



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE
QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CENTRO DE SALUD
URBANO DE CADEREYTA DE MONTES QUERÉTARO, EN EL PERIODO DE
DICIEMBRE DE 2012 A FEBRERO DE 2013.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NORMA IVÓN LÓPEZ DURÁN

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO.,

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CENTRO DE SALUD
URBANO DE CADEREYTA DE MONTES QUERÉTARO, EN EL PERIODO DE
DICIEMBRE DE 2012 A FEBRERO DE 2013.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NORMA IVÓN LÓPEZ DURÁN

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. MARIO ORTIZ AMEZOLA

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE SESEQ

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO

DRA. MARÍA TERESITA ORTÍZ ORTÍZ

JEFE DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN S.E.S.E.Q.

ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

DR. JAVIER LÓPEZ SÁNCHEZ

ASESORES DEL TEMA DE TESIS

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CENTRO DE SALUD
URBANO DE CADEREYTA DE MONTES QUERÉTARO, EN EL PERIODO DE
DICIEMBRE DE 2012 A FEBRERO DE 2013.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

NORMA IVÓN LÓPEZ DURÁN

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROSA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN

DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TITULO

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CENTRO DE SALUD URBANO DE CADEREYTA DE MONTES QUERÉTARO, EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DE 2012 A FEBRERO DE 2013.”

INVESTIGADOR: DRA. NORMA IVÓN LOPEZ DURÁN

DIRECTORES DE TESIS:

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ MED. ESP. MF

DR. JAVIER LÓPEZ SÁNCHEZ MED. ESP. MF

RESUMEN

Objetivo: Conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal del Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro, en el periodo de Diciembre de 2012 a Febrero de 2013.” **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con la aplicación de una encuesta a 32 trabajadores en las áreas, médico general, enfermería, odontólogos, psicología, administrativa: farmacia, archivo, director, jefa de enfermeras, personal de intendencia, en sus dos turnos: Matutino y vespertino, así como la aplicación de encuestas de salida al usuario sobre la satisfacción del servicio recibido.

Para búsqueda de Síndrome de Burnout, se utilizó la encuesta de Maslach Burnout Inventory (MBI) con los datos de la persona encuestada, variables sociodemográficas, se aplicaron 90 encuestas de salida, sobre la satisfacción del usuario de la atención recibida, para evaluación de productividad, se recopiló número de atenciones registradas de hoja diaria, para absentismo laboral: faltas, pases de salida, días económicos e incapacidades, datos proporcionados por recursos humanos en el periodo de estudio.

Resultados: La muestra consistió en 33 trabajadores, excluyendo a un administrativo de farmacia por no aceptar participar, la edad la que predomina es de 31 a 35 años con 25%, el sexo femenino con el 72%, estado civil los casados con 41%, antigüedad laboral la de menos de 5 años con 34%, turno matutino con 69%, área laboral operativo con 81%, categoría laboral médico general con 31%, promedio general de consulta o intervenciones por día laboral, médico general 12, enfermera general 18, odontología 4, psicología 5, incidencias: faltas predomina área administrativa con 100%, días económicos área médica con 50%, pases de salida, área médica con 47%, incapacidades área médica con 50%.

Lo que respecta a la encuesta de salida aplicada al usuario sobre la satisfacción del servicio recibido: Con el tiempo de espera el 60% se encuentra insatisfecho, con la atención e información recibida por parte de médico la consideran buena, con la atención recibida por el personal de enfermería el usuario la considera

regular en un 59%, de farmacia buena en un 73%, archivo la atención es buena en un 69%, de manera general la atención recibida en la unidad el usuario la considera regular en un 57%, el área donde se recibe mayor maltrato enfermería con un 30%, categoría más demandante de atención área médica con un 67%, no se encontró personal con Síndrome de Burnout.

Conclusión: Aunque el estudio realizado no evidenció casos con Síndrome de Burnout, llama la atención que el Agotamiento Emocional se encuentra presente de manera predominante con nivel medio y alto de las dimensiones con respecto a la Despersonalización y la Realización personal baja, el área administrativa es la más afectada, el absentismo laboral predomina en personal con niveles bajos en las subescalas, la productividad se encuentra equiparada, de las encuestas de salida el usuario se encuentra regularmente satisfecho, con inconformidad por la atención brindada por el personal de enfermería y el tiempo de espera.

Palabras claves: (Burnout, despersonalización, agotamiento emocional, satisfacción del usuario)

ABSTRACT

Objective: "Know the frequency of the Burnout Syndrome in the staff of the Centre of urban health of Cadereyta de Montes, Querétaro, in the period of December 2012 to February 2013." **Material and methods:** A descriptive, transversal and prospective study with the application of a survey was performed 32 workers in the areas, general practitioner, nursing, dental care, psychology, administrative: Pharmacy, file, Manager, head nurse, staff quartermaster, in two shifts: morning and evening, as well as the implementation of exit poll the user satisfaction of the service received, for search of Burnout Syndrome, we used the survey of Maslach Burnout Inventory (MBI) with the data of the surveyed person, socio-demographic variables, applied 90 exit poll, on the user satisfaction of care received, for evaluation of productivity, was gathered number of registered attentions of daily sheet, for absenteeism: faults, exit passes, economic days and disabilities, data provided by HR in the study period. **Results:** The sample consisted of 33 workers, excluding a pharmacy clerk for not accepting to participate, the age which predominates is 31 to 35 years with 25%, with 72% female, marital status married with 41%, seniority of less than 5 years with 34%, turno morning with 69%, operating work area with 81%, general medical job category with 31%, average general inquiry or interventions by day labor, medical general 12, 18, 4, psychology 5 dentistry, general nurse incidents: faults predominant administrative area with 100%, economic days medical area with 50%, exit medical area with 47% passes, disability medical area with 50%, user satisfaction with the care received, with the waiting time 60% is dissatisfied, in general with the care received by e information received by doctor consider it good in general with the care received by nursing staff the user considers it regulate by 59%, good pharmacy by 73%, 69% good file, general care received in the unit the user considered regular by 57%, the area where it is received more abuse, nursing with 30%, more demanding care medical area with 67% category, staff not found with Burnout Syndrome. **Conclusion:** Although the study showed no cases with Burnout Syndrome, striking that emotional exhaustion is present predominantly with medium and high level of the subscales with respect to the depersonalization

and low personal fulfilment, the administrative area is the most affected, the absenteeism dominates staff with low levels in the subscales productivity is equated, exit polls the user is regularly met with dissatisfaction by the care provided by nursing staff and waiting time.

Key words: (Burnout, depersonalization, emotional exhaustion, user satisfaction)

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi hijo Miguel Alejandro por ser mi motivo de inspiración y mi fuerza para salir adelante, por entender que en los momentos que tu querías que yo estuviera contigo, no era posible, siempre esperándome con una sonrisa.

A mis padres Paty y Miguel

Por haberme apoyado siempre, por sus consejos, sus valores, por la motivación que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su paciencia y amor.

A mis hermanos María Elena, Miguel y César Adrián

Por apoyarme en cada momento de mi vida y a los cuales amo mucho.

A mis profesores, Dr. Ramón Alfonso Mancillas Ortiz y Dr. Javier López Sánchez

Por su gran apoyo y motivación, por su paciencia y por impulsar el desarrollo de este trabajo, por su estímulo, por siempre estar dispuestos a ayudarme en los momentos más difíciles.

A mis amigos.

Que además son mis compañeros en este viaje que emprendimos juntos, nos apoyamos mutuamente en las buenas y malas y sobre todo en nuestra formación profesional. Para mi gran amiga Ana Lilia Camarillo Méndez por estar conmigo cuando más te necesitaba y cuidar de mi hijo en mi ausencia, no tengo manera de pagar lo que has hecho por mí.

¡Gracias a ustedes!

AGRADECIMIENTOS

Primeramente doy gracias a Dios por darme la oportunidad de existir y estar viva, me siento muy afortunada por tener a una familia a quien amar y por darme la capacidad de ser útil a mis semejantes.

Agradezco con amor y cariño a quienes han sacrificado gran parte de su vida, para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su existencia ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos, ni aun con las riquezas más grandes del mundo. Gracias a ti Papá y a ti Mamá.

Miguel Alejandro: Eres la razón de mi existir, la persona más importante en mi vida, mil gracias por que muchas cosas de mi cambiaron con tu llegada. Ilusiones trajiste a mi vida y junto con ellas la dicha de conocer el significado de la palabra "Mamá". Lucharemos juntos tú y yo para salir adelante y que nada nos falte.

Eternamente ¡Gracias!

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	7
Dedicatorias	9
Agradecimiento	10
Introducción	12
Formulación del Problema	15
Justificación	16
Objetivos	18
Propósito	19
Hipótesis	20
Marco Teórico	21
Metodología	47
Consideraciones Éticas	52
Interpretación de Resultados	53
Tablas y Gráficos	63
Discusión de resultados	113
Conclusiones	118
Propuestas	123
Bibliografía	124
Glosario	132
Anexos	133

INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, de manera que puede considerarse como “El malestar de nuestra civilización”, y que afecta la salud, el bienestar personal así como la satisfacción laboral y colectiva.¹ El llamado Síndrome de “Burnout”, “Desgaste Profesional” o “Quemarse en el Trabajo” en médicos y personal de enfermería en los diferentes niveles de atención, ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años. (Esparza y cols, Guerra y Martínez 1995; Figueroa, Gutiérrez, Hernández y Setien 1997, Arellano y Navarrete 1999 y Rozas 2000).²

Se define como una respuesta al estrés laboral crónico, parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante. La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral, son algunos de los aspectos que caracterizan el síndrome. No hay un consenso global para explicar este síndrome y una de las teorías más aceptadas es la proporcionada por Maslach (1976), categorizado en tres dimensiones: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal. Lo anterior involucra una serie de conductas como deterioro en el rendimiento laboral, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con el paciente, así como pérdida de la motivación, en los que se implican factores internos y externos en torno al personal que lo padece.²

En el inicio del Síndrome el profesional a consecuencia del estrés laboral se percibe como un poco "chamuscado", y de manera gradual y crónica la persona inicia con la presencia de síntomas físicos de agotamiento, desinterés, irritabilidad y hasta un tanto cínico posteriormente se encontraría totalmente "oxidado" o "destruido". Teniendo en cuenta que no sólo las personas con exceso de trabajo o responsabilidades son las que sufren un excesivo estrés, el tener una vida sin motivaciones, metas que cumplir, sin proyectos, o pasar por una etapa de desocupación puede provocar el mismo desenlace" comenta el especialista en donde los síntomas son iguales en ambos casos; falta de autoestima, irritabilidad,

agotamiento emocional, nerviosismo, insomnio y crisis de ansiedad y depresión entre otros.

Sin duda alguna el empleo es un factor importante que permite a la persona mejorar su calidad de vida ya que tener un ingreso económico brinda la oportunidad de satisfacer las necesidades básicas y las de la familia, mejorar el estatus social, mayor oportunidad de crecimiento tanto en el ámbito laboral como familiar sin embargo la ausencia de este, conduce a las personas a manifestar trastornos como la depresión, ansiedad, aislamiento o las adicciones como puede ser la ingesta desmedida de alcohol y otras sustancias tóxicas que son frecuentes en personas desocupadas siendo esta una manera de expresar el estado de estrés que se ha instalado en su vida.³

Una persona extremadamente estresada o como se diría en esta ocasión "quemada", se puede manifestar de varias formas: "El cansancio emocional es la actitud más clara, evidente y común en casi todos los casos, que lleva a una pérdida de motivación y progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso"³. La persona no responde a la demanda laboral y generalmente se encuentra irritable y deprimida" Se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en la génesis del padecimiento como: La sobrecarga de trabajo, aumento en el número de pacientes demandantes de atención, salario insuficiente, mala calidad de las relaciones en equipo, entre otros.² Los síntomas organizacionales y laborales descritos son violación de las normas de la organización, retrasos, descansos alargados, excesivo ausentismo, comunicación deficiente, disminución en rendimiento, falta de compromiso laboral, pobre atención y concentración, etc.¹ Estudios como el de Goetzel y cols. (2004) aseguran que en los Estados Unidos los costos del absentismo laboral debido al estrés en el trabajo pueden llegar a representar hasta el 60% de todos los costos de las enfermedades.⁴

El tema es motivo de gran preocupación por las repercusiones que conlleva, tanto en el ámbito personal y de organización laboral para la ejecución de sus actividades como: Ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción del profesional y del paciente, alta movilidad laboral, repercusión familiar, deterioro en el rendimiento laboral, entre otros.²

En la actualidad se cuenta con pocos estudios sobre el Síndrome de Burnout en nuestro país, y se desconoce de qué manera repercute en el desempeño laboral de los trabajadores de la salud, así como entender que factores organizacionales se asocian a este fenómeno², por lo que se considera de gran relevancia investigar en el área de la salud (médica, enfermería, odontología, administrativo) y de esta manera mejorar la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental en el personal que labora en las distintas áreas, para que esta se vea reflejada en el desempeño laboral de cada uno de los prestadores de servicio y con ello el paciente reciba un trato digno y atención de calidad y calidez.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en el “Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro”, en el periodo de Diciembre de 2012 a Febrero de 2013.

JUSTIFICACION

El Síndrome de Burnout no es muy conocido y algunas personas desconocen su definición, sin embargo existe, ya que muchas personas que lo padecen lo ignoran, se sienten insatisfechas en el ambiente laboral, emocional, y con la vida diaria, no detectándolo como una enfermedad que afecta directamente en el desempeño laboral, generador de insatisfacción personal, estrés laboral ocasionando un desgaste profesional el cual se caracteriza por un agotamiento intenso y persistente con bajas motivaciones, extrema irritabilidad no solo en el ambiente laboral sino en el ambiente familiar que esto repercutirá de manera directa con el desempeño laboral y en su medio ambiente de trabajo.

Las personas que tienen mayor riesgo de presentar el Síndrome de Burnout son aquellas que mantienen una relación directa con personas como son los profesionales sanitarios principalmente médicos y enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, odontólogos entre otros, así como otros servidores públicos como son los docentes, directivos, policías, que se encuentran constantemente sometidos a un estrés laboral continuo.¹

Si este pasa desapercibido el profesional de la salud tendrá menor rendimiento laboral como baja productividad, mayor absentismo laboral, conflictos con sus compañeros de trabajo y en todo su entorno laboral, siendo el más vulnerable el usuario que acude a solicitar el servicio, el cual de alguna manera llega en desventaja ante el prestador del servicio ya que acude solicitando ayuda y considera que esté será el que podrá brindarle la ayuda necesaria.

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país, estado, centro laboral a otro, esto depende de las características de cada institución, ya que cada una de ellas tiene su propio sistema organizacional. Estudios realizados en atención primaria reportan que uno de cada tres médicos o enfermeras sufre de Burnout, personal sanitario como pediatras, médicos generales o auxiliares de salud que laboran en los centros de salud de Santa Cruz Tenerife demostraron en la dimensión de cansancio emocional un 27%, despersonalización 30% y

realización personal baja un 24%, comparado con otro realizado en el área sanitaria de Madrid que son ligeramente altos con 30.6% con cansancio emocional, 31% con despersonalización, 24% con baja realización personal, en donde si la muestra se redujera únicamente a personal médico la prevalencia de Burnout oscila del 25 al 70%⁵

Un estudio realizado en el Hospital de León se encontraron puntuaciones medias altas en agotamiento emocional con el 46.5%, despersonalización con el 43% y con baja realización personal el 30%⁴ pag. En profesionales de enfermería se han llevado a cabo estudios para medir el grado de Burnout como en el Centro Hospitalario de Madrid reporto puntuaciones altas para agotamiento emocional con el 11.7%, despersonalización con 9.2%, realización personal baja con 16.9%⁴. En una área sanitaria de Madrid el 62% de los médicos presento niveles altos en al menos una de las tres dimensiones, 33.8% en dos dimensiones y en las tres dimensiones de manera simultánea un 12.3%.⁵

Estudios realizados en Estados Unidos y Canadá entre los años 1984 y 2001 en médicos, se encontraron niveles moderados a altos en la dimensión de cansancio emocional en 46% a 80% de los encuestados, del 22% al 93% relataron los mismos niveles de despersonalización y del 16% al 79% niveles bajos o moderados de realización personal baja.⁵

Institucionalmente podría ser considerado como un problema de salud pública ya la presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de la salud^{5, 6}, implica que la atención brindada al usuario sea de baja calidad por lo que sería importante prestarle la atención necesaria, ofreciendo alternativas de tratamiento y seguimiento a este problema, con el presente estudio se pretende conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes, Querétaro.

OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General

- ✓ Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro, en el periodo de diciembre de 2012 a febrero de 2013.

2.2.- Objetivos específicos:

- ✓ Identificar características sociodemográficas de quienes cursan con el Síndrome de Burnout en el Centro de Salud Urbano Cadereyta.
 - Edad, Sexo, Estado Civil, Categoría Laboral, Antigüedad Laboral, Área Laboral y Turno.
- ✓ Determinar el efecto laboral del Síndrome de Burnout en función de:
 - Administrativo: Pases de Salida, Días Económicos, Faltas Injustificadas e Incapacidades.
 - Percepción del Usuario: Satisfacción del usuario con encuestas de salida.

PROPÓSITO

Los resultados del presente estudio, nos permitirá tener la información actual del panorama existente en cuando la presencia del Síndrome de Burnout que afecta al personal que labora en el Centro de Salud de Cadereyta y de ser así, nos permitirá conocer de qué manera está repercutiendo en el desempeño laboral de los trabajadores y la atención brindada a los usuarios, con el fin de buscar estrategias de prevención y la forma de afrontar este problema, con ello mejorar la calidad de vida laboral y la satisfacción del usuario brindando una atención de calidad y calidez.

HIPOTESIS

La presencia del Síndrome de Burnout entre los trabajadores del Centro de Salud de Cadereyta es motivo de las quejas entre usuarios del servicio

HIPOTESIS NULA

No hay casos de Síndrome de Burnout entre los trabajadores de Centro de Salud de Cadereyta.

.

MARCO TEÓRICO

El término Burnout tiene su origen en una novela de Graham Greene, *A Burn Out Case*, publicada en 1961, la cual narra la historia de un arquitecto que es atormentado espiritualmente y decide abandonar su profesión y se retira a la selva africana, es aquí donde el término comienza a utilizarse sobre todo para referirse al estrés laboral

El Síndrome de Burnout ha sido motivo de estudio desde hace más de 30 años por distintos autores los cuales han tenido diferencias y dificultades para definirlo por la complejidad del término.⁷

“Burnout” cuya traducción al español corresponde a “estar quemado”, se desprende del inglés, surge por primera vez en Estados Unidos (1974) lo que corresponde a una situación que experimentan algunos profesionales de distintas instituciones que trabajan con personas, el cual se caracteriza por un agotamiento emocional que puede ser debido a una respuesta de estrés laboral crónico que repercute directamente en la calidad de vida laboral que los llevara a ser ineficaces para el desempeño adecuado en de sus funciones como servidores públicos.^{7, 28, 33, 37}

El Síndrome de Burnout o de agotamiento profesional, es un término inglés que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado exhausto” por el trabajo,^{13, 29, 33, 36} fue descrito por primera vez por el psiquiatra (psicoanalista) norteamericano Herbert J. Freudenberger en 1974, quién al estar laborando en una Clínica Libre para toxicómanos en la Ciudad de Nueva York, observó que la mayoría de los voluntarios allí laborando por más de un año, sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación en su trabajo, hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión, agresividad con los solicitantes de servicio, los cuales se volvían menos sensibles e incomprensibles con un trato hasta un tanto cínico hacia a los pacientes, al punto de llegar a culpar al paciente de estado anímico o situación de estrés en el que se encontraban.^{7,8, 9, 10, 13, 19, 22, 24, 27, 29, 34, 38}

Cherniss (1980) lo define como un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del profesional cambian de una manera negativa en respuesta a la tensión y lo describe en tres etapas evolutivas.

Primera etapa, tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.

Segunda etapa donde describe el desarrollo de la tensión, fatiga y agotamiento emocional.

Tercera etapa donde suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.^{7,9, 24, 29}

Posteriormente en 1986 las psicólogas sociales e investigadoras Cristina Maslach y Susana Jackson centran su foco de atención en los profesionales y servidores públicos y lo definen como una pérdida gradual de responsabilidad e interés entre los profesionales en el ámbito laboral y las relaciones con sus compañeros, siendo esta una de las definiciones más aceptadas, conceptualizándolo como un cansancio emocional que lleva al profesional a una pérdida de motivación, con sentimientos de insatisfacción y fracaso.^{9, 27, 32, 34}

En 1984 Brill lo define de una manera más precisa “Estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo de una persona que no padece patología psicológica, en un puesto laboral que anteriormente desempeñaba con un nivel alto de rendimiento y de satisfacción personal y que actualmente no logra conseguirlo, si no es por una intervención externa de ayuda o un reajuste laboral, en relación con las expectativas previas”, como consecuencia existe malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, incompetencia por falta de conocimientos.^{9, 28, 38}

1988 Kahill define el Síndrome de Burnout como el estado de distrés interpersonal de manera crónica dentro del ámbito laboral con la consecuente sensación de autorrealización incompleta, despersonalización, fatiga crónica en quienes lo padecen.⁷

1988, Pines y Aronson consideran que este Síndrome no es exclusivo de los profesionales que prestan servicio de ayuda únicamente, sino que este se puede presentar en cualquier tipo de profesionales que se encuentran en contacto directo con personas y lo definen como el “Estado de agotamiento mental físico y emocional, producido por el involucramiento crónico del trabajo en situaciones emocionalmente demandantes” en donde el agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general, así como una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimiento de incapacidad o desesperanza con el trabajo, con el desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, trabajo y hasta la vida misma.^{9, 28}

También ha sido utilizado para definir el desgaste extremo de los profesionales como psicólogos, consejeros, médicos, enfermeros, asistentes sociales, dentistas, maestros, posteriormente lo adoptaron los sindicatos y abogados como elemento de ayuda para mencionar los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo.

PREVALENCIA

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país, estado, centro de trabajo a otro esto va a depender de las características de la institución en la que se labore ya que cada una de ellas tiene su propio sistema organizacional.

Un estudio realizado en atención primaria reporta que uno de cada tres médicos o enfermeras sufre de “Burnout” realizado en personal sanitario de varias categorías laborales (pediatras, médicos generales, auxiliares de salud) que laboraban en los centros de salud de Santa Cruz de Tenerife, arrojando resultados en la dimensión de cansancio emocional un 27%, despersonalización 30% y en la dimensión de

realización personal un 24% comparado con otro realizado en el área sanitaria de Madrid los cuales son ligeramente superiores al anterior en un 30.6% para cansancio emocional, 31% en despersonalización y 24% en realización personal, si en donde la muestra se reduce únicamente a personal médico la prevalencia de Burnout oscila del 25 al 70%.

En un estudio realizado en médicos de atención primaria en Barcelona reporta niveles altos de cansancio emocional y despersonalización y el 30% niveles bajos de realización personal.

A nivel hospitalario un estudio realizado en el Hospital de León en el que se incluyeron coordinadores, médicos, enfermera, auxiliares, celadores entre otros se obtuvieron puntuaciones medias o altas del 46.5% en agotamiento emocional, 43% en despersonalización y el 59.4% obtuvieron puntuaciones medias altas en realización personal.

En profesionales de enfermería también se han llevado a cabo estudios para medir el grado de Burnout presente, en un Centro Hospitalario de Madrid se encontró que el 11.7% presentan puntuaciones altas en agotamiento emocional, 9.2% en despersonalización y 16.9% en realización personal.

En una área sanitaria de Madrid el 69.2% de los médicos presento niveles altos en al menos una de las tres dimensiones, el 33.8% en dos dimensiones y en las tres escalas simultáneamente un 12.3%.⁵

Un trabajo reciente (julio 2000) Grunfel y cols. De la Universidad de Ottawa en el servicio de oncología en Notario reportan que la prevalencia del Burnout es significativamente mayor en médicos 53%, colaboradores técnicos 37% en donde un grupo importante de médicos 42% tenían considerado seriamente en abandonar el trabajo o disminuir el horario laboral, por lo que este es un problema importante ya que en Canadá el número de médicos experimentados y entrenados es reducido.

En Agosto del 2000 el Centro Académico de Ámsterdam informa que los odontólogos con mayor riesgo de Burnout experimentan mayores quejas somáticas acompañados de comportamientos no saludables como (mayor sedentarismo, mala alimentación e ingesta de bebidas alcohólicas).

Septiembre del 2000 en California E.E.U.U. informa que los consejeros terapeutas de pacientes con problemas en el abuso de drogas y VIH presentaban las tres escalas del Burnout.

Noviembre 2000 en un estudio italiano de Grasi y Magnani de la Universidad de Ferrara refiere que el Burnout y los síntomas de estrés son mayores en los profesionales de la salud, en donde la morbilidad psiquiátrica es del 23% y la escala de agotamiento emocional es del 28%, despersonalización 25% y realización personal 13%.

Mallet y cols (1991) realizan un estudio comparativo entre enfermeras de centros de tratamiento intensivo y residencias de ancianos enfermos observando que hay mayor estrés laboral en los centros intensivos y en las residencias hay mayor tasa de mortalidad en donde la exposición al sufrimiento y la muerte son claros estresores ocupacionales.

Leppanen y cols (1987) en una revisión de la literatura sobre la satisfacción laboral en los trabajadores de la salud encuentra datos similares a los de E.E.U.U en donde los médicos encuentran en su trabajo pleno sentido ya que este les brinda oportunidades de crecimiento personal sin embargo, las enfermeras se manifiestan frustradas en relación a sus tareas realizadas y calificaciones profesionales.⁹

García Izquierdo estudio la incidencia del Síndrome de Burnout en enfermeras con la aplicación del instrumento MBI (Maslach Burnout Inventory) arrojando resultados en el que 17% de los sujetos tiene niveles bajos de Burnout, 67% niveles medio y el 16% niveles altos, donde se concluye que el 83% del personal estudiado tiene riesgo alto de presentar Burnout.^{10, 38}

CAUSAS O ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Este Síndrome tiene un origen multifactorial y altamente complejo en las que podemos destacar como causas generadoras o asociadas

- ✓ Relacionadas con el trabajo: Se asocia con bajas expectativas sobre el trabajo, cuando el profesional no adquiere el compromiso con su profesión. Según Da Silva, F (2001), sobrecarga de trabajo se asocia o no a valoración subjetiva de demanda laboral, se incluyen aquí los horarios de trabajo prolongados (sobrecarga cuantitativa, multiempleo) o mal distribuidos.¹¹ Donde muchas veces el trabajador debido a la situación económica que se vive en la actualidad se ve en la necesidad de doblar turno o realizar guardias para mejorar sus ingresos económicos, malas condiciones de trabajo siendo este uno de los factores determinantes importante para la desmotivación que es la mala remuneración económica,¹¹ incremento en la demanda de consulta esto atribuido a los nuevos programas implementados por parte del gobierno por mencionar algunos como “Oportunidades, Seguro Popular” en los que de manera directa reducen el tiempo para brindar una atención de calidad y calidez en cada usuario, desgaste excesivo de energía sin obtener recompensas, falta de estímulos, por parte de la institución, problemas internos entre la empresa y el individuo pueden ser uno de los factores que genera un empleado quemado, pobre orientación profesional, todos estos son factores condicionantes de estrés laboral de manera gradual y crónica, cuando el profesional percibe que aporta más de lo que recibe no es capaz de resolver el problema y comienza a sentirse quemado por el trabajo.^{12,13}
- ✓ Ambiente o clima social: En este se incluyen los compañeros de trabajo, jefes de servicio, directivos y el mismo usuario, en el que vemos que si dentro del equipo de trabajo no existe el apoyo necesario, la mala relación con los compañeros de trabajo, competitividad, incrementará de manera importante el estrés, además el usuario

demandante o agresivo favorece a todo lo antes mencionado. Cabe mencionar que aquí influyen de manera importante los conflictos internos de cada persona.

