61) correspondiendo a un nivel bajo de Burnout, en un nivel medio en el 15.8% (12) y el 3.9% (3) de los médicos tiene un alto nivel del padecimiento.

De los 51 a los 65 años de edad fueron un total de 62 médicos; en cuanto al cansancio emocional, el 77.4% (48) presentan un nivel bajo, el 14.5% (9) un nivel medio y el 8.1% (59) en nivel alto de Burnout. En despersonalización, el 83.9% (52) con nivel bajo, con nivel medio el 9.7% (6) y con nivel alto un 6.4% (4) de Burnout. En la realización personal encontramos, el 79.0% (49) con nivel bajo de Burnout, con nivel medio un 19.4% (12) y con nivel alto un 1.6% (1).

El síndrome de Burnout en relación con el SEXO, se encontró que el femenino, que corresponde el 49.7% (92) de la población de estudio; en cuanto a cansancio o agotamiento emocional el 83.7% (77) presentan el nivel bajo, el nivel medio el 10.9% (10) y nivel bajo en el 5.4% (5). En despersonalización, con nivel bajo el 87% (80), con nivel medio el 9.8%(9) y alto en un 3.2% (3). En la realización personal el 83.7% (77) presentan altas puntuaciones, lo que las ubica en nivel bajo de Burnout, en nivel medio el 15.2% (14) y solo el 1.1% (1) en nivel alto.

El sexo masculino, el 50.3% (93) de los médicos del estudio, presentan el síndrome de Burnout en nivel bajo en cansancio o agotamiento emocional en un 77.4% (72), nivel medio en el 10.8% (10) y nivel alto en el 11.8% (11). En despersonalización se encontró con nivel bajo un 76.4 (71), con nivel medio un 11.8% (11), con nivel alto en igual porcentaje y frecuencia. La realización personal en el 77.4% (72) ubica al hombre en

nivel bajo de Burnout, en el nivel medio al 19.4% (18) y solo al 3.2% (3) los ubica en el nivel alto de este padecimiento.

Para relacionar este padecimiento con el ESTADO CIVIL de la población en estudio nos referiremos en primer lugar al soltero; por su orden en aparición de las variables y no por la frecuencia y porcentaje ya que solo son el 8.6% (16). Pero podemos describir que el 87.5% (14) presenta un nivel bajo en cansancio emocional y despersonalización en un nivel medio y alto en igual proporción del 6.25% (1) respectivamente, con mínima diferencia en niveles del Burnout con respecto a la realización personal, ya que las puntuaciones altas las tiene el 81.25% (13), pero el 18.75% (3) se ubica en el nivel medio y 0% (0) en el nivel alto.

Los casados; que corresponden al 82.1% (152) de la población de estudio y se encontró lo siguiente: El 80.9% (123) presenta el nivel bajo del síndrome de Burnout según la subescala de agotamiento o cansancio emocional, con nivel medio el 10.5% (16) y alto en el 8.6% (13). En despersonalización igual un 81.0% (123) con el nivel bajo, pero nivel medio en el 11.8% (18) y nivel alto en el 7.2% (11). En realización personal el 79.6% (121) de los casados está ubicado en nivel bajo, en nivel medio el 17.7 (27) y en nivel alto solo el 2.6% (4).

El estado civil viudo; el 1.0% (2), divorciado; el 4.8% (9), separado; el 1.6% (3) y la unión libre; el 1.6% (3) de la población de estudio presentan un nivel bajo de síndrome de Burnout y de éstos predomina el agotamiento emocional y en algunos casos la despersonalización como en el caso del divorciado y separado.

La CATEGORIA INSTITUCIONAL en el síndrome de Burnout en la población de estudio, podremos describir que:

De los 149 médicos familiares en agotamiento emocional el 81.2% (121) resulto con nivel bajo, con nivel medio el 10.7% (16) y alto en el 8.1% (12). En despersonalización el 81.9% (122) resulto con nivel bajo, con nivel medio el 9.4% (14) y alto en el 8.7% (13). La realización personal los ubica en nivel bajo de Burnout al 81.9% (122), en nivel medio al 16.8% (25) y alto solo al 1.3% (2).

En cuanto a los Médicos Generales, que en total son 21 de la población de estudio, en agotamiento emocional el 85.7% (18) en nivel bajo, en nivel medio 9.5% (2) y en un nivel alto solo el 4.7% (1), En despersonalización el 76.2% (16) con nivel bajo, el 23.8% (5) con nivel medio y 0% con nivel alto. La realización personal al 66.7% (14) los ubica en nivel bajo, en nivel medio al 28.5% (6) y solo al 4.8% (1) en nivel alto.

De los 11 jefes del departamento clínico hay agotamiento emocional bajo en el 54.5% (6), medio en el 18.2% (2) y alto en el 27.3% (3). Despersonalización en nivel bajo en el 81.8% (9), nivel medio y alto en el 9.1% (1). Encontrándose igual en cuanto a realización personal.

De los 4 directores de las unidades medicina familiar encuestadas se encontró solo nivel bajo de agotamiento emocional y despersonalización, no así para realización personal, es decir se sienten con nivel alto en el logro personal.

Los resultados de la prevalencia del síndrome de Burnout por unidad de medicina familiar y servicio de ADSCRIPCION quedo de la siguiente manera:

La UMF.No.35 con 57 médicos, en cansancio emocional 48 (84.2%) lo presenta en nivel bajo, en nivel medio 5 (8.8%) y en nivel alto solo 4 (7.0%), En despersonalización 51 (89.5%) con nivel bajo, 2(3.5%) con nivel medio y con nivel alto 4(7.0%).En realización personal 48(84.2%) obtuvieron puntuaciones altas lo que los ubica en nivel bajo de Burnout y los 9 restantes (15.8%) se ubica en nivel medio.

La UMF.No.36 con 58 médicos, en cansancio emocional 47 (81.1%) con nivel bajo, con nivel medio 5 (8.6%) y 6 (10.3%) con nivel alto. En despersonalización 43 (74.1%) en nivel bajo, 8 (13.8%) en nivel medio y alto solo en 7 (12.0%). La realización personal en 46 (79.3%) con nivel bajo, 9 (15.5%) en nivel medio y nivel alto en 3 (5.2%).

La UMF.No.46 con 56 médicos, en cansancio emocional 43 (76.8) con nivel bajo, con nivel medio 8 (14.3%) y con nivel alto 5 (8.9%). En despersonalización 45 (80.4%) en nivel bajo, 8 (14.3%) en nivel medio y 3 (5.3%) en nivel alto. En realización personal 44 (78.6%) con nivel bajo y 12 (el 21.4%) con nivel medio.

La UMF. No.52 con 11 médicos, tanto en cansancio emocional como en despersonalización y realización personal, 9 médicos (el 81.8%) se encontró en nivel bajo y 2 (18.2%) en nivel medio.

La UMF. No.53 con 3 médicos, en cansancio emocional 1(33.3%) nivel bajo, 1 (33.3) nivel medio y 1 (33.3%) nivel alto. En despersonalización lo 3 (100%) con nivel bajo y en realización personal los 3 médicos

cuentan con una puntuación baja, que los ubica en un nivel alto del síndrome de Burnout.

173 médicos son los que están adscritos al servicio de consulta externa y 12 al servicio de urgencias, de los cuales la distribución queda de la siguiente manera:

Consulta externa; en agotamiento emocional nivel bajo 139 (80.3%), nivel medio 19 (11%) y en nivel alto 15 (8.7%). En despersonalización con nivel bajo encontramos 141 (81.5%), en nivel medio 19 (11%) y en nivel alto 13 (7.5%). Realización personal 138 (79.7%) con puntuaciones altas ubicándolos en nivel bajo. En nivel medio 32 (18.5%) y solo 3 (1.8%) en nivel alto.

Los médicos que trabajan en el servicio de urgencias, en agotamiento emocional con nivel bajo son 10 (83.3%), nivel medio 1(8.3%) y con nivel alto igual 1(8.3%). En despersonalización encontramos la misma frecuencia y porcentaje. En realización personal 11 (91.7%) de los médicos resultaron con puntuaciones altas lo que los ubica en nivel bajo de Burnout y solo 1 (8.3%) en nivel alto.

En cuanto al HORARIO LABORAL de la población de estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

Turno matutino.- 85 fueron los médicos que trabajan por la mañana, de los cuales el 81.2% (69) presentan nivel bajo en agotamiento emocional, 10.6% (9) un nivel medio y el 8.2% (7) con nivel alto. En despersonalización el 83.6% (71) en nivel bajo y el 8.2% (7) en nivel medio al igual que el nivel alto. En realización personal el 82.3% (70)

con nivel bajo de Burnout, el 15.3% (13) con nivel medio y un 2.4% (2) con nivel alto.

Turno vespertino.- 68 médicos laboran por la tarde y en agotamiento emocional el 78.0% (53) presentan un nivel bajo, en nivel medio se encuentran el 11.7% (8) y nivel alto el 10.3% (7). En despersonalización el 85.3% (58) tienen un nivel bajo, un nivel medio el 5.9% (4) y un nivel alto el 8.8% (6). La realización personal con puntuaciones altas hace que el 82.4% (56) se ubiquen en un nivel bajo de Burnout y apenas el 17.6% (12) en el nivel medio.

Turno nocturno.- de los 5 médicos que laboran en este turno en cuanto al cansancio emocional el 100% (5) lo presenta solo en nivel bajo, en despersonalización el 80% (4) en nivel bajo y el 20% (1) en nivel medio, en la realización personal el 80% (4) en alta por lo que lo ubica solo en Burnout nivel bajo y un 20% (1) en nivel alto.

Turno mixto.- 8 médicos son los que forman este grupo, de los cuales el 87.5% (7) tienen un nivel bajo en agotamiento o cansancio emocional, un 12.5% (1) en nivel medio. La despersonalización con nivel bajo en el 75%(6) y nivel medio en el 25%(2). La realización personal en el 62.5 (5) es alta, media en el 25%(2) y baja en el 12.5% (1).

Turno móvil.- de los 19 médicos, el agotamiento emocional en un 79% (15) se encuentra en nivel bajo, en nivel medio el 10.5% (2) ya alto en otro 10.5% (2). En despersonalización el 63.1% (12) con nivel bajo y con nivel medio el 31.6% (6) y solo en el 5.3% (1) con nivel alto. En realización personal el 73.7% (14) con nivel bajo de Burnout por

puntuaciones altas obtenidas, en nivel medio se encontró en el 26.3% (5).

El síndrome de Burnout en relación con la ANTIGÜEDAD LABORAL en esta población de estudio y utilizando rangos de diez años se obtuvieron los siguientes resultados:

Con menos de 10 años de antigüedad existen 40 médicos de los cuales el 82.5% (33) el agotamiento emocional lo presentan en nivel bajo, en nivel medio el 10% (4) y nivel alto el 7.5% (3), la despersonalización con nivel bajo el 75% (30), con nivel medio el 17.5% (7) y con nivel alto el 7.5% (3). La realización personal al 75% (30) los ubica en nivel bajo y en nivel medio al 25% (10).

De los 72 médicos con antigüedad entre los 11 y 20 años, están en nivel bajo por cansancio emocional el 80.5% (58), en nivel medio el 12.5% (9) y en nivel bajo el 7% (5). Por despersonalización en nivel bajo se encuentran el 86% (62), en nivel medio el 7% (5%) al igual que en nivel alto. Por realización personal en nivel bajo se encuentran el 86% (62), en nivel medio el 11% (8) el nivel alto el 3% (2).

De los 21 a 30 años (73 médicos) en agotamiento emocional, el 79.4% (58) se encuentran con nivel bajo, el 11% (8) con nivel medio y el 9.6% (7) con nivel alto. En despersonalización con nivel bajo el 80.8% (59), con nivel medio 11% (8) y con nivel alto el 8.2% (6). En realización personal encontramos el 78.1% (57) con nivel bajo, el 19.2% (14) con nivel medio y el 2.7% 8 (2) con nivel alto.

El hecho de que los médicos del IMSS tuvieran o no la ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR es otra de las variables incluidas en el estudio.

En los médicos que dijeron SI tener la especialidad un 58.4% (108) de los encuestados; el 81.5% (88) tienen un agotamiento emocional en nivel bajo, el 12.0% (13) en nivel medio y el 6.5% (7) en nivel alto. Una despersonalización en nivel bajo la tiene el 80.5% (87), en nivel medio el 9.3% (10), en nivel alto el 10.2% (11). La realización personal con puntuaciones altas, que hace que el nivel del Burnout sea bajo está presente en el 86.1% (93), le sigue el 13 % (14) con nivel medio y menos del 1% (1) con nivel alto.

En los médicos que dijeron NO tener la especialidad en medicina familiar fueron el 41.6% (77); tienen un agotamiento emocional en nivel bajo el 79.2% (61), en nivel medio el 14.3% (11) y en nivel alto el 6.5% (5). En despersonalización el nivel bajo la tiene el 83.1% (64), el nivel medio el 13.0% (10) y el nivel alto el 3.9% (3). En realización personal el 72.8% (56) tiene un nivel bajo de Burnout, un nivel medio el 23.3% (18) y en nivel alto el 3.9% (3).

Por último describiremos la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico en los que su situación laboral es de BASE O SUPLENTE.

165 son de BASE: El agotamiento emocional en nivel bajo se encontró en el 80.6% (133), medio en el 12.1% (20) y alto en el 7.3% (12). La despersonalización en nivel bajo se encontró en el 84.2% (139), medio en

el 8.5% (14) y alto en el 7.3% (12). En realización personal el 81.2% (134) tiene un nivel bajo de Burnout, el nivel medio lo tiene el 16.4% (27) y en nivel alto el 2.4% (4).

20 son SUPLENTEs: El agotamiento emocional en nivel bajo se encontró en 80% (16), nivel medio y alto en el 10% (10) respectivamente. La despersonalización en nivel bajo se encontró en el 60% (12), medio en el 30% (6) y alto en el 10% (2). En realización personal un 75% (15) se ubica en el nivel bajo, un 25% (5) en nivel medio y 0% (0) en nivel alto.

Tabla 1. Descripción de la muestra según variables sociodemográficas de los médicos del IMSS zona centro Sinaloa (Culiacán).

