



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE
MÉXICO

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL
HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN TOLUCA “LIC. JUAN
FERNÁNDEZ ALBARRÁN” ISSEMyM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUCIA BERENICE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL DE
CONCENTRACIÓN TOLUCA "LIC. JUAN FERNÁNDEZ ALBARRÁN"
ISSEMyM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

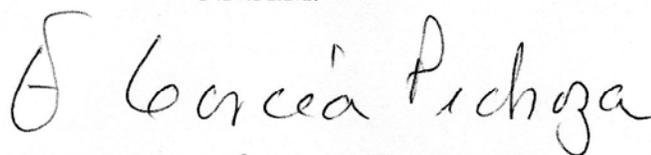
PRESENTA:

DRA. LUCIA BERENICE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL
HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN TOLUCA “LIC. JUAN
FERNÁNDEZ ALBARRÁN” ISSEMyM**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

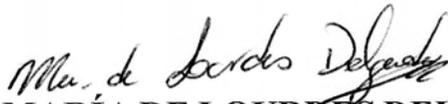
PRESENTA:

LUCIA BERENICE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



M ESP. M.F. BERÉNICE HERNÁNDEZ MIRANDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.



M ESP. M.F. MARÍA DE LOURDES DELGADO ROCANDIO
ASESOR DE METODOLÓGIA Y TEMA DE TESIS
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.



M.E. CLAUDIO M. CRUZ FIERRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO
Y MUNICIPIOS.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la frecuencia y dimensión del síndrome de Burnout en los médicos del Hospital de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán” del ISSEMyM.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, transversal y observacional en el que se estableció la prevalencia de los componentes del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory.

Resultados: Se integraron 50 médicos en los cuales el 60% corresponden al género masculino y el 40% género femenino; de ellos el 50% son casados, 38% solteros y 12% divorciados; el 48% son médicos con 2 hijos y 58% son médicos especialistas. Su jornada laboral en el 68% fue de más de 9 horas y la antigüedad que prevalece es de 5 a 10 años en un 32%. Teniendo el 84% ninguno a un descanso durante su jornada laboral. El 70% pertenece a una familia integrada en fase de dispersión (74%). La prevalencia en las dimensiones fue mayor en la despersonalización con un 22%, seguido del agotamiento emocional 12%, y de la falta de realización personal en un 8%.

Conclusiones: Existe elevada prevalencia de despersonalización y agotamiento emocional en el personal de atención a la salud del Hospital de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán” del ISSEMyM. Este hallazgo sugiere que dicho personal realiza un mayor esfuerzo para mantener las exigencias que demanda la atención al paciente.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Síndrome de Agotamiento Profesional, médicos, personal de salud.

SUMMARY

Objective: Identify the Burnout syndrome in the Medical Polyclinic "Licenciado Juan Fernandez Albarran" of Issemym.

Material and Methods: A descriptive, transversal and observational, which established the prevalence of the components of burnout syndrome: emotional exhaustion, depersonalization and lack of fulfillment by the Maslach Burnout Inventory.

Results: 50 doctors were integrated in which 60% correspond to male and female 40%, of which 50% are married, 38% single and 12% divorced, 48% are physicians with 2 children and 58% are physicians. His working day in 68% was more than 9 hours and seniority prevails is 5 to 10 years by 32%. With 84% none to a break during their workday. 70% belongs to a family of phase dispersion (74%). The prevalence was higher in the dimensions of depersonalization for 22%, followed by emotional exhaustion, 12%, and the lack of personal fulfillment in 8%.

Conclusions: The high prevalence of emotional exhaustion, depersonalization and personal care in the health of the Polyclinic "Licenciado Juan Fernandez Albarran" of Issemym. This finding suggests that the staff makes an effort to keep the demands that the patient care.

Keywords: Burnout syndrome, burnout syndrome, doctors, health personnel.

ÍNDICE.

1	MARCO TEÓRICO.	1
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3	JUSTIFICACIÓN	16
4	OBJETIVOS	17
5	MATERIAL Y METODOS	17
5.1	TIPO DE ESTUDIO	17
5.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
5.3	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	19
5.4	MUESTRA	19
5.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
5.6	VARIABLES.	20
5.7	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
5.8	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
5.9	MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	25
5.10	PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DE LA INVESTIGACION	25
5.11	CRONOGRAMA.	26
5.12	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.	26
5.13	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	26
6	RESULTADOS.	28
7	DISCUSIÓN.	40
8	CONCLUSIONES.	42
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	44
10	ANEXOS.	48

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. ANTECEDENTES Y CONCEPTO.

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional, descrito por primera vez en los años setenta, aparece ante una respuesta continua al estrés laboral, afectando la salud de los trabajadores así como sus relaciones laborales y sociales. Este fenómeno es experimentado especialmente por trabajadores que cuidan y ayudan a otras personas como médicos y docentes, es decir por personal que trabaja en la relación de ayuda. En los profesionales de la salud, el síndrome de desgaste profesional está relacionado principalmente con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, los conflictos en las relaciones interpersonales, la autopercepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes con muchas demandas. Se han descrito numerosas definiciones del síndrome de Burnout, pero la más aceptada es la propuesta de Maslach y Jackson en 1981, estos autores explicaron el Burnout como una respuesta inapropiada al estrés caracterizada por:¹

- a) Agotamiento Emocional: Que se caracteriza no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico.
- b) Despersonalización: Se define como el distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo y desarrollo de sentimientos de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo.
- c) Falta de logro personal: Caracterizado por la baja realización personal en el trabajo.

El síndrome de burnout o agotamiento profesional, fue establecido por primera vez por el psicoanalista alemán, residente en Norteamérica: Freudenberger, en 1974. El lo definió como un conjunto de síntomas médicos, biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de un excesivo desgaste de energía, refiriéndose a los profesionales denominados de ayuda cuya actividad va dirigida a otras personas. Desde 1976 C. Maslach dio a conocer la palabra "Burnout" de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos. El síndrome de Burnout es considerado como una respuesta prolongada al estrés crónico, emocional e interpersonal en el trabajo, considerando que existe un estado de estrés cuando los acontecimientos rebasan la capacidad de adaptación del individuo. Para cada individuo, el estrés se define de manera subjetiva y la respuesta a este depende de la personalidad y estructuración fisiológica de cada persona. Un individuo puede reaccionar al estrés con ansiedad o depresión, desarrollar un síntoma físico o retraerse con ingestión de bebidas

alcohólicas, tabaco u otras drogas innumerables.^{2,3}

Aunque en sus inicios el Burnout se entendía como un estado, las investigaciones actuales se centran en este síndrome como un proceso, resultado de la interacción de diversos factores internos y externos del trabajador. Es considerado como un trastorno adaptativo crónico que ocurre entre los profesionales que trabajan con personas o cuyo objeto de trabajo son personas que dañan la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial. Actualmente se ha esclarecido que el proveer un servicio y el cuidado son ocupaciones muy demandantes y comprometedoras y que el cansancio emocional es una respuesta común a tal sobrecarga de trabajo. Según el autor Peris MD. La despersonalización en la gente prestadora de un servicio provoca un distanciamiento emocional hacia el usuario, esto fue observado como una forma de protegerse a ellos mismos del intenso cansancio emocional, dando lugar a un distanciamiento a veces excesivo traduciéndose esto como una respuesta negativa y descuidada a los usuarios. Dentro de los factores encontrados como causa del síndrome está el alto número de usuarios que origina una sobrecarga de trabajo, la prevalencia de las respuestas negativas de los usuarios y la escasez de recursos, estos factores intervienen en la profesionalidad de los servicios humanos, creando insatisfacción en estas profesiones.^{4,5,6}

1.2. FACTORES DESENCADENANTES.

El estrés en los profesionales de la salud esta originado por una combinación de variables físicas psicológicas y sociales. Son estresantes la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y la muerte, falta de especialidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Se pueden identificar cuatro niveles de estresantes:^{7,8}

- a) nivel individual: La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de las fallas propias como ajenas, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- b) Relaciones interpersonales: Las relaciones con los usuarios y con los compañeros de diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Así mismo la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también

los sentimientos de quemarse por el trabajo.

- c) Nivel organizacional: Los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de organización entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresantes del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.
- d) Entorno social: Se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, como la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y prestigio, etc.

1.3. ETAPAS.

Este proceso de desarrollo del síndrome se aprecia desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral. Cherniss citado por Albanesi NS, en 1980 plantea que el Burnout es un fenómeno transaccional y progresivo por lo que el desarrollo del síndrome puede establecerse en las siguientes etapas:⁹

- a) **Fase de entusiasmo:** Cuando el trabajo se experimenta como algo estimulante. El trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir.
- b) **Fase de estancamiento:** Supone una paralización tras la observación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales.
- c) **Fase de frustración:** Constituye el inicio del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en si mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional.
- d) **Fase de apatía:** Núcleo central de la instauración del síndrome que se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se

consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

1.4 ESTRÉS Y MOBBING VS BURNOUT.

El estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento “La Organización del trabajo y el estrés”¹⁰ define el estrés laboral como *“la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”*. Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo. En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o “eutrés” (eu, bueno en griego) y el estrés patológico o “distrés” (dis, malo en griego). En el eutrés, la discrepancia entre lo que se exige y la capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos. Por tanto, muchas experiencias vividas en el trabajo son consideradas estresores y van acompañadas de las consiguientes reacciones crónicas de distrés. Pero dentro de estas vivencias del trabajo existen una serie de condiciones laborales que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermar para los trabajadores. Así, para explicar cuáles son estas condiciones laborales existen dos modelos teóricos del estrés laboral desarrollados por las ciencias sociales:¹¹

- a) El modelo americano demanda-control: En el primer caso, la exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones: la dimensión cantidad y tipo de demanda y la dimensión del control sobre las tareas del trabajo. En este modelo se ha incluido una tercera dimensión, el apoyo social, de forma que la ausencia de apoyo social supone una intensificación de la reacción estresante.
- b) El modelo alemán crisis de gratificación en el trabajo: Surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social, a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones serían el salario o los ingresos, la estima y valoración en el trabajo y por último, la promoción laboral y la seguridad en el empleo. Así, lo que se espera identificar con este modelo son las situaciones que se caracterizan por un alto esfuerzo y una baja recompensa.