- ✓ Tipo de personalidad: El tipo de personalidad del profesional, ya que podemos encontrar de distintos tipos como son los exigentes, perfeccionistas, impacientes, extremadamente competitivos, neuróticos e incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad, en donde el tipo de personalidad A tiende a ser la más competitiva sometidos constantemente al estrés y esforzarse más de lo que puede con el fin de conseguir sus logros, personas con elevada auto exigencia, baja tolerancia al fracaso.^{5, 9, 14, 19}
- ✓ Ambiente laboral: "La desorganización en el ámbito laboral pone en riesgo el orden y la capacidad de rendimiento del empleado". Esto sucede, generalmente, cuando no hay claridad en los roles y las tareas que debe desempeñar cada uno de los empleados, falta de equipo o material para realizar las actividades necesarias, plantillas incompletas en jornadas laborales, la competencia desmedida entre los compañeros, un lugar físico insalubre para trabajar y la escasez de herramientas o útiles suelen ser tema de desorganización".
- ✓ Factores individuales: Otro factor que influye es el individuo y su capacidad de adaptación, "dos personas pueden trabajar juntas y bajo la misma presión, en ocasiones una de ellas no sabe cómo manejar su estrés y para la otra no le afecta de tal manera que puede continuar sus actividades de manera normal por la capacidad de adaptación, escasos conocimientos teóricos y prácticos, antisociales, aquellos en los evitan el acercamiento con los usuarios para no verse implicados emocionalmente y pierden la relación de equidad en las relaciones interpersonales., imposibilidad de poder progresar o ascender en el trabajo.^{13,14}

- ✓ Variables familiares: Como son los conflictos familiares, estabilidad familiar que de alguna manera van a favorecer a que el profesional mantenga un equilibrio para enfrentar situaciones de conflicto laboral.¹⁴

FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR SÍNDROME DE BURNOUT

- ✓ El desempeñar una profesión asistencial ya que esta se encuentra en contacto directo con personas (ejemp: Médicos, enfermeras, maestros, trabajadores sociales, policías etc...) en donde de manera involuntaria se puede involucrar con la angustia del enfermo generándole estrés de manera importante.
- ✓ La edad influye siendo las personas más jóvenes las más vulnerables sobre todo en los primeros años de trabajo esto se podría explicar ya que se pierde el enfoque idealista hacia la práctica cotidiana observando que las recompensas económicas y profesionales no son las esperadas ni las prometidas
- ✓ Sexo femenino es el más vulnerable ya que además de cumplir en el trabajo, las múltiples actividades a realizar en el ámbito familiar repercutiendo de manera directa en el rendimiento laboral
- ✓ Formación profesional inadecuada en donde el profesional teóricamente sus conocimientos son amplios pero bajo en habilidades para el manejo del estrés laboral, falta de capacitación por parte de la institución
- ✓ Ambiente laboral precario en donde no hay motivaciones laborales, relaciones hostiles con los compañeros de trabajo, además un número excesivo de trabajo que actualmente está demostrado que la sobre carga laboral actúa como predictora en la calidad de atención brindada al usuario
- ✓ Estado civil: Mayor asociación al Síndrome en las personas solteras o que no tiene una pareja estable donde se observa mayor impacto, ya que las personas con hijos tiene mayor compromiso, responsabilidad y

tiene mayor capacidad de afrontamiento a situaciones de conflictos emocionales respaldado por el apoyo familiar.

- ✓ Antigüedad laboral: No existe un acuerdo, ya que algunos autores la correlacionan con impacto positivo para la presencia del Síndrome de Burnout, presentándola en dos periodos de desempeño profesional, en los dos primeros años y en mayores de 10 años.
- ✓ Sobre carga laboral: Asociada al Síndrome en donde es un factor determinante en cuanto a la cuanto a la calidad de la atención a los usuarios.^{12,24}

QUIENES PRESENTAN ESTE SÍNDROME

Los trabajadores que tiene mayor riesgo de presentarlo son aquellas que trabajan o atienden a otras personas que para ser más específicos son aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda como los profesionales sanitarios, médicos, enfermeras, personal médico becario como residentes, médicos internos de pregrado, trabajadores sociales, psicólogos, maestros, policías, directivos, empleos rutinarios y monótonos. Que se encuentran constantemente sometidos a un estrés laboral continuo. Los enfermeros se encuentran a la cabeza en el índice de profesionales afectados por este síndrome.^{15, 34, 35}

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En la actualidad es una de las causas más importante de incapacidad laboral. Su origen estaba centrado en los profesionales de la salud principalmente médicos y enfermeras, trabajadoras sociales, secundarias a la aparición problemas en la salud física y psicológica, estados depresivos, estas se traducen en alteraciones emocionales, conductuales, sociales, reflejadas en la eficacia laboral.⁷

- ✓ Manifestaciones físicas: En las que podremos observar, como cansancio, cefaleas sensoriales, insomnio, fatiga, trastornos gastrointestinales como es la úlcera gástrica, colon irritable, lumbalgias, mialgias, incremento de la presión

arterial dermatitis taquicardia, malestar generalizado e inespecífico, disfunciones sexuales como disminución de la libido.

- ✓ Manifestaciones mentales: Sentimientos de vacío, agotamiento emocional, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoide y /o agresivos hacia los usuarios, compañeros y la propia familia.
- ✓ Manifestaciones conductuales: Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, tabaco, alcohol, aines, antidepresivos, ansiolíticos o drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, absentismo laboral, distanciamiento afectivo de los usuarios, distanciamiento social con compañeros de trabajo, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.
- ✓ En ambiente laboral: Detrimiento de la capacidad de trabajo y de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles con los compañeros de trabajo así como con el usuario, comunicaciones deficientes, deshumanización, donde la persona “quemada” no se siente querida o valorada por sus colegas y se defiende pagando con la misma moneda con él que se siente pagado.^{9, 11, 27}
- ✓ Manifestaciones organizacionales: El profesional tiende a solicitar el cambio de turno de trabajo, cambio de roles desempeñados, ausentismo laboral e incumplimiento del horario, disminución en la productividad laboral e iniciativa propia, rigidez excesiva con el cumplimiento del reglamento. La idea de abandono de del puesto de trabajo en el que ha invertido gran esfuerzo, se asocia a ideas de frustración laboral.^{9, 11, 24}
- ✓ Satisfacción laboral: Son las actitudes que el trabajador presenta en el ejercicio de su profesión, estas pueden ser positivas en las que nos muestra conformidad o satisfacción por parte del trabajador o negativas cuando el

trabajador de acuerdo a las actividades realizadas no recibe la recompensa esperada.

- ✓ Calidad de vida laboral: Esta se encuentra directamente relacionada con la satisfacción laboral siendo esta multidimensional y evaluada desde la perspectiva de cada trabajador de acuerdo al trabajo desempeñado y sus experiencias vividas en el área laboral, así como la forma de organización en cada uno de ellos para así tener una mejor satisfacción laboral.^{9, 16}

CLINICA DEL SINDROME DE BURNOUT

En general el Síndrome se caracteriza por lo siguiente:

Es insidioso: Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra.

Se tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan.

Existe una fase irreversible: Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia.^{8, 11, 25, 29}

FASES DEL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Edelwisch y Brodsky en el que se distinguen 4 fases claramente identificables ya que este es un padecimiento que se presenta de manera gradual.

Fase de entusiasmo: En esta fase es donde el profesional idealiza su trabajo, siendo para este un estímulo con el que tiene nuevas expectativas en la vida, motivaciones para crecer en el ámbito laboral y familiar, sin importar el tiempo sacrificado para lograrlo, energía desbordante siendo esta una etapa de peligro

ya que existe una sobreidentificación con el enfermo, en donde existe un gasto excesivo de energía de manera crónica iniciando así el Síndrome

1980 Chermis en esta etapa describe 3 etapas evolutivas en donde existe un estrés psicosocial de manera continua lo que ocasiona un desequilibrio entre las demandas y los recursos, la segunda etapa ocasiona un estrés psicofisiológico por el desgaste laboral, en la tercera etapa ya se observan de manera directa los cambios conductuales de los profesionales, que en el personal de la salud se observa un cierto distanciamiento con el usuario y de una manera muy sistematizada sin entablar un contacto más cercano con el usuario y en algunas ocasiones hasta evitando el contacto con este.

Fase de estancamiento: En esta fase el profesional comienza a dudar si realmente su trabajo le produce placer y si el esfuerzo realizado por realizarlo de una manera adecuada realmente vale la pena, toma conciencia de la realidad, en donde sus motivaciones y expectativas planteadas en un inicio se pierden, sus metas ya no son tan claras y existe duda en si realmente vale la pena el sacrificio, encontrando un desequilibrio entre lo ofrecido y lo recibido, aparecen los primeros síntomas del Síndrome como son la cefalea, algias, aburrimiento, malestares de forma general.

Fase de Frustración: En esta fase el profesional puede salir adelante con la planeación de nuevos proyectos en la vida, reorganizar su vida laboral buscando nuevas motivaciones o planeando nuevos proyectos de vida, cambio de empleo siendo esta fase el núcleo de desarrollo del Síndrome ya que si no existe la reorganización en el proyecto de vida y expectativas este se va cronificando de tal manera que el rendimiento laboral de este se ve disminuido el profesional sufre de un desgaste de manera crónica, con cierta renuencia de participar de manera activa como antes lo venía desempeñando iniciando así la etapa de desmotivación..

Fase de apatía: En esta fase el profesional tiene dos vertientes seguir, la primera es cambiar de manera radical las cosas y poner punto final a la situación o de lo

contrario resignarse e iniciar con los cambios de actitud con los usuarios, presentando un grado de cinismo y apatía al ofrecer los servicios con los usuarios para evitar el daño emocional utilizándolo como un mecanismo de defensa, secundario a la frustración presentando lo que es el agotamiento emocional, ausentismo laboral.^{7, 9, 13, 17, 24, 38.}

Cherniss (1980) presenta esta última etapa.

Fase de Quemado: En esta fase se presenta la culminación de todos los malestares generados en las fases previas donde el profesional sufre un colapso y termina por estar “Quemado”, Chamuscado, “Oxidado” en el exceso de trabajo y se percibe como que ya no puede dar más de sí.^{11, 17}

En su delimitación conceptual se pueden diferenciar dos perspectivas: La clínica y la psicosocial.

La perspectiva clínica lo define como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral donde el sujeto experimenta agotamiento, decepción y pérdida de interés laboral, combinado con fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensación de sentirse atrapado.

La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales, entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surge de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y los receptores de los mismos.^{18, 13, 20, 28, 33}

Farber (1991) describe seis estadios sucesivos en el desarrollo de Síndrome

- 1.- Entusiasmo y dedicación
- 2.-Respuesta de Ira y frustración del trabajo ante los estresores de trabajo
- 3.- Describe en donde el profesional no observa una respuesta entre el esfuerzo y las recompensas o resultados obtenidos.

4.- Etapa donde el profesional abandona o delega responsabilidades, compromisos en el ámbito laboral, con bajo rendimiento

5.- Etapa donde la vulnerabilidad del profesional se observa rebasada iniciando la presentación de los síntomas de agotamiento o cansancio tanto emocional como físicamente

6.- Etapa donde el agotamiento se encuentra en todo su esplendor y el profesional ya no puede dar más de sí.

Leiter (1991) nos describe a partir del modelo de Maslach (1988) en donde el Síndrome de Burnout es un proceso de desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos personales con los que cuenta el profesional para afrontarlas, lo que conlleva al profesional a un cansancio emocional con pérdida progresiva de energía, seguida de una despersonalización en donde es utilizada como una estrategia de afrontamiento del problema como una manera de defenderse o protegerse de con actitudes negativas, un tanto agresivo e irritable en el desempeño laboral con los usuarios demandantes de servicio que paulatinamente lo llevara a la baja realización personal en donde el afrontamiento del problema fracaso llevándolo así a la etapa final del Síndrome ante el estrés crónico experimentado o vivido.¹⁹

Clínicamente el Síndrome de Burnout no es un padecimiento que se presenta de forma brusca, su inicio es insidioso ya que este se presenta de manera gradual con aumento progresivo, el cual puede estarse manifestando de manera cíclica a lo largo de su vida mucho tiempo y pasar desapercibida por el mismo sujeto que lo experimenta.

Las investigadoras Cristina Maslach y Susana Jackson (1981) adoptaron el concepto sugerido por Freudenberg, definiéndolo de un modo técnicamente más estricto, con el diseño de instrumentos de medición del mismo Maslach Burnout Inventory (MBI) entre trabajadores del ámbito de la salud. Según estas autoras el Síndrome de Burnout se configura como un Síndrome tridimensional en el que se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio o agotamiento emocional

siendo la primera fase, despersonalización siendo esta la segunda fase y la baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. ¹ En 1986 se redefine el término por Maslach y Jackson como un “Síndrome de agotamiento emocional con deshumanización e insatisfacción personal que aparece en los individuos que trabajan con personas”, también lo describirían como una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, dentro de los rasgos principales observados son el agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en relación con los demás, con un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar describiendo el proceso del desarrollo del Síndrome de Burnout en tres fases.^{1, 11, 16, 25, 28, 31, 37}

Agotamiento emocional: Constituye la primera fase del proceso, situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo, se vuelven más irritables, pérdida de energía y desgaste donde aparece la queja constante con la cantidad de trabajo realizado perdiendo la capacidad de disfrutar sus tareas, lo que traduce un agotamiento de recursos emocionales propios, por el contacto diario y mantenido con las personas a las que hay que atender, percibiéndolos desde el medio externo como personas permanentemente insatisfechas, irritables y quejasas.^{20, 11, 13, 23, 33}

Despersonalización: Constituye la segunda fase del proceso, (que no es sinónimo del cuadro psiquiátrico del mismo nombre). En el sentido de la deshumanización consiste en la indiferencia, sentimiento de distancia emocional, con el desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia las personas demandantes del servicio, estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada por el endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas, en el desarrollo de actitudes o sentimientos negativos, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado sin contacto visual.^{20, 13, 23, 33, 34}

Realización personal: Es la tercera fase del proceso y consiste en bajos sentimientos de realización personal que incluye vivencia personal insuficiente, baja autoestima, sentimientos de fracaso, con tendencias a evaluar el propio

trabajo de forma negativa (auto reproche por no conseguir metas propuestas), con vivencias de insuficiencia profesional y mala relación con los demás.^{20, 11, 13,16, 18, 27, 31, 33}

SISTEMATIZACIÓN EVOLUTIVA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Se presenta en cuatro fases patológicas:

Leve: Aquí se observa que el profesional inicia con la falta de ganas de ir a trabajar con dificultad para levantarse por las mañanas, cansancio, dolor de espalda y cuello secundario al estrés al que se encuentra sometido en donde se le interroga que él lo que le sucede?, la única respuesta es no lo sé, ya que el mismo lo desconoce únicamente sabe que "no se siente bien", quejas vagas.

Moderado: El profesional inicia con mala relación con los con compañeros aumentado el número de roces en cuanto a la relación laboral en donde este se siente acosado y con la sensación de que todos están en contra de él, por lo que trata de evitar el relacionarse con los demás compañeros de trabajo, antisocial y de algún manera inicia la competencia, esto incrementa el ausentismo laboral o la solicitud para cambiar de turno de trabajo o de servicio en el que se encuentra laborando.

Grave – Se observa en el profesional una disminución notable en la capacidad laboral como el evadir el trabajo o dejar las cosas pendientes para otro día e inconclusas, el desinterés y la irritabilidad tanto con los compañeros como a la gente a la que brinda le servicio es muy notorio. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, psoriasis, crisis hipertensivas, neurodermatitis, depresión, ansiedad entre otras e inicia la automedicación de manera pasajera en un principio quizás únicamente como efecto de placebo que conforme pasa el tiempo el individuo siente la necesidad de consumir mas medicamento para poder controlarse hasta que sale de control, donde el profesional necesita su medicamento para poder estar tranquilo, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis y precisamente es en este nivel donde el profesional busca las salidas fáciles, puertas equivocadas

refugiándose en la ingesta desmedida de bebidas alcohólicas, como ejemplo, que en un principio también es utilizada como para relajarse, olvidarse de los problemas laborales, desestresarse hasta llegar al grado de que este le crea una dependencia y afecta a su salud y a nivel laboral desencadena también desequilibrio y es en este nivel donde se ha verificado comienzo de la ingesta alcohólica.

Extremo - Esta etapa lo que la caracteriza es el alcoholismo de la persona, el cual ya no lo puede controlar, se agrega a esto el consumo de inhalantes (drogadicción) el que el profesional pierde el juicio llevándolo hasta los intentos de suicidio en cualesquiera de sus formas. Secundario a esto suele agregarse enfermedades graves que en algunas ocasiones son secundarias al tipo o ritmo de vida que se lleva tales como el cáncer, accidentes cardiovasculares, disminuyendo de manera importante la calidad de vida del profesional generando una frustración e insatisfacción con la vida. Previa a esta etapa el profesional por todos los problemas antes mencionado, él ya ha abandonado su trabajo de manera temporal o definitivamente. ²¹

Como se puede observar, en cualquiera de los niveles las emociones que se generan son: tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta. Esto afecta la calidad de las tareas /servicios, se deteriora el trabajo institucional, se potencia la insatisfacción, incrementa el ausentismos, la rotación, así como el agotamiento y las enfermedades.

A continuación se presenta un resumen de datos obtenidos de diferentes fuentes, en relación con investigaciones realizadas sobre los efectos negativos de dicho síndrome en el personal profesional de la salud, especialmente el que tiene que ver directamente con la atención al paciente.

El síndrome de Bournout en personal profesional de la salud

El Síndrome de "Burnout" es un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. La mejor traducción para "Burnout" es "fundirse".

También se le ha denominado "Síndrome de Agotamiento por Estrés" y se trata de un fenómeno que no es nuevo, pero que tiende a agravarse con el avance tecnológico. Este síndrome se ha descrito como: agotamiento emocional, disconfort somático, sentimientos de alienación, pérdida de motivación y sensación de fracaso, producto de excesivas demandas de energía, fuerza y recursos.

El "Burnout" es la consecuencia de una situación de trabajo en la cual la persona tiene la sensación de que está golpeándose la cabeza contra la pared "día tras día", y a pesar de su interés y entrega por mejorar la vida de aquellos con quienes se relaciona (los pacientes), con frecuencia ve el fracaso y la miseria en el entrenamiento cotidiano con el sufrimiento, la pobreza, la crueldad, el peligro, el dolor, la muerte, lo mismo que a la preocupación por el aumento de demandas legales por mala práctica. Todo lo anterior hiere profundamente la sensibilidad y muchos profesionales en salud terminan por crear una barrera, una especie de anestesia contra las penas de los demás. Por otro lado, la sociedad ve la salud como un derecho de todos y, en esa medida, los profesionales deben estar disponibles para atender todas las necesidades que surjan como consecuencia de la enfermedad. Se debe aquí resaltar que los profesionales experimentan un secuestro de capacidades físicas y psicológicas que los debilitan y transforman en seres vulnerables, especialmente cuando deben enfrentarse a situaciones difíciles.

En el Síndrome de Burnout podemos resaltar tres importantes características:

1-Agotamiento emocional

El profesional comienza a manifestar respuestas emocionales (actitudes, sentimientos, pensamientos, otras) inadecuadas que pueden volverse crónicas, ya que la energía de los mecanismos de ajuste y adaptación y de los recursos internos se ha debilitado. Generalmente los profesionales deben manejar un estrés que es normal en el área de salud y la forma cómo se sobreponen a dicho estrés, es haciéndose de una armadura de despreocupación, la cual puede

llegar a ser tan fuerte que no le permita involucrarse afectivamente con las personas a las que ayuda ["Nada sale ni nada entra"] ["Pero yo no era así"].

2- Despersonalización

Los profesionales van lentamente desarrollando una imagen pobre de las personas que tratan de ayudar, las tratan mal y las hacen sentir que caen mal. En este sentido "las reglas del juego las pongo yo, yo mando y usted hace lo que yo digo o no lo atiendo", y por lo general no asumen su responsabilidad

3- Baja realización personal

De nada le sirve a los profesionales preguntarse si son ellos o los otros los culpables. No se puede personalizar el síndrome, porque sería como dejar por fuera todos los demás elementos del ambiente. Muchas veces, las actitudes de defensa, no permiten hacer conciencia de las situaciones emocionales que les están ocurriendo a los trabajadores. Con frecuencia se evade el enfrentamiento y surge el choteo o la broma, la forma indirecta de comunicación, lo cual resulta en una descalificación y agresión hacia las personas. ^{22, 23}

INSTRUMENTOS DE MEDICION DEL BURNOUT MÁS UTILIZADOS

Para la evaluación del Síndrome de Burnout se ha desarrollado diversos instrumentos entre los que podemos citar:

INSTRUMENTOS DE MEDIDA	AUTORES
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)

Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986), Instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación a la interacción en el trabajo, es el más utilizado entre los investigadores, consta de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo a hacia los usuarios. Se valoran 3 dimensiones

- ✓ Agotamiento emocional (AE): Formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo
- ✓ Despersonalización (DP): Formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención
- ✓ Realización personal en el trabajo (RP): Formada por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización.

En la versión inicial la escala para valorar los ítems presentaba 2 formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora,

mediante un rango de 7 adjetivos que van de “nunca” a “todos los días”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems tenía 8 grados, y el sujeto valoraba la intensidad con la que siente esas mismas situaciones. Considera el Síndrome de estar quemado como una variable continua ya que se puede experimentar en diferentes niveles. Esta escala ha demostrado una mayor validez y fiabilidad (0.75-0.90), recientemente aparecen críticas y reflexiones del concepto y dimensionalidad, que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado a la medida (Barnett, Brennan y Gareis, 1999; García, 1995), además de destacar dos debilidades de dicho instrumento, los ítems que describen sentimientos, no preguntan directamente por el. Actualmente existen tres versiones del MBI.^{24, 19, 27}

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

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

El MBI-General Survey (MBI-GS) presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales.

The Staff Burnout Scale (SBS) de Jones (1980)

Escala preparada para medir Burnout solo en profesiones relacionadas con la salud, compuesto de 30 ítems, ofrece una puntuación general de Burnout que permite una graduación según la frecuencia que el sujeto indica en sus respuestas a los ítems, presenta una estructura de 4 componentes:

- ✓ Insatisfacción con el trabajo: (ítems 13, 17, 22, 25, 26, 27 y 29)
- ✓ Tensión psicológica e interpersonal (ítems 6, 8, 10, 18, 21 y 28)

- ✓ Enfermedad y tensión (ítems 1, 2 y 5);
- ✓ Nulas relaciones profesionales con los Pacientes (ítems 11, 14 y 30). Además presenta unas preguntas de valoración de sinceridad en las respuestas (ítems 3, 4, 7, 9, 12, 15, 19, 20, 23 y 24).

Las puntuaciones de la escala son:

- ✓ Totalmente de acuerdo (7).
- ✓ Bastante de acuerdo (6).
- ✓ Algo de acuerdo (5).
- ✓ Algo en desacuerdo (3).
- ✓ Bastante en desacuerdo (2).
- ✓ Totalmente en desacuerdo (1).

ÍTEMES DEL CUESTIONARIO STAFF BURNOUT SCALE (SBS) DE JONES (1980)

- 1) Durante mi trabajo me encuentro fatigado.
- 2) Últimamente he faltado al trabajo por tener un constipado, gripe, fiebre u otros problemas de salud.
- 3) En alguna ocasión he perdido la calma y me he puesto furioso en el trabajo.
- 4) Todos mis hábitos laborales son buenos y deseables.
- 5) En ocasiones tengo dolores de cabeza durante mi trabajo.
- 6) Con frecuencia me encuentro a gusto relajándome con una copa de más después del trabajo.
- 7) Nunca murmuro sobre otros en el trabajo.
- 8) Creo que las dificultades de mi trabajo han influido en mis problemas familiares.

- 9) Nunca llego tarde a una cita.
- 10) Con frecuencia tengo el deseo de tomar algún medicamento para tranquilizarme mientras trabajo.
- 11) He perdido el interés por mis pacientes y tengo tendencia a tratarlos con indiferencia, de forma mecánica.
- 12) En ocasiones en el trabajo pienso cosas que no me gustaría que supieran otras personas.
- 13) Con frecuencia me encuentro desanimado y pienso en dejar mi trabajo.
- 14) Me pongo furioso e irritado con frecuencia con mis pacientes.
- 15) Algunas veces me enfado en el trabajo.
- 16) Tengo problemas para enfrentarme a mis compañeros.
- 17) Estoy muy interesado por mi confort y bienestar laboral.
- 18) Intento evitar a mis supervisores.
- 19) Me encantan todos mis compañeros de trabajo.
- 20) Siempre hago lo que se espera de mí a pesar de los inconvenientes que pueda encontrar.
- 21) Últimamente estoy teniendo algunos problemas en mi desempeño laboral por falta de cooperación con los pacientes.
- 22) Todas las normas que existen en mi trabajo me impiden realizar óptimamente mis obligaciones laborales.
- 23) En ocasiones dejo para mañana lo que puedo hacer hoy.
- 24) No siempre le digo la verdad a mis supervisores y/o compañeros.
- 25) Encuentro mi ambiente de trabajo deprimente.

26) Creo que mi trabajo es poco estimulante y ofrece pocas oportunidades de ser creativo.

27) Con frecuencia pienso en buscar un nuevo trabajo.

28) Las preocupaciones derivadas de mi trabajo me han quitado el sueño.

29) Creo que existen pocas oportunidades de progresar en mi trabajo.

30) En el trabajo evito el trato con los pacientes.

Este instrumento ha sido diseñado para los profesionales de la salud, aunque se puede aplicar a otras profesiones. La fiabilidad es buena y las correlaciones encontradas con el agotamiento emocional y despersonalización del MBI son muy aceptables, mientras que con la escala de logro personal la correlación es baja (Guerrero y Vicente, 2001).

Tedium Measure, Burnout Measure (MB) de Pines, Aranson y Kafry (1981). Creado originalmente como instrumento de medida del tedio, escala que evalúa sin distinción a profesionales en el campo de la ayuda y servicio a los demás, consta de 21 ítems, 7 opciones de respuesta desde (1) nunca a (7) siempre, mide las 3 dimensiones del Burnout.

- ✓ Agotamiento físico: Se caracteriza por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento (7 ítems)
- ✓ Agotamiento emocional: Caracterizado por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout (7 ítems)
- ✓ Agotamiento mental: Caracterizado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas (7 ítems)

La puntuación en estas tres dimensiones se combina en una puntuación única que es la suma de los 21 ítems, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 21 y 147.

Agotamiento físico: 1.-Me siento cansado. 2.- Estoy agotado fácilmente 3.-Me encuentro destrozado 4.-Me siento sin fuerzas 5.-Me encuentro desgastado 6.-Me siento débil. 7.-Me siento enérgico

Agotamiento emocional: 1.-Me siento deprimido. 2.-Estoy emocionalmente agotado. 3.-Me siento quemado. 4.-Me siento atrapado. 5.-Estoy preocupado. 6.-Me siento desesperado. 7.-Me siento ansioso

Agotamiento mental: 1.-Soy feliz. 2.-Soy infeliz. 3.-Tengo un buen día. 4.-Me siento inútil. 5.-Me encuentro optimista. 6.-Me siento desilusionado. 7.-Me siento rechazado

The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numero (1984). Cuestionario de 10 ítems que hacen referencia a sentimientos del trabajo no se han establecido correlaciones con otras medidas de Burnout ni con el MBI.

Efectos psíquicos del Burnout (EPB) de García (1995). Diseñada para la medida del Burnout en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítems con respuesta valorada según una escala tipo Likert de siete puntos variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre).^{24, 7, 5, 17.}

El inventario de Maslach es el Instrumento que ha sido ampliamente utilizado para evaluar este trastorno. En el año 2001 se efectuó el estudio de validez factorial de este instrumento al idioma español, encontrándose que a la luz de los resultados demostró ser válido y confiable.^{25, 24, 27}

Es importante seguir investigando sobre el tema, ya que a medida que el trabajador de salud en este caso los médicos, enfermeras, odontólogos, etc, gocen de buena salud tanto física como mental, será posible brindar una atención de calidad a los pacientes. Es necesario que se apoye esta línea de investigación ya que en México no se encuentran suficientes trabajos sobre este tema tan importante para el bienestar médico-paciente. Que se implemente un mecanismo

permanente para la prevención y detección de este síndrome, ya que se cuentan con los instrumentos para su diagnóstico y se conocen los factores de riesgo. 26

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con el personal que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro en el periodo de diciembre 2012 a febrero 2013, incluye 33 trabajadores: 11 Médicos, 10 Enfermeras, 4 Odontólogos, 1 Licenciada en Psicología, 4 Personal Administrativo y 2 de Intendencia en los turnos matutino y vespertino, fueron invitados a participar de manera individual y voluntaria, previo cumplimiento de los criterios de inclusión y firma de hoja de consentimiento, uno de ellos no acepta participar, se aplicó el cuestionario para detección de Síndrome de Burnout basado en el Maslach Burnout Inventory (MBI) de manera individual y previa autorización, hoja firmada por cada uno de ellos para que por parte de Recursos Humanos a nivel jurisdiccional se recabaran datos personales sobre los pases de salida, días económicos, faltas injustificadas e incapacidades del trimestre de estudio, se aplicaron 90 encuestas de salida sobre la satisfacción del usuario en la atención recibida, consta de 14 ítems con respuestas de opción múltiple. Se realiza verificación de los cuestionarios que estuvieran debidamente contestados, haciendo la aclaración inmediata de manera personal en las dudas que existieran se excluyeron todos aquellos que no aceptaron participar en el estudio.