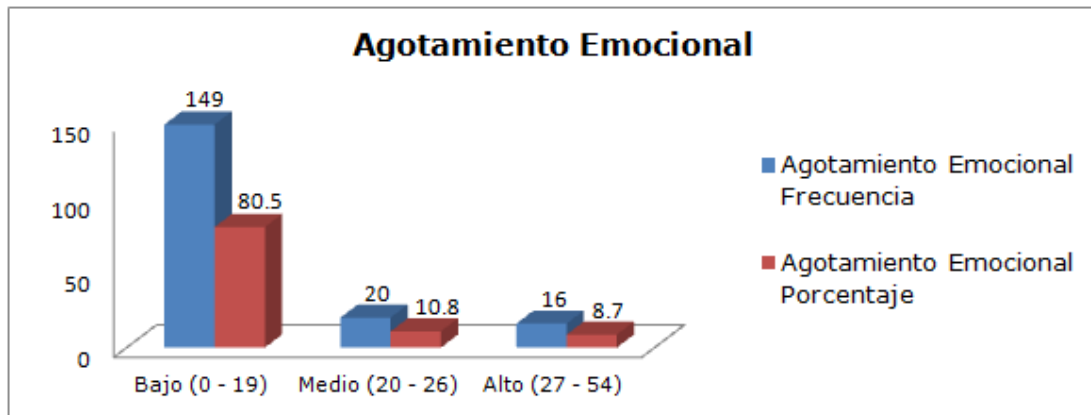
	Frecuencia	%
Edad		
20 - 30	8	4.3
30 - 40	39	21.1
40 - 50	76	41.1
50 - 60	62	33.5
Sexo		
Femenino	92	49.7
Masculino	93	50.3
Estado Civil		
Soltero	16	8.6
Casado	152	82.2
Viudo	2	1.1
Divorciado	9	4.9
Separado	3	1.6
Unión libre	3	1.6
Categoría		
Medico Fam.	149	80.5
Medico General	21	11.4
Jefe Departamento Clínico	11	5.9
Director	4	2.2
Unidad de Medicina Familiar		
35	57	30.8
36	58	31.4
46	56	30.3
52	11	5.9
53	3	1.6
Servicio		
Consulta Externa	173	93.5
Urgencias	12	6.5
Turno		
Matutino	85	45.9
Vespertino	68	36.8
Nocturno	5	2.7
Mixto	8	4.3
Móvil	19	10.3
Antigüedad en años		
0 - 10	40	21.6
11 - 20	72	38.9
21 - 30	73	39.5
Especialidad en medicina familiar		
Si	108	58.4
No	77	41.6
Situación laboral		42
Base	165	89.2
Suplente	20	10.8

Graficas

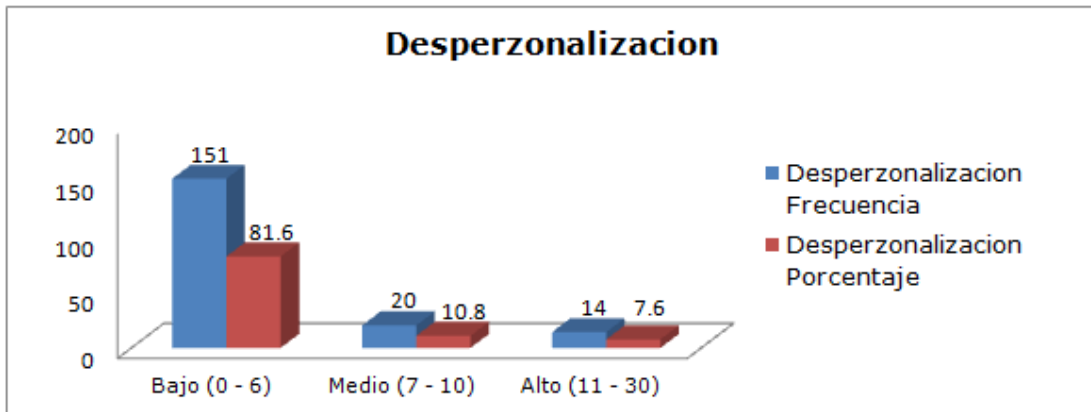
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN SUS TRES SUBESCALAS EN EL PERSONAL MEDICO DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR ZONA CENTRO IMSS SINALOA (CULIACAN).

FUENTE: Encuesta.

Grafica 1.

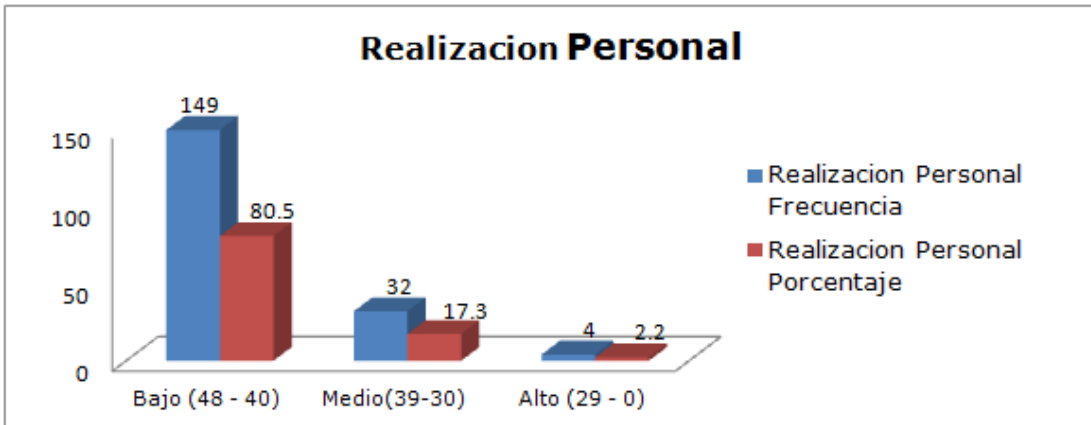


Grafica 2.

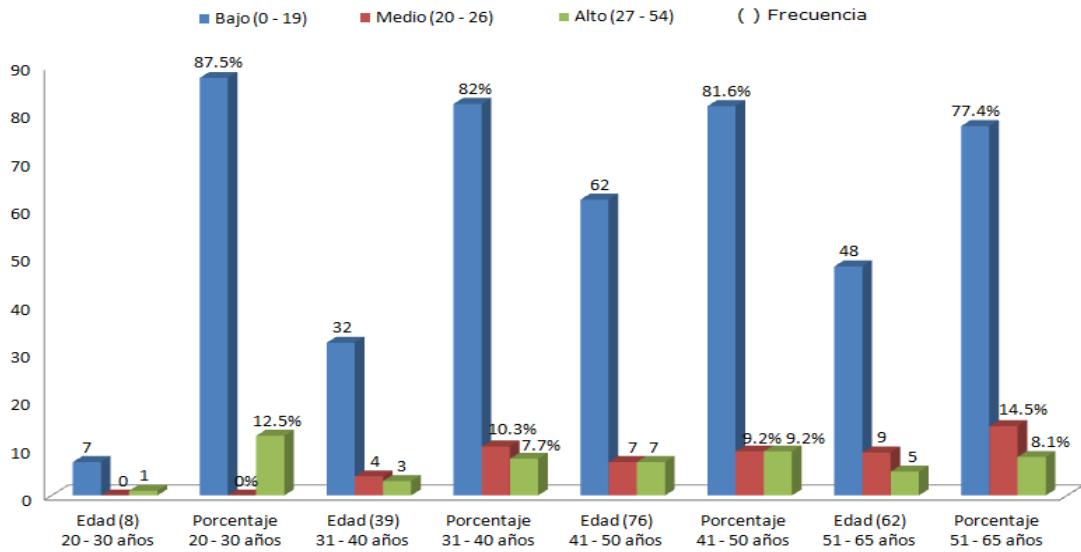


Grafica

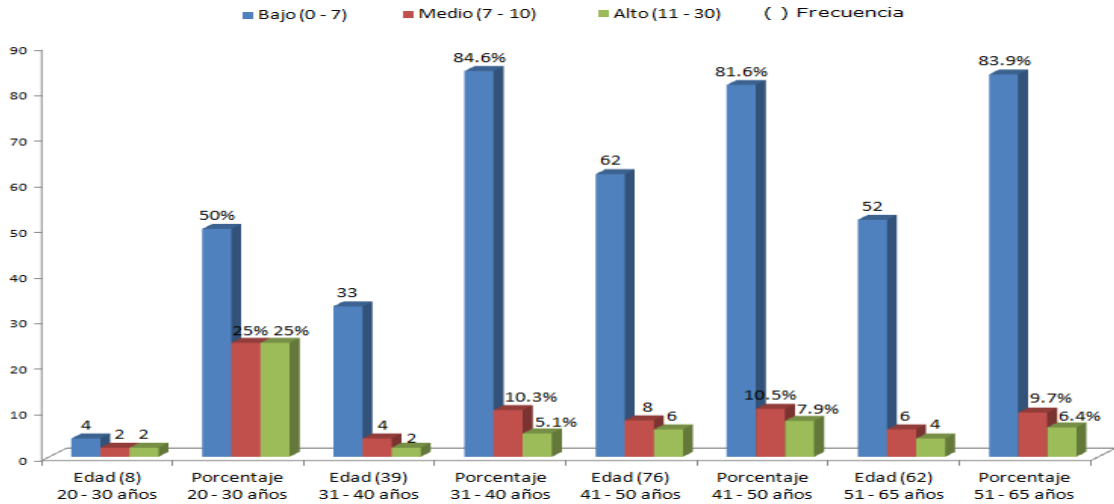
3.



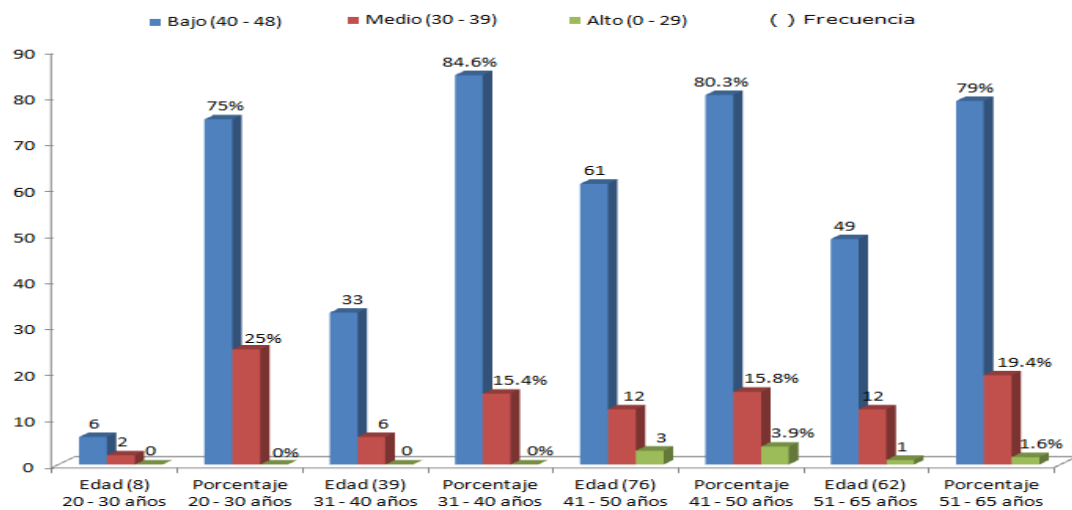
Gráfica 4. Agotamiento emocional según la EDAD



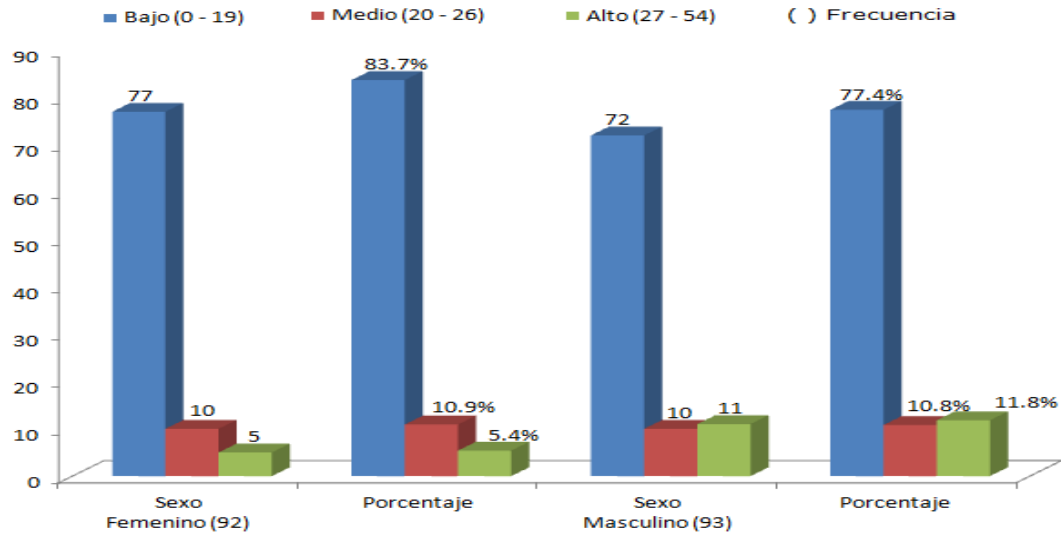
Gráfica 5. Despersonalización según la EDAD



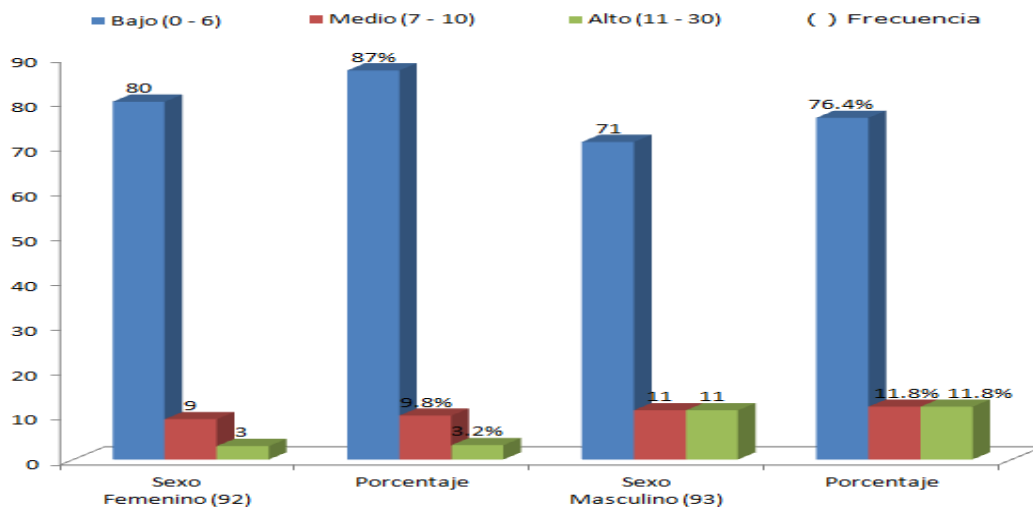
Gráfica 6. Realización personal según la EDAD



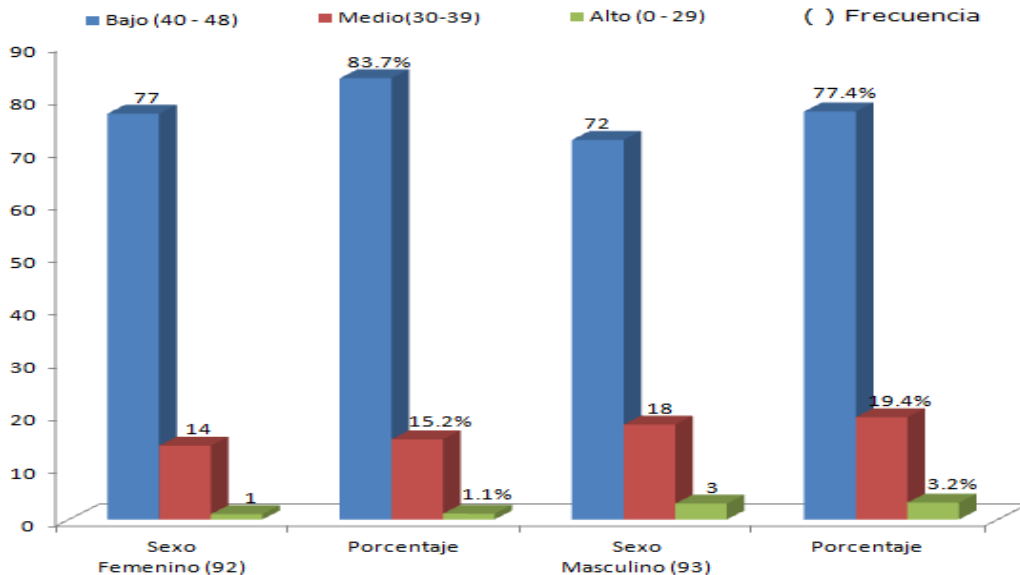
Gráfica 7. Agotamiento Emocional según el SEXO