De acuerdo al concepto de estrés laboral, es importante incidir sobre las causas en el trabajo que llevan a este tipo de estrés. Así, se ha comprobado en distintas investigaciones, que el estrés laboral está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral. Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral. De esta forma, igual que la salud fue definida por la OMS como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, un entorno laboral saludable es aquel en el que no sólo hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino también abundancia de factores que promuevan la salud.¹²

Una vez estudiado el concepto y las causas que pueden dar lugar a estrés en el trabajo, vemos como estrés laboral y burnout son dos términos relacionados, de hecho el burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico. Así, estudiando la relación entre ambos conceptos McManus y colaboradores en un estudio prospectivo realizado en médicos del Reino Unido³¹ intentaron aclarar las asociaciones causales que existían entre estrés y burnout y vieron como entre la dimensión de cansancio emocional y el estrés aparecía una relación de causalidad recíproca, mientras que los otros dos componentes del burnout, la despersonalización y la realización personal, también se relacionaban con el estrés, pero no se establecían relaciones de causalidad. Así, la despersonalización parece que disminuía el estrés, posiblemente por un mecanismo de ego-defensa, mientras que la falta de realización personal aumentaría los niveles de estrés, tanto de forma directa como indirecta, a través de incrementar los niveles de cansancio emocional. Pero, aunque estos conceptos están claramente relacionados, entre ambos existen una serie de diferencias fundamentales. Así, el estrés desaparece con el descanso, en contraposición al burnout que no remite con el reposo. El estrés aparece como respuesta del organismo ante un estímulo estresor o situación estresante y está relacionado con horas excesivas o sobrecarga de trabajo, produciéndose por la interacción de múltiples estresores y la propia estructura de la personalidad. En cambio el síndrome de desgaste profesional puede estar producido por un trabajo escasamente estresante pero altamente desmotivador. Se desarrolla lentamente, durante un largo proceso y si bien puede afectar a todas las profesiones, es más frecuente entre los profesionales de la enseñanza y la asistencia sanitaria. Además, el burnout está producido por factores organizacionales, por el clima laboral y por la cultura laboral del propio ámbito de trabajo.¹³

Con respecto a la relación entre estrés laboral y burnout, es importante comentar que existen otros tipos de respuesta al estrés laboral crónico, uno de ellos es el *mobbing* o acoso psicológico en el

trabajo. El concepto de *mobbing* procede del verbo “to mob” que significa literalmente molestar, acosar o maltratar. Heinz Leymann aplica el término *mobbing* al ámbito laboral para referirse a aquellas situaciones experimentadas por una o varias personas en el lugar de trabajo, en las que un individuo o grupo de individuos, ejercen una violencia psicológica extrema hacia ellas. Además, esto se realiza de forma frecuente, al menos una vez a la semana, y durante períodos de tiempo largos, al menos durante seis meses. Este tipo de maltrato busca destruir el entramado de comunicación de las víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus actividades y lograr finalmente que esas personas abandonen su puesto de trabajo. Leymann identificó un total de 45 actividades que definió como Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) que podrían considerarse *mobbing*. Son las actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con los demás, para evitar que ésta sea capaz de mantener contactos sociales, para impedir que puedan mantener su reputación personal o laboral, para reducir su ocupación mediante su desacreditación profesional y para afectar la salud física o psíquica de la víctima.¹⁴

En estrecha relación con el acoso laboral se encuentra otro concepto: el trastorno de estrés postraumático (TEP). Este trastorno no fue introducido en el catálogo oficial de enfermedades hasta finales del año 1980. Según los criterios diagnósticos del DSM IV, este trastorno se origina cuando una persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y esa persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Una de sus características fundamentales es que el acontecimiento traumático es reexperimentado de forma persistente en forma de sueños o recuerdos recurrentes que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Y todo ello da lugar a la aparición de malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas al exponerse el individuo a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Además, aparece la evitación persistente de estímulos asociados al trauma, así como el embotamiento de la reactividad general del individuo, ausente antes del acontecimiento traumático. Aparecen, igualmente, síntomas persistentes de aumento de la activación, como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para la concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Las actividades comentadas se prolongan durante más de un mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Este trastorno así definido puede ser agudo, si los síntomas duran menos de tres meses, crónico, si los síntomas duran tres meses o más, o de inicio demorado, cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas pasan como mínimo seis meses.¹⁵

La mayoría de las víctimas de *mobbing* sufren trastorno de estrés postraumático en mayor o

menor medida, de forma que la gravedad del daño producido va a depender fundamentalmente de dos factores: por un lado la intensidad y la duración de las agresiones, y por otro los recursos que la víctima posea para afrontar esas situaciones, y nos referimos tanto a recursos emocionales, como físicos y sociales. Así, las amenazas contra la integridad mental o corporal de la víctima la vuelven vulnerable, insegura e impotente, viendo disminuida su capacidad para pensar o tomar decisiones. Por tanto, lo primero que la víctima necesita es recuperar un mínimo de sentido de seguridad y recobrar poco a poco el control sobre su vida y su entorno.¹⁶

1.4.1. COPING.

Centrándonos en el factor de estrategias de afrontamiento, fue a principios de los 90 cuando comenzaron los primeros estudios relacionados con el proceso de Desgaste profesional. De esta forma, autores como Chwalisz, Altmaier y Russel encontraron asociaciones muy significativas entre estrategias orientadas al control emocional y las consecuencias negativas del burnout. Igualmente, las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de apoyo social, están negativamente asociadas con el burnout y positivamente con la satisfacción y la productividad laboral. Se ha observado cómo la ausencia de apoyo familiar está más fuertemente asociado con el burnout que con la satisfacción o la productividad, mientras que el apoyo del supervisor inmediatamente superior está relacionado con la satisfacción y la productividad laboral y no con el burnout en médicos.^{17,18}

1.4.2. ENGAGEMENT.

Además de la extensión del estudio del *burnout* a nuevos colectivos, otro aspecto destacable en las actuales investigaciones sobre este fenómeno es que se está comenzando a examinar junto al *engagement*, constructo considerado como el opuesto al "*burnout*". Este concepto (*engagement*), vinculado a la "psicología positiva", trata de favorecer los aspectos positivos de la vida humana, relegando a un segundo plano o restando importancia a los avatares poco afortunados que presenta el ciclo vital, es una forma de ver los sucesos vitales del sujeto no siendo centralizado en un objeto o conducta. Es una visión genérica del acontecer humano. Se refiere a un estado psicológico duradero en el tiempo.^{19,20}

El *engagement* ha sido definido como un concepto motivacional positivo relacionado con el trabajo y la vida, que está enfatizado por el vigor (VI), la dedicación (DE) y la absorción (AB). El vigor hace referencia a altos grados de vitalidad y afán de esforzarse en el trabajo diario. La dedicación está vinculada al entusiasmo, inspiración y retos en el trabajo. La absorción denota concentración y "estar a gusto" con lo que uno hace; la sensación de que el tiempo pasa sin darnos cuenta es una característica típica de la absorción. Puesto que tanto la dedicación, como la absorción y el

vigor se centran en evaluar experiencias positivas subjetivas, cabe esperar que las tres dimensiones del *engagement* estén entre sí positivamente correlacionadas. Debemos reconocer que las investigaciones que relacionan *burnout* y *engagement* están en una fase muy incipiente. Únicamente conocemos algunos trabajos con estudiantes y con trabajadores que utilizan nuevas tecnologías. Esta es una nueva línea de investigación que debe ser más profundamente explorada.^{21,22}

1.5 CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT

En una crisis de la enfermedad puede presentarse actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento, hipersensibilidad, insomnio, desordenes metabólicos, hemodinámicos, sentimientos de persecución, pérdida de concentración en el trabajo, falta de realización personal, autoevaluación negativa, baja autoestima, manifestación física de estrés (dolor de espalda, malestar general), disminución del rendimiento laboral. Las principales causantes del síndrome se refieren a características del propio puesto de trabajo y a la personalidad del trabajador. El estrés puede manifestarse por medio de inquietud, irritabilidad, fatiga y una sensación de tensión. La incapacidad para la concentración, perturbación del sueño y preocupaciones somáticas, conducen frecuentemente a la automedicación, al abuso del alcohol otros depresivos del sistema nervioso central.²³.

1.6. OTROS TRASTORNOS DE SALUD RELACIONADOS.

1. **Psicosomáticos:** Fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza y cuello, problemas de sueño, insomnio, úlceras y otros desordenes gastrointestinales.
2. **Conductuales:** Incapacidad para vivir en forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamiento de alto riesgo, expresiones de hostilidad, o irritabilidad, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, aumento de las relaciones conflictivas con el resto de compañeros.
3. **Emocionales:** Distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, incapacidad de concentración, sentimiento depresivo, respuestas rígidas e inflexibles.
4. **Ambiente laboral:** Baja capacidad de trabajo, deterioro en la calidad de los servicios que se presta a los pacientes, aumento de interacciones hostiles, comunicación deficiente.

Dentro de las manifestaciones del síndrome, todos los autores coinciden en dichas conductas ya

que es la transformación del proveedor ante su receptor provocado por varios factores, mencionados anteriormente.²⁴

1.7. CONSECUENCIAS.

El síndrome de burnout produce consecuencias negativas, no sólo para la salud del profesional que lo padece sino también para la institución en la que trabaja. Las principales manifestaciones en conducta del síndrome de “burnout” en la práctica profesional, en este caso el médico de acuerdo a Catsicaris son:

1. Evitación del compromiso emocional: La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

2. Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

3. Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hiper-críticas y carencia de registro de autocrítica.

4. Impulsividad: La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

5. Desmotivación: Se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Pero el síndrome de desgaste profesional también tiene consecuencias adversas sobre el trabajo, dando lugar a absentismo laboral, deseos de abandonar el trabajo, disminución de la productividad y de la eficacia, y descenso de la satisfacción por el trabajo. En cuanto a los problemas de salud mental, se ha visto que a mayor prevalencia de burnout, mayor incremento de morbilidad psiquiátrica, especialmente de conductas ansiosas, depresivas o ambas. Así, se ha encontrado una relación entre el agotamiento emocional y la depresión, los trastornos obsesivos compulsivos, la ansiedad, la hostilidad y la ideación paranoide, y también se ha visto que existe una relación entre la despersonalización y la hostilidad, la ideación paranoide y la personalidad psicótica.²⁵

En lo referente a la ansiedad, es importante diferenciar lo que se entiende por ansiedad o angustia normal y ansiedad patológica. De esta forma, la ansiedad, que es la emoción más experimentada universalmente, consiste en una situación fisiológica de defensa ante situaciones de estrés que suponen una amenaza para el individuo. Se trata de una emoción compleja, desagradable e

inevitable con nuestra condición de seres humanos. En cambio, la ansiedad patológica es una respuesta al estrés inadecuada, exagerada y persistente en el tiempo, por encima de los límites adaptativos, que afecta al rendimiento, al funcionamiento psicosocial y a la libertad personal. En lo referente a la depresión, se trata de un trastorno que afecta a todo el organismo, al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento, y tiene unas repercusiones importantes en todos los ámbitos del individuo, a nivel personal, familiar y laboral. Existen diversos tipos de depresión (episodio depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno mixto ansioso-depresivo...), pero todos van a producir en mayor o menor medida cierto grado de incapacidad a todos los niveles.²⁶

La existencia de una relación entre el burnout y la depresión parece estar clara, pero se sabe menos de la naturaleza de esa asociación, parece ser que una personalidad con una mayor sensibilidad a la depresión tiene un riesgo mayor de desarrollar burnout, además se ha visto que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos y dos dimensiones del síndrome, el cansancio emocional y la despersonalización. Igualmente, se ha observado la existencia de una asociación entre estas dos dimensiones del síndrome de desgaste profesional y una historia de depresión en familiares cercanos.^{27,28}