Para detección de Síndrome de Burnout se aplicó herramienta de Maslach Burnout Inventory que consta de 22 ítems en total con escala Likert y en el que se pueden diferenciar tres dimensiones, que miden a su vez los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome las cuales son: 1.-Agotamiento emocional (AE): Formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo. 2.- Despersonalización (DP): Formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los usuarios demandantes del servicio o atención. 3.- Realización personal (RP): Formada por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y autorrealización (logros personales). Para el diagnóstico de Síndrome de Burnout debemos encontrar puntuaciones altas en las dimensiones

de Agotamiento emocional y Despersonalización y la dimensión de Realización personal debe de estar baja.

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo, prospectivo y transversal

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

- El grupo blanco del presente estudio es el personal de las áreas médica, paramédica y afín que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro en el periodo de diciembre de 2012 a febrero de 2013.

UNIVERSO DEL ESTUDIO

- Personal que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Todo el personal que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro
- 10 Médicos Generales, 1 Medico Pasante de Servicio Social
- 10 Enfermeras
- 2 Odontólogos, 2 Odontólogos Pasantes de Servicio Social.
- 1 Lic. en Psicología
- 4 Administrativos
- 2 Intendencia

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro y que acepte participar en el estudio de investigación, previo consentimiento.

✓ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

- Personal que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro que no acepte participar en el estudio de investigación.

✓ VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona desde que nació, variable cuantitativa expresada en años
- Sexo: Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino, variable cualitativa expresada en masculino o femenino.
- Estado civil: Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. También condición de matrimonio, soltería etc... de un individuo, variable cualitativa expresada en soltero, casado, separada(o), divorciada(o), unión libre
- Categoría laboral: Nivel alcanzado de acuerdo a su profesión dentro de la institución, jerarquización, variable cualitativa expresada en médico o enfermera, odontólogo, psicóloga, farmacia, archivo, intendencia.
- Antigüedad laboral: Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa o institución, variable cuantitativa expresada en años

- Área laboral: Territorio dentro de la institución donde el trabajador desempeña sus actividades, variable cualitativa expresada en el servicio en el que se encuentra como Consulta Externa, Medicina Preventiva, Farmacia, Archivo.
- Turno: Horario de trabajo asignado dentro de las 24hrs del día, variable cualitativa expresada en turno matutino, turno vespertino.
- Síndrome de Burnout: Estado de agotamiento emocional con deshumanización e insatisfacción personal que aparece en los individuos que trabajan con personas, formado por tres dimensiones.
- Agotamiento Emocional: Son las manifestaciones de respuestas emocionales inadecuadas de manera crónica, ya que la energía de los mecanismos de ajuste, adaptación y recursos internos se encuentra debilitada, los individuos se vuelven más irritables, con pérdida de la capacidad de disfrutar sus tareas, lo que traduce un agotamiento de recursos emocionales.
- Despersonalización: La deshumanización consiste en la indiferencia, sentimiento de distancia emocional, presencia de actitudes negativas, cinismo hacia los demandantes del servicio.
- Realización personal: Consiste en bajos sentimientos de realización personal, baja autoestima, sentimiento de fracaso, con tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa (autoreproche por no conseguir metas propuestas).

MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Para llevar a cabo el estudio, se planteó el proyecto con el personal que labora en la unidad y se pidió autorización al jefe de la jurisdicción No. 3 Dr. Horacio Aguilera Torres, así como al representante sindical de la jurisdicción No. 3 C. Carlos Felipe León

Olvera y la jefa de enseñanza Dra. Isue Polo Almazan, se presentó el proyecto de estudio, cuál era su finalidad sin tener ninguna objeción para la realización del mismo, previa firma de consentimiento se realiza de manera individual la aplicación de la encuesta para detección de Síndrome de Burnout, Maslach Burnout Inventory (MBI), actividad que se realizó en el primer mes de trabajo debido a que algunos se encontraban en periodo vacacional ,en el segundo mes se recabó la información que respecta a productividad, absentismo laboral y se aplican encuestas de salida de satisfacción del usuario que acude a solicitar el servicio. El estudio se programó para trabajar con el 100% del personal que labora en la unidad de estudio, 33 trabajadores de los cuales uno de ellos no acepta participar en el estudio, quedando la muestra de 32 trabajadores, primeramente se vacían los datos a hoja de Excel para ordenar la información y agruparla en las distintas variables sociodemográficas planteadas y de esta manera hacer el diagnóstico para Síndrome de Burnout, correlacionando la información obtenida en las distintas dimensiones que maneja la encuesta, esta información se representa en gráficas para el análisis de los datos obtenidos y compararlos entre ellos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Los aspectos éticos en la investigación con seres humanos y con las excepciones que el reglamento señala, este estudio responde a lo establecido:

Título segundo, capítulo II, Artículo 15: Los sujetos de este estudio no estarán expuestos a ningún riesgo, ni daño físico, psicológico, además de proteger la identidad del individuo sujeto a la investigación.

Título segundo, capítulo II, Artículo 17, Sección I, Investigación sin riesgo: Son los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental, prospectiva y aquellos 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 o se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para la realización de esta investigación se contará con la aprobación de las autoridades de salud correspondiente, así como del consentimiento informado por escrito por parte de los pacientes, sin olvidar el Título II, Artículo 120 donde se menciona que el investigador, podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación.

En relación a lo establecido en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964; y enmarcada por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975; incluyendo hasta la 59a asamblea General Seúl Corea, octubre de 2008; como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio que se realizó sobre la frecuencia del Síndrome de Burnout en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes, Querétaro, en el periodo de Diciembre del 2012 a Febrero del 2013, participando médicos, enfermeras, odontólogos, psicología, personal administrativo (director, jefatura de enfermería, archivo y farmacia) e intendencia en sus dos turnos, relacionado con baja productividad, mayor ausentismo laboral y deficiente calidad en la atención de los usuarios.

La muestra se incluyó al 100% de la plantilla laboral de (33 trabajadores) (N), de estos se excluyó a uno de ellos por no aceptar participar quedando un total de 32 mediciones (n). El estudio realizado no mostro personal con Síndrome de Burnout, sin embargo si se encontraron niveles medio y alto, en alguna de sus dimensiones como Agotamiento Emocional, Despersonalización o Realización Personal.

Para el análisis de la edad de los participantes se agruparon por categorías, donde predomina la de 31 a 35 años con una frecuencia de 8 con 25% del total de participantes y la menor de 41 a 45 años con una frecuencia de 3 con el 9% (tabla 1). Respecto a la edad y la presencia de Agotamiento Emocional alto se encontró que el grupo 36 a 40 años presenta el mayor porcentaje con una frecuencia de 2 con 28%, seguido de 31 a 35 con una frecuencia de 1 con el 13%, Agotamiento Emocional medio con una frecuencia de 2 en el grupo de 41 a 45 años con el 67%. (Tabla 2). En Despersonalización alto predomina el grupo de 41 a 45 años con frecuencia de 2 participantes con el 67% y Despersonalización medio predomina el grupo de 36 a 40 años con una frecuencia de 3 participantes con el 43%. (Tabla 3). En Realización Personal alta predomina el grupo de 31 a 35 años con frecuencia de 3 con el 38%, seguida de la categoría 25 a 30 años con frecuencia de 2 con el 33%, en Realización Personal medio predomina el grupo de 46 a 50 años con una frecuencia de 2 con el 50%. (Tabla 4).

En el análisis de la distribución por sexo se encontró que de los 32 participantes, 23 corresponden al sexo femenino con el 72% y 9 corresponde al sexo masculino con el 28%. (Tabla 5). Respecto al sexo y la presencia de Agotamiento Emocional alto se observó un predominio del sexo femenino con frecuencia de 3 con el 13%, Agotamiento emocional medio con una frecuencia de 5 con el 22% el sexo femenino y con una frecuencia de 2 el sexo masculino con el 22%. (Tabla 6). En Despersonalización alto se observó que el sexo masculino es el más afectado con una frecuencia de 2 con el 22%, Despersonalización medio con una frecuencia de 6 con el 26%. (Tabla 7). Respecto a la Realización Personal alto se encontró que el sexo femenino predomina con una frecuencia de 6 con el 26% y Realización Personal medio con una frecuencia de 5 con el 22% en el sexo femenino. (Tabla 8).

El análisis de la distribución por estado civil de los participantes se encontró que predomina con el 41% los casados con una frecuencia de 13, seguida con el 34% de solteros con una frecuencia de 11, 16% en unión libre con una frecuencia de 5, divorciados con el 6% con una frecuencia de 2 y el 3% son viudos con una frecuencia de 1. (Tabla 9). En el análisis que respecta al estado civil y Agotamiento Emocional alto predomina en los solteros con una frecuencia de 2 con el 18%, Agotamiento Emocional medio predomina en divorciados con una frecuencia de 1 con el 50% (Tabla 10). En Despersonalización alto predomina la categoría de divorciados con una frecuencia de 1 con el 50%, seguida de los casados con una frecuencia de 3 con el 23%, en Despersonalización medio predomina la categoría de casados con una frecuencia de 4 con el 31%, seguida de los solteros con una frecuencia de 3 con el 27%. (Tabla 11). En Realización Personal alto se encontró predominio en viudos con frecuencia de 1 con el 100%, Realización Personal medio con predominio en divorciados con el 50% con una frecuencia de 1. (Tabla 12).

En el análisis de la distribución de antigüedad laboral de los participantes se encontró que predominan los que tienen menos de 5 años laborando con el 34% con una frecuencia de 11, seguida de 6 a 10 años con 28% con una frecuencia de

9, de 11 a 15 años con 19% y una frecuencia de 6, de 21 a 25 años con el 9% con una frecuencia de 3, de más de 26 años con el 6% con una frecuencia de 2 y de 16 a 20 años con 3% con una frecuencia de 1. (Tabla 13). En el análisis con respecto a la distribución de antigüedad laboral y Agotamiento Emocional alto se encontró predominio en la categoría de 11 a 15 años con una frecuencia de 1 con el 17%, seguido por la categoría de 6 a 10 años con el 11% con una frecuencia de 1, Agotamiento emocional medio predomina la categoría de 16 a 20 años con el 100% con una frecuencia de 1, seguida por la de 21 a 25 años con el 67% con una frecuencia de 2. (Tabla 14). En Despersonalización alto se encontró que predomina la categoría de 16 a 20 años con frecuencia de 1 con el 100%, seguida de la categoría de 21 a 25 años con el 33% con una frecuencia de 1, en Despersonalización medio predomina la categoría de más de 26 años con el 50% con una frecuencia de 1 seguida por las categorías de 6 a 10 años y 11 a 15 años con el 33%. (Tabla 15). En Realización Personal alto se encontró que predomina la categoría de 16 a 20 años con el 100% con una frecuencia de 1, seguida por la categoría de menos de 5 años con el 36% con una frecuencia de 4, en Realización personal medio predomina la categoría de más de 26 años con el 50% con una frecuencia de 1, seguida por la de 11 a 15 años con el 33% con una frecuencia de 2. (Tabla 16).

En el análisis de la distribución por turno tenemos que el 69% labora en el turno matutino con una frecuencia de 22 y el 31% labora en el turno vespertino con una frecuencia de 10. (Tabla 17). En el análisis con respecto al turno laboral y la presencia de Agotamiento Emocional alto con predominio en el turno vespertino con el 10% con una frecuencia de 1, seguida por el turno matutino con el 9% con una frecuencia de 2, en Agotamiento Emocional medio predomina el turno matutino con el 23% con una frecuencia de 5, seguido por el turno vespertino con el 20% con una frecuencia de 2. (Tabla 18). En la distribución por turno laboral y Despersonalización alta predomina el turno matutino con el 18% con una frecuencia de 4, seguida por el vespertino con el 10% con una frecuencia de 1. En Despersonalización medio predomina el turno vespertino con el 30% con una frecuencia de 3, seguida por el turno matutino con el 18% con una frecuencia de

4. (Tabla 19). En Realización Personal alto predomina el turno vespertino con el 30% con una frecuencia de 3, seguida por el matutino con el 18% con una frecuencia de 4, Realización personal medio predomina el turno el turno matutino con 23% con una frecuencia de 5, seguida por el turno vespertino con el 10% y una frecuencia de 1.(Tabla 20).

En el análisis de la distribución por área laboral se observó que el operativo predomina con una frecuencia de 26 correspondiendo al 81% y el administrativo tiene una frecuencia de 6 que corresponde al 19%. (Tabla 21). Respecto al área laboral y la presencia de Agotamiento Emocional alto se encontró que predomina el operativo una frecuencia de 3 que equivale al 12%, en Agotamiento Emocional medio el área administrativa predomina con frecuencia de 2 con el 34%. (Tabla 22). En Despersonalización alto y medio predomina la categoría de administrativo con una frecuencia de 2 con el 33%. (Tabla 23). En Realización Personal alto el más significativo se encontró en la categoría de administrativo con una frecuencia de 2 con 33%, Realización Personal medio la categoría de administrativo predomina con una frecuencia de 3 con el 50%. (Tabla 24).

En el análisis de la distribución por categoría laboral predomina la categoría de médicos generales con una frecuencia de 10 con 31%, seguida de enfermeras generales con una frecuencia de 6 con el 19%, el 13% son administrativos y auxiliares de enfermería con una frecuencia de 4 cada categoría, 6% en las categorías odontología, médico pasante de odontología e intendencia con una frecuencia de 2 cada una de ellas con el 3%, las categorías de médico pasante del servicio social y psicología con una frecuencia de 1 cada uno. (Tabla 25).El análisis con respecto a la categoría laboral y la presencia de Agotamiento Emocional alto predominio en la categoría de psicología con el 100% con una frecuencia de 1, seguido de la de médico general con frecuencia de 2 con el 20%, en Agotamiento emocional medio predomina la categoría de médico pasante del servicio social con frecuencia de 1 con el 100%, seguido de intendencia con una frecuencia de 1 con el 50%. (Tabla 26). En Despersonalización alto predominan las categorías de auxiliar de enfermería e intendencia con el 50%, seguido del

área administrativa con una frecuencia de 1 con el 25%, Despersonalización medio predomina la categoría de médico pasante del servicio social con frecuencia de 1 con el 100%, seguida de la enfermera general con una frecuencia de 3 alcanzando el 50%. (Tabla 27). En Realización Personal alto predomina la categoría de auxiliar de enfermería con una frecuencia de 3 con el 75%, seguida de intendencia con el 50% con una frecuencia de 1, en Realización personal medio predominan las categorías de administrativo e intendencia con el 50%, seguida de la categoría de enfermera general con el 33% con una frecuencia de 2. (Tabla 28).

En el análisis de la productividad por categorías del personal que consta de 11 médicos generales que corresponde al 42% con 12 consultas por día en promedio, 10 enfermeras con el 38% con 18 intervenciones por día en promedio, 4 odontólogos 15% con 4 consultas por día en promedio y 1 psicóloga con el 4% con 5 consultas por día en promedio que se desempeñan en el área operativa con un total de 26 trabajadores. (Tabla 29).

En el análisis de la productividad de los participantes con Agotamiento Emocional alto, la categoría de médico general otorgó 10 consultas por día, la categoría de psicología otorgó 5 consultas por día, el personal con Agotamiento emocional medio, el médico otorgó 12 consultas por día y enfermería realizó 20 intervenciones por día, el personal con niveles bajos de Agotamiento Emocional el médico general otorgó 13 consultas por día, enfermería realizó 17 intervenciones por día y odontología 4 consultas por día. (Tabla 30). En el análisis de la productividad y la presencia de Despersonalización alta, el médico general otorgó 10 consultas por día, enfermería realizó 18 intervenciones por día, en Despersonalización medio, el médico general otorgó 12 consultas por día, enfermería realizó 17 intervenciones, en Despersonalización bajo el médico general otorgó 13 consultas por día, enfermería realizó 18 intervenciones por día. (Tabla 31). En el análisis de la productividad y Realización Personal alto se encontró que el médico general otorgó 20 consultas por día, enfermería realizó 15 intervenciones por día, en Realización Personal medio el médico general

otorgó 15 consultas por día, enfermería realizó 20 intervenciones por día, en Realización Personal bajo el médico general otorgó 11 consultas por día, enfermería con 20 intervenciones. (Tabla 32)

En el análisis del comparativo de faltas por categoría laboral se encontraron dos faltas en el área administrativa en el personal con Agotamiento Emocional y Realización Personal medio respectivamente. (Tabla 33).

Respecto al comparativo de días económicos por categoría laboral se encontró que el personal con Agotamiento Emocional bajo el médico general solicitó 7 días económicos en comparación con los que presentaron Agotamiento Emocional alto que solicito 5 días económicos, en enfermería se encontró que el personal con Agotamiento Emocional medio solicitó 2 días económicos, odontología el personal con Agotamiento Emocional bajo solicitó 2 días económicos, la categoría de administrativo con Agotamiento Emocional medio solicitó 1 día económico. En Despersonalización alto enfermería solicito 1 día económico y Despersonalización medio enfermería solicito 2 días económicos. En Realización Personal alto el personal de enfermería solicito 1 día económico y Realización Personal medio enfermería solicitó 3 días económicos. (Tabla 34).

El análisis del comparativo de pase de salida por categoría laboral se encontró que el personal con Agotamiento Emocional alto solicitó el médico general solicito 12 pases de salida, con Agotamiento Emocional medio el médico general solicito 2 pases de salida, enfermería 10 pases de salida, administrativo 3 pases de salida, con Agotamiento Emocional bajo el médico general solicitó 22 pases de salida, enfermería solicitó 6 pases de salida, odontología 10 y administrativo 1 pase de salida, en cuanto a Despersonalización alto enfermería solicitó 2 pases de salida, Despersonalización medio el médico general solicito 2 pases de salida, enfermería 8 pases de salida, en cuanto a Realización Personal alto enfermería solicitó 3 pases de salida, en Realización Personal medio el médico general solicitó 5 pases de salida, enfermería 1 pase de salida, administrativo 4 pases de salida. (Tabla 35).

Lo que respecta al comparativo de incapacidades por categoría laboral se encontró en el personal con Agotamiento Emocional bajo en la categoría de médico general con 2 incapacidades registradas y 1 en el área de enfermería con Realización Personal alto. (Tabla 36).

En el análisis con respecto a la satisfacción del usuario, se realizaron 90 encuestas en sala de espera que consta con 14 ítems, de los cuales el 100% fueron contestados, 67 fueron contestados por el paciente con el 74% y 23 por el familiar o acompañante con el 26%. (Tabla 37).

Referente con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Quedo usted?, el paciente respondió que se encuentra satisfecho en 34 encuestas aplicadas que corresponde al 38%, insatisfecho en 54 encuestas que corresponde al 60% y 2 pacientes no contestaron que corresponde al 2%.(Tabla 38).

Con respecto a si el médico le permitió hablar sobre su estado de salud, el usuario atendido por el personal con Agotamiento Emocional bajo, predomina la respuesta de Sí con una frecuencia de 55, con Agotamiento Emocional medio 17 y Agotamiento Emocional alto con 9, en Despersonalización bajo predomina con una frecuencia de 53, Despersonalización medio con 17 y Despersonalización alto con 11, con Realización Personal baja con una frecuencia de 53, Realización Personal medio con 10 y Realización Personal alto con 18. (Tabla 39).

En cuanto a que si el médico le explicó sobre su estado de salud se encontró predominio en la respuesta Sí, en el personal con Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 51, con Agotamiento Emocional medio 16 y Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 9, en Despersonalización bajo con una frecuencia de 50, Despersonalización medio con una frecuencia de 16, Despersonalización alto con una frecuencia de 10, en Realización Personal bajo con una frecuencia de 50, Realización personal medio con una frecuencia de 10 y Realización Personal alto con una frecuencia de 16. (Tabla 40).

En cuanto a que si el médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir se encontró un predominio en donde el usuario contestó que Sí, en el personal con

en Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 52, en Agotamiento Emocional medio 16 y Agotamiento Emocional alto 9, en Despersonalización baja con una frecuencia de 57, Despersonalización medio con una frecuencia de 15 y Despersonalización con 10, en Realización Personal bajo con una frecuencia de 51, Realización Personal medio de 9 y Realización Personal alto con 17, solo 12 usuarios contestaron que No y 1 no contestó. (Tabla 41).

Lo que respecta a que si el médico le explico sobre los cuidados que debe seguir, se encontró un predominio donde el usuario contestó que Sí, atendido por personal con Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 50, Agotamiento Emocional medio con una frecuencia de 15, Agotamiento Emocional alto con 9, en Despersonalización baja con una frecuencia de 50, Despersonalización medio de 14, Despersonalización alto de 10, en Realización Personal bajo con una frecuencia de 47, Realización Personal medio de 9 y Realización Personal alto con una frecuencia de 16, solo 15 usuarios contestaron que No y solo 1 no contestó. (Tabla 42).

En relación con la información que recibió por parte del médico, ¿El usuario como la consideró? Se encontró que de los cuestionarios realizados hay un predominio donde el usuario la consideró: Buena, por personal con Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 43, Agotamiento Emocional medio con 15, en Agotamiento Emocional alto con 9, en Despersonalización baja con una frecuencia de 45, Despersonalización medio con 13 y Despersonalización alto de 9, en Realización Personal bajo con una frecuencia de 47, Realización Personal medio de 5 y Realización Personal alto con una frecuencia de 15, 17 usuarios la consideran confusa, 5 mala y solo 1 de los usuarios no recibe información. (Tabla 43).

En cuanto a la atención recibida por parte del personal de enfermería se encontró predominio donde el usuario la consideró Regular por personal con Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 39, Agotamiento Emocional medio con 8 y Agotamiento Emocional alto con 6, Despersonalización baja con una frecuencia de 38, Despersonalización medio con 8, Despersonalización alto con 7,

Realización Personal bajo con una frecuencia de 37, Realización Personal medio con 5 y Realización Personal alto con 11, 32 usuarios la consideran buena y solo 5 como mala. (Tabla 44).

De la información que recibió por parte de enfermería sobre las acciones a realizarle a usted o familiar, el usuario la consideró con predominio como Regular del personal con Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 38, Agotamiento emocional medio con 6, Agotamiento Emocional alto con 5, en Despersonalización bajo con una frecuencia de 35, Despersonalización medio de 8, Despersonalización alto de 6, en Realización Personal bajo con una frecuencia de 32, Realización Personal medio de 5 y Realización Personal alto con 12, 31 usuarios la consideran buena, 5 mala y 5 de los usuarios no recibe información. (Tabla 45)

En el análisis de la atención recibida por parte del personal de farmacia fue: Se encontró que de los cuestionarios realizados, un predominio donde el usuario la consideró Buena, el personal que presenta Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 48, Agotamiento Emocional medio con 13, Agotamiento Emocional alto con 5, en Despersonalización bajo con una frecuencia de 43, Despersonalización medio con 15, Despersonalización alto con 8, Realización Personal bajo con una frecuencia de 41, Realización Personal medio con 11 y Realización Personal alto con 14, 22 usuarios la consideran regular, 2 mala. (Tabla 46).

De la atención recibida por parte del personal de archivo, se encontro un predominio que de los cuestionarios realizados el usuario la consideró Buena, del personal que presenta Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 41, Agotamiento Emocional medio con 14, en Agotamiento Emocional alto con 7, en Despersonalización bajo con una frecuencia de 42, Despersonalización medio con 12, Despersonalización alto con 8, Realización Personal bajo con una frecuencia de 42, Realización Personal medio con 9 y Realización Personal alto con 11, 26 usuarios la consideran regular y solo 2 mala. (Tabla 47).

En general el trato que recibió usted en esta unidad, se encontró que de los cuestionarios realizados, el usuario la consideró Regular por personal que presenta Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 36, Agotamiento Emocional medio con 11, en Agotamiento Emocional alto con 2, en Despersonalización baja con una frecuencia de 29, Despersonalización medio de 11 y Despersonalización alto con 9, Realización Personal bajo con una frecuencia de 27, Realización Personal medio de 7 y Realización Personal alto con 15, 39 usuarios la consideran buena y solo 2 como mala. (Tabla 48).

En cuanto al área del servicio donde usted recibió el maltrato, se encontró predominio en el área de enfermería, por personal que presenta Agotamiento Emocional bajo con una frecuencia de 20, Agotamiento emocional medio con 2, Agotamiento Emocional alto con 5, en Despersonalización baja con una frecuencia de 22, Despersonalización medio de 5, en Realización Personal bajo con una frecuencia de 20, Realización Personal medio con 2 y Realización Personal alto con 5, 12 usuarios refieren maltrato en el área médica, 5 de intendencia, 3 de farmacia y 2 de archivo. (Tabla 49).

En cuanto al área de servicio en el que recibió la atención, se encontró un predominio en el área médica con una frecuencia 60 con el 67%, seguida por la de odontología con una frecuencia de 15 con el 17%, enfermería con una frecuencia de 13 con el 14%, Farmacia y Archivo con una frecuencia de 1 con el 1% respectivamente. (Tabla 50).

Edad

1.- Distribución por edad

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 30 años.	6	19%
De 31 a 35 años.	8	25%
De 36 a 40 años	7	22%
De 41 a 45 años	3	9%
De 46 a 50 años.	4	13%
Más de 51 años	4	13%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

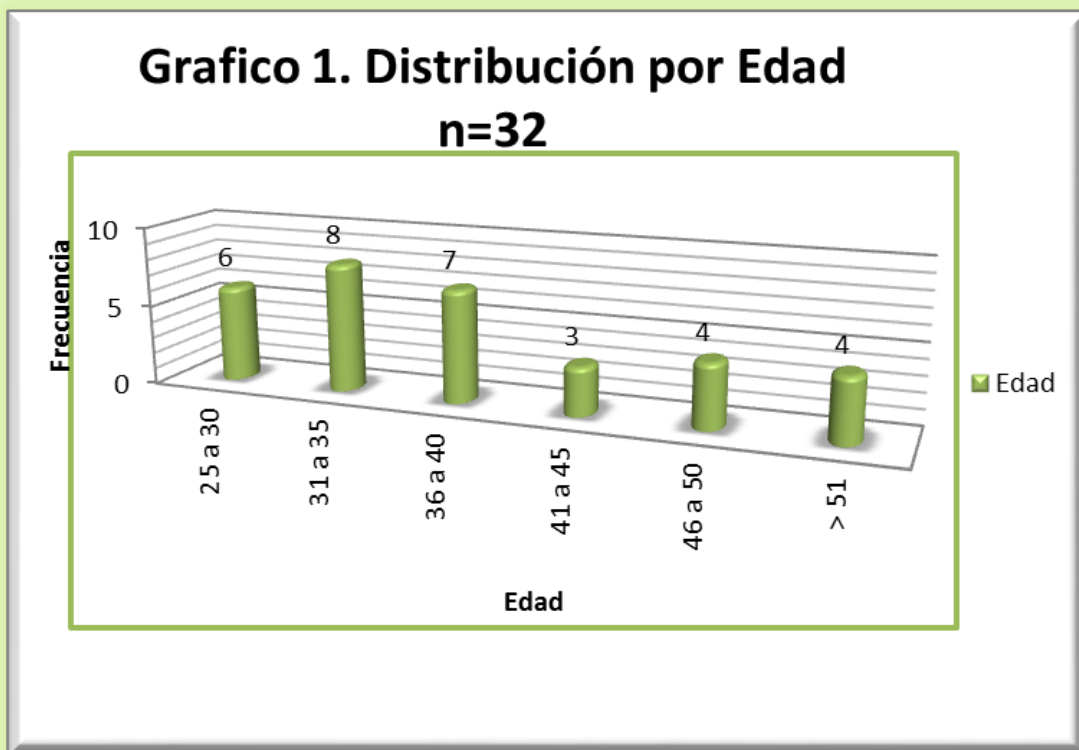


Tabla 2.- Distribución por edad y Agotamiento Emocional

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 30 años.	6	19%	5	80%	1	20%	0	0%
De 31 a 35 años.	8	25%	7	87%	0	0%	1	13%
De 36 a 40 años	7	22%	3	42%	2	29%	2	28%
De 41 a 45 años	3	9%	1	33%	2	67%	0	0%
De 46 a 50 años.	4	13%	4	100%	0	0%	0	0%
Más de 51 años	4	13%	2	50%	2	50%	0	0%
TOTAL	32	100%	22		7		3	

Fuente: Directa de encuesta.