Gráfica 8. Despersonalización según el SEXO



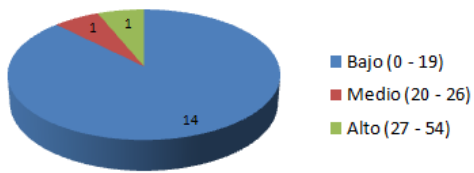
Gráfica 9. Realización personal según el SEXO



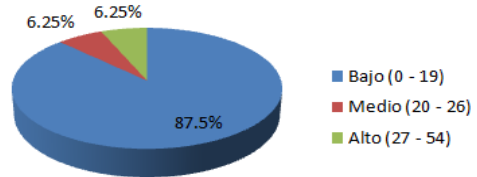
Graficas: Estado civil SOLTERO

Grafica 10. Agotamiento Emocional

Frecuencia

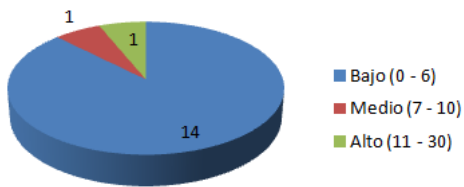


Porcentaje

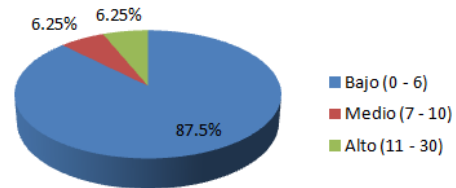


Grafica 11. Despersonalización

Frecuencia

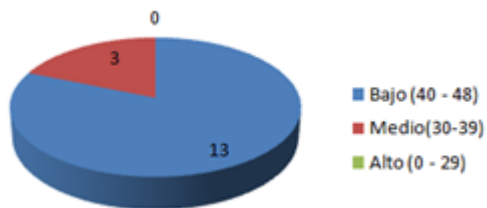


Porcentaje

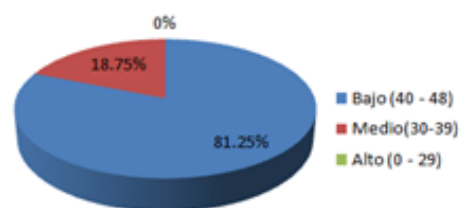


Grafica 12. Realización personal

Frecuencia



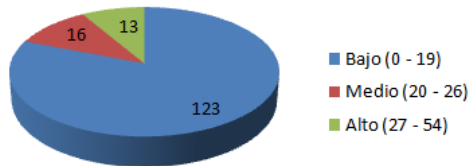
Porcentaje



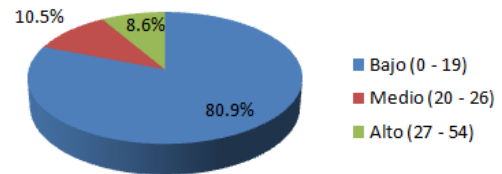
Graficas: Estado civil CASADO

Grafica 13. Agotamiento Emocional

Frecuencia

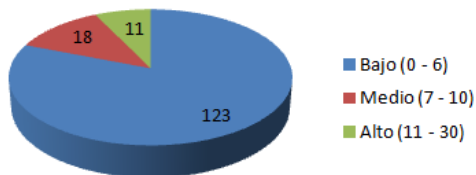


Porcentaje

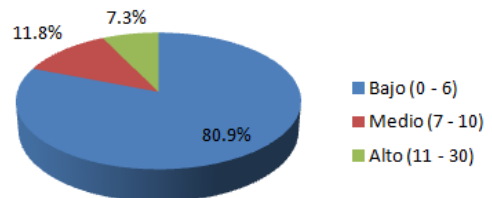


Grafica 14. Despersonalización

Frecuencia

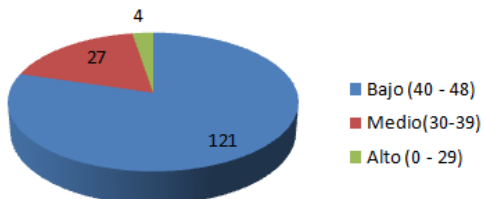


Porcentaje

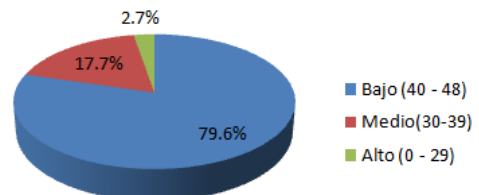


Grafica 15. Realización personal

Frecuencia

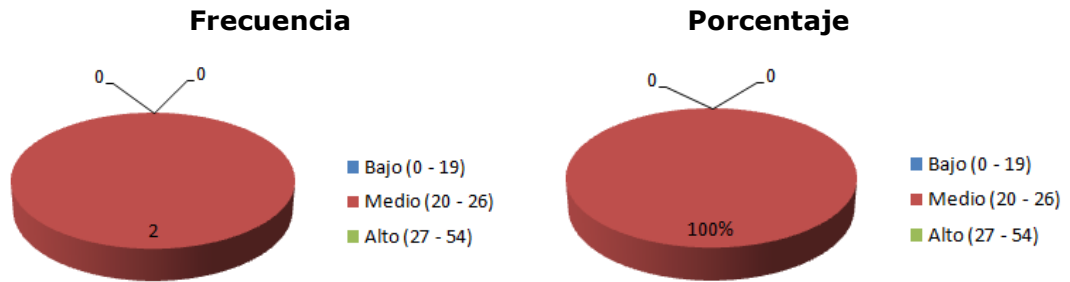


Porcentaje

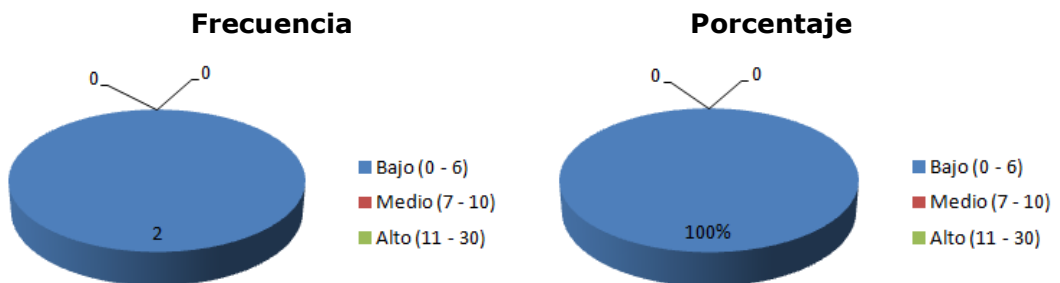


Graficas: Estado civil VIUDO

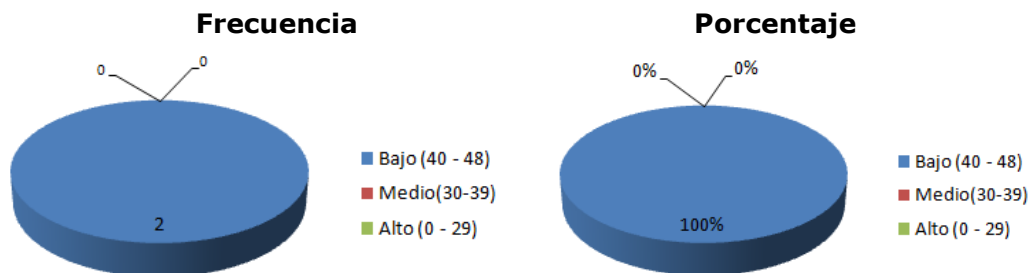
Grafica 16. Agotamiento Emocional



Grafica 17. Despersonalización

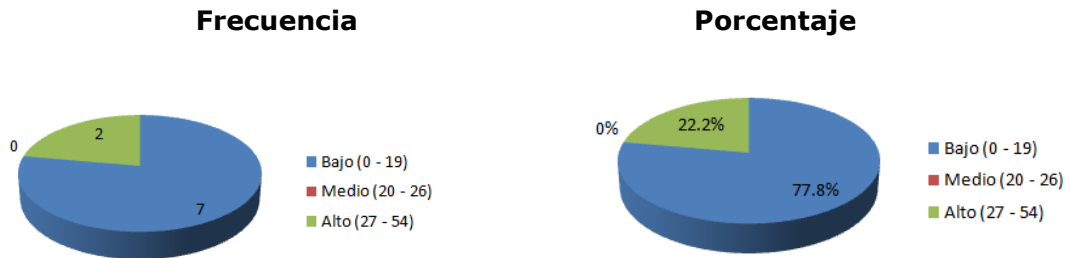


Grafica 18. Realización personal

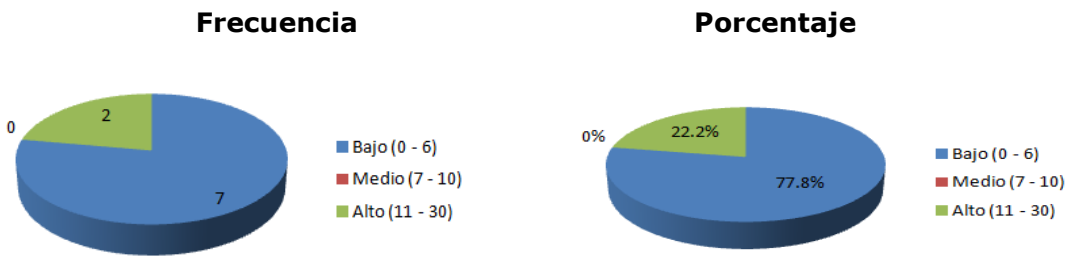


Graficas: Estado civil DIVORCIADO

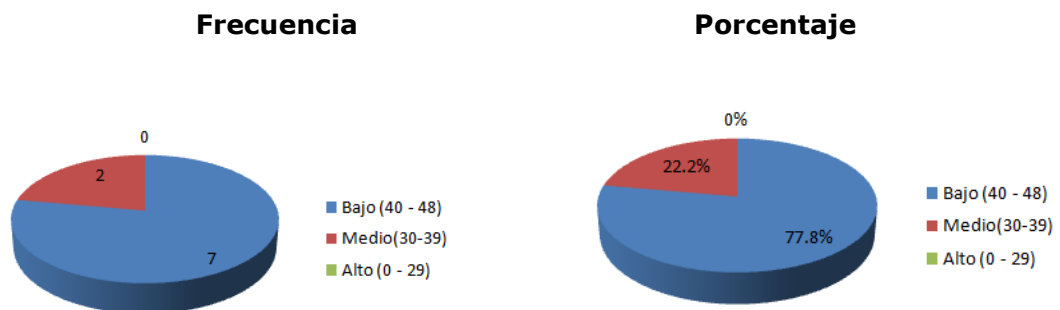
Grafica 19. Agotamiento Emocional



Grafica 20. Despersonalización

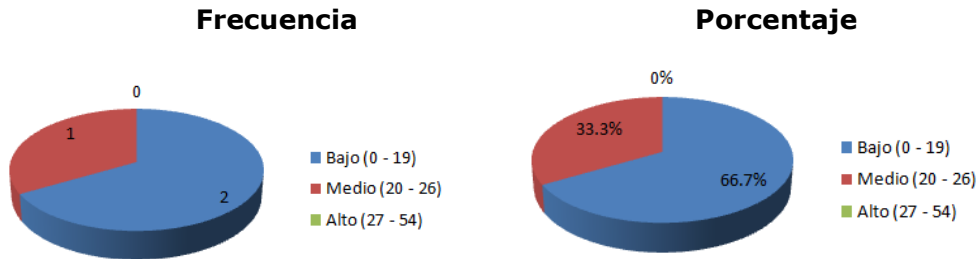


Grafica 21. Realización personal

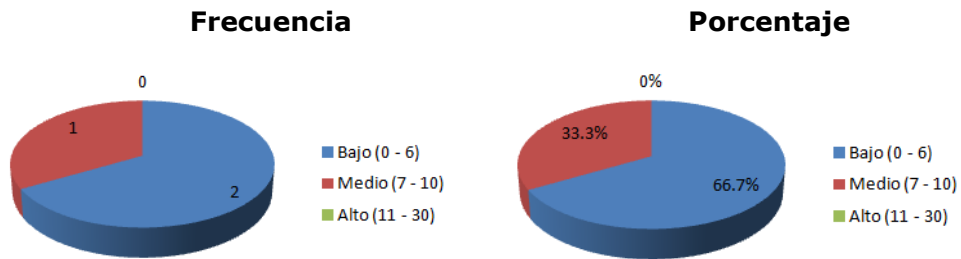


Graficas: Estado civil SEPARADO