En relación con los trastornos psíquicos que pueden aparecer en los profesionales sanitarios con burnout, hemos de decir que existen estudios en Estados Unidos que confirman la mayor tasa de suicidios entre los médicos, comparado con la población general. Este aumento en la tasa de suicidios es mayor entre los médicos varones, aproximadamente un 40% más alto, que entre los hombres en general, y en el caso de las mujeres, la diferencia es mucho más alta, aproximadamente de un 130%, y este aumento comenzaría desde etapas muy tempranas, incluso la etapa de formación en la Facultad de Medicina. Entre los factores que se han barajado como causas de esta mayor tasa de suicidios entre los médicos, se encuentran tanto factores biológicos como psicosociales. Se incluyen el mayor predominio de desórdenes psiquiátricos, el mayor consumo de alcohol y otras drogas, y sin duda, el estrés y la depresión de este colectivo. Influye también la carga laboral de estos profesionales, que les puede conducir al aislamiento social, así como la menor capacidad de los profesionales de la medicina para pedir ayuda psiquiátrica para ellos mismos. Por último, otro factor a tener en cuenta es el mayor acceso de los médicos a los medicamentos, así como su mayor capacidad para utilizarlos, lo cual también contribuiría a esta mayor frecuencia de suicidios.²⁹

El burnout también se ha asociado al abuso de sustancias, como analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, y al consumo de drogas de distinto tipo, como alcohol y tabaco. En este sentido se han realizado varios estudios que han relacionado el síndrome de burnout en personal sanitario con el estado general de salud y con la prevalencia de psicopatología en las personas que lo padecen. En estos trabajos, se ha observado que existe un aumento estadísticamente significativo

de los niveles de psicomorbilidad en los profesionales con desgaste profesional, así como una mayor prevalencia de psicopatología a mayor número de dimensiones de burnout afectadas. Igualmente, en estos estudios también se ha comprobado que la presencia de desgaste profesional se asocia con un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos. También se ha visto la asociación significativa que existe entre los síntomas psíquicos y las distintas dimensiones del burnout, concretamente entre la sintomatología somática de origen psicológico, que se correlaciona significativamente con el cansancio emocional y la despersonalización, y los síntomas asociados a la ansiedad y el insomnio, que se correlacionan con la dimensión de cansancio emocional.³⁰

El síndrome de desgaste profesional también se ha relacionado con la aparición de trastornos en la esfera cognitiva, concretamente en las personas con burnout se han encontrado reducciones significativas de la memoria no verbal y la atención auditiva y visual. En lo referente a los síntomas físicos, habitualmente son los primeros en aparecer en el estrés laboral, y los más frecuentes son la fatiga crónica, las cefaleas, las alteraciones gastrointestinales, como la úlcera gástrica o el colon irritable, también las mialgias, alteraciones respiratorias, trastornos del sueño, algunas alteraciones dermatológicas como la urticaria, trastornos menstruales o disfunciones sexuales. Mención aparte merecen las alteraciones cardiovasculares, ya que el síndrome de burnout se considera un factor de riesgo cardiovascular.³¹

Igualmente, se han realizado varios estudios que intentaban relacionar el burnout con las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisarioadrenocortical, ya que el síndrome de desgaste profesional aparece como consecuencia de la exposición crónica al estrés laboral, y el estrés crónico afecta al funcionamiento normal de este eje. Estos estudios han medido los niveles de cortisol en saliva de los individuos diagnosticados de síndrome de burnout que se encontraban de baja laboral por esta causa, y los resultados han sido contradictorios. En algunos casos no se han encontrado diferencias significativas en comparación con los sujetos sanos, mientras que en otros estas diferencias han sido significativas en el sexo femenino.^{32,33}

En cuanto a las consecuencias negativas del burnout sobre el trabajo, hemos de citar en primer lugar el absentismo laboral que este síndrome produce. Cada una de las dimensiones del burnout aumenta el riesgo de padecer distintas enfermedades; mentales, músculoesqueléticas, cardiovasculares..., y por tanto se incrementa el absentismo laboral con el consiguiente impacto económico y social que esto produce. Otra consecuencia negativa del síndrome de burnout es el aumento del gasto farmacéutico en los profesionales afectados por este síndrome, como se ha visto en un estudio realizado en médicos de atención primaria españoles. Se ha encontrado una fuerte relación entre el elevado gasto en prescripción farmacéutica y los niveles de cansancio emocional de estos profesionales, no encontrando relación con las otras dos dimensiones del

síndrome. Parece ser que las continuas situaciones de tensión a las que estos profesionales se enfrentan en su quehacer diario provocan un desgaste emocional que dificulta la toma de decisiones en el momento de la prescripción farmacéutica, y esto contribuye a elevar el gasto en este concepto.^{34, 35}

1.8 DIAGNÓSTICO.

Es clínico. Se puede medir con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981). Citado por Horacio C., se considera un instrumento utilizado para evaluar y medir la presencia del síndrome de Burnout. Originalmente fue elaborado para ser utilizado en profesionales de la salud.³⁶

El cuestionario consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Dichos ítems se encuentran distribuidos en tres subescalas:

- 1. Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- 2. Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- 3. Subescala de falta de realización personal y en el trabajo.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Se constituye de esta forma las tres subescalas de MBI y en donde se suman los ítems de acuerdo con la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. De esta forma una persona que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y "bajo" para realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un individuo con altas probabilidades de estar agotado mentalmente. Dentro de las ocupaciones que no tienen una clara orientación en el trato con personas, la medida a través del MBI-GS (MBI-Investigación general) fue desarrollado para conceptuar términos más amplios con respecto al trabajo y no solo las relaciones personales que son parte de éste trabajo, enfocando las mismas tres dimensiones como la medida original, usando puntos ligeramente revisados y manteniendo una estructura de factores consistentes a lo largo de una variedad de ocupaciones (investigaciones, educación, etc.).³⁷

1.9. TRATAMIENTO.

El tratamiento de este padecimiento es complejo, sin embargo es importante considerar que cualquier técnica aplicada para el manejo del estrés sirve para intervenir en el padecimiento. Las estrategias para la intervención contemplan tres niveles: ³⁸

1. Nivel individual: Es el desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo, es necesario el entrenamiento en la solución de los problemas y el manejo eficaz del tiempo

Otras acciones eficaces son olvidar los problemas laborales al término de la jornada, practicar técnicas de relajación, tomar pequeños descansos, durante la jornada y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir

2. Nivel grupal: Es necesario fomentar el apoyo interpersonal y fortalecer los vínculos sociales entre los compañeros, tanto en el aspecto emocional como profesional
3. Nivel organizacional: Desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque de expectativas irreales, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, mejorar las redes de comunicación organizacional y establecer líneas claras de autoridad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se han realizado diferentes investigaciones en las cuales se observa la presencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y entre ellos a los médicos, personajes importantes por su relación y rol que juegan en la humanidad; provocando con esto un problema social y de salud pública.

Si bien es cierto no es propio del médico, pero dada a que en dicha profesión se encuentra con demasiado estrés como algo ineludible y desde el punto de vista laboral como algo cotidiano, se toma como factor para su adecuado desempeño laboral.

Se han propuesto muchas variables como factores predisponentes para este síndrome que pone en riesgo la salud de los pacientes y del propio médico, tales como características demográficas, tipo de trabajo, género, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, situaciones de estrés vividas con la pareja, perfiles de personalidad o crisis institucionales.

En el Hospital de Concentración Toluca de ISSEMyM la sobrecarga de trabajo es intensa y con poco personal, llevando al médico a cierto estrés, además de que los médicos reciben poca retribución económica, no solo cuentan con un solo trabajo, por lo que los médicos se encuentran cansados, lo que ha provocado falta de interés por el paciente o incluso a iatrogenias.

El experimentar este Síndrome, o parte de él, origina que surjan algunas manifestaciones, reacciones y expresiones que se han escuchado más de una vez entre los compañeros de trabajo o que incluso nosotros mismos hemos manifestado, tales como: “estoy cansado”, “estoy tronado”, “estoy rendido”, “no me siento motivado”, “me da igual”, etc. Simples frases pero que pueden detonar en cualquier momento y llevar al médico a problemas tanto personales como legales.

Este síndrome afecta a uno de cada dos médicos; en forma importante, a uno de cada tres; y de forma severa con matices de irreversibilidad a uno de cada 10.

El tema es motivo de preocupación ya que subyace en los problemas que aquejan a los sistemas de salud, no solo en cuanto a malestar psíquico o físico del trabajador, sino también a sus repercusiones dentro de las instituciones así como sus consecuencias.

Esta problemática no está limitada al centro laboral, sino también repercute en el entorno familiar y en las relaciones interpersonales en general.

Por las razones anteriores es importante conocer qué tantos médicos tienen Burnout para poder

ofrecer una red de apoyo tanto para beneficio de él como del paciente

La pregunta de investigación que guiará este trabajo es la siguiente:

- ❖ ¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en Médicos de distintas áreas de atención del Hospital de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán” de ISSEMyM.?

3. JUSTIFICACIÓN.

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico.

El desgaste emocional crea una demanda excesiva de energía y que ha preocupado a los investigadores de todo el mundo.

Se ha encontrado que el 28% de los trabajadores en Europa presentan estrés laboral el cual se encuentra relacionado con el Síndrome de Burnout. Específicamente en España, EU y Canadá se encuentra este Síndrome con una frecuencia de 25% en la población trabajadora en general.

Dado que éste Síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este colectivo para poder elaborar planes de prevención..

Algunas líneas de investigación han tenido en cuenta la condición de la profesión médica, la han relacionado también con el género de los profesionales y se han advertido patrones propios de sus combinaciones; sin embargo, no se han enfocado en la identificación del Síndrome de Burnout entre los médicos de distintas áreas de atención.

El tener conocimiento de la magnitud del Síndrome en el ámbito laboral donde nos desarrollamos permite crear alternativas, planes y programas con enfoque preventivo para el personal médico que brinda el servicio por lo que es necesario difundir en nuestra cultura médica, la detección, la conciencia del Síndrome y su prevención para conservar la salud mental de los médicos.

En el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios no existen estudios de investigación que hayan estudiado éste Síndrome, y más aún en médicos que laboran en el Hospital de Concentración Toluca "Licenciado Juan Fernández Albarrán", a pesar de que presentan una serie de características laborales que los hace más vulnerables; ya que resulta interesante evaluar la frecuencia del Síndrome pues se observa esta reacción de actitud fría y despersonalizada del trabajador hacia los pacientes.

Dado a que no hay investigaciones de Síndrome de Burnout, este trabajo de tesis puede permitir la aplicación de medidas integrales, biopsicosociales, porque las parciales no sirven para solucionar el problema.

4. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar la frecuencia del síndrome de Burnout en los médicos del Hospital de Concentración Toluca "Licenciado Juan Fernández Albarrán" del ISSEMyM.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.- Identificar la frecuencia del síndrome de burnout de acuerdo a las siguientes variables sociodemográficas:

- Género
- Estado Civil.
- Número de hijos
- Grado académico.
- Situación laboral y antigüedad.
- Área de adscripción
- Etapa del ciclo vital

2.- Describir el agotamiento personal en los médicos.