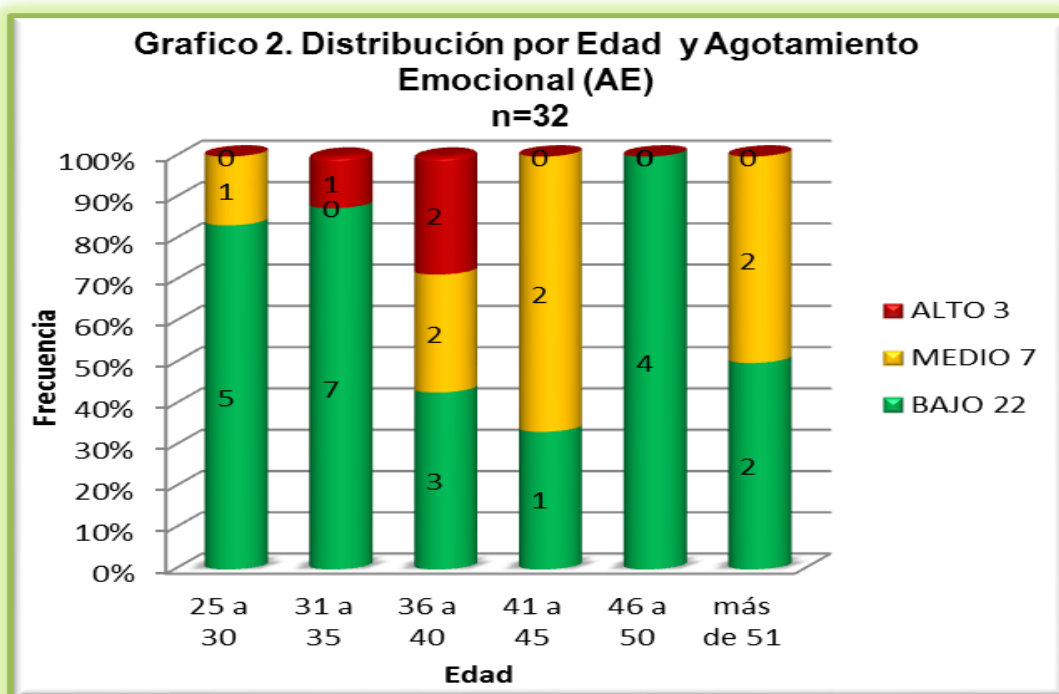


Tabla 3 .- Distribución por edad y Despersonalización

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 30 años.	6	19%	4	66%	1	17%	1	17%
De 31 a 35 años.	8	25%	6	75%	2	25%	0	0%
De 36 a 40 años	7	22%	3	43%	3	43%	1	14%
De 41 a 45 años	3	9%	1	33%	0	0%	2	67%
De 46 a 50 años.	4	13%	3	75%	1	25%	0	0%
Más de 51 años	4	13%	3	75%	0	0%	1	25%
TOTAL	32	100%	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

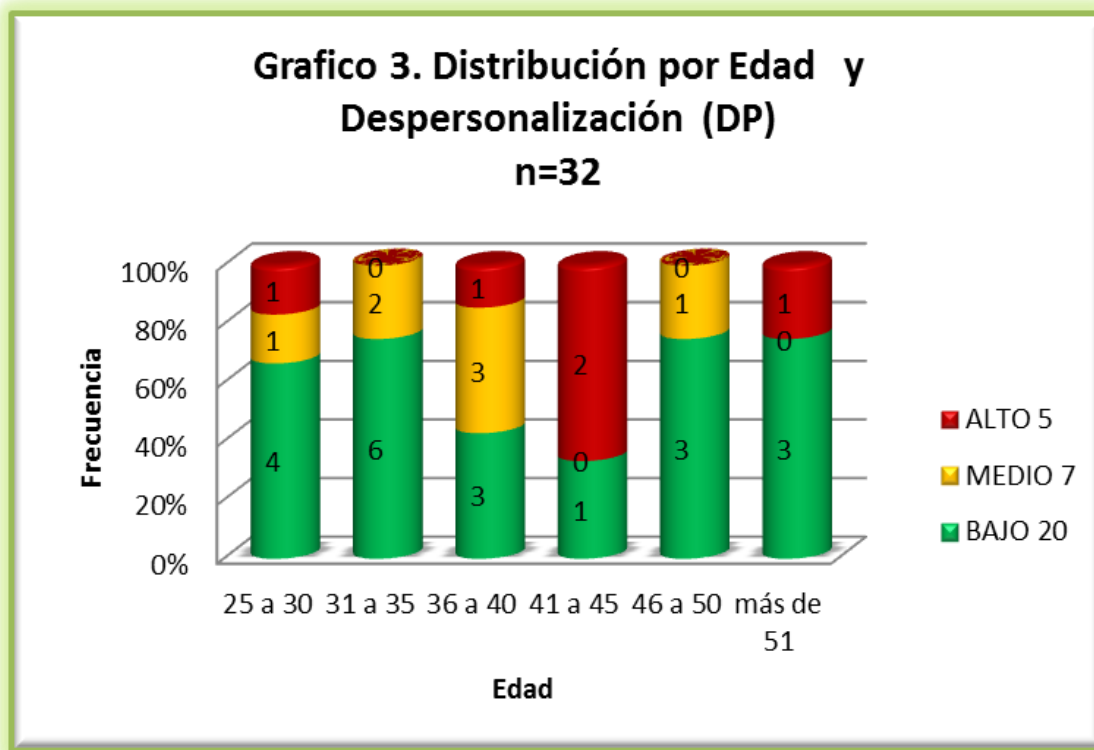
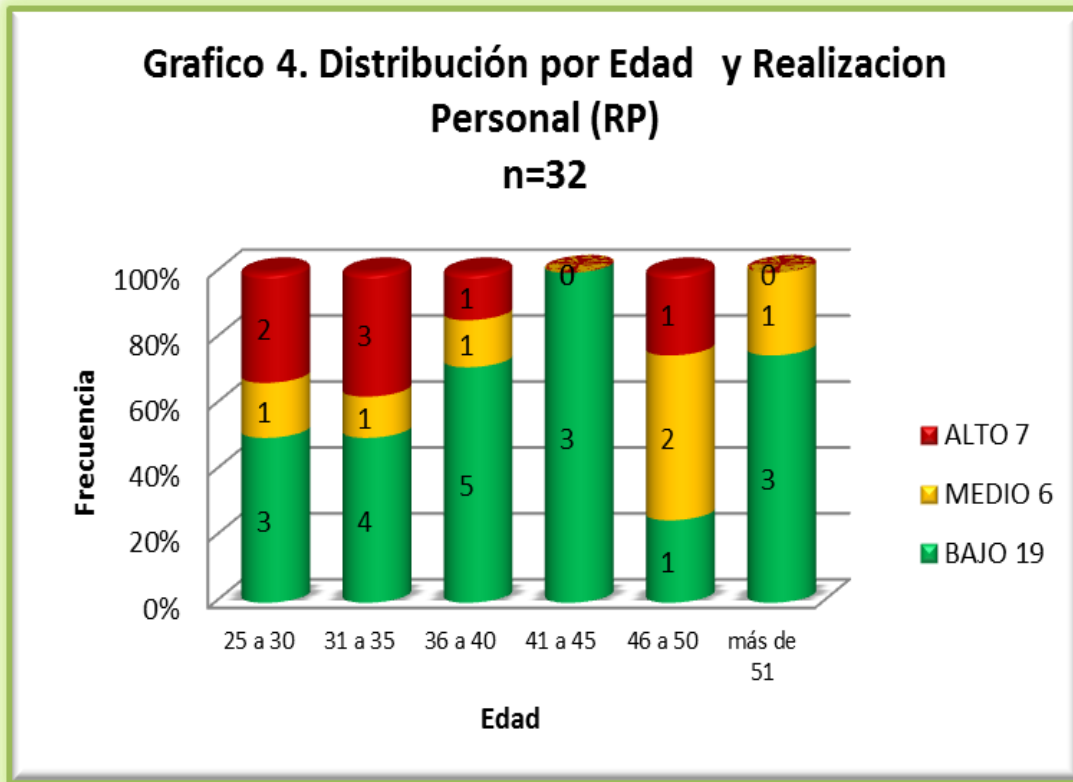


Tabla 4 .- Distribución por edad y Realización Personal

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 30 años.	6	19%	3	50%	1	17%	2	33%
De 31 a 35 años.	8	25%	4	50%	1	12%	3	38%
De 36 a 40 años	7	22%	5	72%	1	14%	1	14%
De 41 a 45 años	3	9%	3	100%	0	0%	0	0%
De 46 a 50 años.	4	13%	1	25%	2	50%	1	25%
Más de 51 años	4	13%	3	75%	1	25%	0	0%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Sexo

Tabla 5.- Distribución por Sexo.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	72%
Masculino	9	28%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

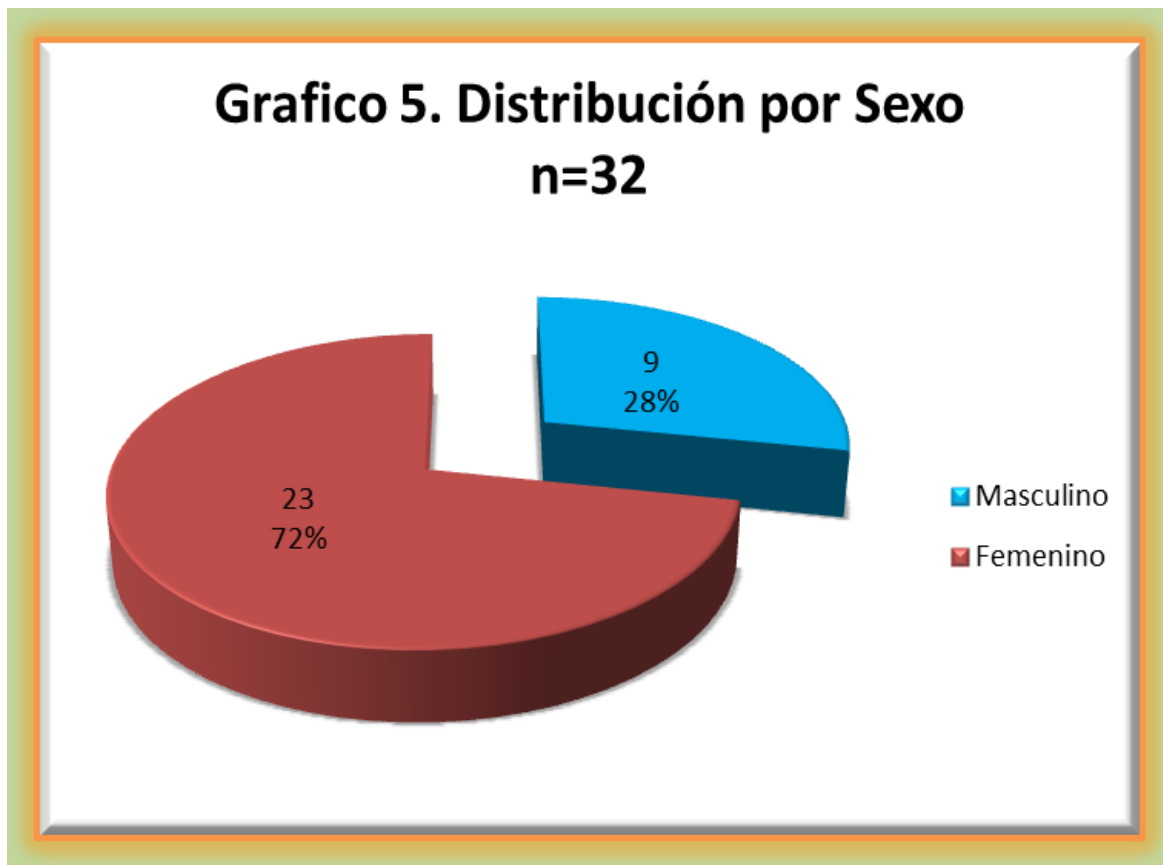


Tabla 6.- Distribución por Sexo y Agotamiento Emocional.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	72%	15	65%	5	22%	3	13%
Masculino	9	28%	7	78%	2	22%	0	0%
TOTAL	32	100%	22		7		3	

Fuente: Directa de encuesta.

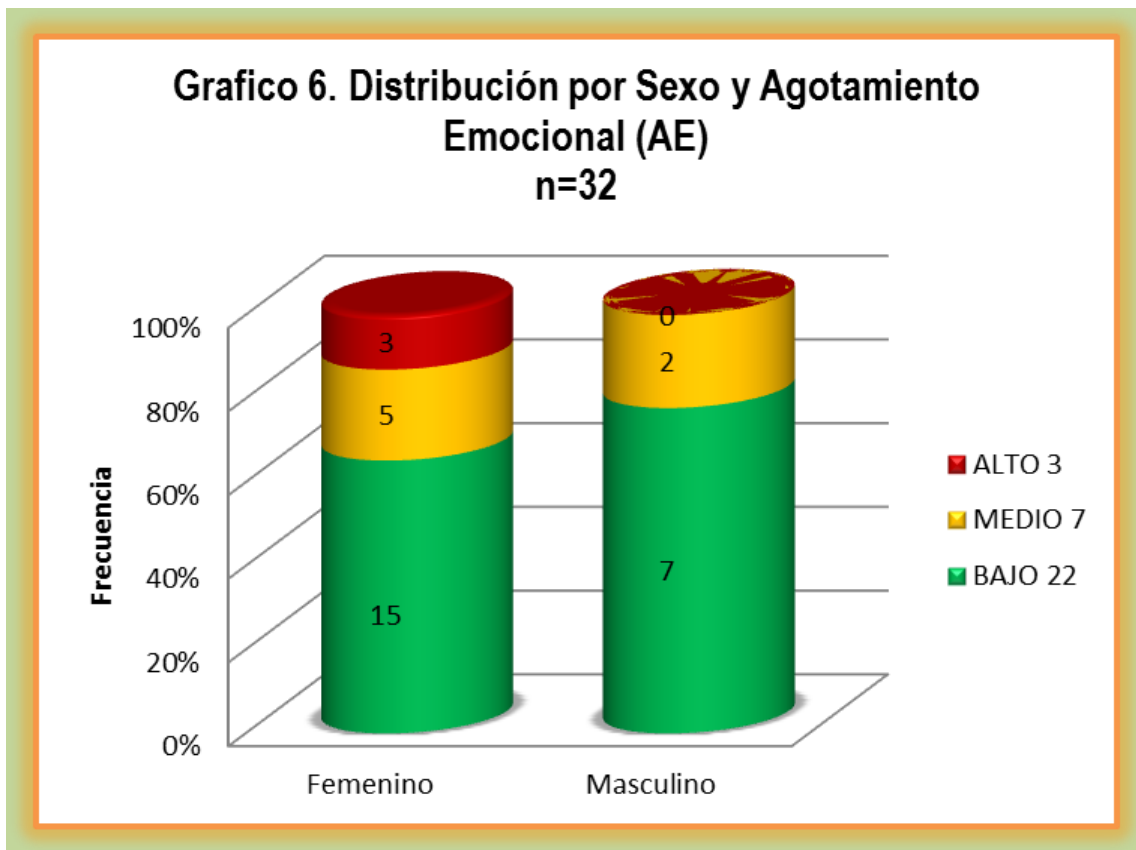


Tabla 7.- Distribución por Sexo y Despersonalización.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	72%	14	61%	6	26%	3	13%
Masculino	9	28%	6	67%	1	11%	2	22%
TOTAL	32	100%	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

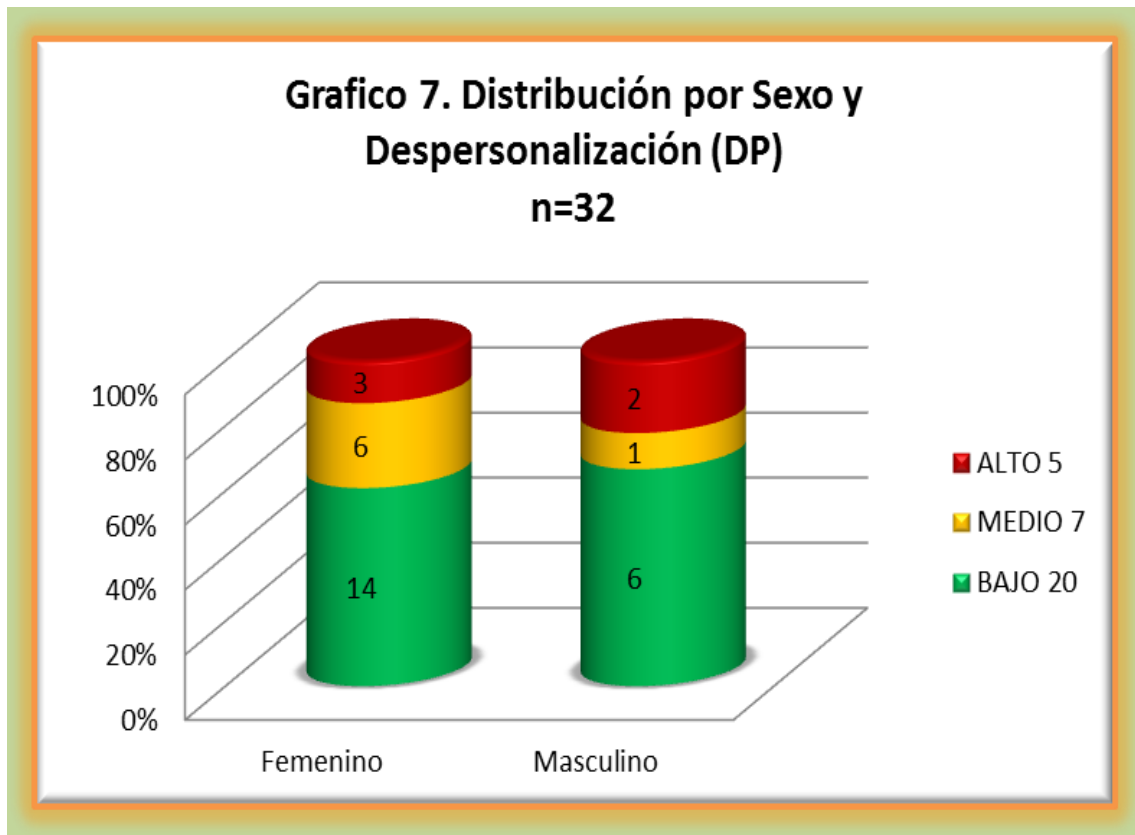
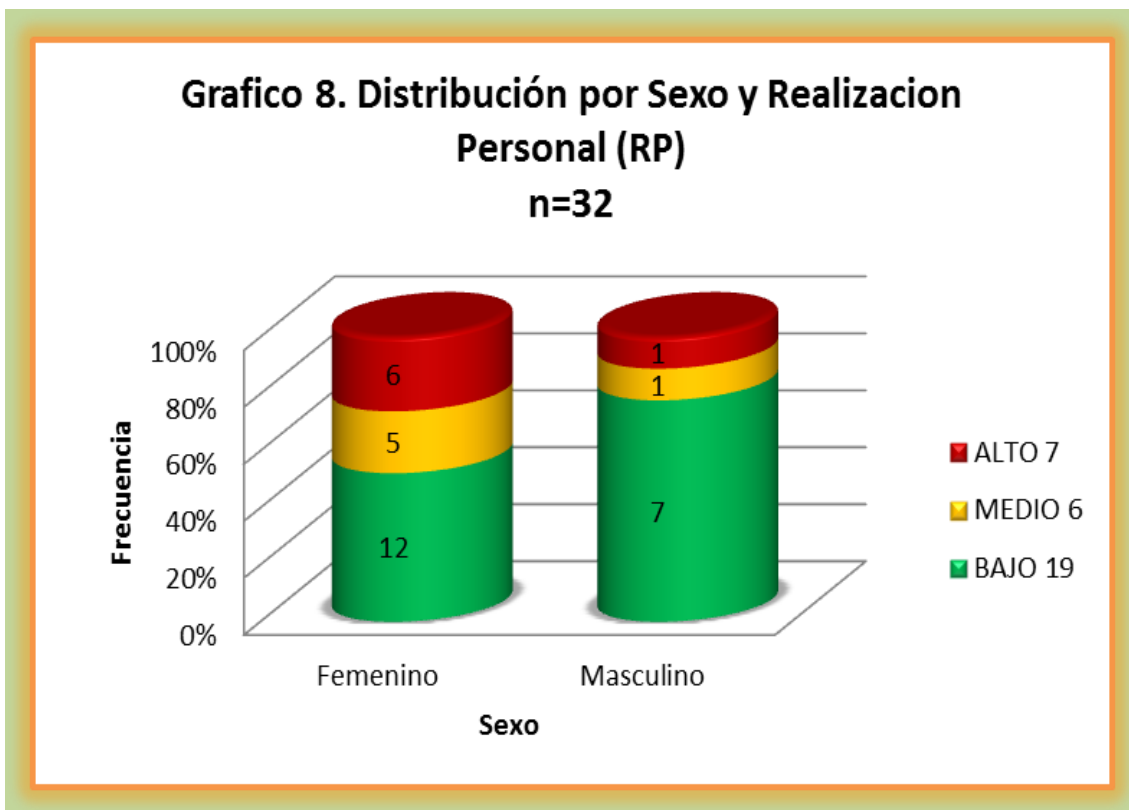


Tabla 8.- Distribución por Sexo y Realización Personal.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	72%	12	52%	5	22%	6	26%
Masculino	9	28%	7	78%	1	11%	1	11%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Estado Civil

Tabla 9.- Estado Civil de los participantes

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Casados	13	41%
Solteros	11	34%
Unión Libre	5	16%
Viudos	1	3%
Divorciados	2	6%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

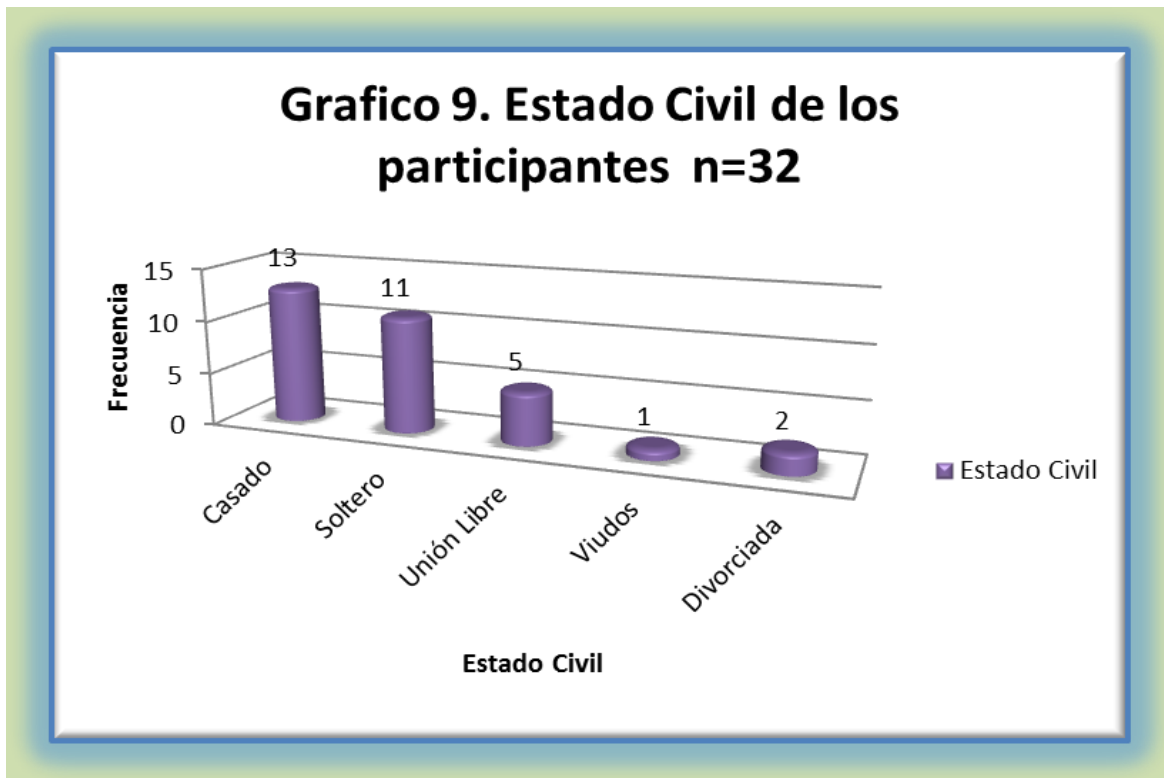


Tabla 10.- Estado Civil de los participantes y Agotamiento Emocional.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casados	13	41%	8	61%	4	31%	1	8%
Solteros	11	34%	7	64%	2	18%	2	18%
Unión Libre	5	16%	5	100%	0	0%	0	0%
Viudos	1	3%	1	100%	0	0%	0	0%
Divorciados	2	6%	1	50%	1	50%	0	0%
TOTAL	32	100%	22		7		3	

Fuente: Directa de encuesta.