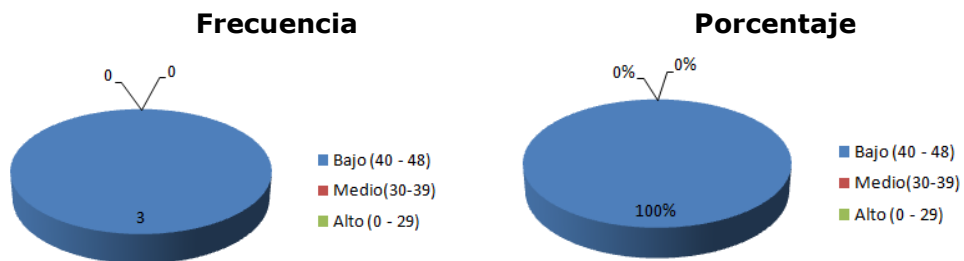
Grafica 22. Agotamiento Emocional



Grafica 23. Despersonalización

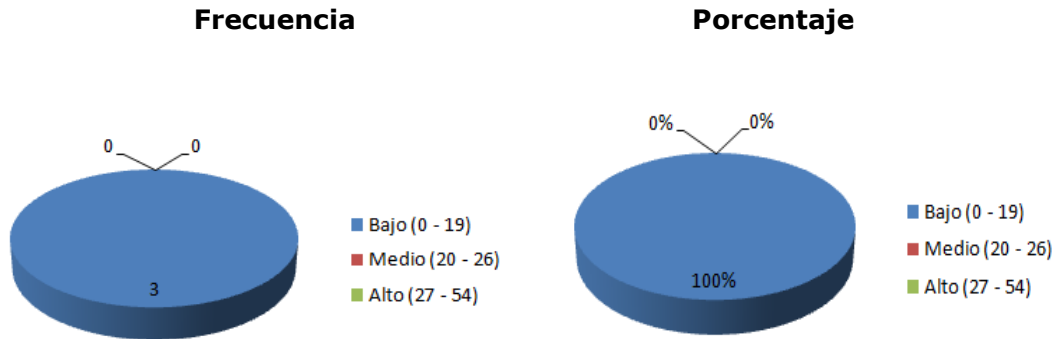


Grafica 24. Realización personal

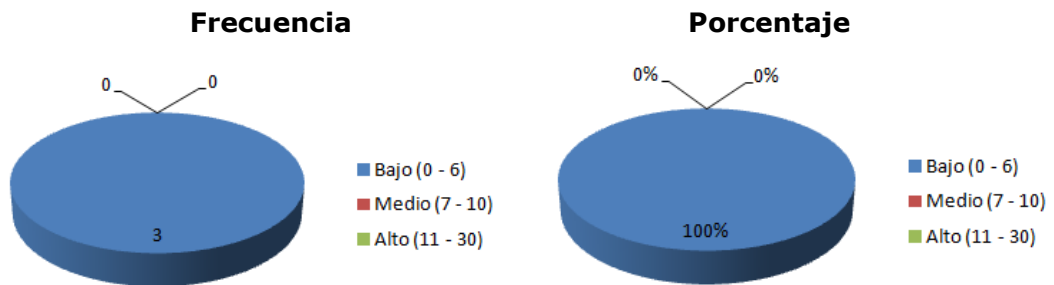


Graficas: Estado civil UNION LIBRE

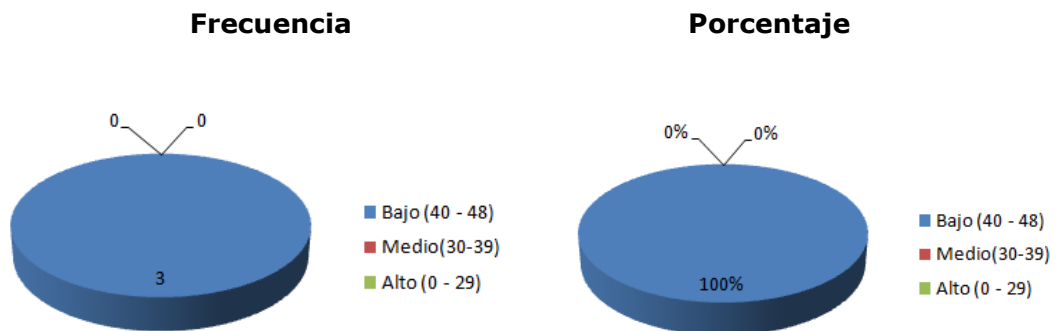
Grafica 25. Agotamiento Emocional



Grafica 26. Despersonalización

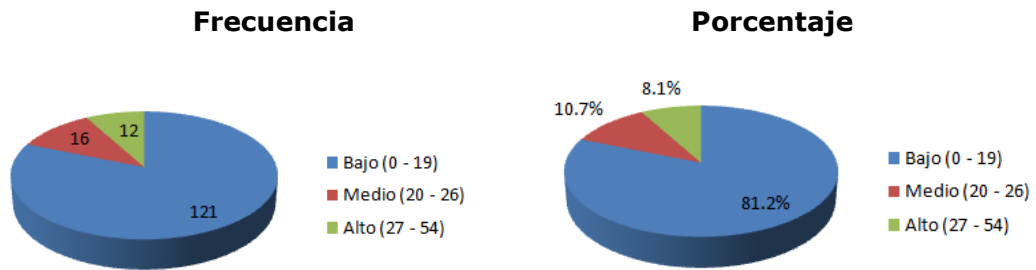


Grafica 27. Realización personal

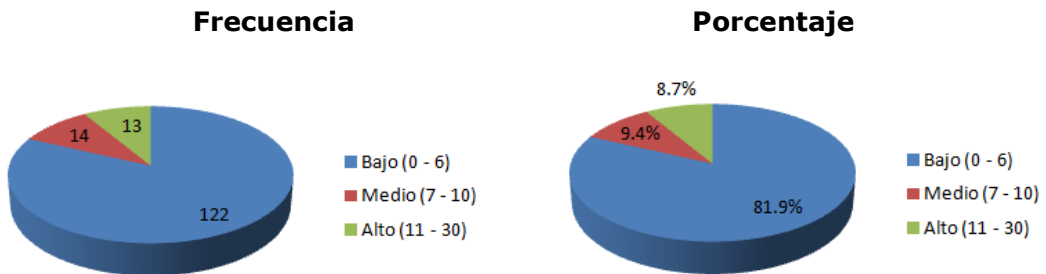


Graficas: Categoría MEDICO FAMILIAR

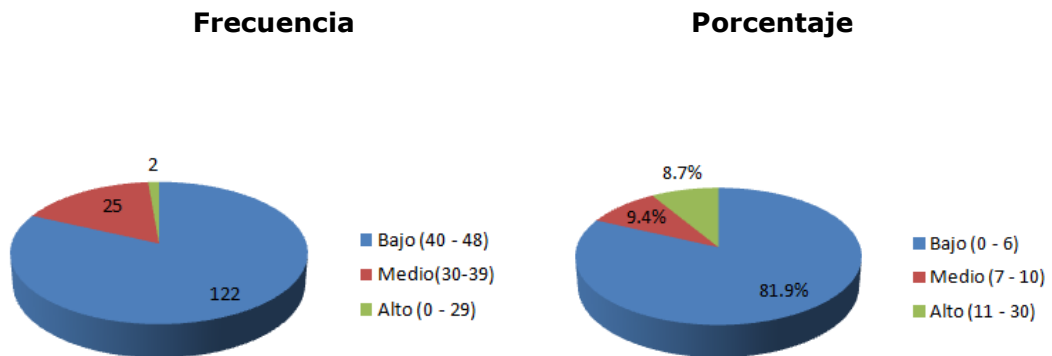
Grafica 28. Agotamiento Emocional



Grafica 29. Despersonalización

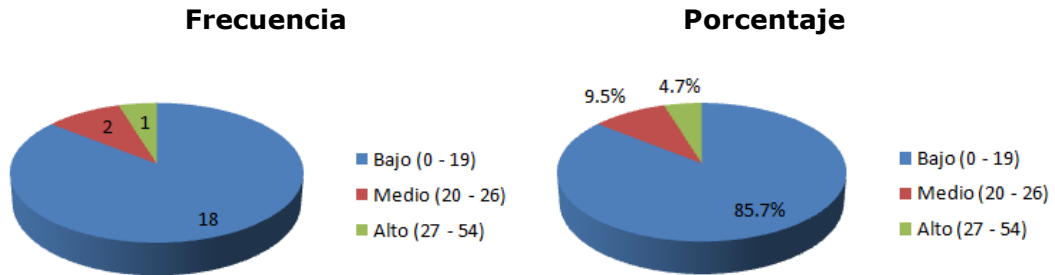


Grafica 30. Realización personal

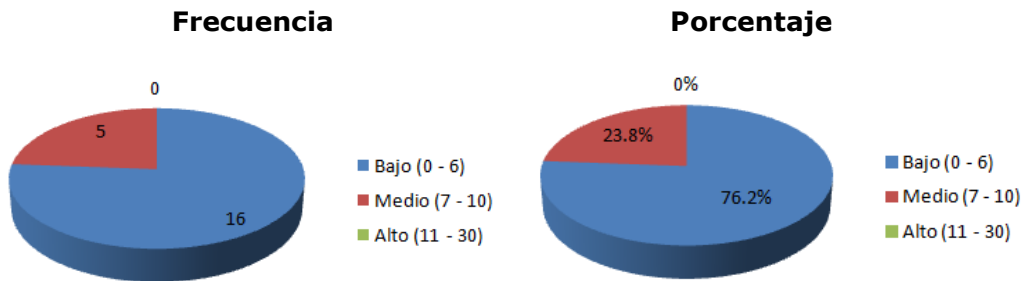


Graficas: Categoría MEDICO GENERAL

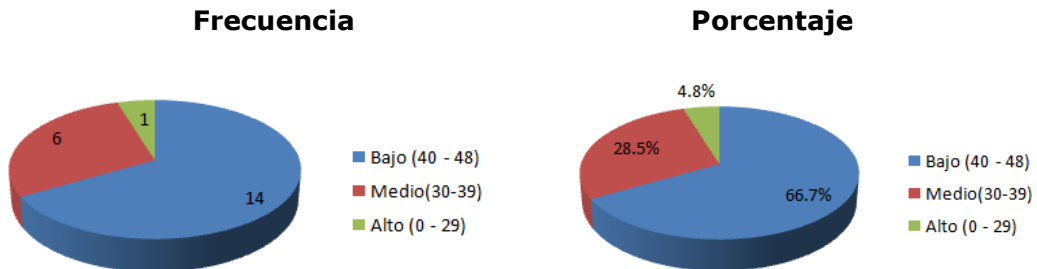
Grafica 31. Agotamiento Emocional



Grafica 32. Despersonalización

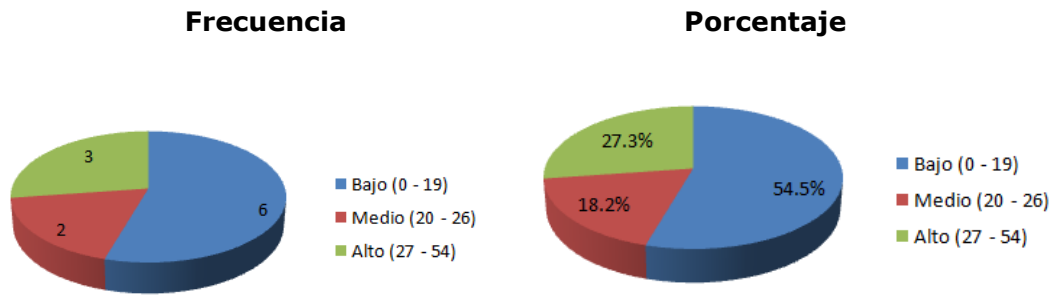


Grafica 33. Realización personal

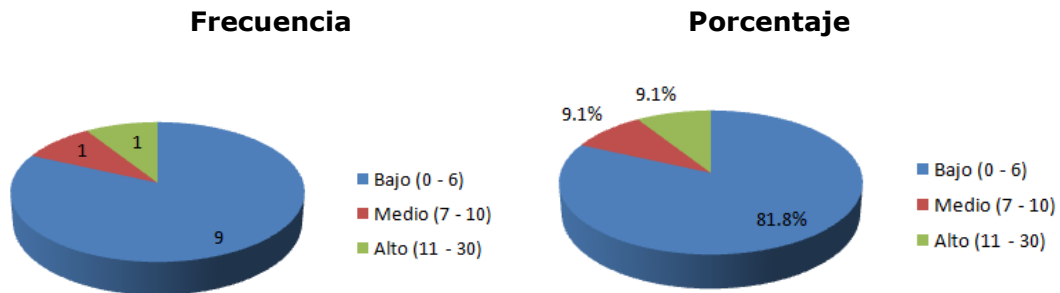


Graficas: Categoría JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO

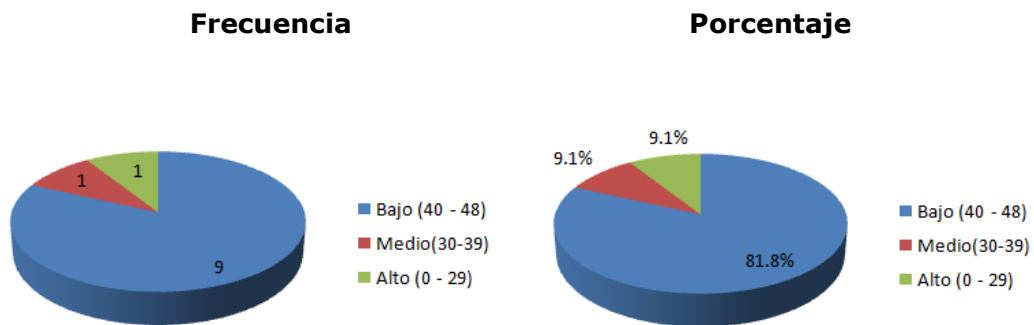
Grafica 34. Agotamiento Emocional



Grafica 35. Despersonalización

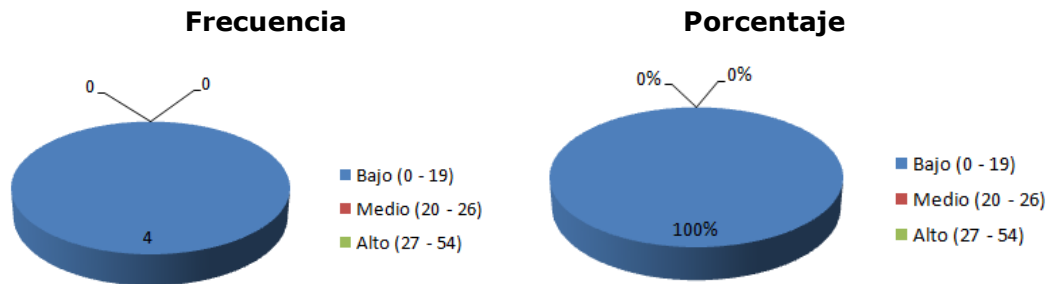


Grafica 36. Realización personal

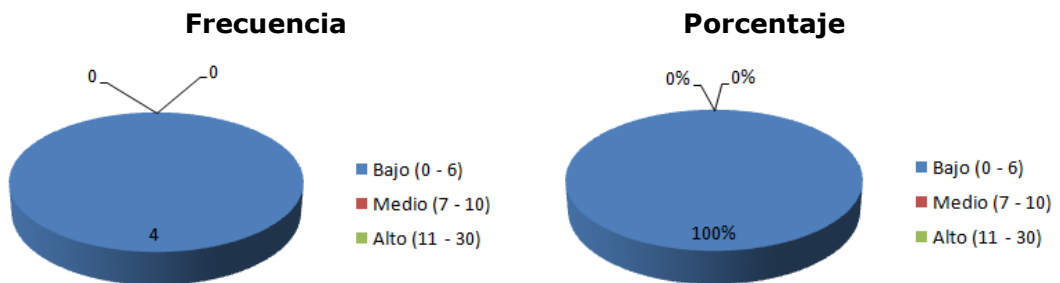


Graficas: Categoría DIRECTOR

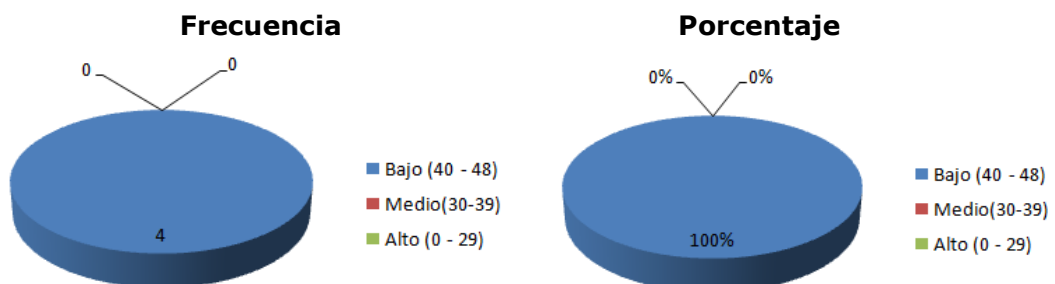
Grafica 37. Agotamiento Emocional



Grafica 38. Despersonalización



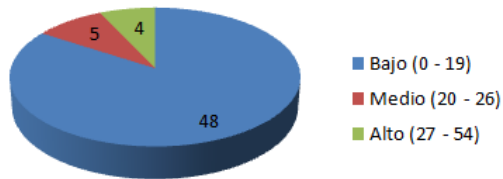
Grafica 39. Realización personal



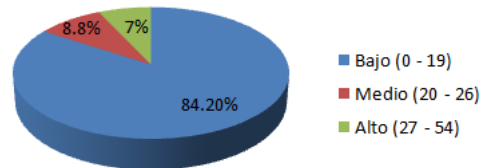
Graficas: Unidad de Medicina Familiar No.35