3.- Identificar si existe despersonalización en los médicos

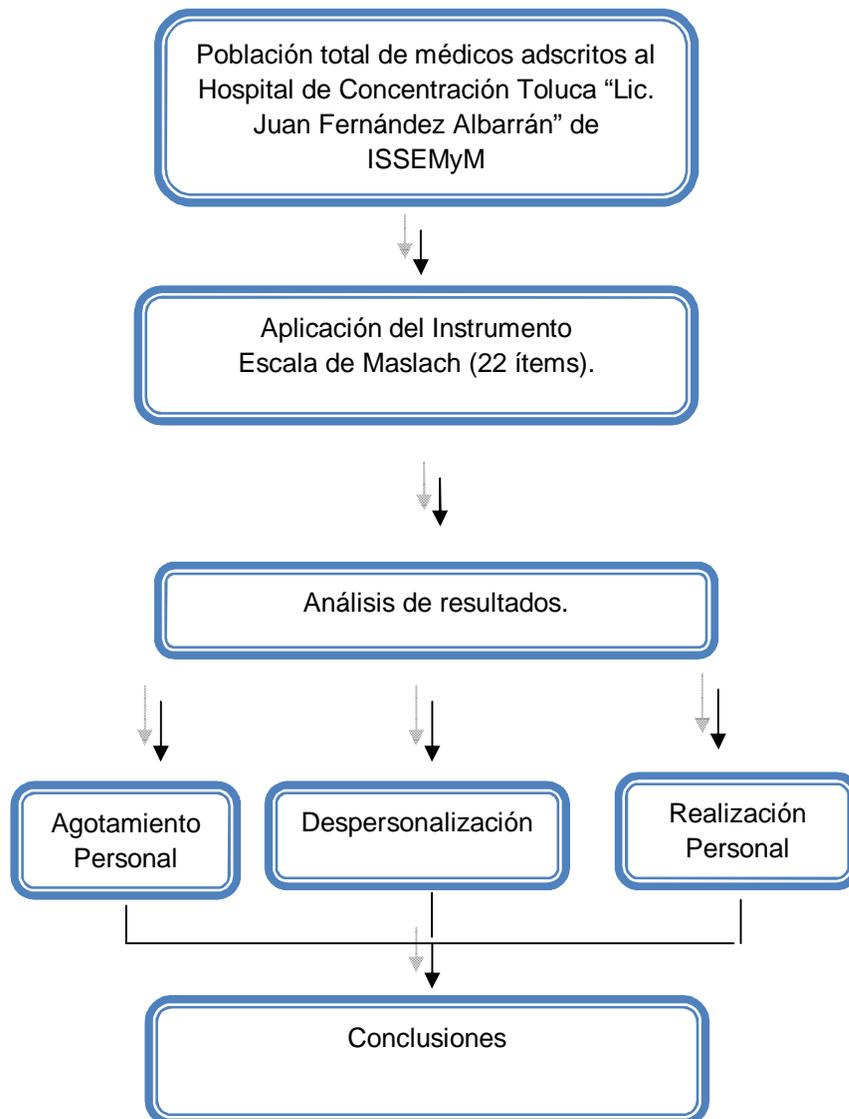
4.- Investigar la existencia de sentimientos negativos en su realización personal.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

5.1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal y observacional.

5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.



5.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Todos los médicos adscritos al Hospital de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán” del ISSEMyM, en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Marzo del 2011.

5.4. MUESTRA

Se estudio al universo completo, constituido por 50 médicos.

5.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los médicos que se encuentren adscritos al Hospital de Concentración Toluca “Lic. Juan Fernández Albarrán” de ISSEMyM independientemente de su situación laboral (base, suplencia y contrato).

5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Médicos no adscritos al Hospital de Concentración Toluca “Lic. Juan Fernández Albarrán”, así como médicos en formación (internos, residentes).

Médicos que no acepten contestar el cuestionario, suplentes no activos en el periodo de aplicación de los cuestionarios.

5.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Cuestionarios mal llenados o con letra ilegible.

5.6. VARIABLES.

5.6.1. TABLA OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
EDAD	Cuantitativa continua	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	Años cumplidos
SEXO	Cualitativa Nominal	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.	a) Femenino b) Masculino
ESTADO CIVIL	Cualitativa Nominal	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	A) Soltero B) Casado C) Unión libre D) Divorciado E) Viudo
TURNO	Cualitativa Nominal	Horario de trabajo en el cual se desempeñan sus funciones asignadas	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Especial (Fin de semana y Festivos)
SITUACIÓN LABORAL	Cualitativa Nominal	Conjunto de disposiciones jurídicas y legales que rige en cada Estado el ámbito de las relaciones laborales.	Años cumplidos

ANTIGÜEDAD	Cuantitativa continua	Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa.	Bajo Medio Alto
AGOTAMIENTO EMOCIONAL (MBI)	Cualitativa Ordinal	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Bajo Medio Alto
DESPERSONALIZACIÓN (MBI)	Cualitativa Ordinal	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento	Bajo Medio Alto
REALIZACIÓN PERSONAL (MBI)	Cualitativa Ordinal	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo	Bajo Medio Alto

5.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento constó de 3 secciones, a través de una entrevista directa

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Folio y consentimiento informado	0
Sección 2	Ficha de identificación	6
Sección 3	Maslach Burnout Inventory (MBI)	3

Ver anexo: 10.3, 10.4 y 10.5 respectivamente

5.7.1 Maslach Burnout Inventory (MBI).

Actualmente, la conceptualización del síndrome de burnout más ampliamente aceptada es la propuesta por Maslach y Jackson¹, quienes señalan tres dimensiones constitutivas del mismo, a saber:

1. **Cansancio emocional**, sentimientos de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que el sujeto realiza.
2. **Despersonalización**, caracterizada por un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo, así como por incremento de la irritabilidad de la motivación laboral.
3. Sentimientos negativos de **realización personal**, que supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima.

De forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34.

El cuestionario más utilizado en la escala de Maslach de 1986 Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los demandantes del servicio

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores ortogonales que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores constituyen el síndrome.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional**. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. **Subescala de despersonalización**. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

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

Para calificar el MBI, el código de todas las respuestas es de la siguiente manera:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Cada escala contiene de 5, 8 y 9 preguntas respectivamente, las cuales están de manera aleatorizada. Toma aproximadamente 10-15 minutos en contestarlo. El rango de consistencia interna va de 0.75-0.90 y la fiabilidad test-retest en periodos de hasta 4 semanas tienen un rango de 0.60-0.80⁴² (Coeficiente de estabilidad) y su alfa de Cronbach es de 0.80-0.85 (fiabilidad de escala). Aunque el MBI tiene algunos problemas psicométricos, en general puede considerarse que su validez factorial y la consistencia interna de sus escalas son satisfactorias. La validez convergente y divergente es igualmente aceptable y no presenta problemas especiales. Los posibles problemas del MBI están principalmente en la concepción teórica del modelo.

La forma de calificar las respuestas de cada individuo se hace de la siguiente forma

- 1.- Se suman los números con los que ha valorado cada una de las escalas de acuerdo a las preguntas que corresponden a ellas:

- **Agotamiento emocional:** 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- **Despersonalización:** 5, 10, 11, 15, 22.
- **Realización personal:** 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

- 2.- Posteriormente para saber el grado de estrés laboral se toma en cuenta la siguiente tabla

INTERPRETACION DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

ESCALAS	BAJO	MEDIO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Inferior a 16	17-27	Superior a 28
DESPERSONALIZACION	Inferior a 5	6-10	Superior a 11
REALIZACIÓN PERSONAL	Inferior a 40	34-39	Inferior a 3

Fuente: Catsicaris C, 2007.

- ❖ Puntuaciones elevadas en Agotamiento Emocional y despersonalización, y bajas en realización personal, son indicativas de estrés alto.
- ❖ Puntuaciones bajas de agotamiento emocional y despersonalización y elevadas en realización personal, son indicativas de estrés bajo²⁵

5.8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- ❖ El trabajo fue evaluado y aprobado por los Comités tanto de Ética como de Enseñanza del Hospital de Concentración Toluca “Lic. Juan Fernández Albarrán”. (Anexos 1 y 2 respectivamente).
- ❖ Se busco a cada médico en su horario de trabajo para informarles sobre el proyecto a realizar solicitando su autorización.
- ❖ A los que si cumplían con los criterios de inclusión se les leía el consentimiento de participación voluntaria.
- ❖ Se aplicó Escala de Maslach (MBI) a todo el personal médico que labora en el Hospital de Concentración Toluca, “Lic. Juan Fernández Albarrán” de ISSEMyM. Los cuestionarios fueron aplicados durante su horario laboral de cada uno de los médicos.
- ❖ El tiempo de aplicación del instrumento fue aproximadamente de 15 minutos y al término del mismo se les dio las gracias.
- ❖ El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva.

5.9.- MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.

5.9.1.- SESGO DE INFORMACIÓN

No se puede controlar ya que queda a expensas de la honestidad del entrevistado, aun cuando se les comenta que la información es totalmente confidencial y anónima.

5.9.2.- SESGO DE SELECCIÓN

La muestra fue a conveniencia del investigador ya que se tomo toda la plantilla de médicos que laboran en el Hospital de Concentración Toluca "Lic. Juan Fernández Albarrán" de ISSEMyM

5.9.3.- SESGO DE MEDICIÓN

De acuerdo al instrumento aplicado (MBI) se tuvo una confiabilidad test-retest de 0.60-0.80 (coeficiente de estabilidad) y un alfa de Cronbach de 0.80-0.85 (fiabilidad de escala), por lo que es un instrumento confiable.

5.9.4.- SESGO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Fue el adecuado, dado a que sólo se realizó análisis de estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central, dispersión y resumen

5.10.- PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó estadística descriptiva tipo encuesta.

5.10.1.- DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Los datos se vaciaron en el programa SPSSV17 y Excel, construyendo dos bases de datos con los resultados obtenidos y dando códigos alfanuméricos para su captura.

5.10.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva básicamente y porcentajes.

5.11.- CRONOGRAMA.

Anexo 10.6

5.12.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

- ❖ **RECURSOS HUMANOS:** La autora de esta investigación.
- ❖ **RECURSOS FÍSICOS:** Las instalaciones del Hospital de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán” de ISSEMyM.
- ❖ **RECURSOS MATERIALES:** Hojas tamaño carta, copias, engrapadora, grapas, lápices, computadora, CD vírgenes, USB portátil, apoyo bibliográfico, Internet, cartuchos de tinta para impresora, scanner, software de Word, Excel, programa estadístico SPSS V17, en sistema operativo de PC.
- ❖ **RECURSOS FINANCIEROS:** Aportados por la autora de la presente investigación.

5.13.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El trabajo fue presentado y aprobado por el Comité de Bioética (anexo 10.1) y el Comité de Enseñanza (anexo 10.2) del Hospital de Concentración Toluca “Lic. Juan Fernández Albarrán”, adicionalmente se solicitó autorización y la firma de consentimiento de participación voluntaria a los médicos adscritos a dicha unidad (anexo 10.3)

Además el presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

A) Declaración de Helsinki.

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Por lo que en este trabajo se trató de encontrar de acuerdo a la aplicación de la Escala de Maslach (MBI) y en base a sus tres escalas, dónde el médico se encuentra con Síndrome de Burnout.

Además se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

B) Ley General de Salud en Materia de Investigación.