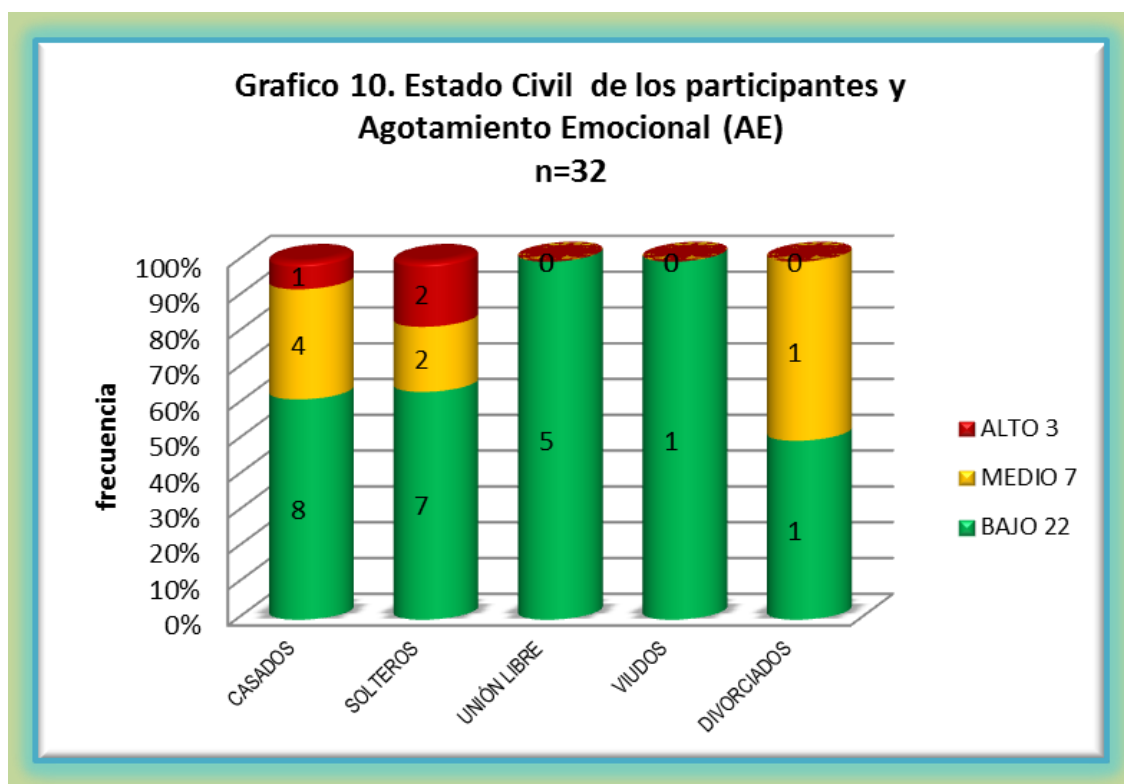


Tabla 11.- Estado Civil de los participantes y Despersonalización.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casados	13	41%	6	46%	4	31%	3	23%
Solteros	11	34%	8	73%	3	27%	0	0%
Unión Libre	5	16%	4	80%	0	0%	1	20%
Viudos	1	3%	1	100%	0	0%	0	0%
Divorciados	2	6%	1	50%	0	0%	1	50%
TOTAL	32	1	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

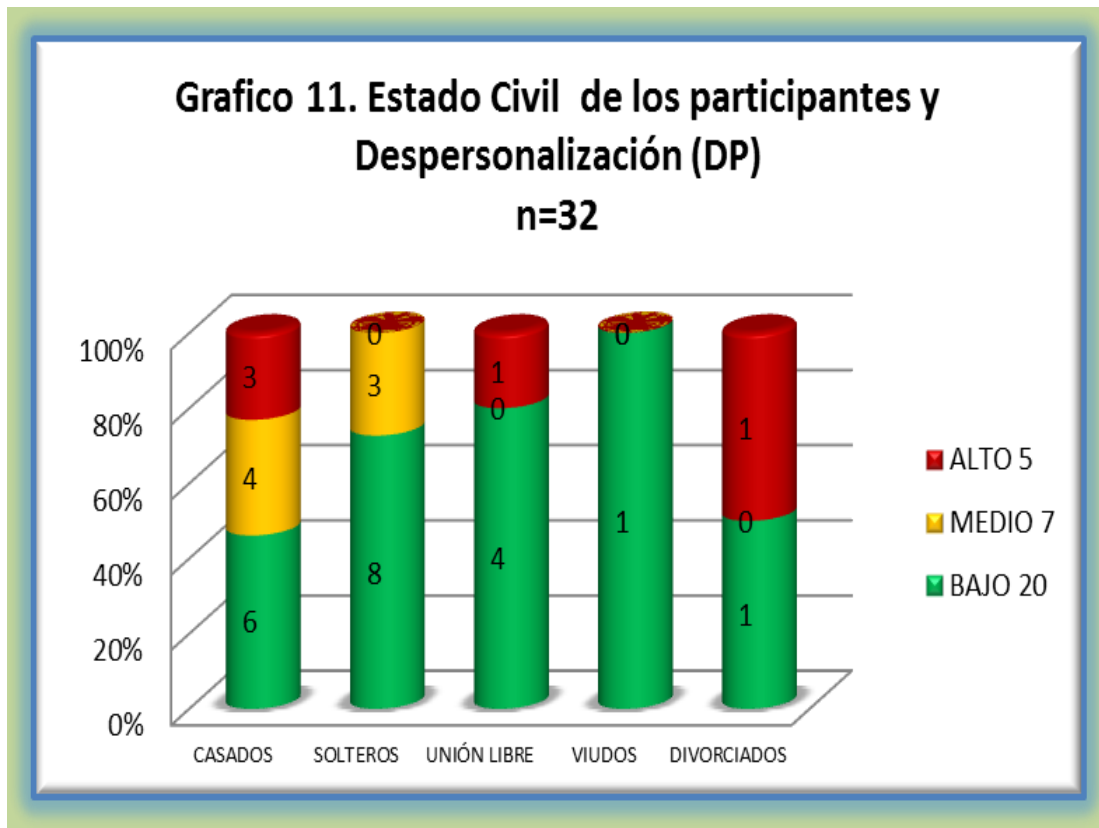
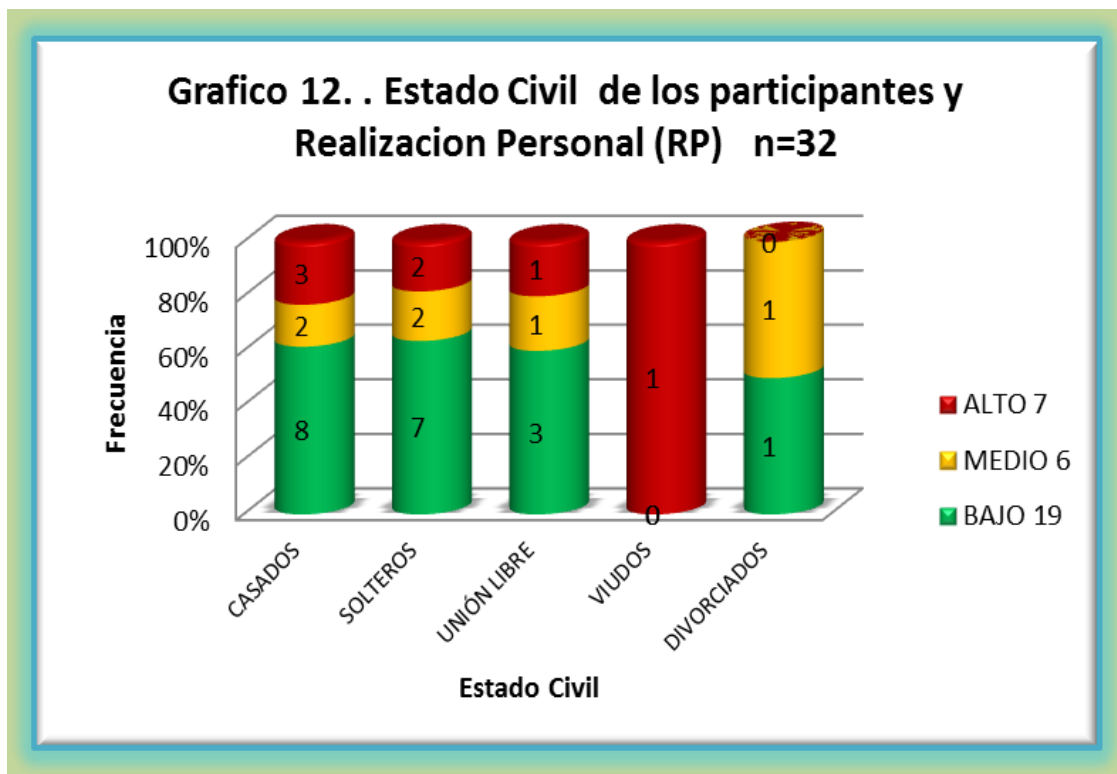


Tabla 12.- Estado Civil de los participantes y Realización Personal.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casados	13	41%	8	62%	2	15%	3	23%
Solteros	11	34%	7	64%	2	18%	2	18%
Unión Libre	5	16%	3	60%	1	20%	1	20%
Viudos	1	3%	0	0%	0	0%	1	100%
Divorciados	2	6%	1	50%	1	50%	0	0%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Antigüedad Laboral

Tabla 13.- Distribución por Antigüedad Laboral

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años.	11	34%
De 6 a 10 años.	9	28%
De 11 a 15 años	6	19%
De 16 a 20 años.	1	3%
De 21 a 25 años.	3	9%
Más de 26 años.	2	6%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

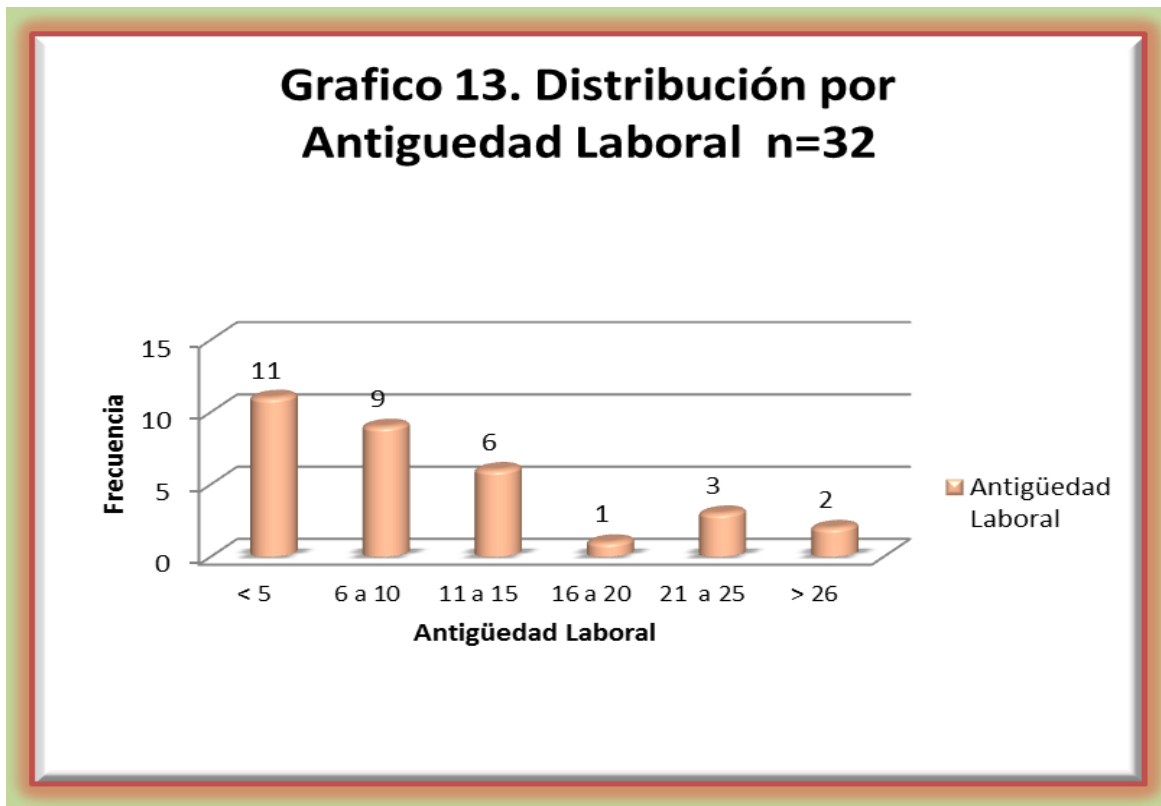


Tabla 14.- Distribución por Antigüedad Laboral y Agotamiento Emocional.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años.	11	34%	9	82%	1	9%	1	9%
De 6 a 10 años.	9	28%	5	56%	3	33%	1	11%
De 11 a 15 años	6	19%	5	83%	0	0%	1	17%
De 16 a 20 años.	1	3%	0	0%	1	100%	0	0%
De 21 a 25 años.	3	9%	1	33%	2	67%	0	0%
Más de 26 años.	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
TOTAL	32	100%	22		7		3	

Fuente: Directa de encuesta.

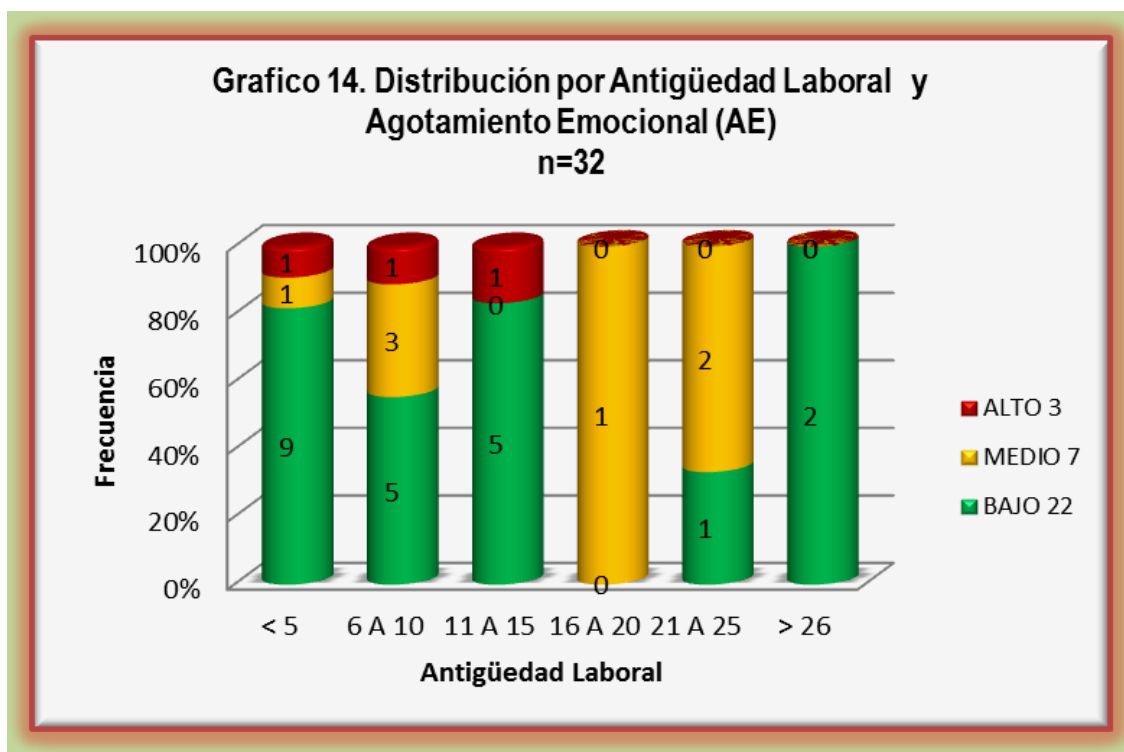


Tabla 15.- Distribución por Antigüedad Laboral y Despersonalización.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años.	11	34%	9	82%	1	9%	1	9%
De 6 a 10 años.	9	28%	4	45%	3	33%	2	22%
De 11 a 15 años	6	19%	4	67%	2	33%	0	0%
De 16 a 20 años.	1	3%	0	0%	0	0%	1	100%
De 21 a 25 años.	3	9%	2	67%	0	0%	1	33%
Más de 26 años.	2	6%	1	50%	1	50%	0	0%
TOTAL	32	100%	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

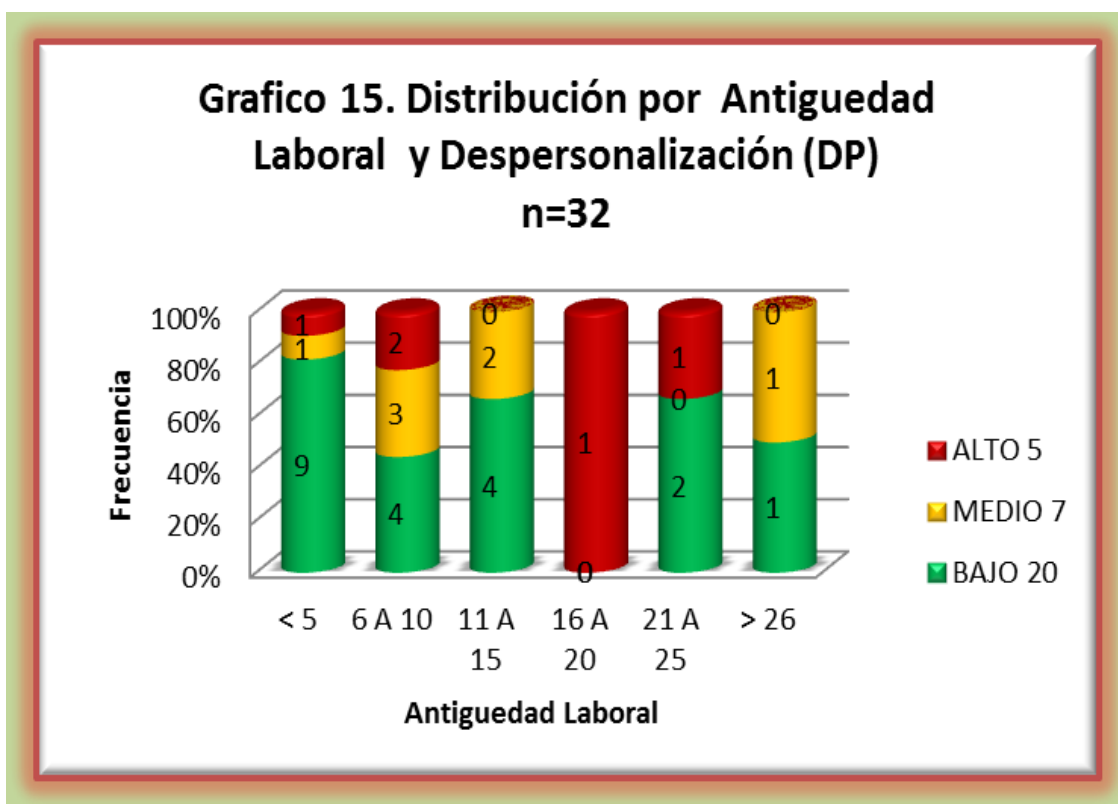
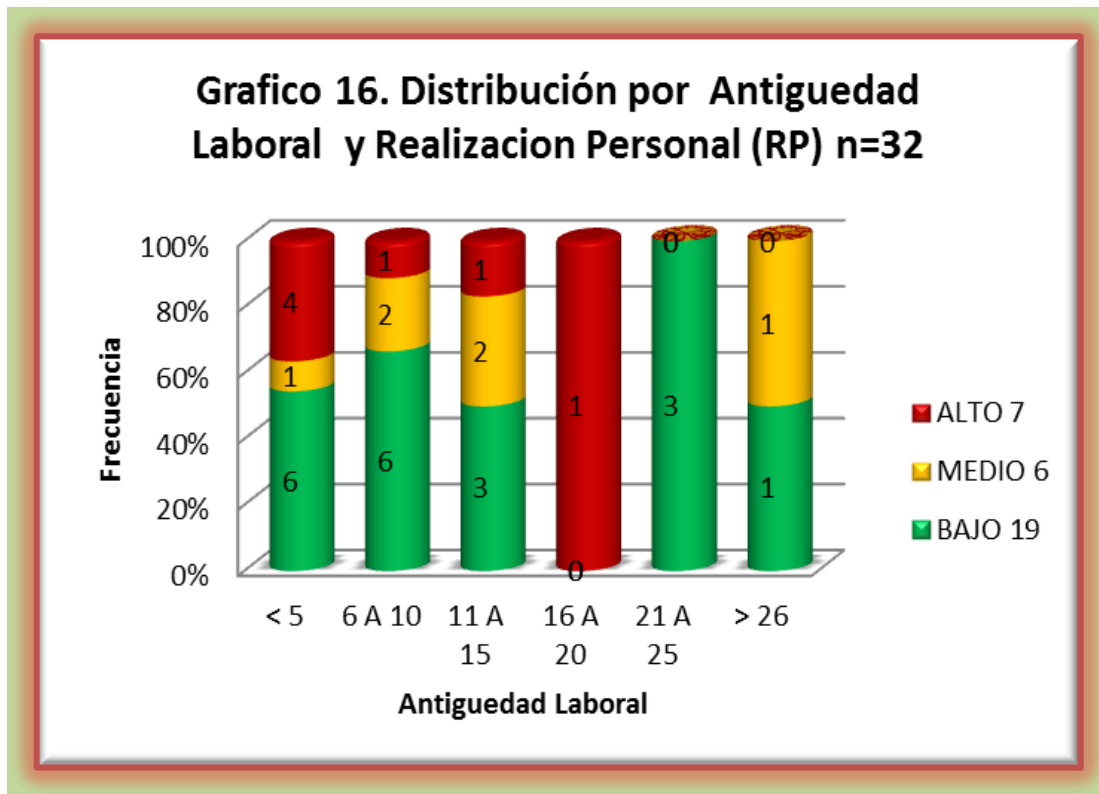


Tabla 16.- Distribución por Antigüedad Laboral y Realización Personal.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años.	11	34%	6	55%	1	9%	4	36%
De 6 a 10 años.	9	28%	6	67%	2	22%	1	11%
De 11 a 15 años	6	19%	3	50%	2	33%	1	17%
De 16 a 20 años.	1	3%	0	0%	0	0%	1	100%
De 21 a 25 años.	3	9%	3	100%	0	0%	0	0%
Más de 26 años.	2	6%	1	50%	1	50%	0	0%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Turno

Tabla 17.- Distribución por Turno Laboral.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	22	69%
Vespertino	10	31%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

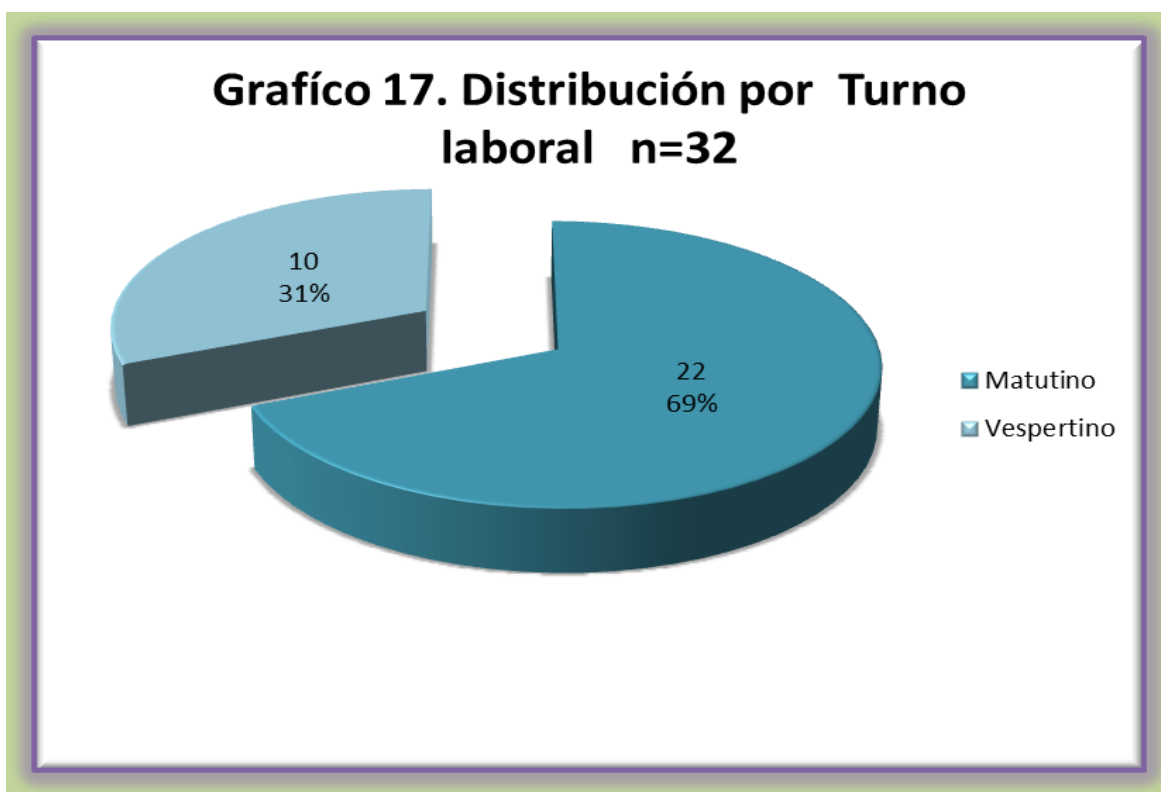


Tabla 18.- Distribución por Turno Laboral y Agotamiento Emocional.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	22	69%	15	68%	5	23%	2	9%
Vespertino	10	31%	7	70%	2	20%	1	10%
TOTAL	32	100%	22		7		3	

Fuente: Directa de encuesta.

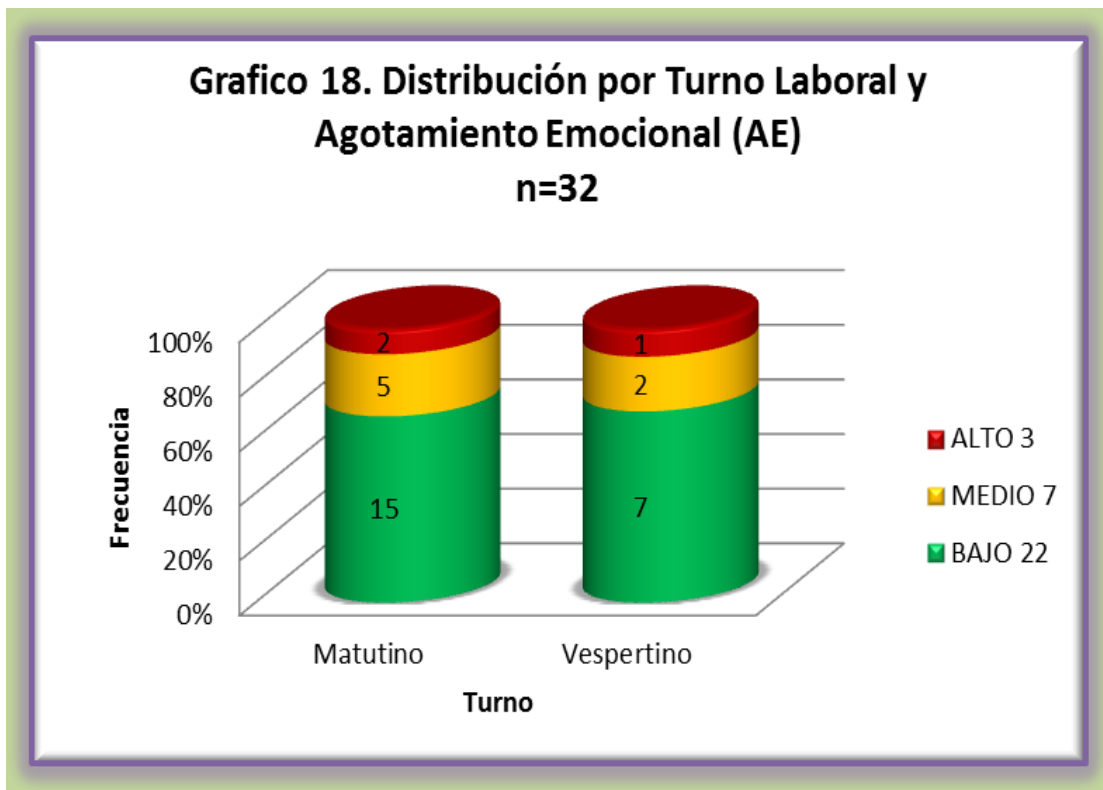


Tabla 19.-Distribución por Turno Laboral y Despersonalización

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	22	69%	14	64%	4	18%	4	18%
Vespertino	10	31%	6	60%	3	30%	1	10%
TOTAL	32	100%	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

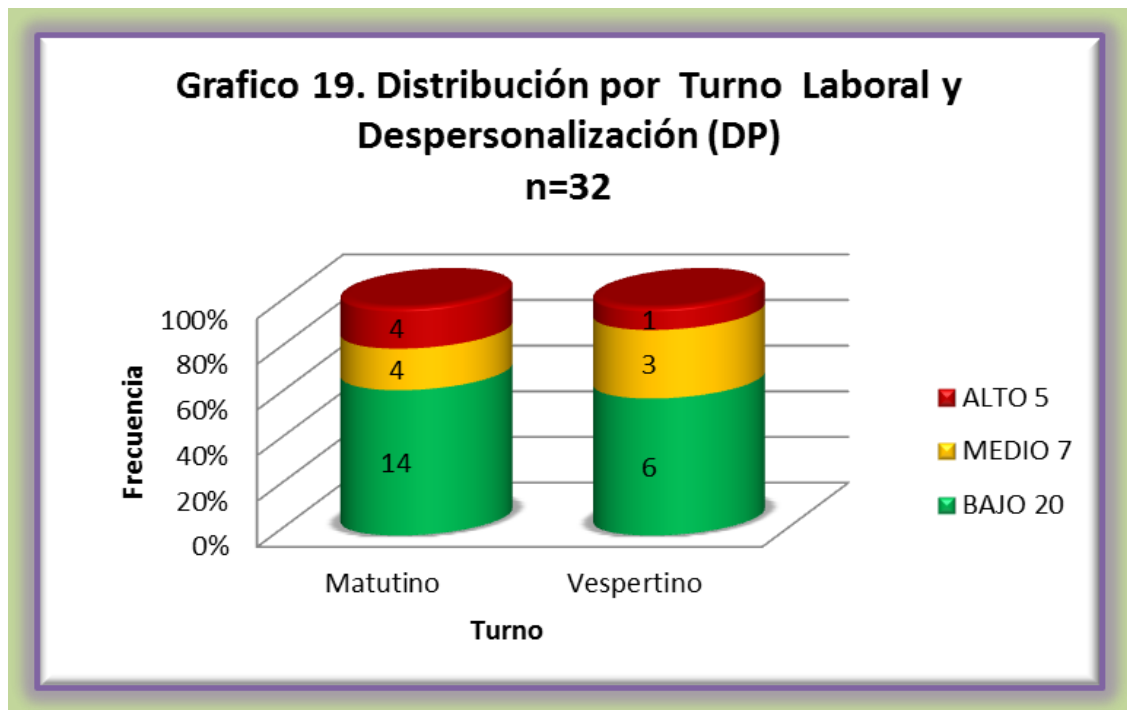
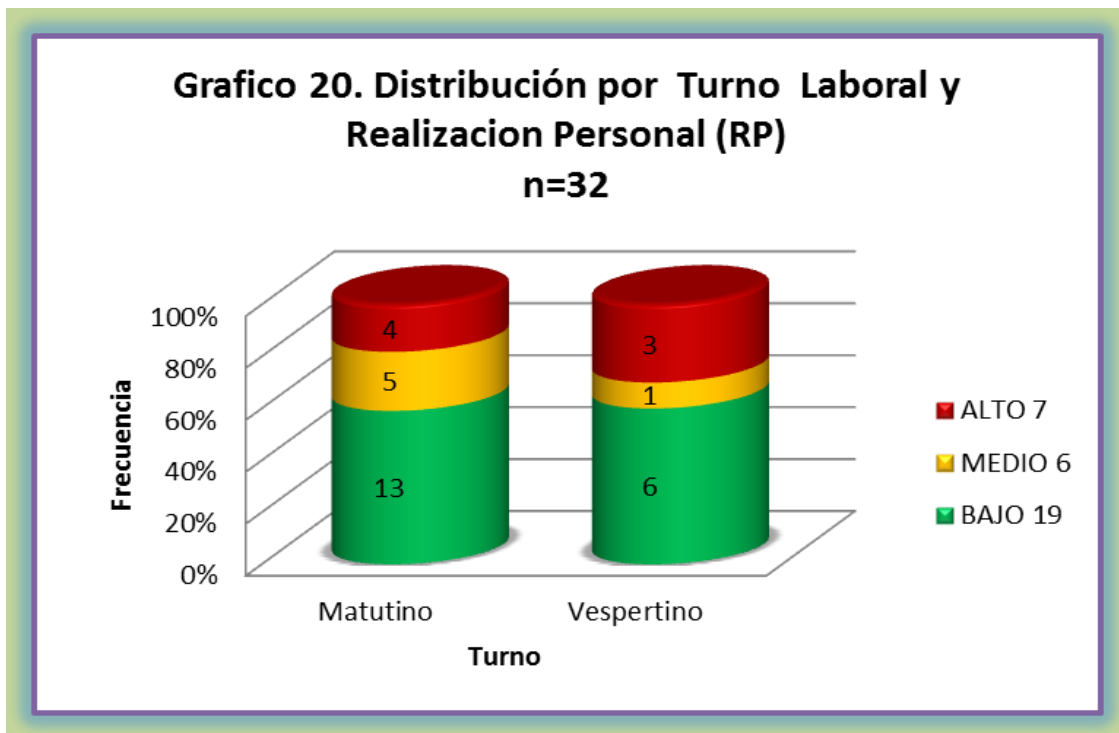


Tabla 20.- Distribución por Turno Laboral y Realización Personal.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	22	69%	13	59%	5	23%	4	18%
Vespertino	10	31%	6	60%	1	10%	3	30%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Área laboral

21.- Distribución por Área laboral.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Operativo	26	81%
Administrativo	6	19%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

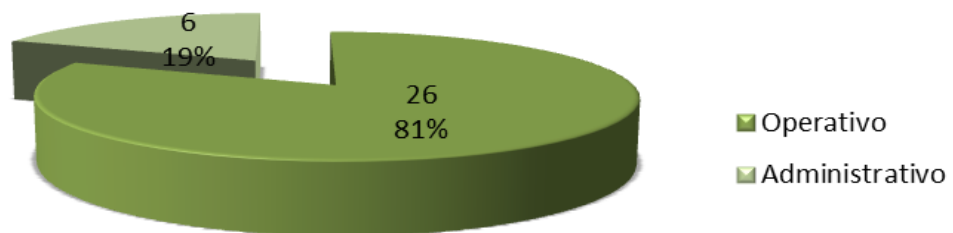
Gráfico 21. Distribución por Área Laboral n=32

Tabla 22.- Distribución por Área laboral y Agotamiento Emocional.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Operativo	26	81%	18	69	5	19	3	12
Administrativo	6	19%	4	66	2	34	0	0
TOTAL	32	100%	22	135	7	53	3	12

Fuente: Directa de encuesta.