Grafica 40. Agotamiento Emocional

Frecuencia

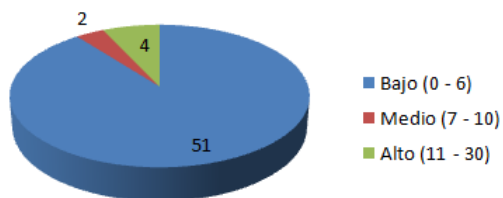


Porcentaje

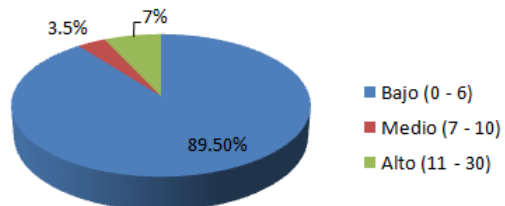


Grafica 41. Despersonalización

Frecuencia

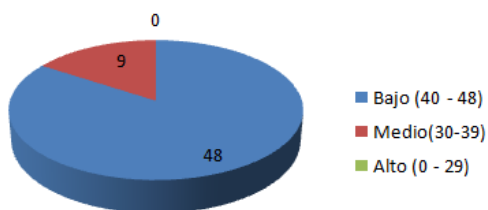


Porcentaje

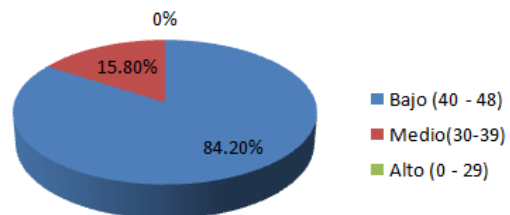


Grafica 42. Realización personal

Frecuencia



Porcentaje

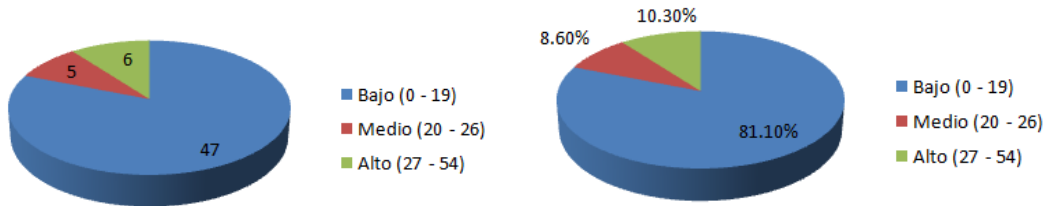


Gráficas: Unidad de Medicina Familiar No.36

Grafica 43. Agotamiento Emocional

Frecuencia

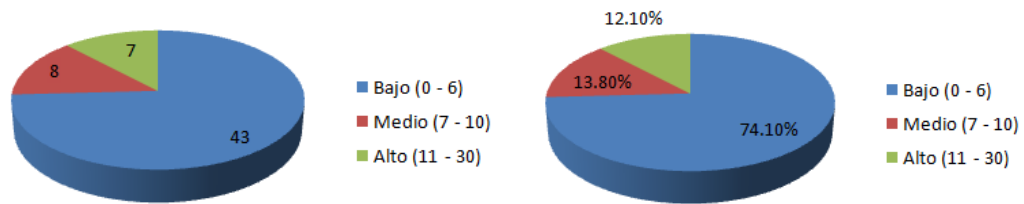
Porcentaje



Grafica 44. Despersonalización

Frecuencia

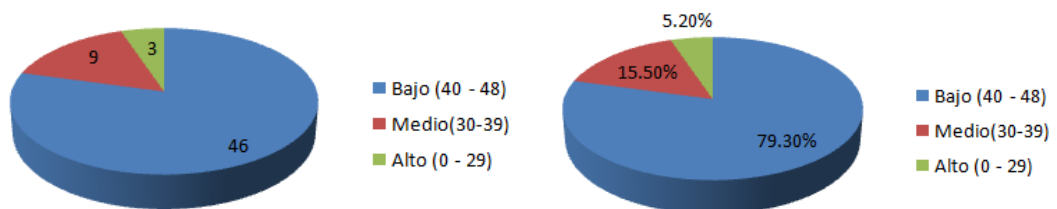
Porcentaje



Grafica 45. Realización personal

Frecuencia

Porcentaje

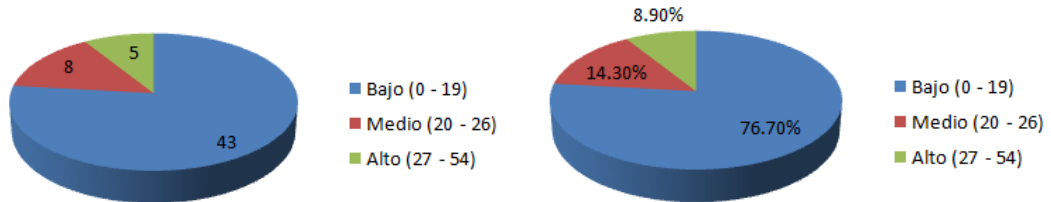


Graficas: Unidad de Medicina Familiar No.46

Grafica 46. Agotamiento Emocional

Frecuencia

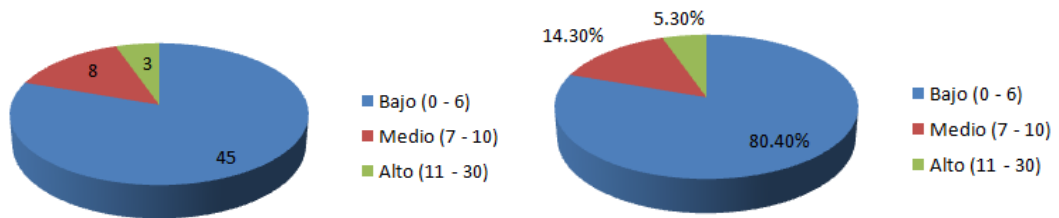
Porcentaje



Grafica 47. Despersonalización

Frecuencia

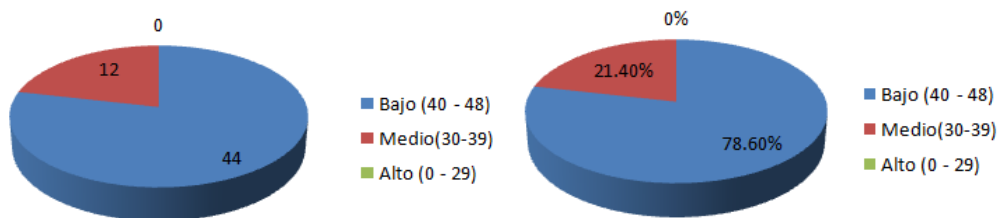
Porcentaje



Grafica 48. Realización personal

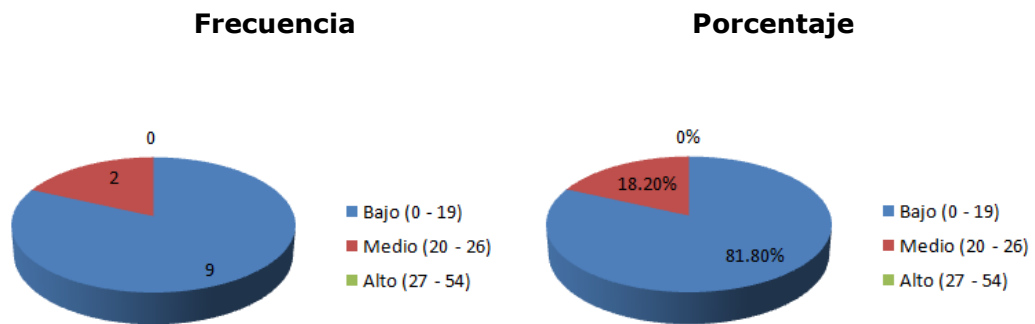
Frecuencia

Porcentaje

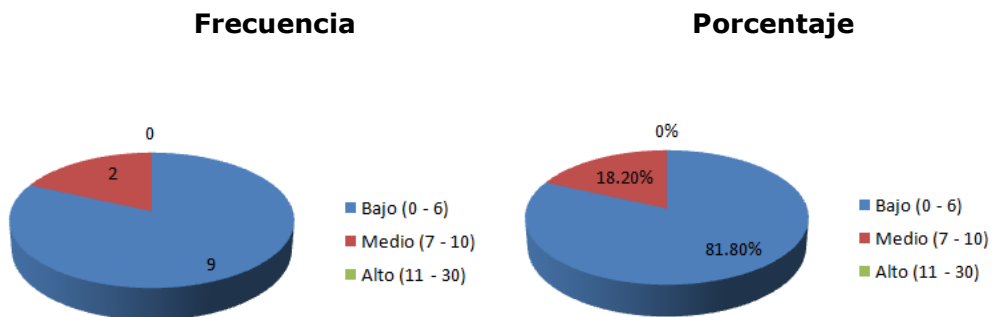


Graficas: Unidad de Medicina Familiar No.52

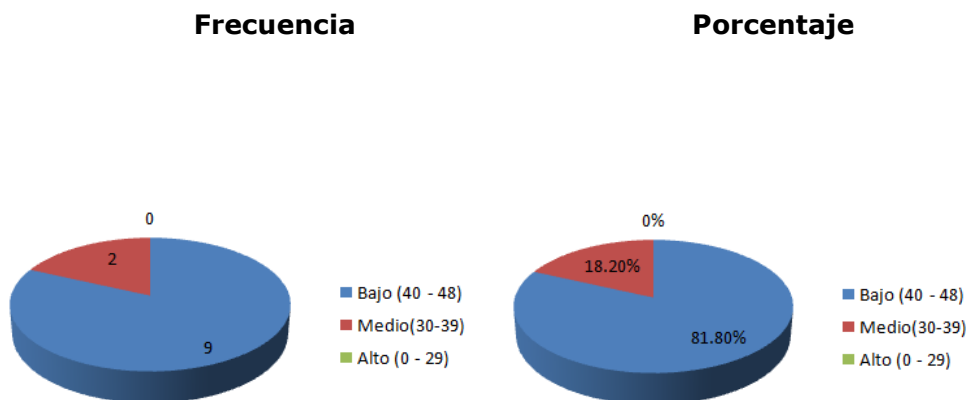
Grafica 49. Agotamiento Emocional



Grafica 50. Despersonalización



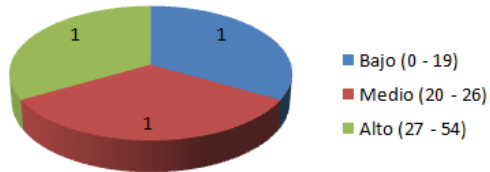
Grafica 51. Realización personal



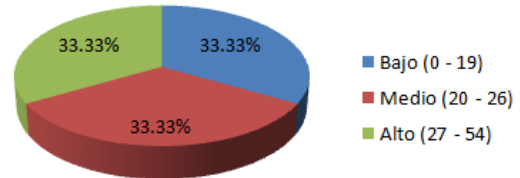
Graficas: Unidad de Medicina Familiar No.53