Artículo 14. Donde se menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo 10.3) antes de aplicar el instrumento, donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. El cuestionario (anexo 10.4 y 10.5) fue manejado por folios y de manera anónima.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su **artículo 17** menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

6. RESULTADOS.

6.1. EDAD.

Como se puede observar en la tabla 1 el rango de edad más frecuente es de 31-40 años que son 16 (32%).

TABLA 1.- EDAD DE LOS MÉDICOS.

AÑOS	NUMERO DE MEDICOS	PORCENTAJE (%)
20-30	11	22
31-40	16	32
41-50	15	30
51-60	7	14
61-70	1	2

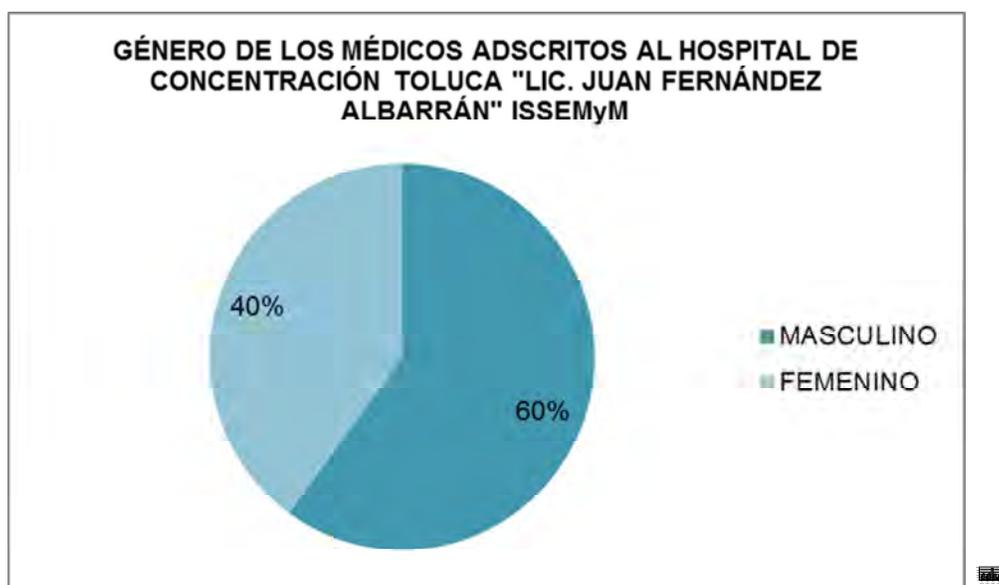
N= 50

Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.2. GÉNERO.

30 (60%) corresponden al sexo masculino y 20 (40%) al sexo femenino, como se observa en la Gráfica 1.

Gráfica 1.



N= 50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.3. ESTADO CIVIL.

En la tabla se observa que los médicos encuestados 25 (50%) son casados, 19 (38%) solteros y divorciados 6 (12%).

TABLA 2.- ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	19	38
CASADO	25	50
DIVORCIADO	6	12

n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.4. HIJOS.

En la tabla 3 se observa que 27 médicos (54%) tienen hijos ya que 4 (8%) a pesar de estar casados aún no tienen hijos, por lo que 8 (29.62%) tienen más de 3 hijos, 12 (44.4%) tienen 2 hijos, 5 (18.5%) tienen un hijo.

TABLA 3.- NÚMERO DE HIJOS DE LOS MÉDICOS

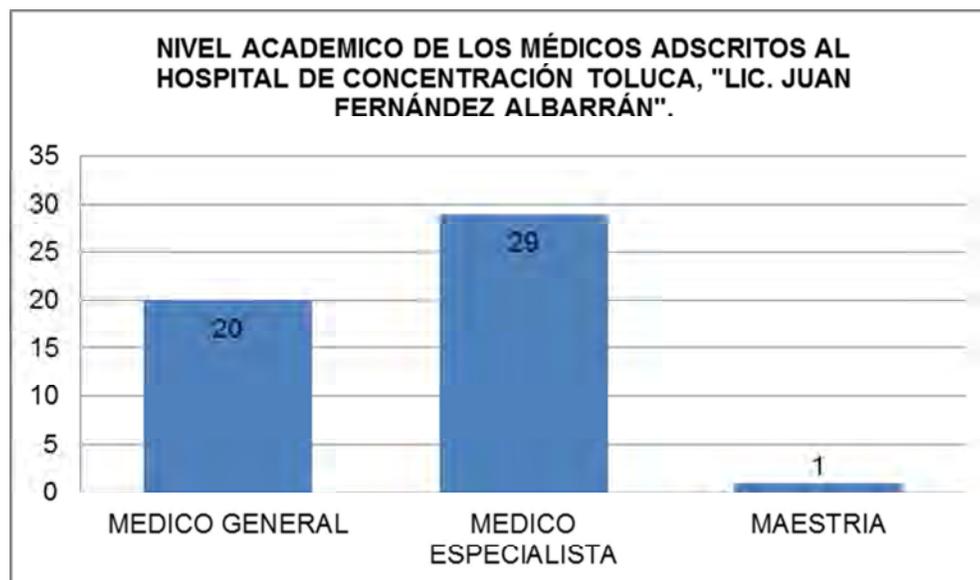
NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1	5	18.50
2	12	44.44
>3	8	29.62

n=27 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.5. NIVEL ACADEMICO.

29 (58%) son médicos especialistas, 20 (40%) son médicos generales y 1 (2%) con maestría, como se observa en la gráfica 2.

Gráfica 2.

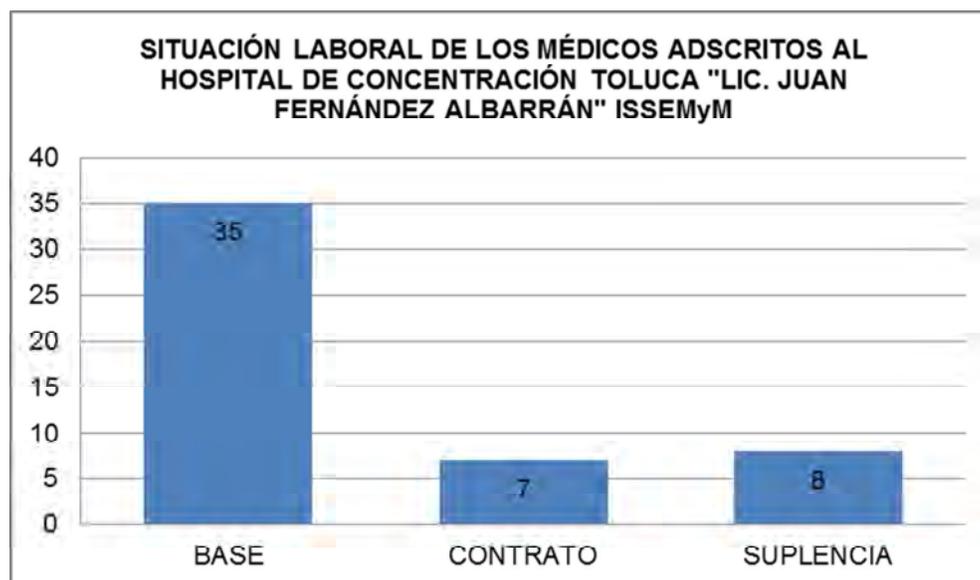


n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.6. SITUACIÓN LABORAL.

35 (70%) médicos son de base, 8 (16%) son suplentes y 7 (14%) son de contrato. Gráfica 3.

Gráfica 3.



n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.7. ANTIGÜEDAD.

Con respecto a la antigüedad se encontró que 14 (28%) tienen menos de un año de antigüedad, 11 (22%) tienen de 1-5 años, 16 (32%) tienen antigüedad en un rango de 6-10 años, 4 (8%) de 11-15 años, 4 (8%) de 16-20 años y 1 (2%) tiene más de 20 años de antigüedad. Tabla 4.

Tabla 4.- ANTIGÜEDAD DE LOS MÉDICOS

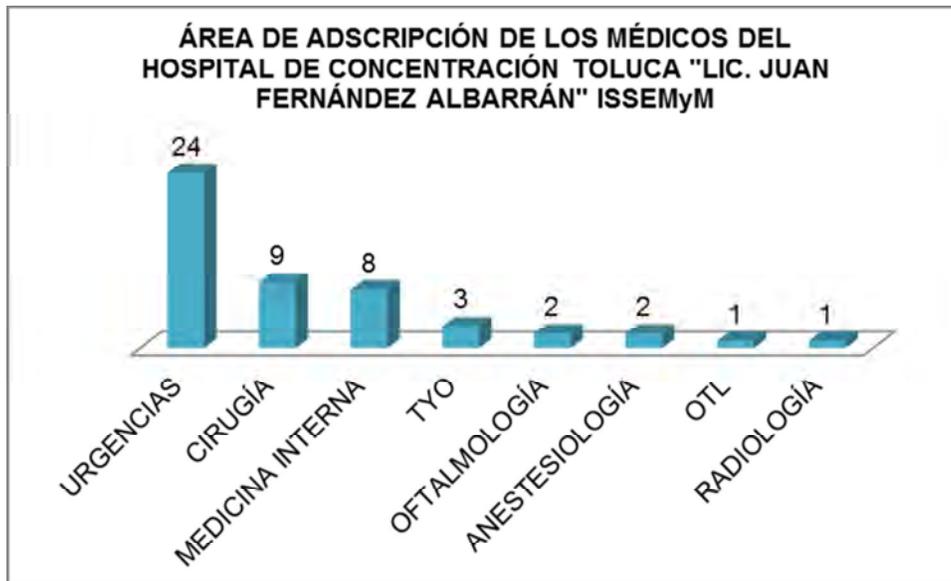
ANTIGÜEDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<1	14	28
1-5	11	22
6-10	16	32
11-15	4	8
16-20	4	8
>20	1	2

n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.8. ÁREA DE ADSCRIPCIÓN.

Se obtuvo que 24 (48%) se encuentra en el área de urgencias, 9 (18%) al servicio de cirugía, 8 (16%) al servicio de medicina interna, 3 (6%) al servicio de Traumatología y Ortopedia (TYO), 2(4%) a oftalmología, 2 (4%) al servicio de anestesiología, 1 (2%) al servicio de otorrinolaringología (OTL) y 1 (2%) a radiología. Gráfica 4.

Gráfica 4.

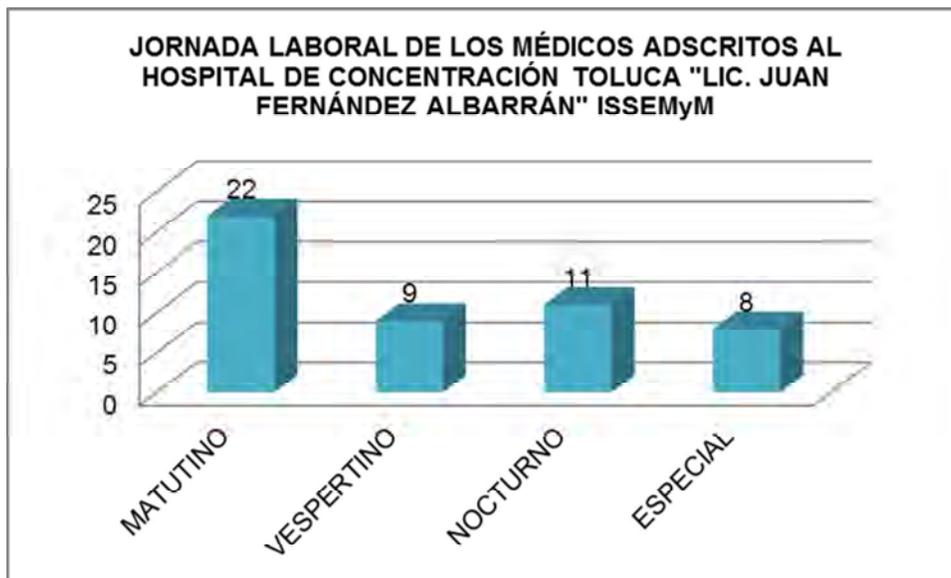


n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.9. JORNADA LABORAL.