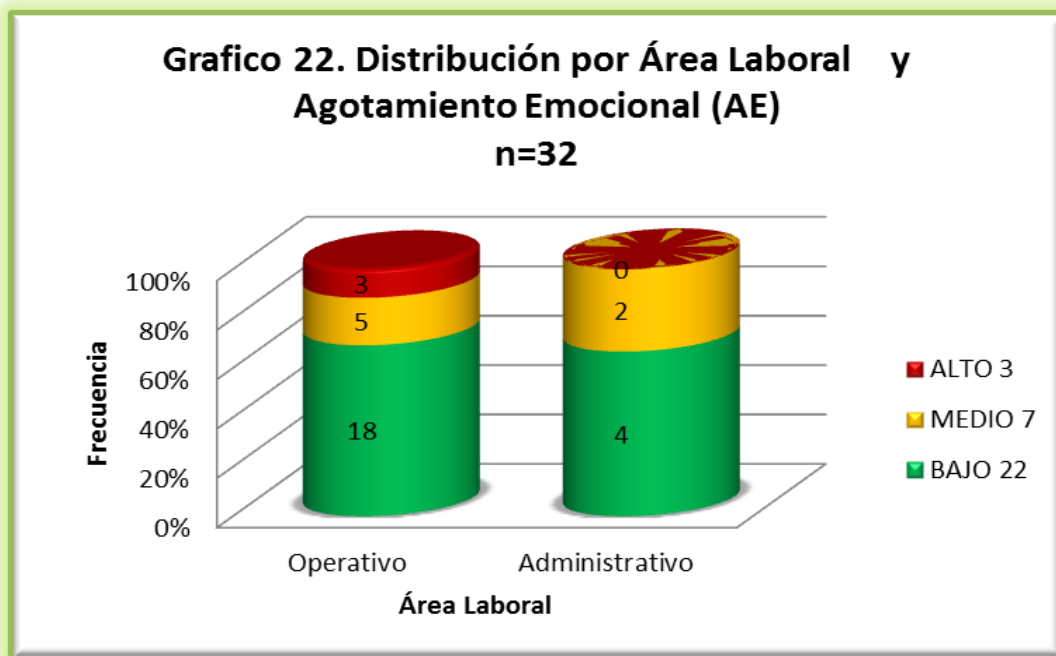


Tabla 23.- Distribución por Área laboral y Despersonalización

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Operativo	26	81%	18	69%	5	19%	3	12%
Administrativo	6	19%	2	33%	2	33%	2	33%
TOTAL	32	100%	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

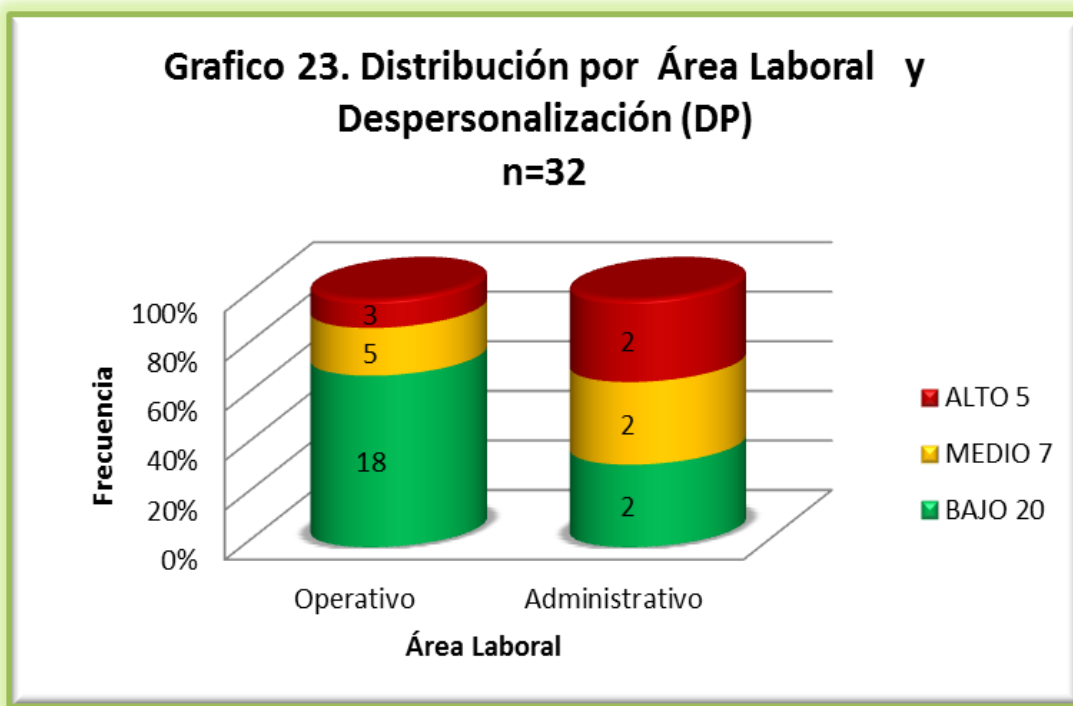
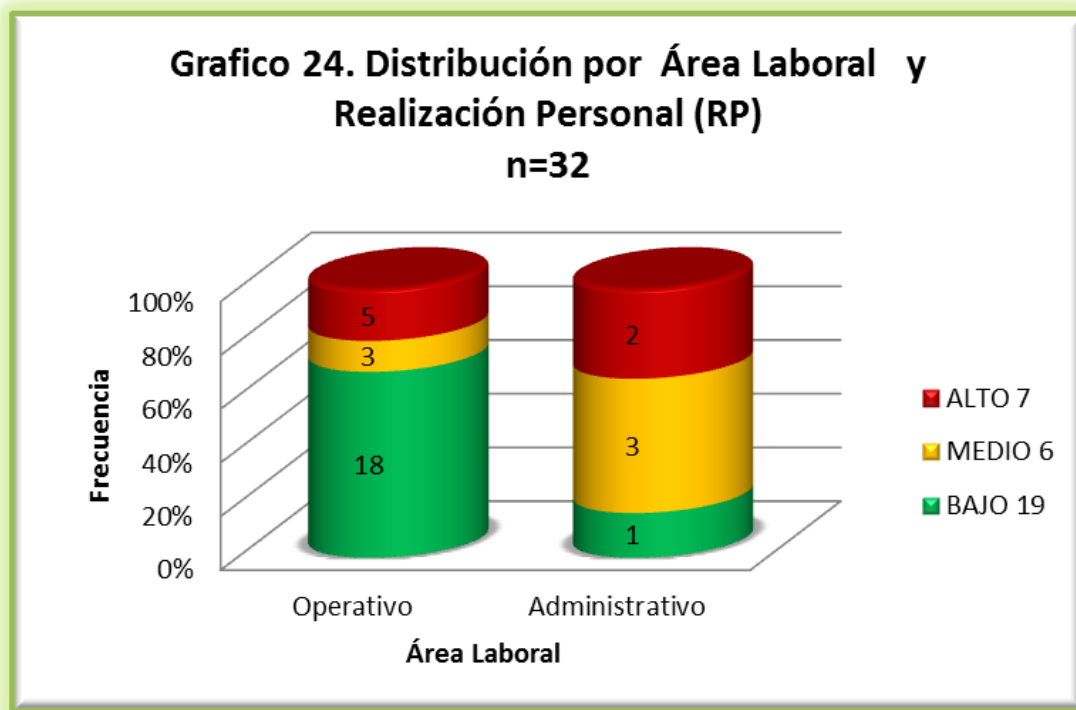


Tabla 24.- Distribución por Área laboral y Realización Personal

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Operativo	26	81%	18	69%	3	12%	5	19%
Administrativo	6	19%	1	17%	3	50%	2	33%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Categoría Laboral

Tabla 25.- Distribución por Categoría Laboral.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Médico General	10	31%
Medico Pasante de Servicio Social	1	3%
Auxiliar de enfermería	4	13%
Enfermera General	6	19%
Administrativo	4	13%
Odontología	2	6%
Medico Pasante de Odontología	2	6%
Psicología	1	3%
Intendencia	2	6%
TOTAL	32	100%

Fuente: Directa de encuesta.

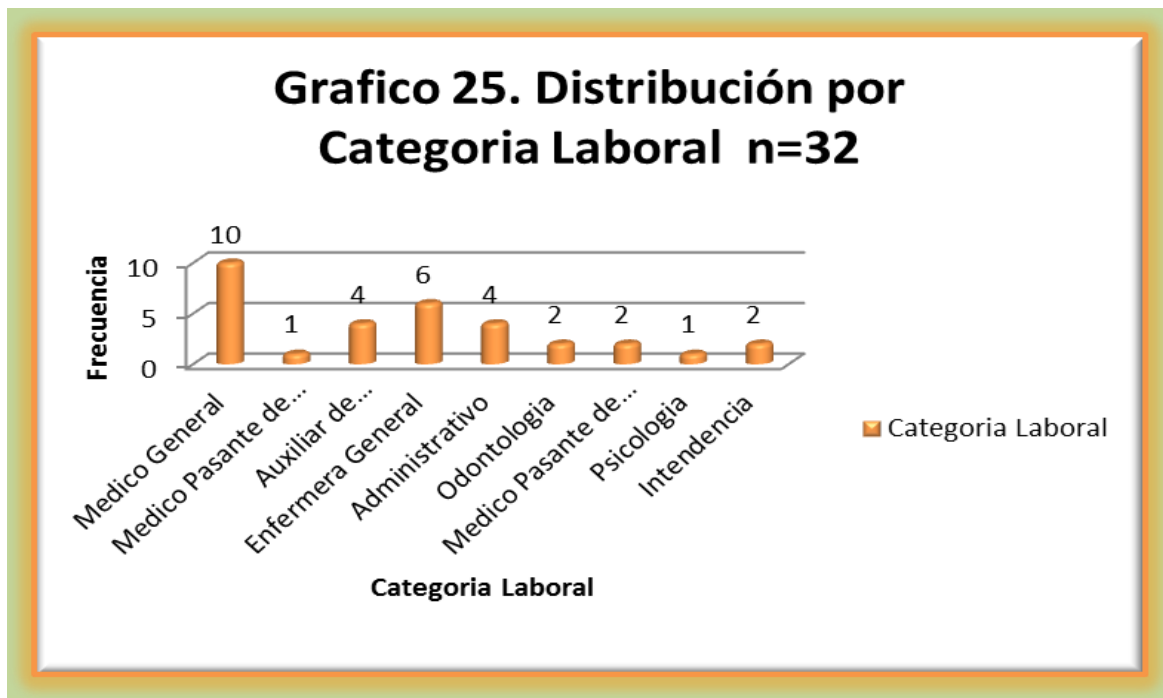


Tabla 26.- Distribución por Categoría Laboral y Agotamiento Emocional.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico General	10	31%	7	70%	1	10%	2	20%
Médico Pasante de Servicio Social	1	3%	0	0%	1	100%	0	0%
Auxiliar de enfermería	4	13%	3	75%	1	25%	0	0%
Enfermera General	6	19%	4	66%	2	34%	0	0%
Administrativo	4	13%	3	75%	1	25%	0	0%
Odontología	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
Médico Pasante de Odontología	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
Psicología	1	3%	0	0%	0	0%	1	100%
Intendencia	2	6%	1	50%	1	50%	0	0%
TOTAL	32	100%	22		7		3	

Fuente: Directa de encuesta.

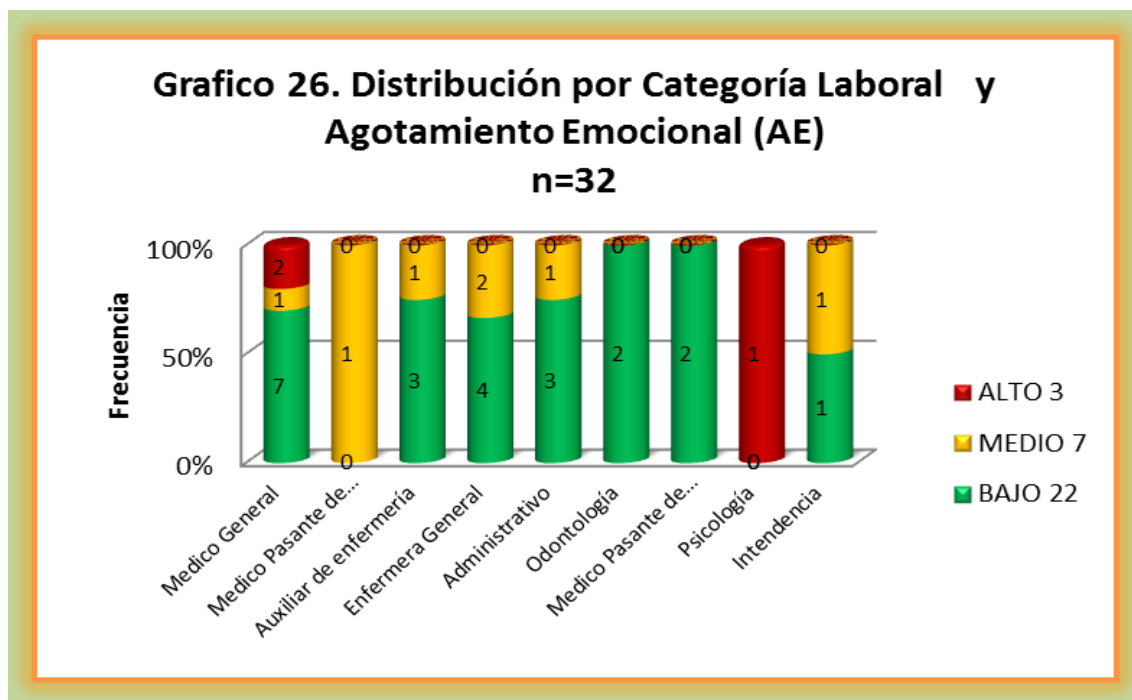


Tabla 27.- Distribución por Categoría Laboral y Despersonalización

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico General	10	31%	8	80%	1	10%	1	10%
Médico Pasante de Servicio Social	1	3%	0	0%	1	100%	0	0%
Auxiliar de enfermería	4	13%	1	25%	1	25%	2	50%
Enfermera General	6	19%	3	50%	3	50%	0	0
Administrativo	4	13%	2	50%	1	25%	1	25
Odontología	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
Médico Pasante de Odontología	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
Psicología	1	3%	1	100%	0	0%	0	0%
Intendencia	2	6%	1	50%	0	0%	1	50%
TOTAL	32	100%	20		7		5	

Fuente: Directa de encuesta.

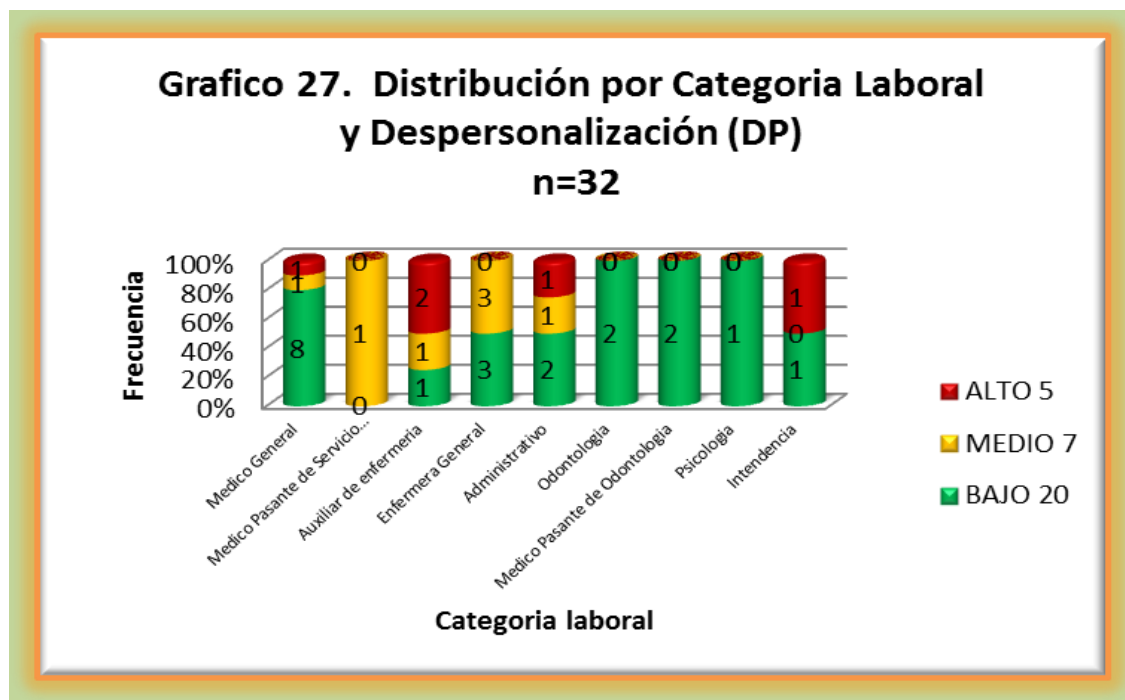
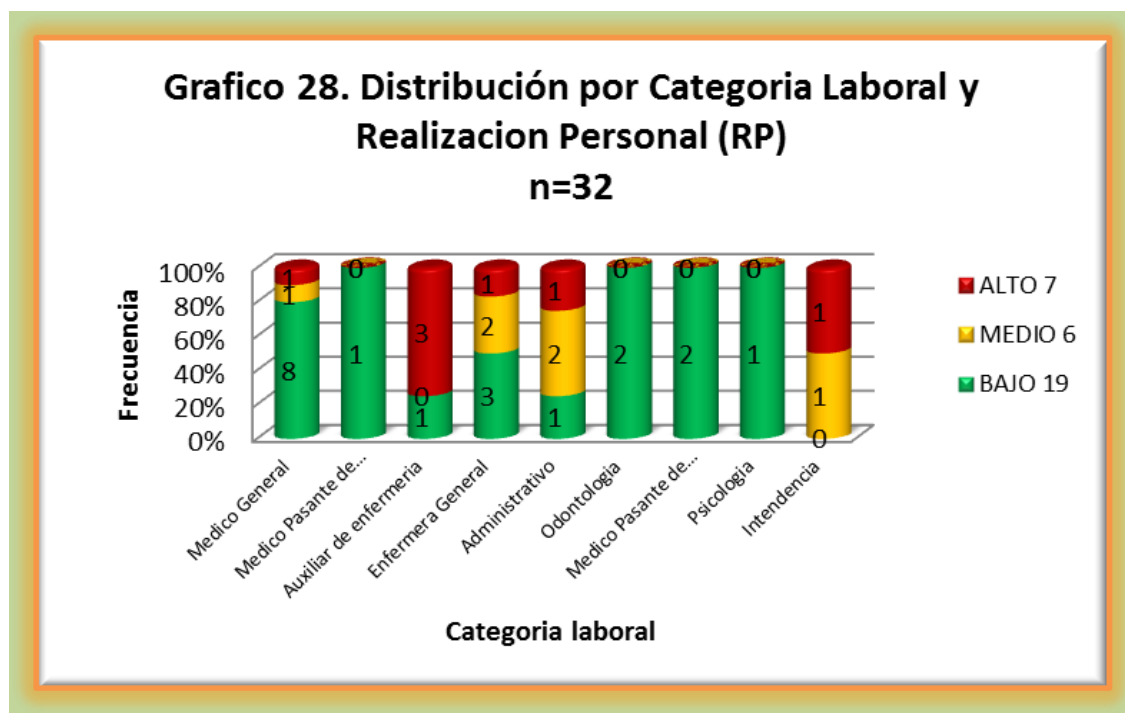


Tabla 28.- Distribución por Categoría Laboral y Realización Personal

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP					
			Bajo		Medio		Alto	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico General	10	31%	8	80%	1	10%	1	10%
Médico Pasante de Servicio Social	1	3%	1	100%	0	0%	0	0%
Auxiliar de enfermería	4	13%	1	25%	0	0%	3	75%
Enfermera General	6	19%	3	50%	2	33%	1	17%
Administrativo	4	13%	1	25%	2	50%	1	25%
Odontología	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
Médico Pasante de Odontología	2	6%	2	100%	0	0%	0	0%
Psicología	1	3%	1	100%	0	0%	0	0%
Intendencia	2	6%	0	0%	1	50%	1	50%
TOTAL	32	100%	19		6		7	

Fuente: Directa de encuesta.



Comparativo de Productividad del personal

Tabla 29.- Productividad por Categoría. (promedio de consulta por día)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Productividad	
			Consultas en el periodo de estudio	Promedio por día
Médico General	11	42%	7350	12
Enfermera General	10	38%	9784	18
Odontología	4	15%	953	4
Psicología	1	4%	299	5
TOTAL	26	100%		

Fuente: Hoja Diaria.

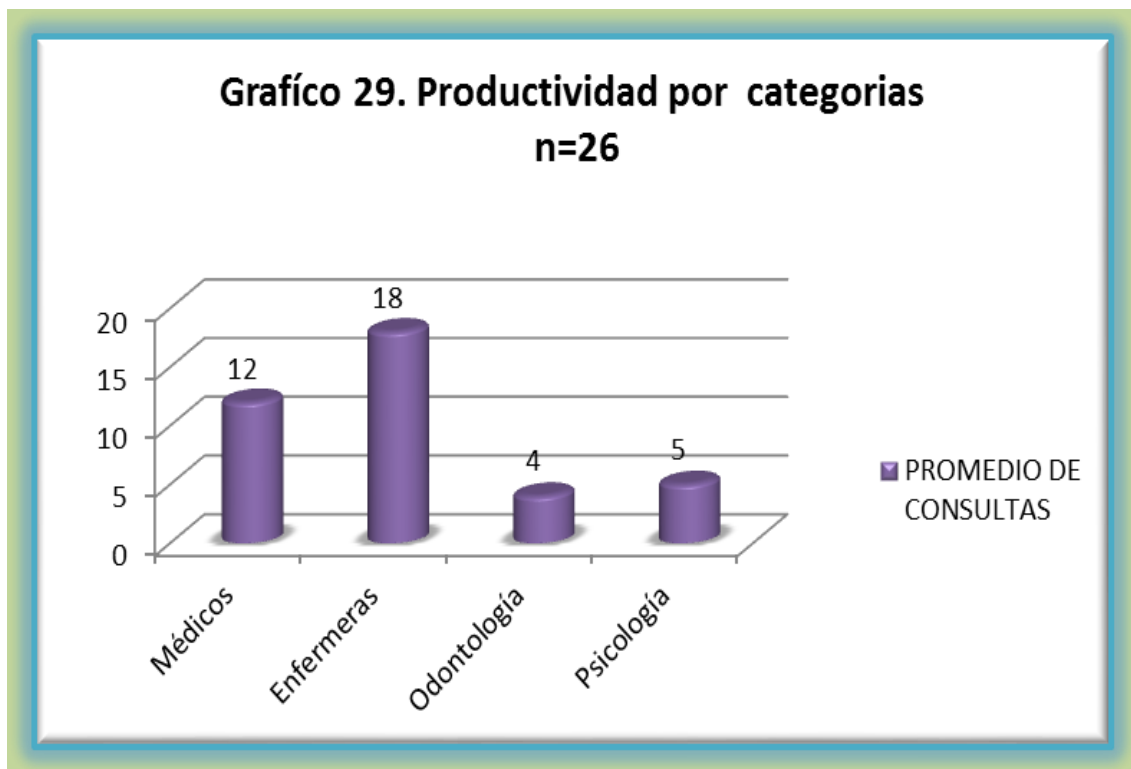


Tabla 30.- Productividad en Agotamiento Emocional. (Promedio de consulta por día)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	AE		
			Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	42%	13	12	10
Enfermera General	10	38%	17	20	0
Odontología	4	15%	4	0	0
Psicología	1	4%	0	0	5
TOTAL	26	100%	34	32	15

Fuente: Hoja Diaria.

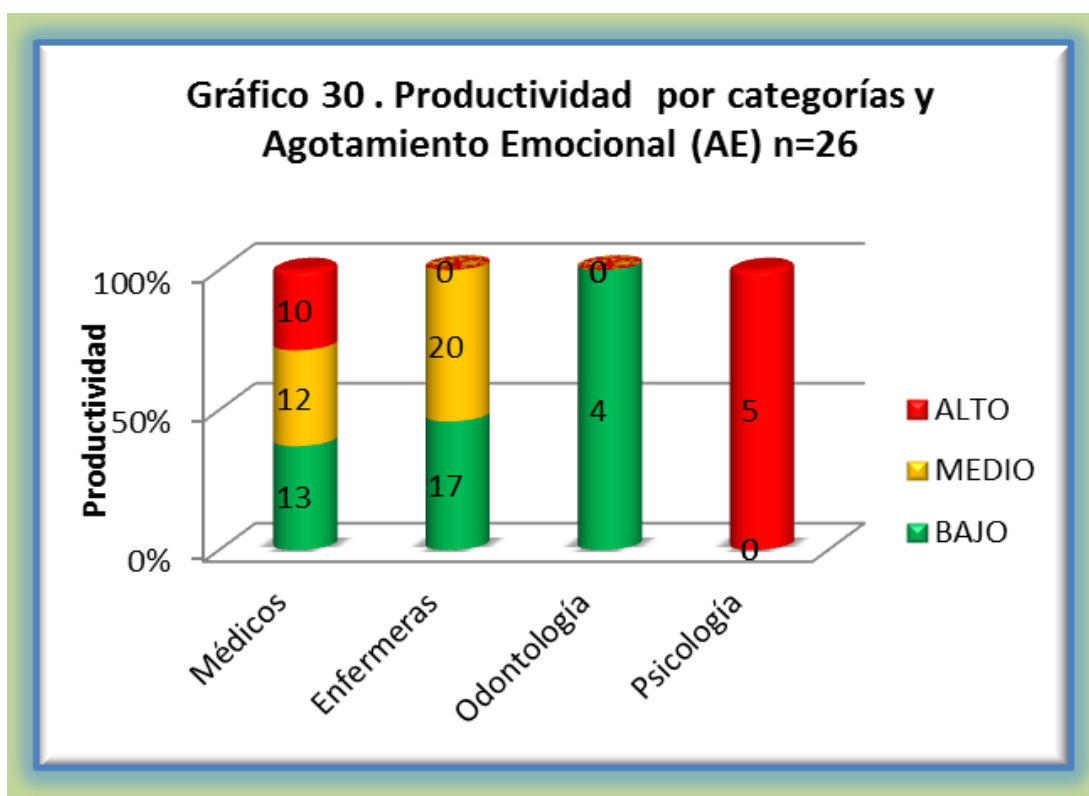


Tabla 31.- Productividad por Categoría y Despersonalización. (promedio de consulta por día)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	DP		
			Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	42%	13	12	10
Enfermera General	10	38%	18	17	18
Odontología	4	15%	4	0	0
Psicología	1	4%	5	0	0
TOTAL	26	100%	40	29	28

Fuente: Hoja Diaria.