Grafica 52. Agotamiento Emocional

Frecuencia

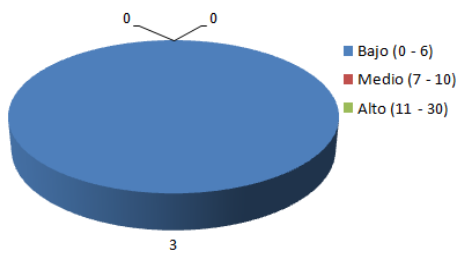


Porcentaje

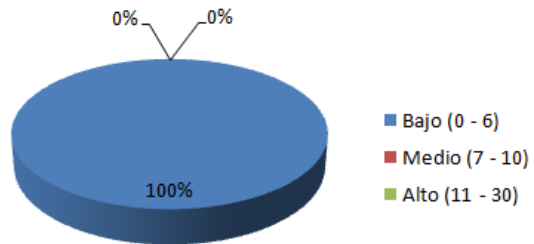


Grafica 53. Despersonalización

Frecuencia

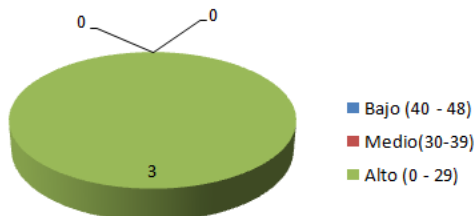


Porcentaje

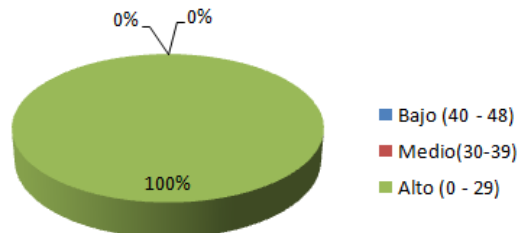


Grafica 54. Realización personal

Frecuencia

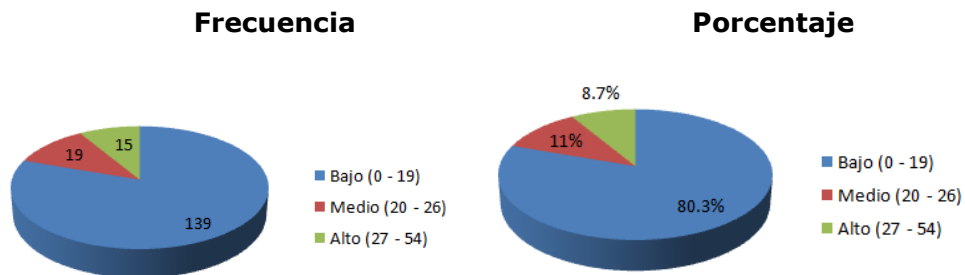


Porcentaje

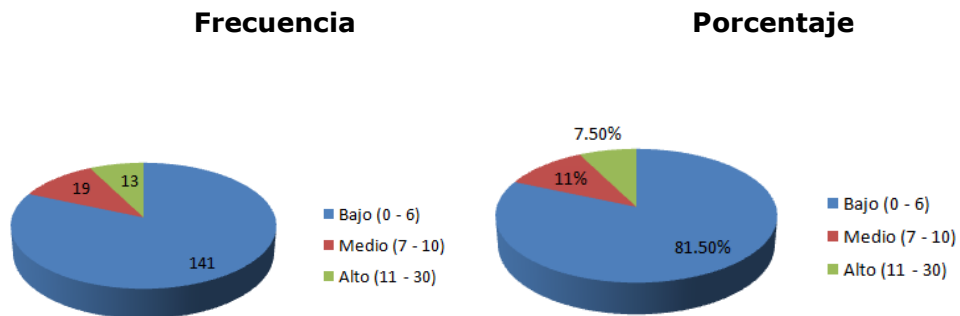


Graficas: Servicio CONSULTA EXTERNA

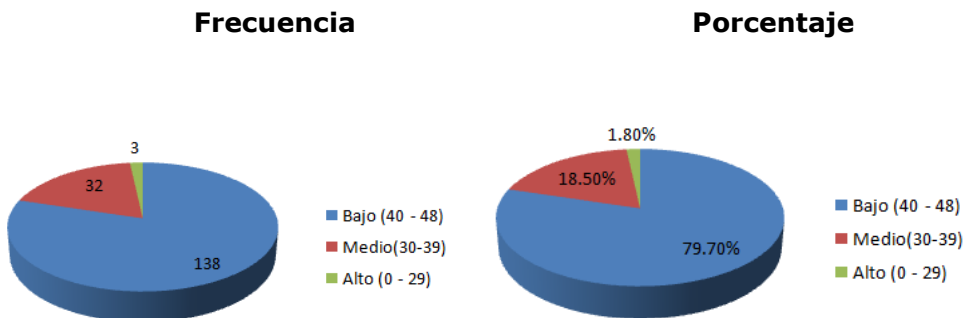
Grafica 55. Agotamiento Emocional



Grafica 56. Despersonalización



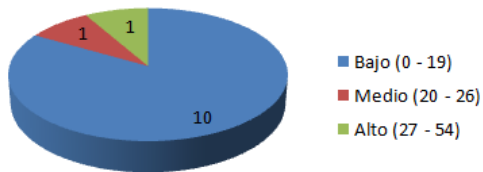
Grafica 57. Realización personal



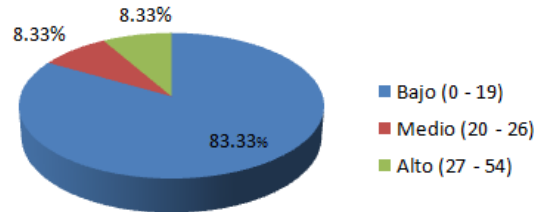
Graficas: Servicio URGENCIAS

Grafica 58. Agotamiento Emocional

Frecuencia

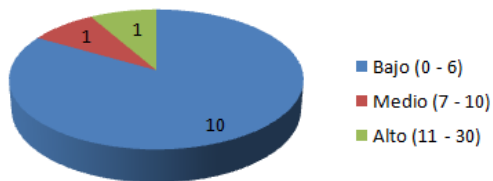


Porcentaje

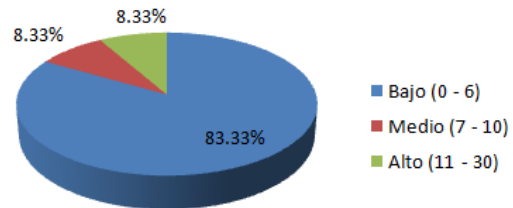


Grafica 59. Despersonalización

Frecuencia

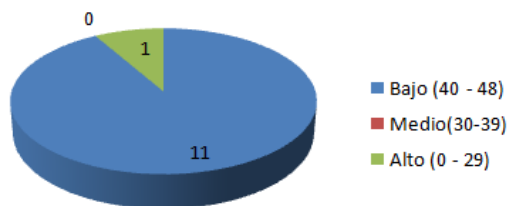


Porcentaje

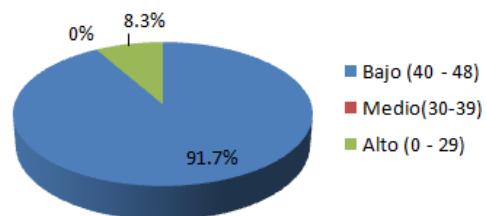


Grafica 60. Realización personal

Frecuencia

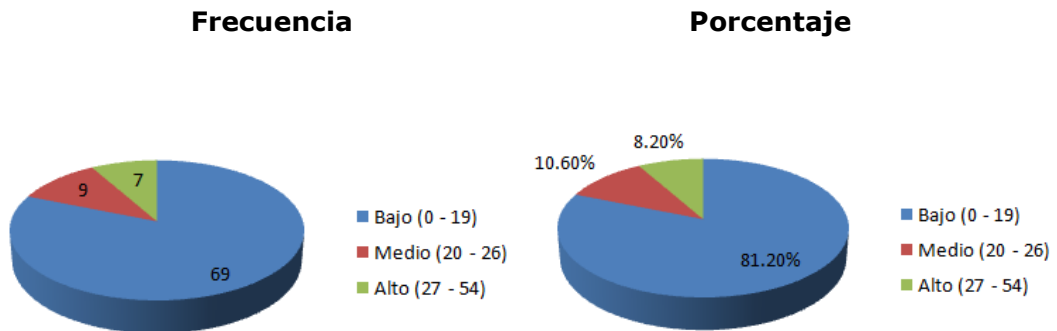


Porcentaje

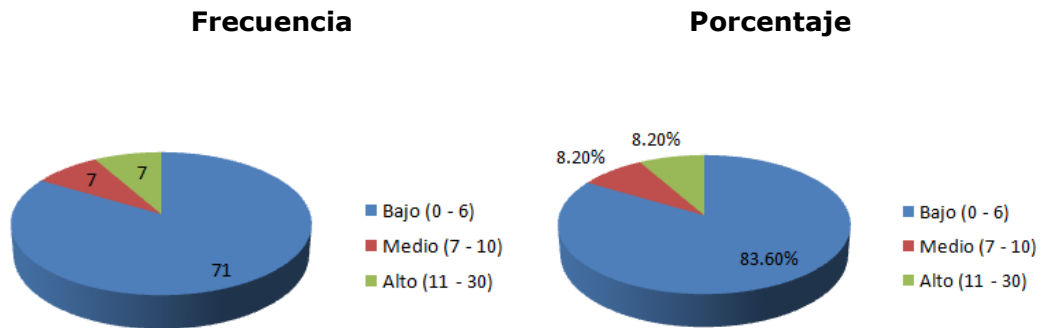


Graficas: Turno MATUTINO

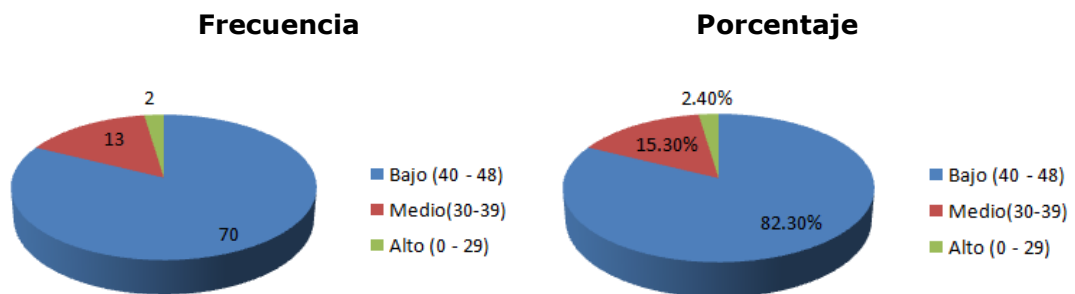
Grafica 61. Agotamiento Emocional



Grafica 62. Despersonalización



Grafica 63. Realización personal

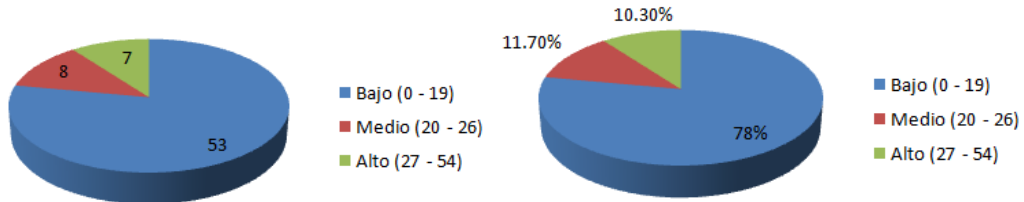


Graficas: Turno VESPERTINO

Grafica 64. Agotamiento Emocional

Frecuencia

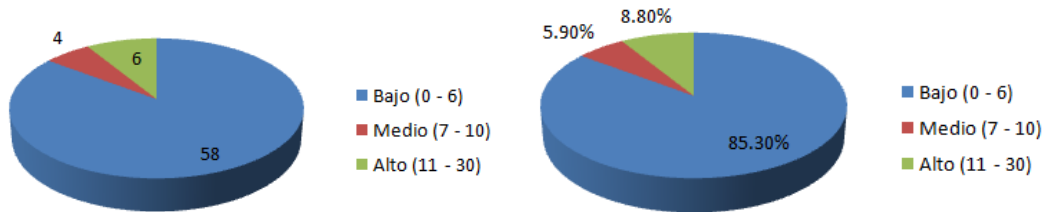
Porcentaje



Grafica 65. Despersonalización

Frecuencia

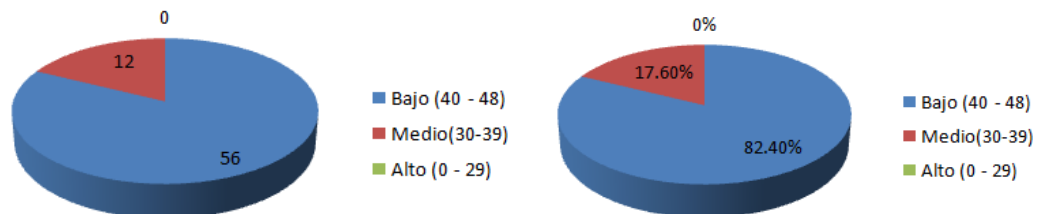
Porcentaje



Grafica 66. Realización personal

Frecuencia

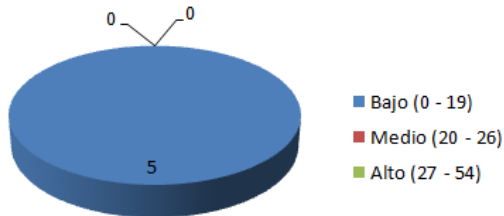
Porcentaje



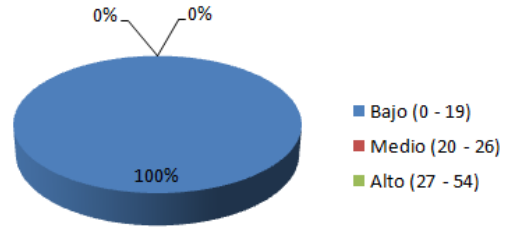
Graficas: Turno NOCTURNO

Grafica 67. Agotamiento Emocional

Frecuencia

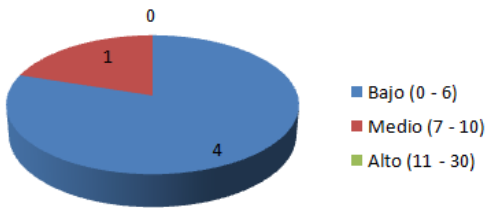


Porcentaje

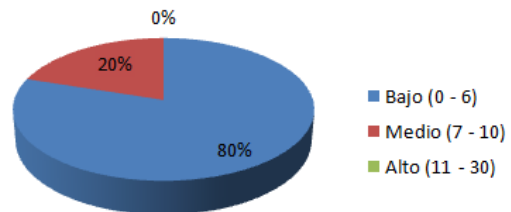


Grafica 68. Despersonalización

Frecuencia

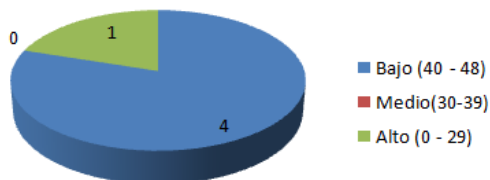


Porcentaje

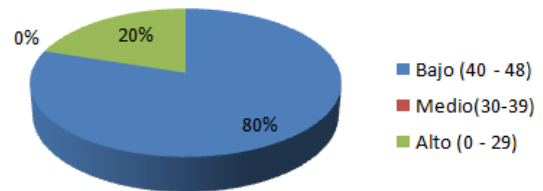


Grafica 69. Realización personal

Frecuencia



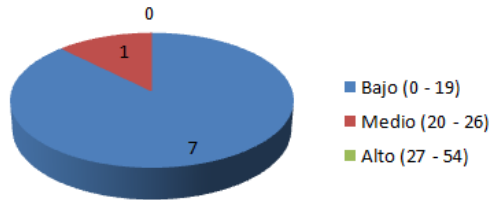
Porcentaje



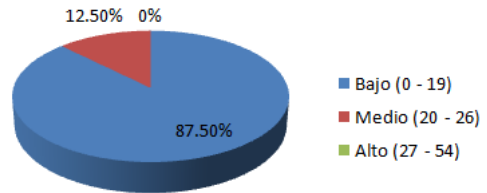
Graficas: Turno MIXTO

Grafica 70. Agotamiento Emocional

Frecuencia

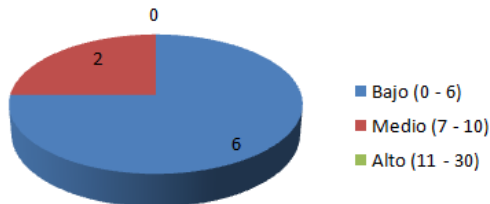


Porcentaje

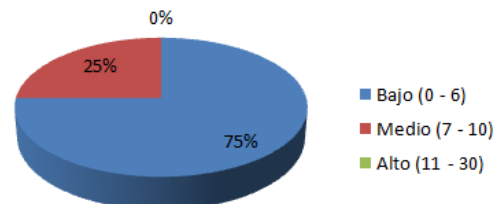


Grafica 71. Despersonalización

Frecuencia

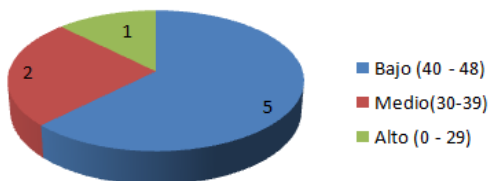


Porcentaje

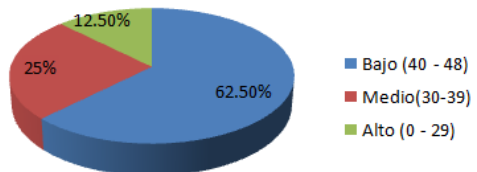


Grafica 72. Realización personal

Frecuencia

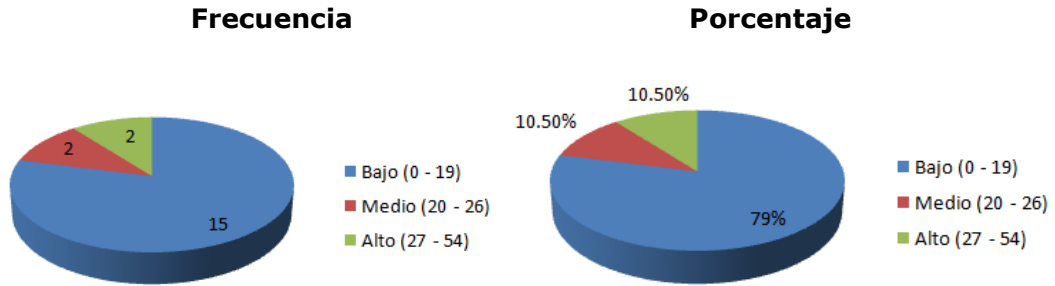


Porcentaje

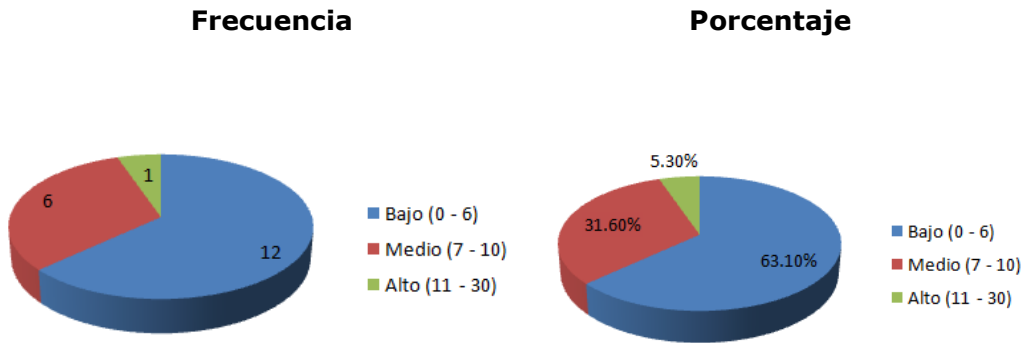


Graficas: Turno MOVIL

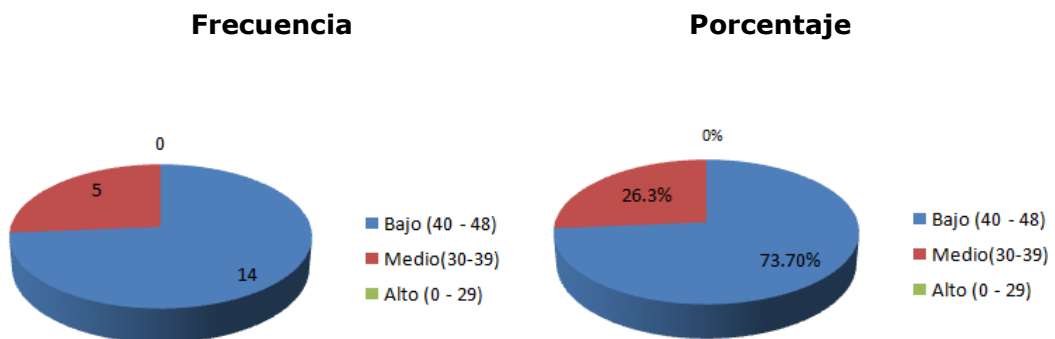
Grafica 73. Agotamiento Emocional



Grafica 74. Despersonalización



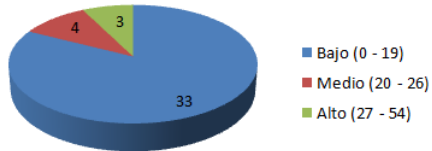
Grafica 75. Realización personal



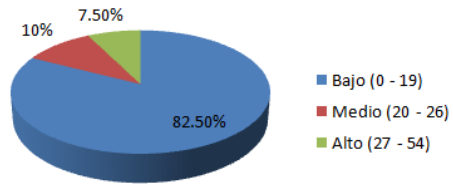
Graficas: Antigüedad en años (0 – 10 años)