Se observó que 22 (44%) se encuentran en el turno matutino, 9 (18%) vespertino, 11 (22%) Nocturno y Especial 8 (16%). Gráfica 5.

Gráfica 5

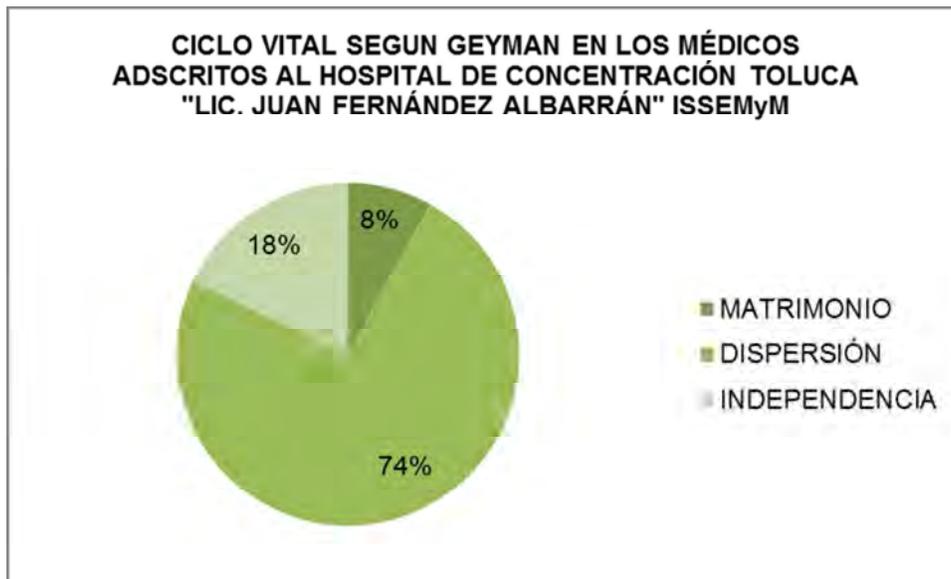


n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

6.10. FAMILIA DE ACUERDO AL CICLO VITAL SEGÚN GEYMAN.

Se encontró que 37 (74%) están en la etapa de dispersión, 9 (18%) en la etapa de Independencia y 4 (8%) en etapa de matrimonio. Gráfica 6.

Gráfica 6



n=50 Fuente: Cuestionario aplicado a los médicos

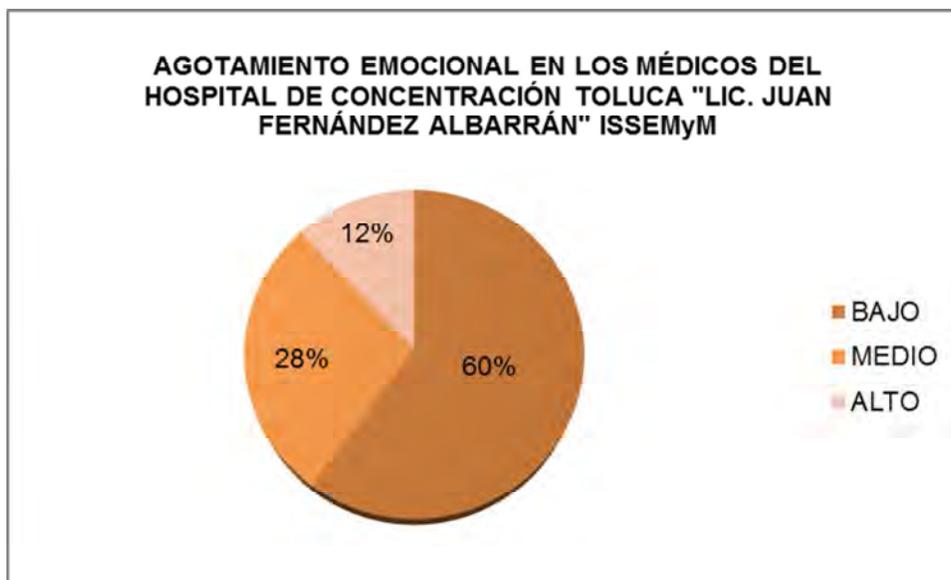
6.11 RESULTADOS DE LA ESCALA DE MASLACH (MBI).

Al analizar el Síndrome de Burnout de acuerdo a las dimensiones de la escala de Maslach, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

6.11.1 AGOTAMIENTO EMOCIONAL

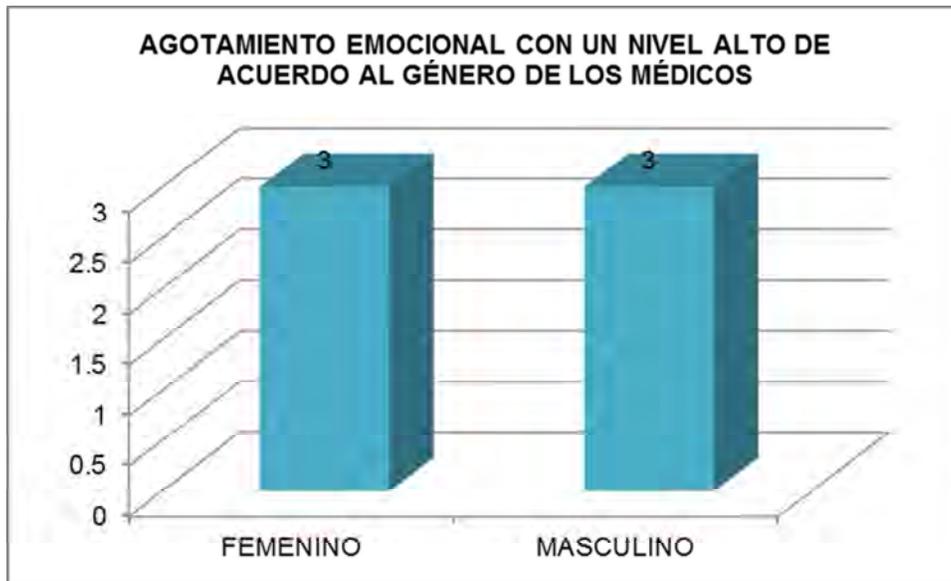
En esta escala se encontro que 30 (60%) estan con un agotamiento bajo, 14 (28%) con un medio y 6 (12%) con un alto, de los cuales 3 corresponden al sexo masculino, 2 de ellos casados y 1 divorciado y 3 al sexo femenino que son casadas. Gráfica 7, 8 y 9 respectivamente.

Gráfica 7



n=30 Fuente: Cuestionario de Maslach aplicado a los médicos

Gráfica 8



N=6 Fuente: N=30

Gráfica 9



N=6 Fuente: N=30

6.11.2 DESPERSONALIZACIÓN

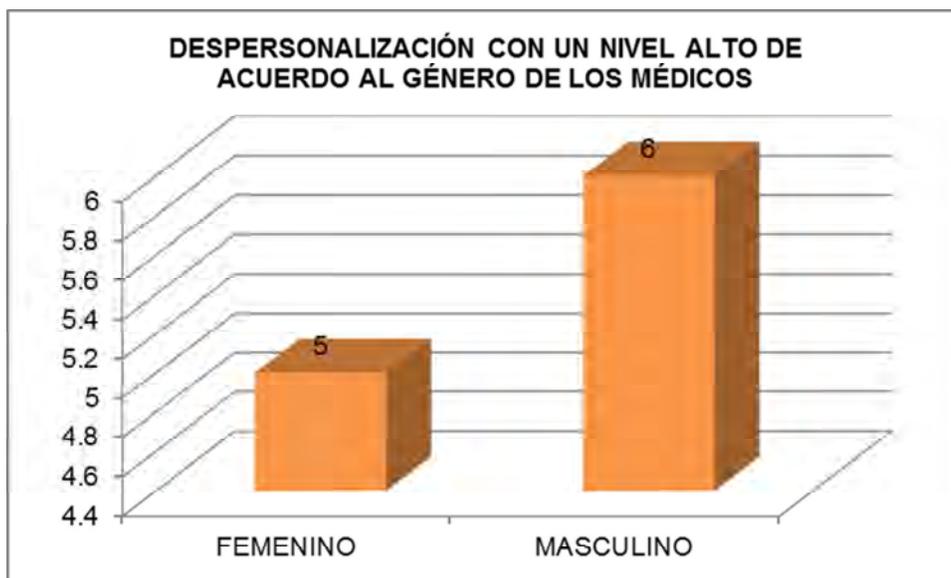
En esta escala se encontró que 32 (64%) están con una despersonalización baja, 7 (14%) con media y 11 (22%) con alta, de los cuales 5 casados 3 hombres y 2 mujeres, 4 solteros 3 mujeres y 1 hombre, 2 divorciados hombres. Gráfica 10, 11 y 12 respectivamente

Gráfica 10



n=32 Fuente: Cuestionario de Maslach aplicado a los médicos

Gráfica 11



N=11 Fuente: N=32

Gráfica 12



N=11 Fuente: N=32

6.11.3 REALIZACIÓN PERSONAL.

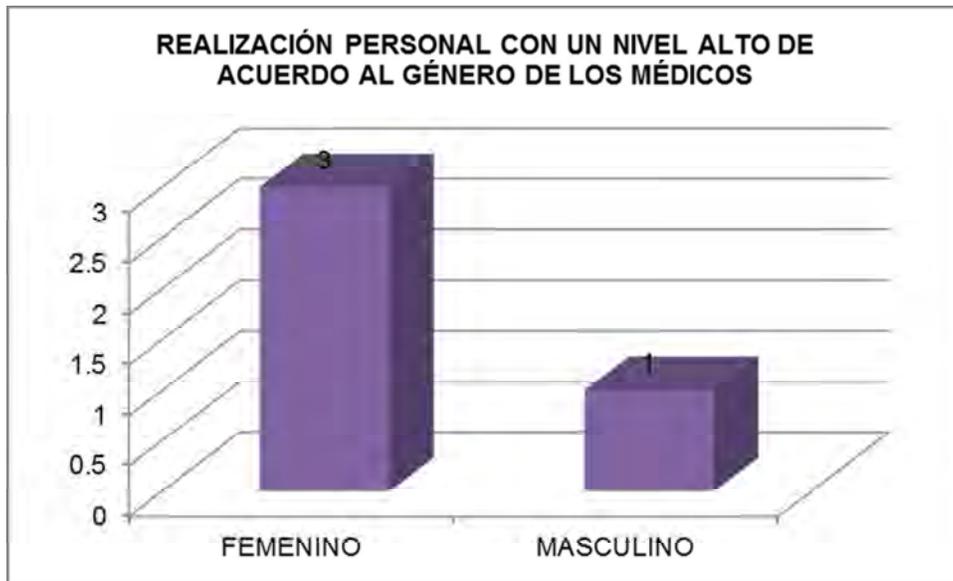
Se encontró que 34 (68%) tienen un estrés bajo, 12 (24%) estrés medio y 4 (8%) un estrés alto, de los cuales 3 son mujeres casadas y 1 hombre soltero. Gráfica 13, 14 y 15 respectivamente

Gráfica 13



n=34 Fuente: Cuestionario de Maslach aplicado a los médicos

Gráfica 14



N=4 Fuente: N=34

Gráfica 15



N=4 Fuente: N=34

7. DISCUSIÓN.

En el estudio de Aranda Beltrán y cols.⁴³ se puede observar que la mayor plantilla laboral está constituida por personal del género masculino 66.7%, al igual que en éste estudio 60%. Así como también su estado civil corresponde a casados en su mayoría 83.5% y para éste estudio el 50%. Esta asociación es relevante en ambos estudios, ya que pese a que la mujer es económicamente activa aún continua con su rol materno y el hombre en su rol de proveedor.