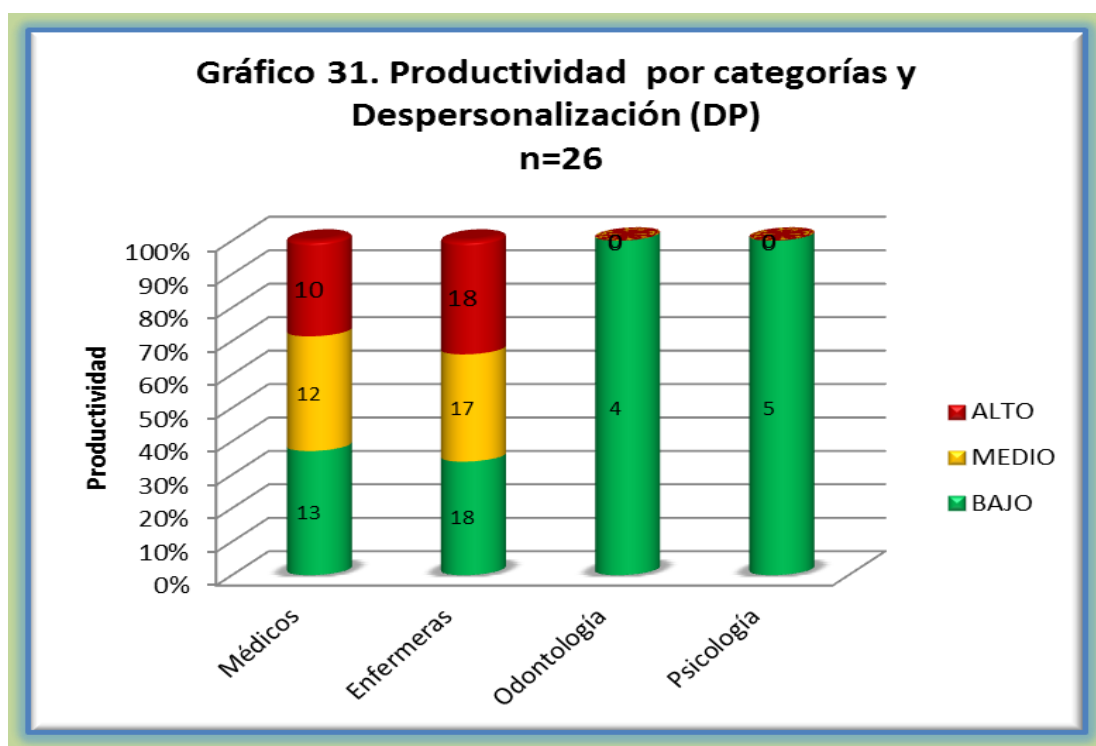


Tabla 32.- Productividad por Categoría y Realización Personal. (promedio de consulta por día)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	RP		
			Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	42%	11	15	20
Enfermera General	10	38%	20	20	15
Odontología	4	15%	4	0	0
Psicología	1	4%	5	0	0
TOTAL	26	100%	40	35	35

Fuente: Hoja Diaria.

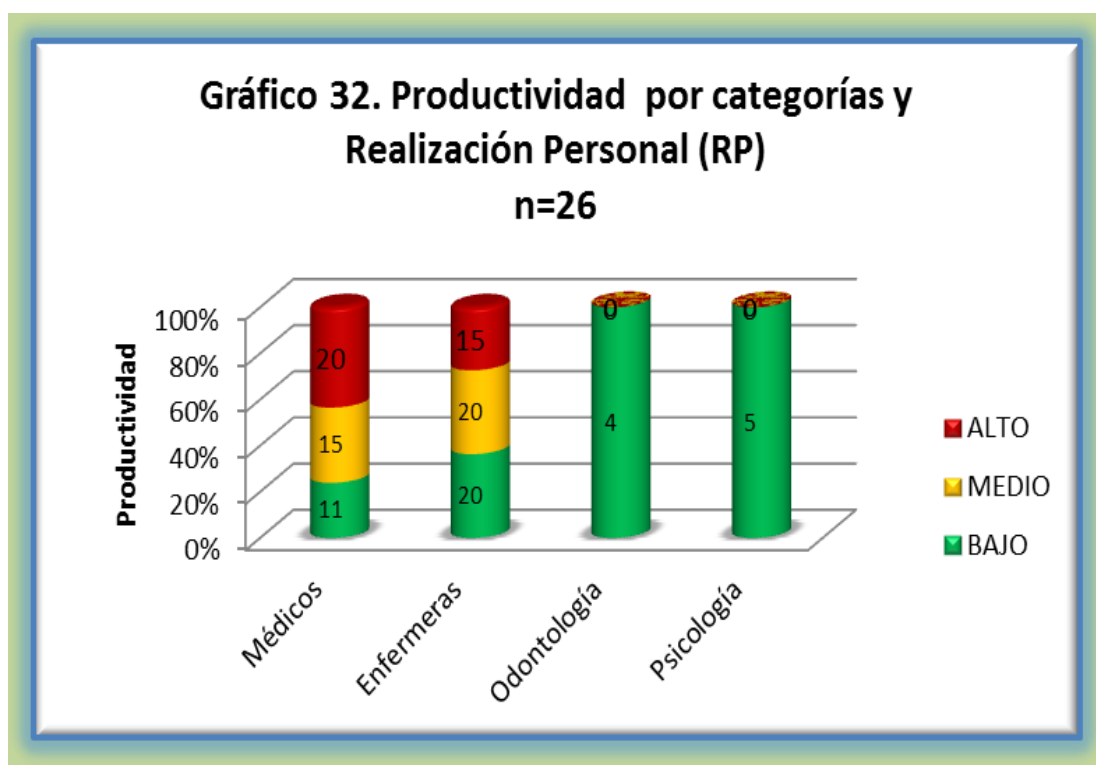


Tabla 33- Comparativo de Faltas por Categoría Laboral

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	A E			D P			R P		
			Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	34%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermera General	10	31%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontología	4	13%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología	1	3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administrativo	4	13%	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Intendencia	2	6%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	32	100%	0	1	0	0	0	0	0	1	0

Fuente: Recursos Humanos

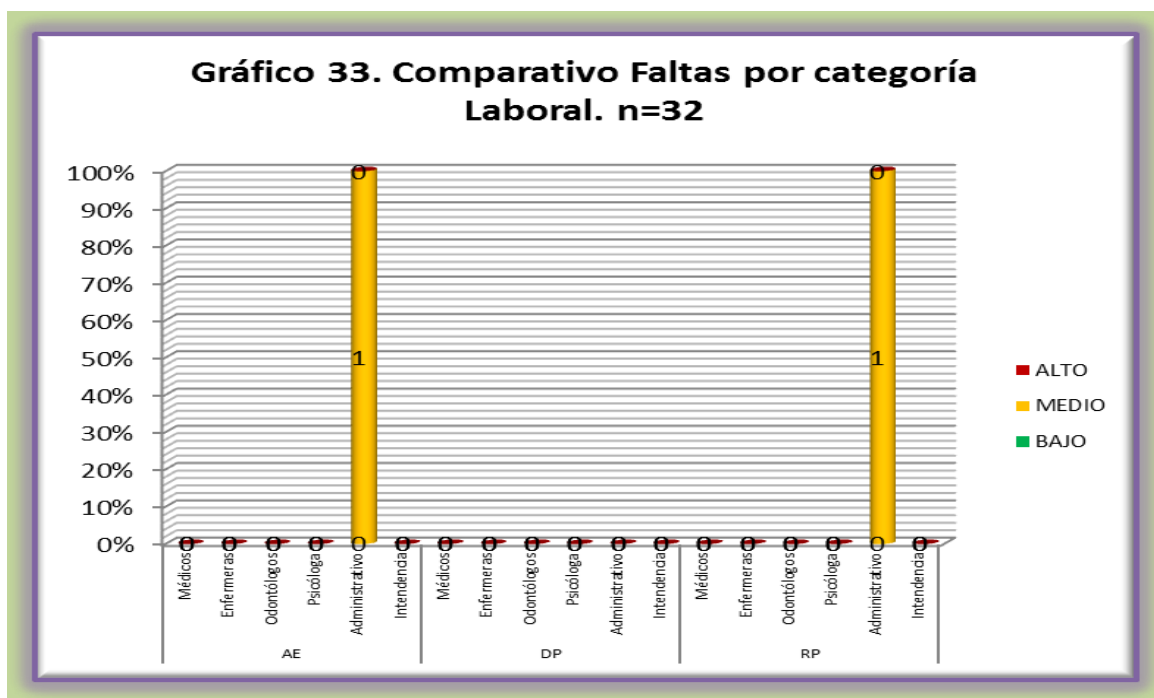


Tabla 34.- Comparativo de Días Económicos por Categoría Laboral

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	A E			D P			R P		
			Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	34%	7	0	5	0	0	0	0	0	0
Enfermera General	10	31%	0	2	0	0	2	1	0	3	1
Odontología	4	13%	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología	1	3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administrativo	4	13%	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Intendencia	2	6%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	32	100%	9	3	5	0	2	1	0	3	1

Fuente: Recursos Humanos

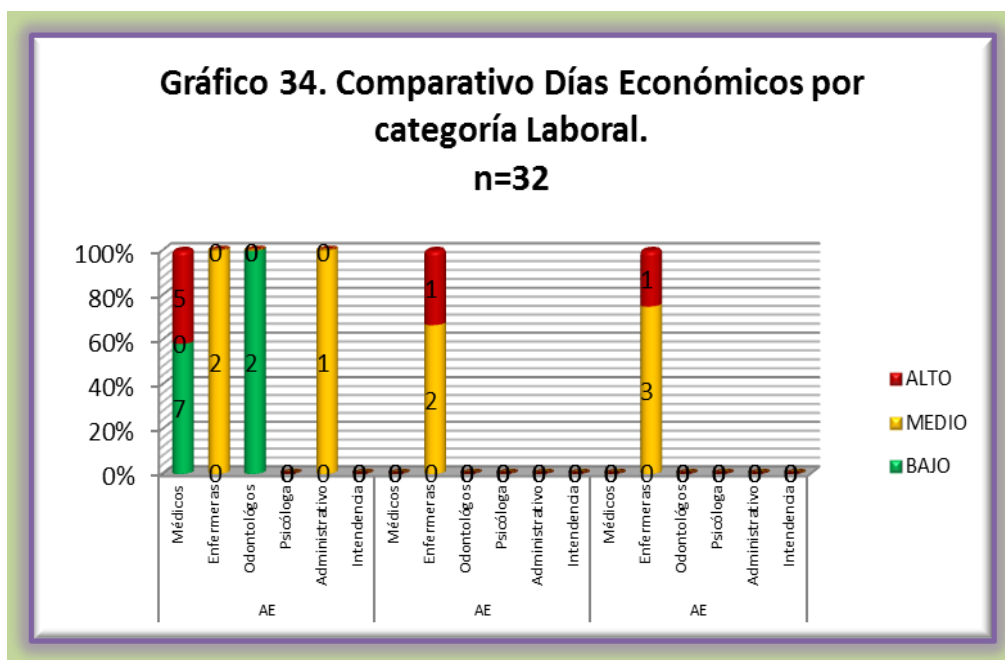


Tabla 35.- Comparativo Pases de Salida por Categoría Laboral

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	A E			D P			R P		
			Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	34%	22	2	12	0	2	0	0	5	0
Enfermera General	10	31%	6	10	0	0	8	2	0	1	3
Odontología	4	13%	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología	1	3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administrativo	4	13%	1	3	0	0	0	0	0	4	0
Intendencia	2	6%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	32	100%	39	15	12	0	10	2	0	10	3

Fuente: Recursos Humanos

Gráfico 35. Comparativo y Pases de Salida por categoría Laboral.

n=32

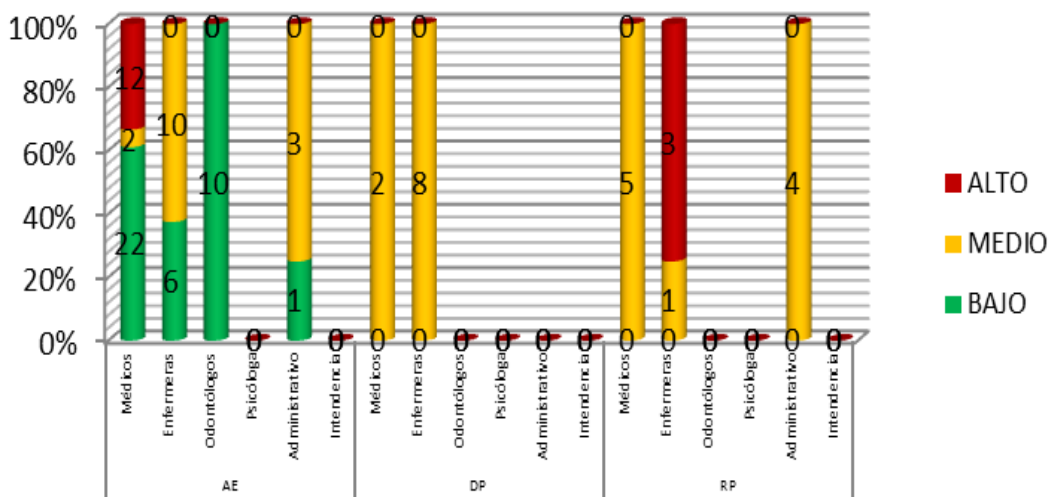
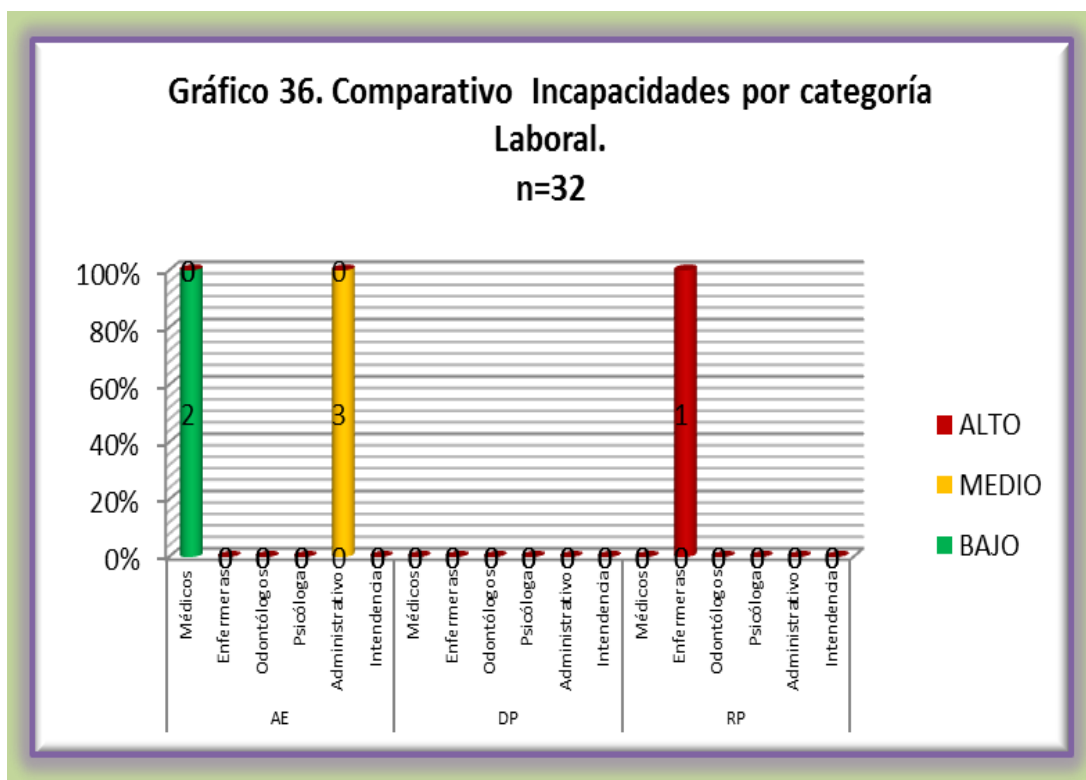


Tabla 36.- Comparativo de Incapacidades por Categoría Laboral.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	A E			D P			R P		
			Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Médico General	11	34%	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermera General	10	31%	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Odontología	4	13%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicología	1	3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administrativo	4	13%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intendencia	2	6%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	32	100%	2	0	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Recursos Humanos



Satisfacción del Usuario

Tabla 37.- Usuario al que se le aplica el cuestionario

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	67	74%
Familiar y/o Acompañante	23	26%
TOTAL	90	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

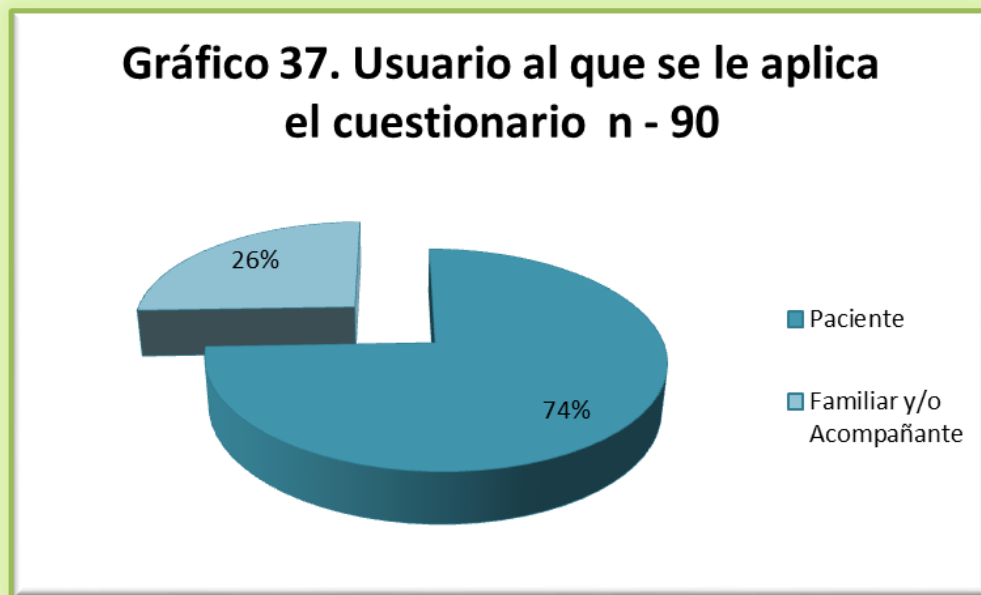


Tabla 38.-Con el tiempo que espero para pasar a consulta ¿Quedo usted?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	34	38%
Insatisfecho	54	60%
No contestó	2	2%
TOTAL	90	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

Gráfico 38. Con el tiempo que espero para pasar a consulta ¿Quedo usted? Título del gráfico n -90

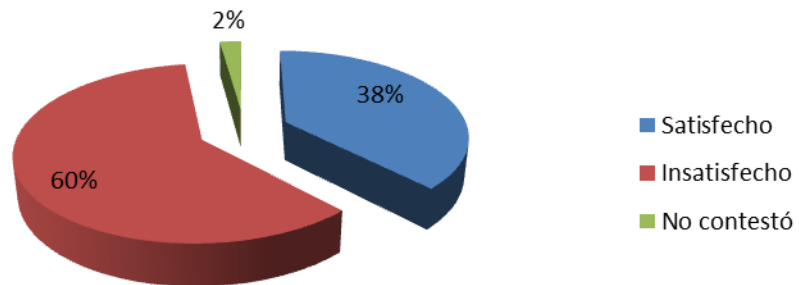


Tabla 39.- ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Si	55	17	9	53	17	11	53	10	18
No	6	0	0	6	0	0	4	0	2
No contestó	2	1	0	1	1	1	0	2	1
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

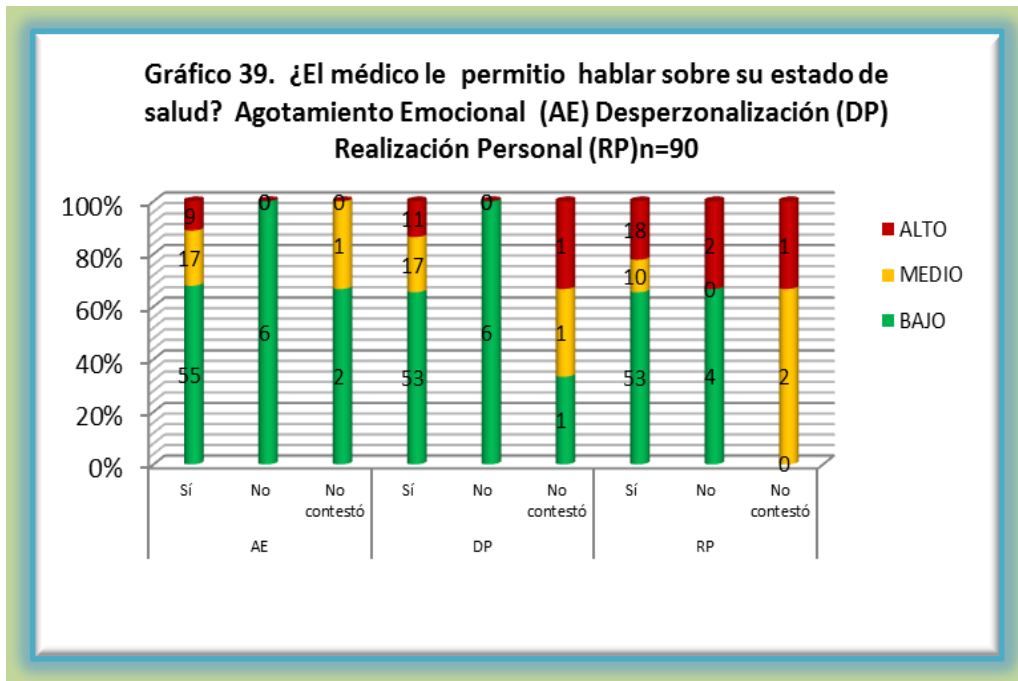


Tabla 40.- ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Si	51	16	9	50	16	10	50	10	16
No	12	2	0	10	2	2	7	2	5
No contestó	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

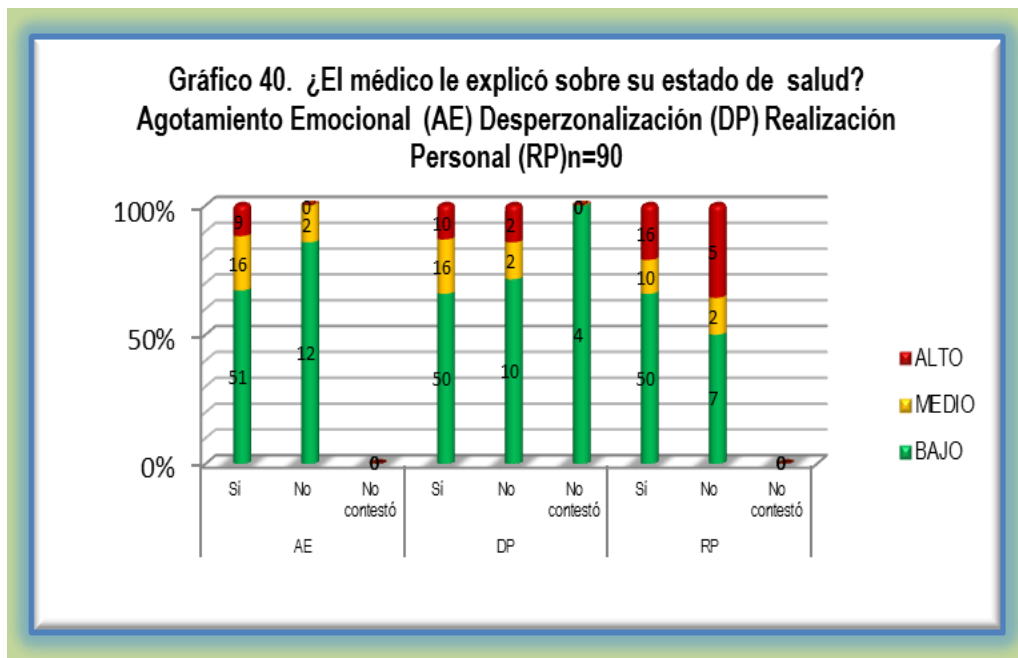


Tabla 41.- ¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Si	52	16	9	57	15	10	51	9	17
No	10	2	0	7	3	2	6	3	3
No contestó	1	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	63	18	9	65	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

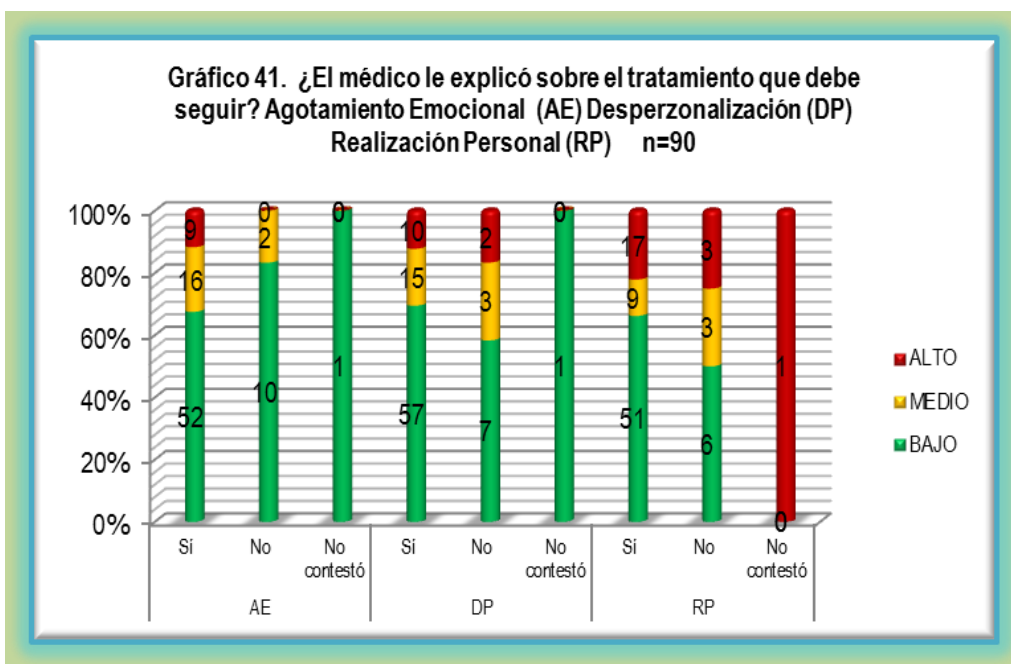


Tabla 42.- ¿El médico le explico sobre los cuidados que debe seguir?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Si	50	15	9	50	14	10	47	9	18
No	13	2	0	10	3	2	9	3	3
No contestó	0	1	0	0	1	0	1	0	0
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