Grafica 76. Agotamiento Emocional

Frecuencia

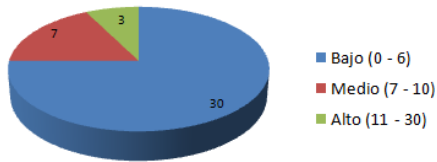


Porcentaje

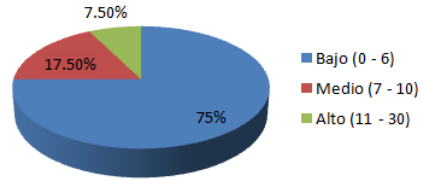


Grafica 77. Despersonalización

Frecuencia

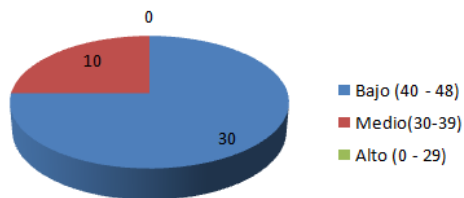


Porcentaje

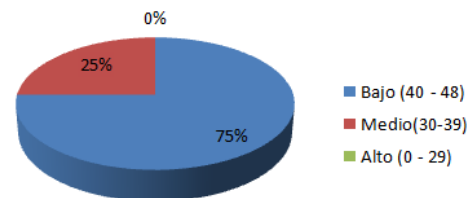


Grafica 78. Realización personal

Frecuencia



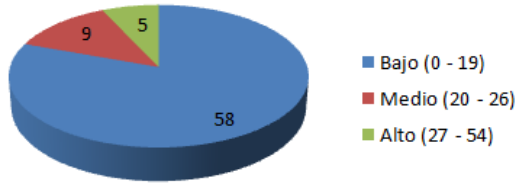
Porcentaje



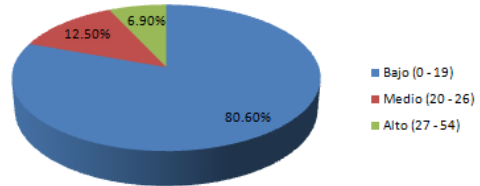
Graficas: Antigüedad en años (11 – 20 años)

Grafica 79. Agotamiento Emocional

Frecuencia

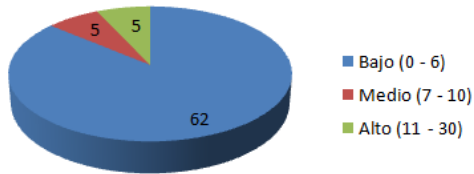


Porcentaje

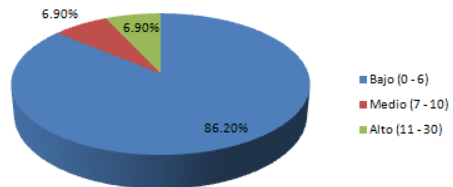


Grafica 80. Despersonalización

Frecuencia

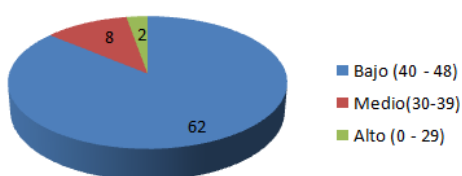


Porcentaje

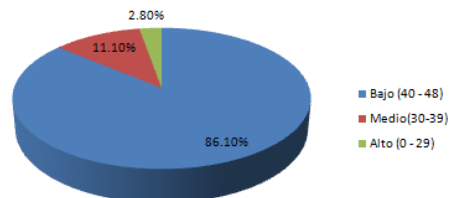


Grafica 81. Realización personal

Frecuencia



Porcentaje

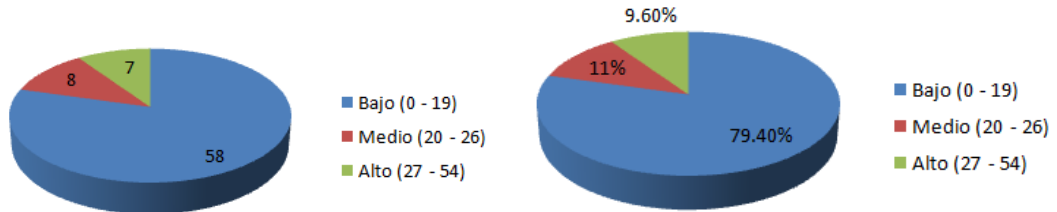


Graficas: Antigüedad en años (21 – 30 años)