Schaufeli⁴⁴ determinó que el 76% de los médicos que presentaban Síndrome de Burnout eran especialistas, en el estudio realizado aunque la mayor parte de la plantilla médica son especialistas 58%, no se encontró asociación del grado académico con el síndrome de Burnout, pero si con el género y estado civil. Una posible explicación de este amplio rango es el área de especialidad que se explora. Así en médicos de atención primaria se ha descrito entre 42 a 59%, en médicos residentes 23%, cirujanos 32%, anestesiólogos 44% e internistas 28%.

Podemos observar que en el estudio realizado el mayor porcentaje de antigüedad se encuentra entre 6 a 10 años (32%) en un rango de edad de 31-40 años siendo una plantilla joven comparado con el estudio de Aranda Beltrán y cols.⁴³ donde el porcentaje mayor 35.7% tenía una antigüedad entre 15 a 19 años en un rango de edad 36-40 años. Cabe señalar que es una edad en la cual la falta de realización de metas a futuro puede crear un sentimiento de frustración, llevándolos al síndrome de Burnout.

La prevalencia del Síndrome de Burnout con al menos una de las dimensiones en éste caso con puntuación alta se puede observar una discrepancia entre el estudio realizado por Aranda Beltrán y cols.⁴³. Y el del Hospital de Concentración Toluca "Licenciado Juan Fernández Albarrán" ya que en el primero la dimensión que prevalece es la del agotamiento emocional 28.8%, seguida de la falta de realización personal 12.2% y de la despersonalización 4.8% que comparado con el segundo podemos observar que el primer lugar es en la dimensión de la despersonalización 22%, seguido del agotamiento emocional 12% y la falta de realización personal 8%. No obstante, si comparamos el estudio realizado en el Hospital de Concentración Toluca "Licenciado Juan Fernández Albarrán" con el de Curiel García y cols.⁴⁵ se corrobora que la dimensión que prevalece es la de despersonalización 37.7% y el agotamiento emocional con un 30.1%. Estos resultados son bivariados, ya que un factor que puede influir en el resultado es la sobrecarga de trabajo con el dominio de agotamiento emocional, donde la sobrecarga de trabajo es considerada como la aparición del síndrome de Burnout.

En el artículo de Osuna Paredes⁴⁶ se encontró que el género más afectado fue el femenino, situación que se asocia con el estudio realizado donde el 52.3% corresponde al género femenino,

y esto se supone en algunos artículos es por la doble carga de trabajo (profesional y familiar); además que tienden más a involucrarse emocionalmente con la gente, aunque también se describe en algunos artículos como al más afectado al género masculino⁴⁷

En este mismo artículo se comenta que en relación al estado civil existe gran controversia, no hay un acuerdo unánime, sin embargo parece ser que las personas solteras tienen más cansancio emocional, menos realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o en unión libre, contrario a este estudio donde sí se observó diferencia, ya que el mayor grado de cansancio emocional lo tienen los casados así como el de realización personal, donde no hubo diferencias significativas es en el de despersonalización. Justificándose esta situación porque en el ámbito médico el hombre tiende a tener más de dos trabajos.

En el artículo de López Morales y cols.⁴⁷ Refiere que el Síndrome de Burnout se asocia a las jornadas prolongadas de trabajo condicionando así un deterioro en el rendimiento laboral, situación que también se ve reflejada en el estudio ya que el 68% de los médicos se encuentra laborando más de 9 horas por día y el 12% de estos presenta falta de realización personal.

La edad, género, estado civil, situación y antigüedad laboral, fueron factores importantes que influyeron en la presentación del síndrome en el presente estudio, ya que estas se asocian a largos periodos de estrés dentro del Hospital de Concentración Toluca, con lo cual es importante valorar de manera particular estos resultados ya que las familias en las que se encuentren en estas circunstancias dentro del campo médico pudieran en determinado momento desarrollar este síndrome o pasar de forma inadvertida sin poder evitar su desarrollo y sin poder dar alternativas de ayuda a esta población, quien se encuentra en múltiples factores de riesgo para su presentación y que en el transcurso del tiempo esto se verá reflejado en la calidad de atención de los pacientes y dentro de su dinámica familiar.

Tal vez la frecuencia del síndrome de Burnout se deba a la aplicación del cuestionario ya que en este estudio no hubo un horario fijo para la aplicación del mismo, algunos regresaban de vacaciones o la aplicación se hizo en los primeros meses del año, aunque también se debe señalar que algunos médicos mostraron poco interés en la contestación del cuestionario.

Como parte de esta discusión es importante realizar un estudio más grande, por ejemplo institucional; para detectarlo a tiempo y ejercer medidas preventivas.

8. CONCLUSIONES.

De acuerdo al planteamiento del problema y objetivos, se concluye que la frecuencia del Síndrome de Burnout en esta población muestra un elevado grado de despersonalización y agotamiento emocional en el personal de atención a la salud en el Hospital de segundo nivel de atención del ISSEMyM Hospital de Concentración Toluca “Licenciado Juan Fernández Albarrán” del Estado de México y pese a ello mantiene un alto desempeño laboral. Este hallazgo sugiere que dicho personal desarrolla un mayor esfuerzo para mantener las exigencias que demanda el servicio de atención al enfermo incrementando así el agotamiento emocional y la despersonalización hasta un punto en que los mecanismos de compensación serán insuficientes y se afectará la esfera del rendimiento laboral.

Los médicos deberían realizar de un modo programado y rutinario cursos de formación en el afrontamiento del estrés, de mejora de recursos instrumentales y de aumento de la competencia psicosocial y profesional. El estudio, planificación y diseño de las relaciones interpersonales en el trabajo, y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores, son básicos para afrontar el Burnout, porque fortalecen los vínculos sociales entre los trabajadores. El trabajo en equipo tiene un efecto protector, incluso cuando ese equipo es mínimo, es decir, compuesto por dos o tres elementos. Saber delegar, compartir e ilusionarse mutuamente puede ser la clave.

Se debe fomentar el soporte real al profesional afectado desde diversas instancias con responsabilidad en la salud laboral de los trabajadores sanitarios, como sindicatos, sociedades científicas, colegios profesionales y la propia Administración y a nivel local.

Para ello, es importante la constitución de grupos de expertos que realicen exámenes de salud laboral y sean capaces de detectar precozmente los casos y de ofrecer ayuda con la agilidad necesaria.

De acuerdo a House se pueden planificar mecanismos de prevención como: apoyo emocional (relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro), apoyo instrumental (que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta en profesional), Apoyo informativo (que le permita a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo) y apoyo evaluativo (que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permita procesar su efectividad).

Por lo que tomando en cuenta estas medidas de prevención se sugiere para ayudar al médico del Hospital de Concentración Toluca “Lic. Juan Fernández Albarrán” lo siguiente:

Realizar regularmente actividades extra laborales (físicas, de ocio y/o grupales), utilizar redes de

apoyo con psicología y/o en caso de necesitar psiquiatría si se encontrará ansiedad y/o depresión, hacer el envío oportuno a tercer nivel y por parte del personal directivo, su apoyo para dar calidad laboral y así mismo establecer medidas preventivas en aquellos médicos que actualmente no presenten Síndrome de Burnout, ya que cualquier evento externo (personal, familiar, laboral) puede desencadenar su aparición; esto con la finalidad de evitar depresión, ausentismo y en casos extremos patologías orgánicas e incapacitantes.

Por otro lado es también importante hacer una evaluación constante del clima y cultura laboral, incluyendo aspectos asociados con el Burnout, ayudado por la revisión constante de los objetivos laborales con el fin de determinar que estos sean realistas y alcanzables por el personal; conjuntamente de la mano de la revisión de los métodos para la evaluación del desempeño, las descripciones y cargas del trabajo, de preferencia haciendo participe al médico y directivos.

Entre las herramientas psicométricas más usadas en la evaluación del síndrome que pueden ser aplicadas a los médicos se tiene el usado en este trabajo que es el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), aunque también existen otros que pueden ser utilizados o diseñados de acuerdo a cada contexto.

Todos los recursos anteriores cuando son utilizados sistemáticamente y se combinan con el análisis específico de cada caso, el acercamiento al médico y al dialogo, pueden apoyar a la institución donde laboran en la atención de puntos concretos de intervención para prevenir el síndrome.

La participación del Médico Familiar es de suma importancia, ya que en un principio se pensaba que la repercusión del síndrome de Burnout era solo psicológico, ahora se ha identificado que afecta tanto en lo social, familiar, institucional y sobre todo en la salud física del médico, por lo que es de suma importancia que el médico familiar sepa anticiparse al riesgo y mediante los instrumentos que maneja poder no solo ayudar al médico sino a la familia y/o entorno del mismo, cumpliendo con el objetivo de integralidad, y finalmente no es sólo diagnosticar y tratar, sino dar continuidad.

A pesar de que si se cumplió el objetivo de identificar la frecuencia y dimensión del Síndrome de Burnout en los médicos, el trabajo tiene sus limitaciones, por lo que es importante señalarlos, así como la aplicabilidad práctica de los resultados, por lo que se pueden buscar otras alternativas para explorar más a fondo el estrés que condiciona su actividad laboral, resulta entonces interesante como línea en la investigación educativa para que se continúe llevando a cabo investigaciones que analicen otros aspectos que pudieran identificar Síndrome de Burnout en el personal médico.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Armand Grau, Suñer Rosa, Prats María, Braga Florencia. El Burnout percibido en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Instituto de Investigación Universidad de Girona España. Septiembre 2008. p64-79.
2. Maslach. Burnout is prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job. *Ann Rev. Psychol.* 2007; 52:397-402.
3. Gondora M. Estrés y trabajo: El Síndrome de Burnout. Madrid: Couse Editorial, S.L.; 2008.
4. Da Silva H, Vega E y Pérez. Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2009; 27: 310-320.
5. Peris MD. Síndrome de Burnout. Barcelona: Universidad; 2006.
6. Mechteld RM, Ellen MA, Frans J. Stress, satisfaction and Burnout among. *Med Assoc.* 2007;168:271-275
7. Gil Monte Pedro AR. Síndrome de Burnout: aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica.* 2007; 35: 242-248.
8. Farber B. Stress and Burnout in human services professions. New York: Wile; 2006.
9. Albanesi NS. Burnout en guardias médicas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* Junio 2004; 11(3): 210-221.
10. Leka S, Griffiths A, Cox T. ¿Que es el estrés laboral?. En: La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. Organización Mundial de la Salud; 2004. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
11. Fernández-López JA, Siegrist J, Rodel A, Hernández R. Estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer?. *Aten Prim.* 2003; 31(8): 1-10
12. Leka S, Griffiths A, Cox T. Causas del estrés laboral. En: La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. Organización Mundial de la Salud; 2004. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
13. Serrano Gisbert MF. Estrés laboral en personal sanitario. *Fisioterapia.* 2002; 24 (1):33-42.