Grafica 82. Agotamiento Emocional

Frecuencia

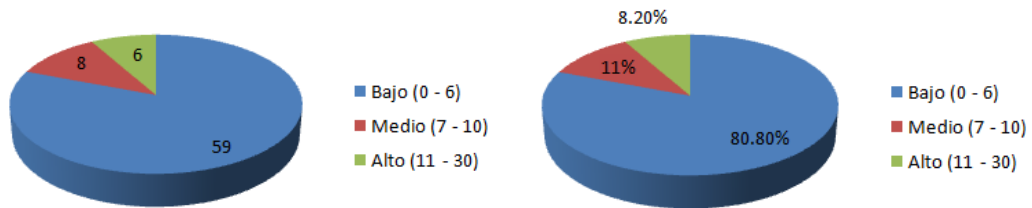
Porcentaje



Grafica 83. Despersonalización

Frecuencia

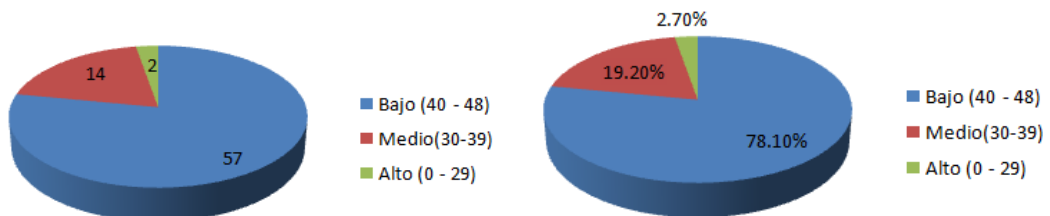
Porcentaje



Grafica 84. Realización personal

Frecuencia

Porcentaje

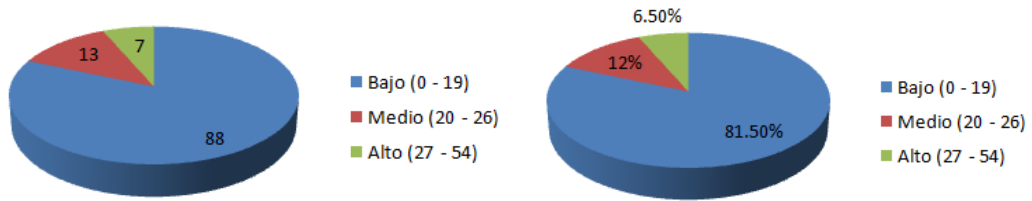


Graficas: Especialidad en Medicina Familiar SI

Grafica 85. Agotamiento Emocional

Frecuencia

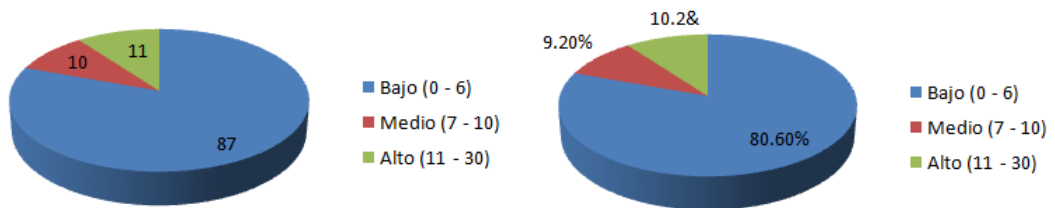
Porcentaje



Grafica 86. Despersonalización

Frecuencia

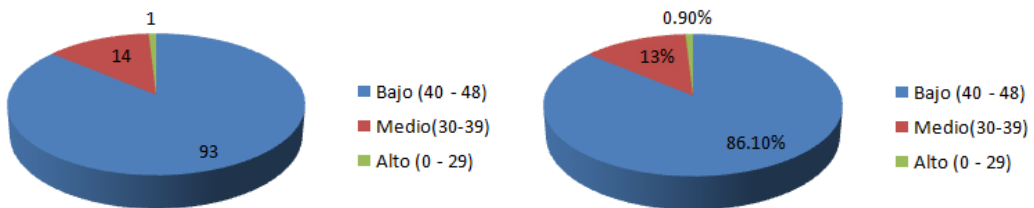
Porcentaje



Grafica 87. Realización personal

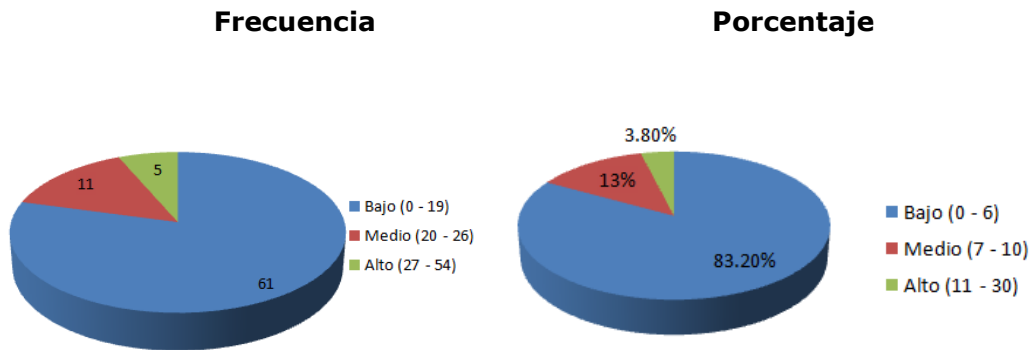
Frecuencia

Porcentaje

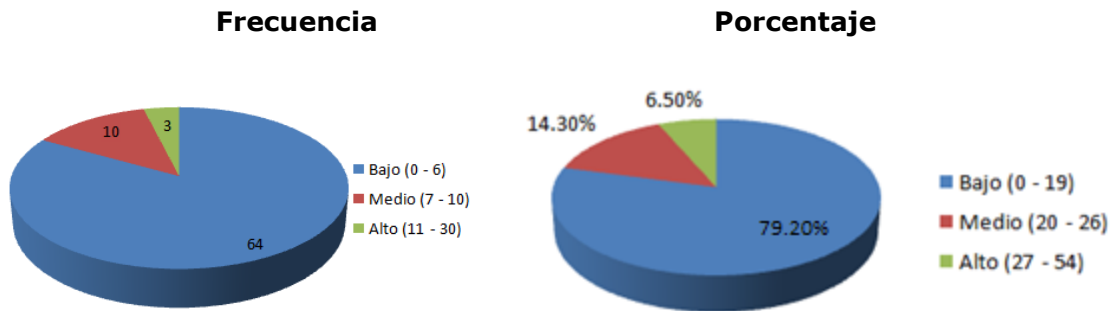


Graficas: Especialidad en Medicina Familiar NO

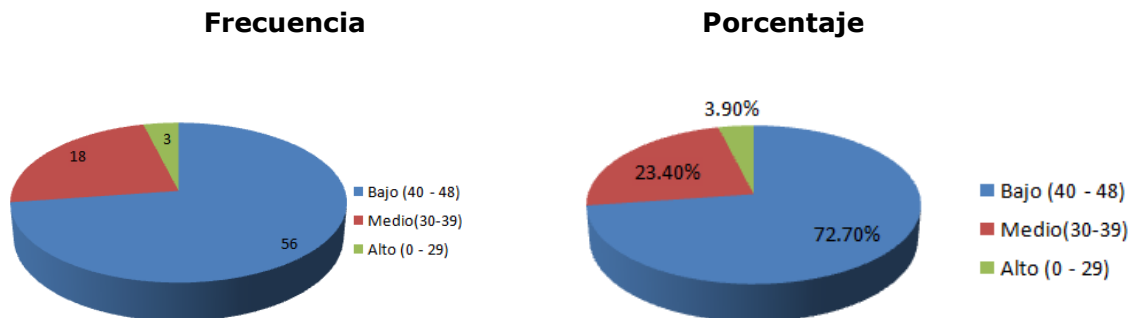
Grafica 88. Agotamiento Emocional



Grafica 89. Despersonalización



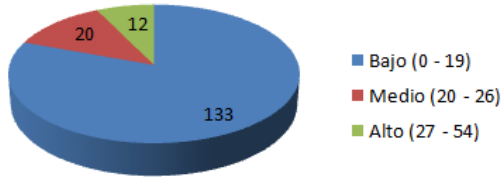
Grafica 90. Realización personal



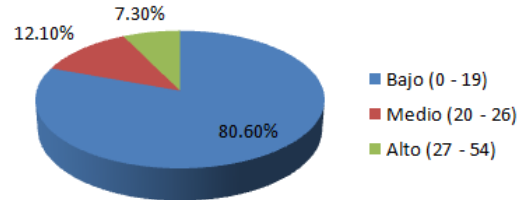
Graficas: Situación laboral BASE

Grafica 91. Agotamiento Emocional

Frecuencia

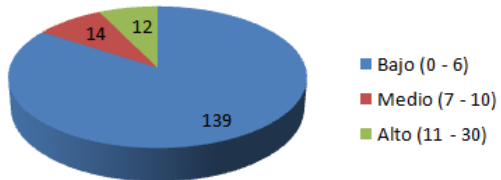


Porcentaje

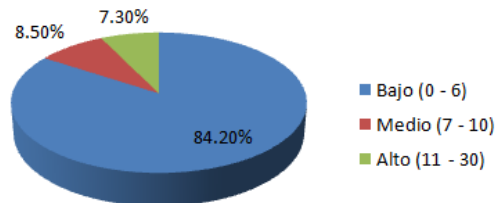


Grafica 92. Despersonalización

Frecuencia

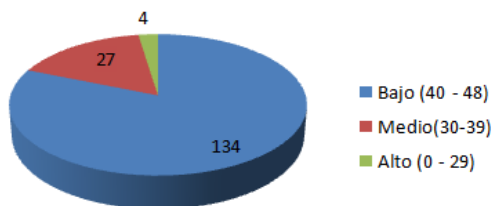


Porcentaje

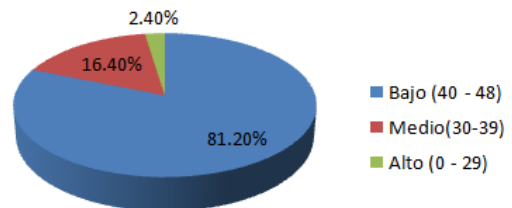


Grafica 93. Realización personal

Frecuencia



Porcentaje

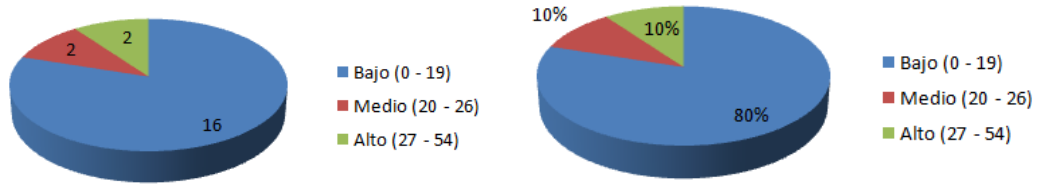


Graficas: Situación laboral SUPLENTE

Grafica 94. Agotamiento Emocional

Frecuencia

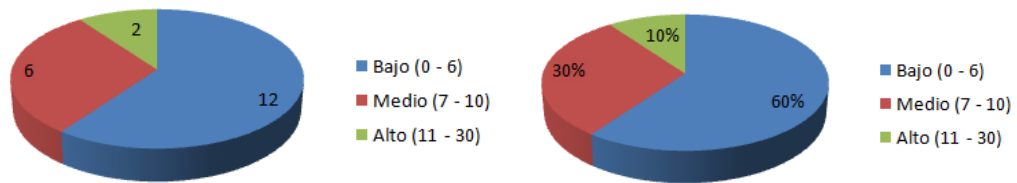
Porcentaje



Grafica 95. Despersonalización

Frecuencia

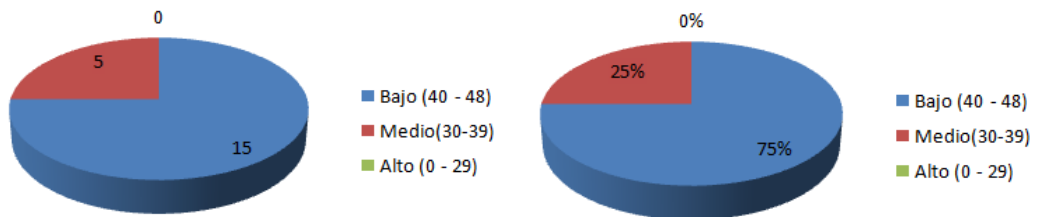
Porcentaje



Grafica 96. Realización personal

Frecuencia

Porcentaje



DISCUSIÓN

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tomando en cuenta la información teórica y clínica acerca del síndrome de Burnout y por su puesto los objetivos del presente estudio de investigación, con los resultados obtenidos podremos iniciar analizando la metodología utilizada para poder describir resultados y conclusiones.

La encuesta MBI. Maslach Burnout Inventori como instrumento con más fiabilidad y Validez para la evaluación del síndrome de Burnout, en la que se evalúan sentimientos y actitudes de la persona sobre su trabajo, en nuestro estudio fue de forma confidencial pero no anónima.

En primer lugar consideramos que los médicos encuestados pudieron no ser tan honestos y sinceros a la hora de contestarla.

De cualquier manera nos vimos favorecidos con la disposición y accesibilidad en general por parte de la mayoría de la población para realización del presente estudio.

Se obtuvo una participación del 100% (186), con el 99.4% (185) de encuestas utilizadas.

Tomando en cuenta las tres dimensiones que abarca el síndrome de Burnout; agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal, donde las puntuaciones altas en las dos primeras son directamente proporcionales al nivel de síndrome de Burnout, mientras que puntuaciones altas en la última es inversamente proporcional al padecimiento.

Los resultados obtenidos en esta población de estudio nos revela la prevalencia del síndrome de Burnout en un primer grado o nivel bajo ya que en más del 80% de la población se obtuvieron puntuaciones bajas en agotamiento y despersonalización, como lo podemos observar en las graficas 1, 2 y 3. y solo en el 7,8 y 8.7% con puntuaciones altas lo que hace efectiva la presencia del síndrome.

La realización personal por el otro lado con puntuaciones altas rebelan niveles altos logros personales, lo que significa que menos del 3% presenta el padecimiento.

Es entonces importante decir que las cifras de prevalencia del síndrome de burnout reportadas por otros estudios realizados en México entre el personal médico van desde el 40 hasta 50%. En esta investigación son significativamente menores y el cansancio emocional y la despersonalización son las más afectadas.

Al relacionar las variables sociodemográficas con el síndrome de Burnout en sus tres dimensiones nos pudimos dar cuenta que en el caso de la edad, efectivamente existe una congruencia con la literatura y estudios previos realizados de que el agotamiento y sobre todo la despersonalización se observa en los grupos de edad más jóvenes, tal vez por las expectativas altas que estos se forman de la profesión y que al poco tiempo de su ejercicio profesional no se cumplen, tal es en el caso de los resultados de este estudio. Grafica No. 5.

En cuanto al sexo se encontró no tan significativa diferencia pero si notable la presencia del agotamiento emocional y despersonalización con más frecuencia en el sexo masculino, no así en realización personal a

diferencia del sexo femenino. Cuestión que demuestra lo contrario según la literatura, al hablar de la ambigüedad de roles que se encuentra más en el sexo femenino. Graficas No. 7, 8 y 9.

Con respecto al estado civil; El estar casado (152/185), con mayor frecuencia presento un nivel bajo en despersonalización, agotamiento emocional y realización personal en el 80% de los casos, pero con un porcentaje considerable en niveles medio y alto. Resultado igualmente congruente con lo referido en la literatura, la estabilidad social y de pareja favorece a al bienestar mental.

En los viudos encontró nivel medio en agotamiento emocional y niveles altos en porcentaje considerado en el agotamiento emocional y despersonalización en el grupo de los divorciados, lo que nos habla de la posible predisposición de la estabilidad que ofrece una familia o simplemente la pareja. Congruente con lo que se refiere en el marco teórico. Graficas No. 14 a 24.

En cuanto a la categoría laboral, al inicio del estudio y una de la inquietudes para realizarlo, cuando nos planteábamos hipótesis y la población de estudio en sus criterios de inclusión, pensamos en los médicos que ocupan puestos de confianza (jefes de departamento clínico), fue demostrar la presencia de este padecimiento en este grupo de población, aunque la muestra es pequeña pero significativa en este estudio; se encontraron niveles medio y alto de Burnout en las subescalas de agotamiento emocional aunque con nivel bajo con respecto a la subescala de despersonalización y realización personal.

En el médico familiar y medico general existe una diferencia porcentual notable en la percepción en su realización personal.

Los cuatro directores del estudio encontramos percepción alta en su realización personal o logros personales, con nivel bajo de Burnout.

Graficas No.28 a 39.

Ahora analizaremos el síndrome de Burnout por clínica de adscripción: En la UMF.No.35. solo el 7% de los 57 médicos que la conforman tiene niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización. En la UMF.36, con 58 médicos, estos mismos parámetros los encontramos más elevados, hasta 10 a 12%. En la UMF. No.46. con 56 médicos no se encontró diferencia significativa. La UMF.No.52 con 11 médicos, el cansancio emocional, la despersonalización así como en realización personal comparten un mismo porcentaje del 18.2 % para el nivel medio y un 81.8% para el nivel bajo. Graficas No. 40 a 51.

La unidad de medicina familiar de adscripción No.53 que cuenta con solo 3 médicos evidencia la probable diversidad de personalidad, estado de ánimo, de salud mental y física que puede tener el profesional de la salud; en las graficas No. 52, 53 y 54 se describen iguales porcentajes para los tres niveles de agotamiento emocional, la despersonalización con nivel bajo pero la realización personal o cuando menos la percepción de la misma es baja.

Con respecto al servicio de adscripción ya sea consulta externa o urgencias no existe gran diferencia en la prevalencia del síndrome en sus tres dimensiones.

El turno laboral es otra variable estudiada en la que de igual forma no existe significativa diferencia pero que si influye para las tendencia a niveles altos en agotamiento emocional y despersonalización sobre todo en el turno matutino y vespertino aunque prevalezca con más del 80% en el nivel bajo en ambos. Graficas 61 a 75.

Se pudiera pensar que la antigüedad laboral institucional es determinante para la aparición del síndrome de Burnout, ya que la literatura refiere que el clima organizacional adverso para el trabajador de la salud, propicia la aparición del mismo, pero de acuerdo a los resultados de este estudio encontramos que los niveles de agotamiento emocional así como de despersonalización son bajos tanto en aquellos médicos que tienen menos de 10 años, como los que tienen 11 a 20 y 21 a 30, si acaso en la percepción de la realización personal la encontramos más baja, es decir con puntuaciones más bajas, lo que los ubica en nivel medio de Burnout al grupo precisamente de los médicos con menos de 10 años de antigüedad laboral, lo que vendría a confirmar la teoría de que este padecimiento se presenta en personas jóvenes con expectativas altas y que al poco tiempo de desempeñar algún puesto laboral comienzan con percepción baja de su realización personal, cansancio, agotamiento, cinismo y deshumanización, así como evasión de sus actividades. Según Herbert Freudenberger, Psiquiatra norteamericano, en 1974.

El hecho de que el médico fuera egresado de la especialidad de medicina familiar o no se considero importante para este tipo de estudio. Llamando la atención y vale la pena destacarlo solo el hecho de que los resultados se inclinan a que la despersonalización y la baja percepción en realización

personal en porcentajes se encontraron en aquellos médicos que dijeron no tener la especialidad en medicina familiar.

Situación muy semejante, y claro que tiene que ver con la estabilidad tanto de estatus como económica y emocional en cuanto a la situación laboral. Los médicos de base y los médicos suplentes, aunque la diferencia en frecuencia es importante (165/20) en porcentajes pudimos ver que el nivel de Burnout es más alto en los médicos suplentes que en los de base.

CONCLUSIONES

Queda demostrada la prevalencia del Síndrome de Burnout solo en menos del 10% en el personal médico del IMSS en unidades de medicina familiar de la Ciudad de Culiacán, unidades que forman parte de la zona centro del estado de Sinaloa.

El Síndrome de Burnout encontrado en esta población de estudio es el nivel bajo según encuestas realizadas, aun que no haya una corte específica, las dimensiones de agotamiento emocional, de despersonalización y pobre percepción en realización personal lo definen y este estudio lo constata en sus resultados.

A pesar de que no parece haber excesiva relación entre el fenómeno de Burnout y las variables sociodemográficas se pudo detectar que predominó el nivel bajo en las tres dimensiones, siendo el sexo masculino el más vulnerable con el agotamiento emocional como dimensión con mas porcentajes.

Este padecimiento es menos frecuente en el personal médico egresado de la especialidad en medicina familiar que en aquellos que no la realizaron, aunque la diferencia no sea muy significativa.

Existe vulnerabilidad también en el personal de confianza, en este caso los jefes de departamento clínico.

Este estudio de investigación da pauta a nuevos estudios, donde se pueda incluir la influencia y/o relación familiar en la ausencia o presencia del Síndrome de Burnout.

Los sesgos en los resultados obtenidos en este estudio van directamente proporcionales a la veracidad, honestidad y sinceridad de los médicos participantes a la hora de contestar la encuesta.

Arrojando como sugerencias para nuevo estudio;

- ◆ No incluir el nombre en la encuesta y comparar resultados del presente estudio.
- ◆ Realizar este estudio incluyendo a más personal relacionado con la atención y trato directo con personas como los son las enfermeras e incluso al personal de afiliación y vigencia entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Freudenberger M. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30(1):159-166.
- 2.- Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. 1999. Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Rev Psicopatología Psicol Clín*. 4(3):163-168.
- 3.- Maslach C. Burned out. *Hum Behavior*. 1976; 5:16-22.
- 4.- Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout inventory manual*. Palo Alto California: Consulting Psychologist; 1981.
- 5.- Maslach, Leiter. *The truth about Burnout*. 1997, Jossey-Bass publishing, San Francisco California.
- 6.- Montero-Marín, J. y García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of Burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health*, 10:302, DOI: 10.1186/1471-2458-10-302.
- 7.- Aranda C, Pando M, Salazar JC. Síndrome de Burnout en Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara Jalisco, México. *Revista Cubana Salud Publica* 2005; 31(2).
- 8.- Atance MJC. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública* 1997; 71(3):293-303.
- 9.- Quiroz R, Saco S.: Factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este del ESSALUD del

CUSCO. SITUA-Revista semestral de la facultad de medicina humana-UNSAAC. 11-22.

- 10.- Sosa E.N: Frecuencia de los síntomas del Síndrome de Burnout en profesionales Médicos. Revista Médica Rosario 73:12-10,2007.
- 11.- Olmedo M, Santed MA, Jiménez R, Gómez MD. El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatologías asociadas. Psiquis 3: 117-29, 2001.
- 12.- Ortega R.C, López R.F: El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004; 4(1):137-160.
- 13.- Bakker A, Schaufelli W; Burnout contagion among general practitioners; Journal of social and clinical Psychology; New York; Spring 2001.
- 14.- González P, Prevalencia de síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Atención primaria 1998; Nov30; 22(9):580-4.
- 15.- Gil- Monte P.R, Peiro J.M. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (<<Burnout>>) en España según el MBI-HSS. Rev. Psicología trabajo Organ 2000; 16(2):135-149.
- 16.- Martínez A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010.
- 17.- Hernández-Vargas C.L, Dickinson M.E, Fernández M.A, Artículo original El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos

Prevalencia del síndrome de Burnout
mexicanos. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina,
UNAM.

- 18.- Thomaé M.N.V, Ayala E.A, Sphan M.S. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina N° 153 Enero 2006.
- 19.- Hamson W.D A social competence model or Burnout. Stress and Burnout in the human services professions. The New England Journald 2005 31: 29-31.
- 20.- Maslach C, Jackson S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychlogists Press.Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.

ANEXOS

Anexo 1. Prevalencia de Sx. De Burnout en el personal Médico del IMSS. Zona centro Sinaloa.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Estado civil _____ Categoría _____ UMF No. _____
 Servicio: _____ Turno _____ Antigüedad _____ Especialidad en medicina familiar Si _____ No _____

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado. Agradeceré que piense bien con calma y sea completamente sincero.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	AE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	RP	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	AE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	AE	Me siento "quemado" por el trabajo.							

9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	AE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	AE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Investigador:

Dr. José Hernán Rocha Pérez

Medico General, con categoría de Médico Familiar,
adscrito a la UMF. No. 46 Dr. Jesús Kumate Rodríguez,
Turno vespertino.

Culiacán Sinaloa México.

Correo electrónico: josehernan24@hotmail.com