14. Heinz Leymann. [Internet]. The Definition of Mobbing at Workplaces. The Mobbing Encyclopedia. 2000. [acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.leymann.se/English/12100E.html>.
15. American Psychiatric Association. DSM IV. Criterios diagnósticos de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003. Disponible en: <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/dsmptsd.htm>
16. Estrés postraumático. [Internet]. Mobbing 2000; [acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.leymann.se/-English/12100E.htm>
17. Chwalisz K, Altmaier EM y Russel DW. Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1992; 11: 377-400.
18. Baruch-Feldman D, Brondolo E, Ben-Dayana D y Schwartz J. Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2002; 7: 84-93.
19. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiró JM y Grau R. Desde el "bur-nout" al "engagement": ¿Una nueva perspectiva?. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000; 16 (2): 117-134.
20. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*. 2000; 55: 5-14.
21. Salanova M, Schaufeli WB. Exposure to Information Technologies and its relation to Burnout. *Behaviour and Information Technology*. 2000; 19(5): 385-392.
22. Schaufeli WB, Martínez I, Marques A, Salanova M, Bakker A. Burnout and engagement in university students: a cross-national study [abstract]. 2001.
23. Rodríguez F, Curiel J, Romero G. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev. Med. IMSS*. 2006; 11(3): 221-226
24. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 2001; 27(5): 313-319.
25. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el Síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr*. 2007; 105(3): 236-240

26. Balanza Soriano J. Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, mobbing y burnout. [Internet]. JANO. 2003; 65:26-42. [acceso 14 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13054705>
27. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A. The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2005; 88 (1): 55-62.
28. Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord.* 2005; 88(1): 63-68.
29. Schernhammer E. Taking Their Own Lives-The High Rate of Physician Suicide. *N Engl J Med.* 2005; 352 (24): 2473-2476.
30. Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm. clín.* 2004; 14(3): 142-151.
31. Sandstrom A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired cognitive performance in patients with chronic syndrome. *Biol Psychol.* 2005; 69 (3): 271-279.
32. Grossi G, Perski A, Ekstedt M, Johansson T, Lindstrom M, Holm K. The morning salivary cortisol response in burnout. *J Psychosom Res.* 2005; 59 (2): 103-111.
33. Mommersteeg PM, Heijnen CJ, Verbraak MJ, van Doornen LJ. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to low-dose dexamethasone suppression. *Psychoneuroendocrinology.* 2005; 31 (2): 216-225.
34. Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Vaananen A, Kalimo R, Jappinen P. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behav Med.* 2005; 31 (1): 18-27.
35. Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico en los médicos de atención primaria. *Gaceta sanitaria.* 2003; 17(6): 483-489.
36. Horacio C. Burnout: un syndrome cada vez más expandido. 3ed. España, Madrid. 2007
37. Garden AM. Despersonalization: ¿A valid dimension of Burnout?. *Human Relations.* 2005; 40:545-549.
38. Pando M, Bermudez D, Aranda B. El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Revista Salud y Trabajo.* 2005; 1:12-15.

39. Gaynés E, Giménez M, Portell M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. Arch Prev Riesgos Labor. 2004; 7(3): 101-108.
40. Ermin R y cols. Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. Rev. Med. IMSS. 2006; 44(6): 535-540.
41. Hernández V y cols. El syndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Rev. Fac. Med. UNAM. 2008; 51(1): 55-62.
42. Moreno B, Oliver C, Pastor J, Aragonese A. El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Carballo VE & Buela G, editores. Manual de Psicología Clínica. Madrid: Siglo XXI; 1991.p.271-284.
43. Aranda C, Pando M, Salazar J, Síndrome de Burnout en Médicos familiares del IMSS. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública. Universidad de Guadalajara. 2005. p225-237.
44. Schaufeli W, Buunk B. Professional Burnout. En: Schabracq MJ. JAM. Winnubst y CL Cooper Ed. Handbook of work and health psychology. New York: Wiley. 1996.
45. Curiel G, Rodríguez M, Guerrero R. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. Rev. Med. IMSS. 2006; 44(3): 221-226
46. Osuna M, Medina L, Romero J, Alvarez M. Prevalencia del síndrome de Burnout en Médicos residentes de la unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. Atem. Fam. 2009; 16(2): 24-27
47. López A. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev. Med. IMSS. 2007; 45(3): 233-242.

10 ANEXOS

10.1 COMITÉ DE BIOÉTICA



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



MEMORANDUM

Toluca México, a 7 de Febrero de 2012.

A QUIEN CORRESPONDA:

Una vez revisado y analizado en el seno del Comité de Bioética del Hospital de Concentración Toluca ISSEMyM, el protocolo de investigación titulado: **Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital de Concentración Toluca "Lic. Juan Fernández Albarrán" ISSEMyM.** Que elabora y presenta la Dra. Lucia Berenice Hernández Sánchez. Médico adscrito al servicio de urgencias de esta institución; y no habiendo encontrado implicaciones éticas en dicho estudio, para su desarrollo, se aprueba la continuación y fines que ello conlleve al término del mismo.

ATENTAMENTE


DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ RIVERA
PRESIDENTE


LIC. (PSIC.) EDITH PALMERO CONTRERAS
SECRETARIO

VOCALES


DRA. FLOR MARÍA QUINTO CHAVEZ


DR. ERNESTO E. FLORES VARAS


LIC. GIOVANA TOURLAY NERI


MTRA. MA DEL CARMEN RODRÍGUEZ VERDEJA

C.C.P. Dr. Ernesto e. Flores Varas - Subdirector Médico y Jefe de Enseñanza y Capacitación
Dr. Humberto Alegría García - Coordinador Clínico
Lic. Psic. Edith Palmero Contreras - Secretaria del Comité de Bioética.



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

HIDALGO PTE. No. 600 COL. LA MERCED
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 50080
TELS. (01 722) 226 19 00
www.edomex.gob.mx/issemym

10.2 COMITÉ DE ENSEÑANZA.



HOSPITAL DE CONCENTRACION TOLUCA
JUAN FERNANDEZ ALBARRAN
DIRECCION

COMITÉ DE ENSEÑANZA "HOSPITAL DE CONCENTRACION TOLUCA JUAN FERNANDEZ ALBARRAN"
EXPEDIENTE: CONSECUTIVO
ASUNTO: DICTAMEN

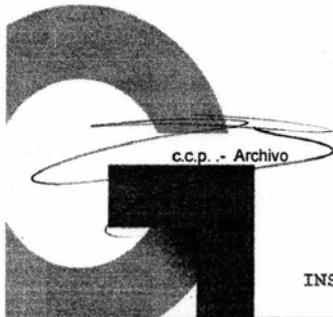
Toluca México. 25 de Enero de 2012

DOCTORA
LUCIA BERENICE HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
MEDICO ADSCRITO A URGENCIAS
HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN TOLUCA
JUAN FERNÁNDEZ ALBARRÁN
PRESENTE.

Sirva el presente para enviarle un cordial y afectuoso saludo, y a su vez para notificarle que habiendo analizado en el pleno del Comité de Enseñanza e Investigación el protocolo de Estudio: "SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN TOLUCA "LIC. JUAN FERNÁNDEZ ALBARRÁN" ISSEMyM, cumpliendo los requisitos establecidos en metodología de investigación, es APROBADO para su terminación, publicación y difusión de acuerdo a normatividad institucional establecida.

Sin más por el momento, quedo de Usted.

ATENTAMENTE
DR. JUAN CARLOS MARTINEZ RIVERA
PRESIDENTE DEL COMITE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION



c.c.p. - Archivo

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

10.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado.-

Se le invita a participar en un estudio sobre la aparición del Síndrome de Burnout (Síndrome de desgaste Profesional), que es a cargo de la Dra. Lucia Berenice Hernández Sánchez, de gran importancia por su prevalencia entre profesionales sanitarios.

Con éste trabajo se pretende valorar el posible perfil de riesgo para la aparición del mencionado cuadro.

Este estudio está aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Concentración Toluca "Lic. Juan Fernández Albarran" del ISSEMyM.

Dado que es un estudio de tipo observacional, no se va a realizar ninguna intervención sobre la práctica profesional habitual. Simplemente, se trata de contestar, de forma voluntaria un cuestionario, se garantiza la confidencialidad de los datos.

En caso de sentirse incomodo con alguna de las preguntas tendrá la libertad de dejar de contestar.

Agradecemos de antemano su consentimiento para realizar el cuestionario.

Muchas gracias por su participación.

Firma

10.4. CUESTIONARIO SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y SÍNDROME DE BURNOUT.

Por favor responda y seleccione la respuesta adecuada según sea el caso.-

- Sexo: (1) Masculino (2) Femenino Edad: _____ años
- Estado civil: (1) Soltero (2) Casado o unión libre (3) Divorciado (4) Viudo
- Número de hijos: (1) 0 a 1 (2) 2 a 3 (3) más de 4
- Especialidad: _____
- Situación laboral.- (1) Suplencia (2) Contrato más de 3 meses (3) Base

1.- ¿Qué antigüedad tiene usted trabajando en la Policlínica "Lic. Juan Fernández Albarrán"?

2.- Servicio de adscripción en el que trabaja: _____

3.- ¿En que turno trabaja?

- (1) Matutino (2) Vespertino (3) Nocturno (4) Especial

4.-Realiza guardias: (1) Sí (2) No

5.-Cuántas horas trabaja por semana.- (1) 6 a 7 hr (2) 8 a 9 hr (3) > 9 hr

6.-Cuántos descansos tiene durante la jornada laboral. (1) 0 a 1 (2) > 2 hr

7.-Cuántos periodos vacacionales tiene al año.-

- (1) Ninguno (2) 1 a 2 periodos (3) más de 2 periodos

8.-Siente sobrecarga de trabajo.- (1) Sí (2) No

9.-Cree usted que su salario es justo? (1) Sí (2) No

Con quien vive usted (Por favor complete el cuadro)

Parentesco	Ocupación	Escolaridad	Estado de salud

10.5 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

	0 nunca	1 pocas veces al año o menos	2 una vez al mes o menos	3 unas pocas veces al mes	4 una vez a la semana	5 pocas veces a la semana	6 todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6