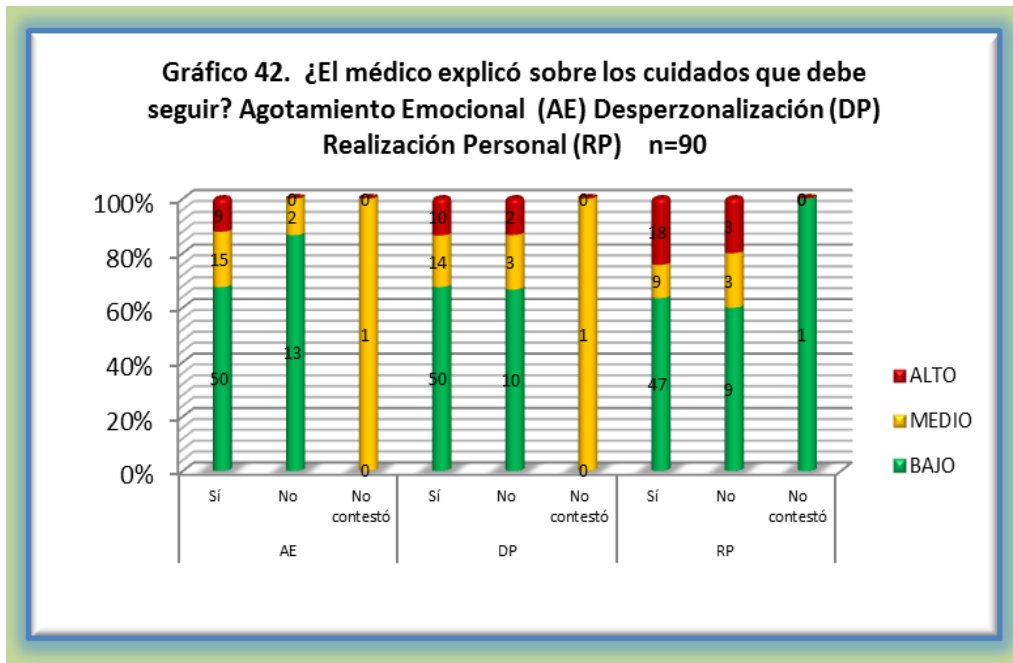


Tabla 43.- En relación con la información que recibió por parte del médico ¿Cómo la consideró usted?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Buena	43	15	9	45	13	9	47	5	15
Confusa	14	3	0	9	5	3	6	7	4
Mala	5	0	0	5	0	0	3	0	2
No recibió información	1	0	0	1	0	0	1	0	0
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

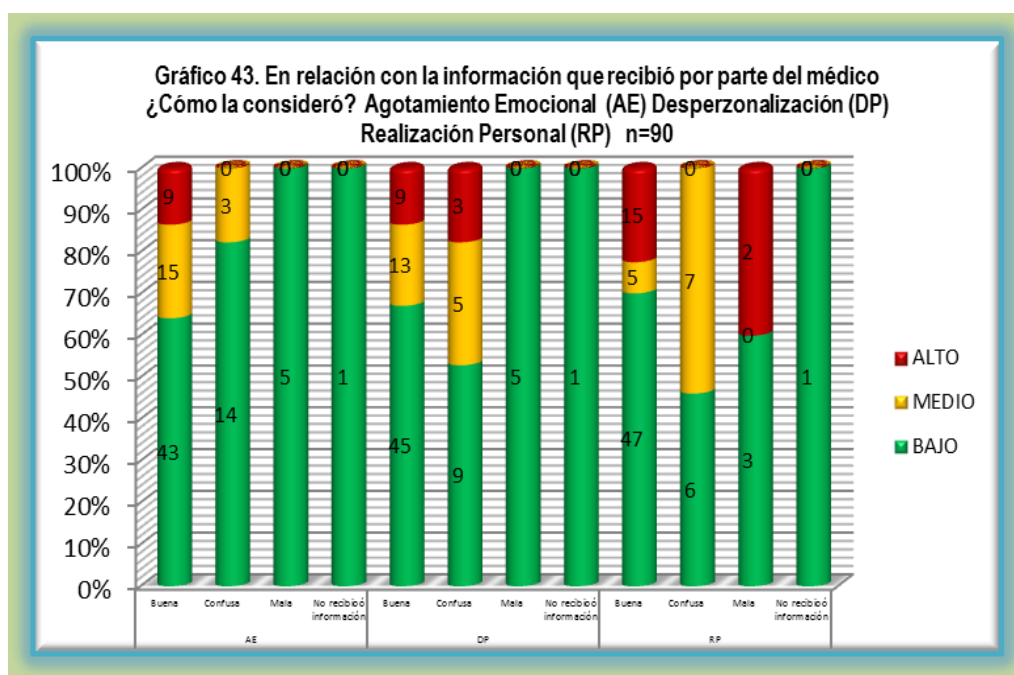


Tabla 44.- ¿La atención recibida por parte del personal de enfermería fue?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Buena	20	9	3	18	9	5	16	6	10
Regular	39	8	6	38	8	7	37	5	11
Mala	4	1	0	4	1	0	4	1	0
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

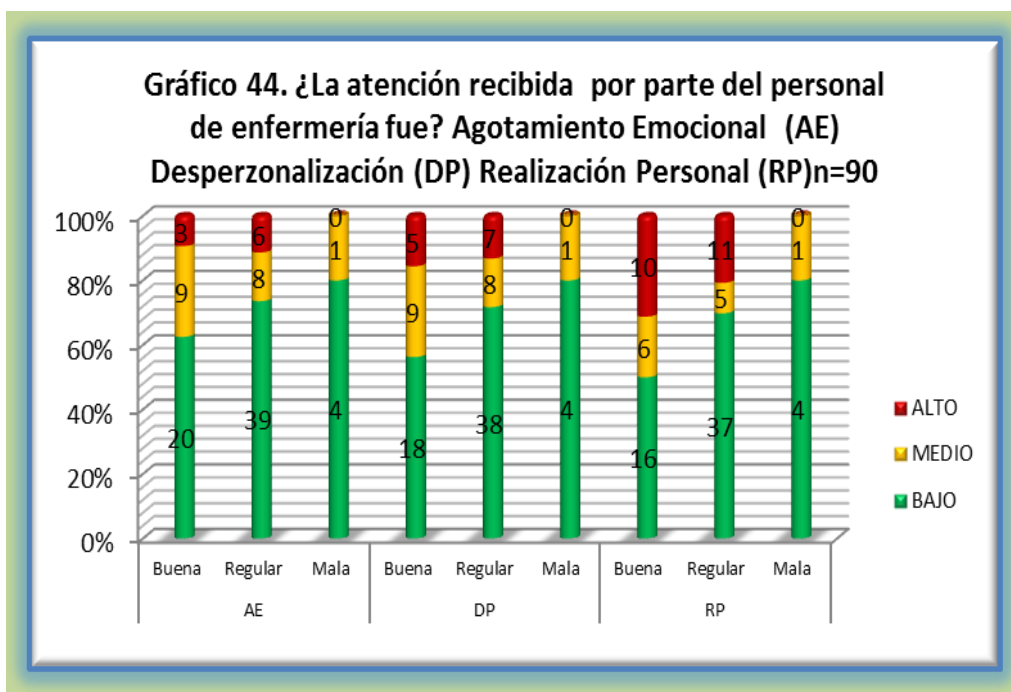


Tabla 45.- ¿La información que recibió por parte de enfermera sobre las acciones a realizarle a usted o familiar fue?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Buena	17	10	4	17	9	5	18	6	7
Regular	38	6	5	35	8	6	32	5	12
Mala	3	2	0	3	1	1	3	0	2
No recibió información	5	0	0	5	0	0	4	1	0
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

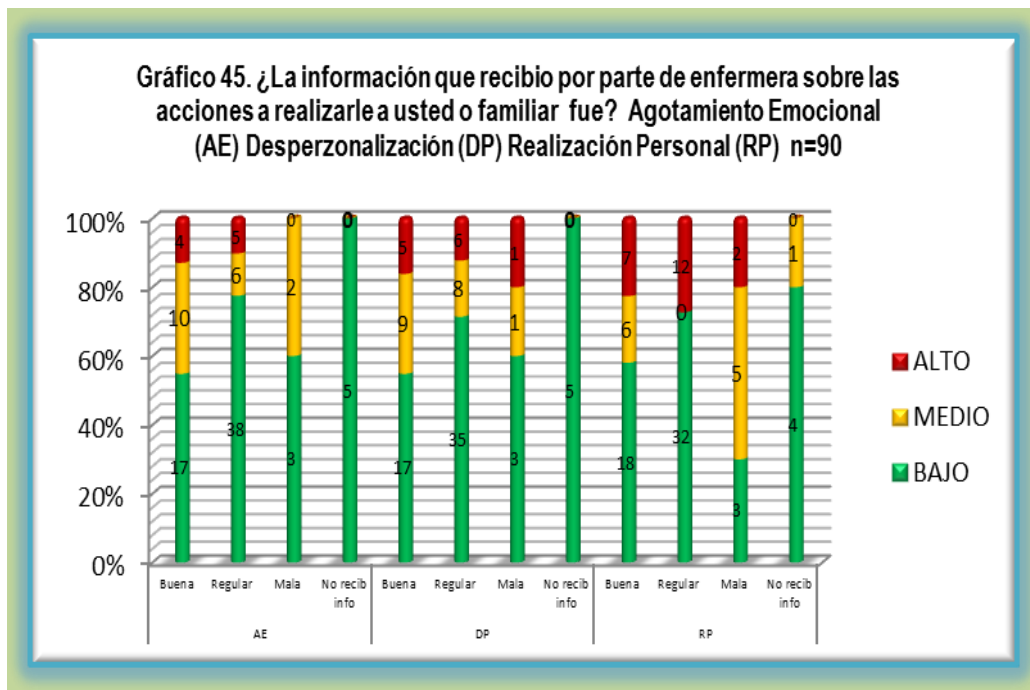


Tabla 46.- ¿La atención recibida por parte del personal de farmacia fue?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Buena	48	13	5	43	15	8	41	11	14
Regular	14	4	4	17	2	3	16	1	5
Mala	1	1	0	0	1	1	0	0	2
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

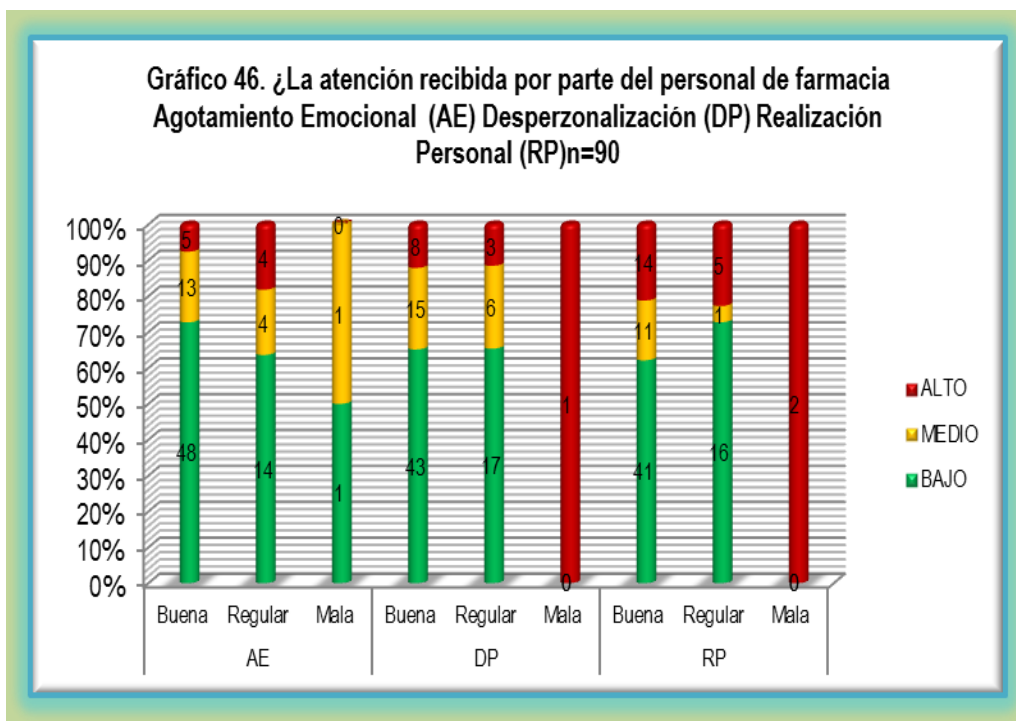


Tabla 47.- ¿La atención recibida por parte del personal de archivo fue?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Buena	41	14	7	42	12	8	42	9	11
Regular	20	4	2	16	6	4	15	3	8
Mala	2	0	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL	63	18	9	60	18	12	60	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

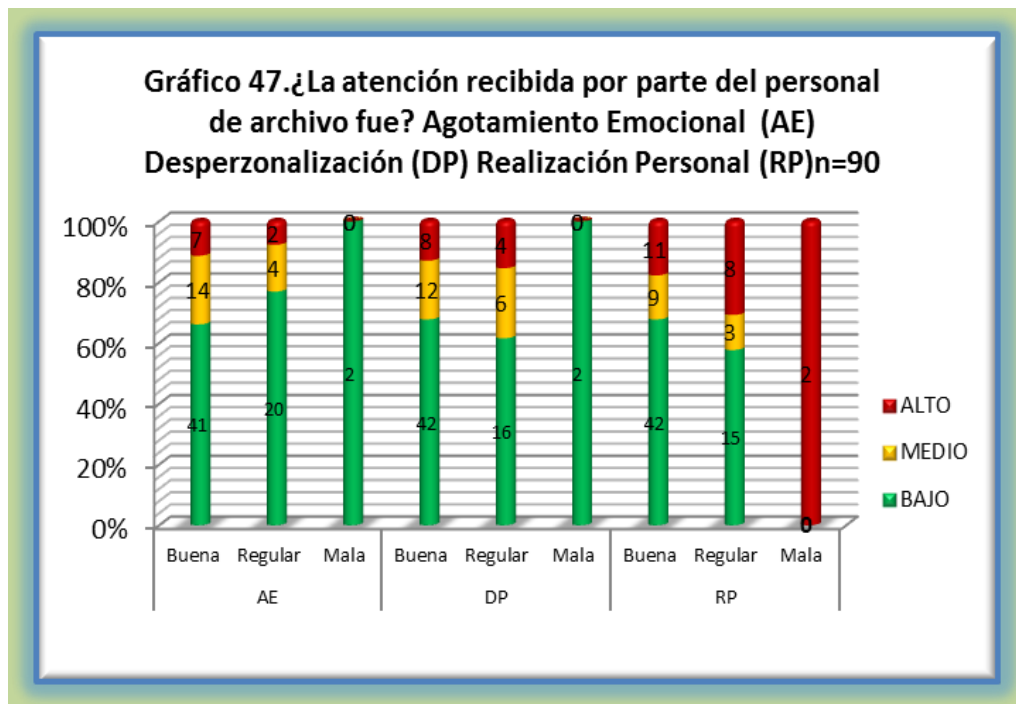


Tabla 48.- ¿En general el trato que recibió usted en esta unidad fue?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Buena	27	5	7	29	7	3	28	5	6
Regular	36	11	2	29	11	9	27	7	15
Mala	0	2	0	2	0	0	2	0	0
TOTAL	63	18	9	60	18	12	57	12	21

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

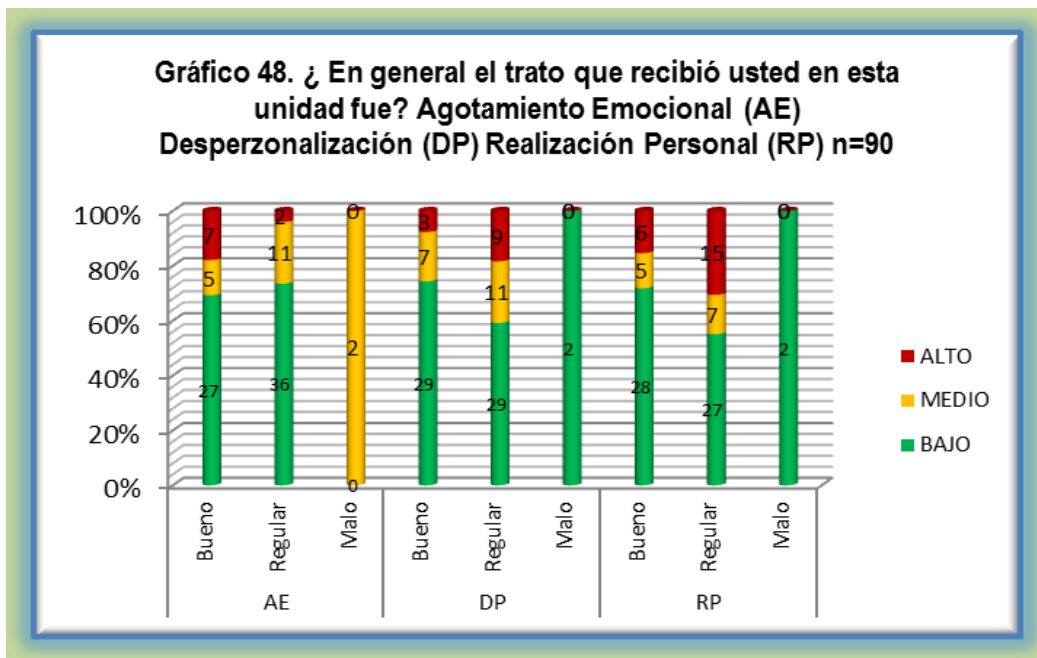


Tabla 49.- ¿En qué área del servicio usted recibió el maltrato?

Indicadores	A E			D P			R P		
	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta	Bajo	Medio	Alta
Médica	9	3	0	9	1	2	7	0	5
Enfermería	20	2	5	22	5	0	20	2	5
Odontología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Archivo	2	0	0	1	1	0	0	1	1
Farmacia	2	1	0	2	0	1	2	0	1
Intendencia	3	1	1	3	1	1	3	0	2
TOTAL	36	7	6	37	8	4	32	3	14

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

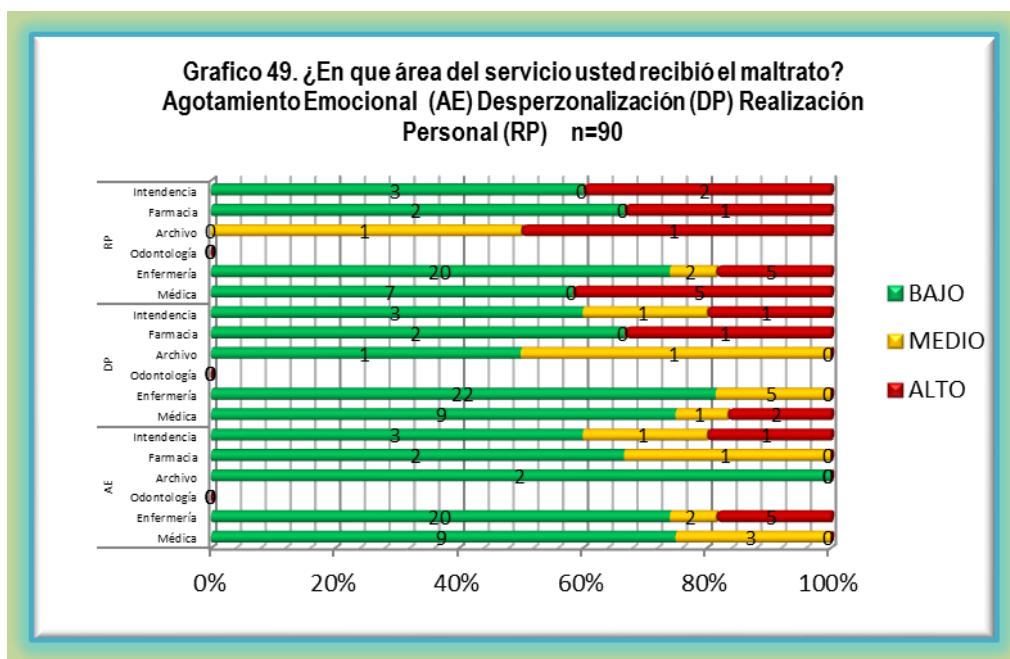
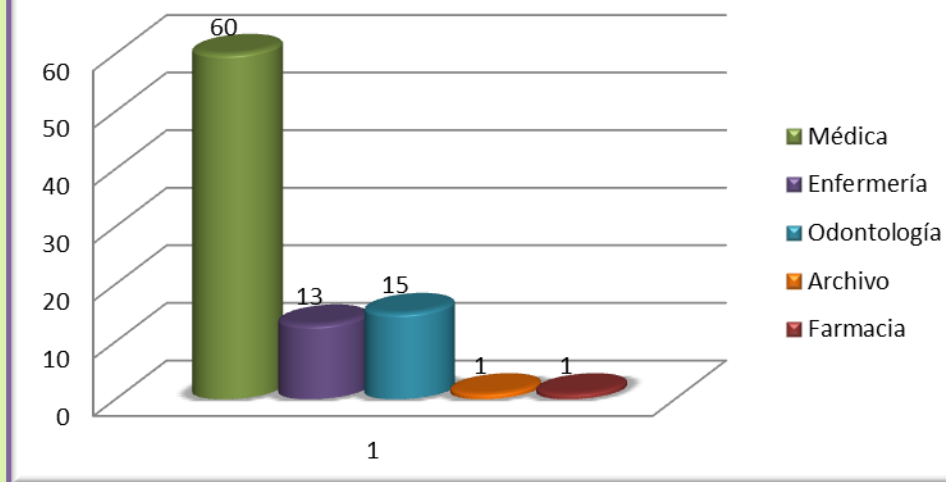


Tabla 50.- Servicio en el que recibió la atención.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Médica	60	67%
Enfermería	13	14%
Odontología	15	17%
Archivo	1	1%
Farmacia	1	1%
TOTAL	90	100%

Fuente: Encuesta de Satisfacción del Usuario.

Gráfico 50. Servicio en el que recibió la atención. n - 90



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio que se realizó sobre la frecuencia del Síndrome de Burnout del Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro en el periodo de Diciembre del 2012 a Febrero del 2013, de la encuestas aplicadas de Maslach y Jackson (1982), Maslach Burnout Inventory (MBI) no proyecto personal con Síndrome de Burnout, ya que para ello se requiere altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera que definen el Síndrome de Burnout, sin embargo si se encuentran niveles bajo, medio y alto, en alguna de sus dimensiones como Agotamiento Emocional, Despersonalización o Realización Personal.

Con respecto a la edad de los participantes, el grupo de edad de 36 a 40 años es la más afectada en Agotamiento Emocional alto con una frecuencia de 2 de 7 participantes representando el 28%, en Agotamiento Emocional medio predomina la edad de 41 a 45 años con una frecuencia de 2 con el 67%, en Despersonalización con nivel alto en el grupo de 41 a 45 años con el 67%, al igual que Walkey y Green (1992), compararon los datos de seis grupos diferentes, secretarias, profesionales de los servicios humanos, consejeros de rehabilitación vocacional, maestros y enfermeras de Nueva Zelanda.

Como resultado de dicho análisis concluyen que el MBI arrojó básicamente dos factores: Presencia de Agotamiento Emocional y Despersonalización,⁷ que como se señala que solo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002),²⁷ donde según el modelo explicativo de Maslach y Jackson, el cansancio emocional constituye un elemento primordial en la génesis del síndrome, en Realización Personal alto el grupo de edad más afectado es de 31 a 35 años, es importante destacar que en el grupo de edad de 46 a 50 años en esta dimensión con nivel medio presenta una afectación del 75%, que puede estar dado a que las expectativas de vida y logros no se han cumplido.

Acerca del sexo de los participantes se observa que predomina en el sexo femenino con Agotamiento Emocional alto y medio con el 35% sobre el masculino, al igual que en Despersonalización medio, alto con un con un 39% y

Realización personal medio, alto con un 48%, esto fue establecido por Pines y Kafry (1981); Etzion y Pines (1986); Greenglass, Pantony y Burke (1988)¹⁰, donde una de las explicaciones que se le daba a esto es que las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras. Por lo que estarán más propensas a presentar el síndrome.

En el estado civil los solteros, divorciados y viudos representan el mayor número de afectados en alguna de las dimensiones al igual de lo que muestra (Barría, 2002), en sus artículos publicados menciona que una de las variables predictoras al Síndrome de Burnout es el estado civil, se dice que la mayoría de los solteros son los que se predisponen más a presentar el síndrome, ya que estos no cuentan con una pareja estable¹⁰, una seguridad emocional como las que presentan las personas casadas o que mantiene un relación estable.

A diferencia de nuestra investigación encontramos que tanto en el personal de enfermería como en médicos el mayor porcentaje de las personas que presentan el síndrome son las personas casadas, el estar casado es un factor de protección para el varón médico, no así para la mujer pues incrementa su fragmentación personal por los requerimientos de sus roles múltiples sobre todo en un ambiente laboral no facilitador y sin el adecuado apoyo.

Según un estudio de Cartwright un 20% de la mujeres médico casadas padecen un nivel de estrés intenso y solo un 30% creé que ha conseguido un adecuado nivel de integración de sus roles.⁹ Sobre la antigüedad laboral la categoría más afectada es el grupo de 16 a 20 años con un predominio del 100% en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal alto, seguido por el grupo de más de 26 años con un 50% en Despersonalización y Realización personal contrario a (Olmedo et al., 2001); Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.²²

Respecto al turno se encontró equiparado en ambos turnos (matutino y vespertino), con niveles medio, alto en las dimensiones. La rotación de turno laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos

autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

En cuanto al área laboral el 81% se desempeña en operativo y 19% en administrativo, donde este último tiene los niveles medio y alto, más elevados dentro de su categoría. De acuerdo a las categorías laborales que presentan niveles más altos en alguna de las dimensiones son la de auxiliar de enfermería en Despersonalización y Realización Personal alto, el médico pasante del servicio social, psicología e intendencia son otras categorías también afectadas.

En la comparación que se realizó entre médicos y personal de enfermería para el total de la muestra, los valores más altos en todos sus elementos fueron para enfermería coincidiendo con Foura y Col.” al informar en idéntico sentido, incluso de acuerdo con Flórez” que indica algunas características diferenciadoras del perfil de estos profesionales, de modo que en los médicos se daría más la despersonalización mientras que en el personal de enfermería sería más frecuente el cansancio emocional y la falta de realización personal.⁷

Respecto a la productividad del personal, en el área médica se tiene una disminución del promedio de consultas otorgadas, en el personal con niveles medio y alto con Agotamiento Emocional y Despersonalización, inicialmente, cuando se empieza a padecer el Síndrome de Burnout se puede presentar una disminución del 25% del rendimiento. Cuando el Síndrome de desgaste está en su fase media, el rendimiento se ve impactado en un 40% menos y cuando se presenta en su máxima expresión, la disminución del rendimiento puede llegar hasta un 90% menos de productividad (Montúfar, B., y Muñoz, T., 2005),¹¹.

No así en las acciones realizadas por el personal de enfermería ya que la productividad es mayor en el que presenta niveles medios y altos en Agotamiento Emocional, en Despersonalización bajo el personal de enfermería tiene la mayor productividad y en Despersonalización alta la productividad es menor, observando que no existe diferencia en la productividad de manera general, no afecta al personal.

Concerniente a las incidencias, se observa que las faltas se encuentran en el personal que presenta niveles medio, alto en alguna de las dimensiones con un 100%, de los días económicos solicitados el personal de enfermería con niveles medio, alto en alguna de las dimensiones es el que más solicito, seguido por el área médica con niveles bajos en la dimensión de Agotamiento Emocional.

De los pases de salida solicitados se observó que en el área médica y odontología existe mayor absentismo laboral en el personal con niveles bajos de Agotamiento Emocional y de manera contraria en el personal de enfermería y administrativo con niveles medio, alto en alguna de las dimensiones es el que presenta mayor absentismo laboral.

En cuanto a las incapacidades el personal con niveles bajos de las dimensiones es el que tiene mayor número de incapacidades. En lo que respecta a las encuestas de salida realizadas a los usuarios, se tuvo una buena participación por parte de estos, encontrando que el 60% se encuentran insatisfechos por el tiempo de espera para pasar a consulta, donde esto puede estar dado por la demanda de consulta.

En cuanto a que si el médico le permite hablar sobre su estado de salud se encontró que el 66.6% de los médicos con niveles bajos en alguna de las dimensiones Sí les permite hablar, el 33,3% con niveles medio, alto en alguna de la dimensión Sí les permiten hablar, el 6% de los usuarios que respondieron que No le permite hablar el médico, fueron atendidos por personal con niveles bajos de alguna dimensión, en cuanto a que si el médico le explico sobre el estado de salud del paciente se encontró, que el médico si le explica sobre su estado de salud observando que en Realización Personal medio y alto el personal se equipara con el que tiene nivel bajo en esta misma dimensión y no le explica al paciente sobre su estado de salud.

Referente a que si el médico le explico sobre el tratamiento y cuidados que debe seguir se encontró el personal con niveles bajo, medio y alto en alguna dimensión, si les explica al paciente y solo la minoría no lo hace, predominando

el personal con nivel bajo de alguna dimensión, lo referente a que si el médico le explica al paciente los cuidados que debe seguir se encontró que predomina el personal si le explica al paciente y solo la minoría no lo hace, en relación con la información que recibe por parte del médico el usuario la considera buena alrededor del 74% contra el 26% que la consideran mala o confusa.

En cuanto a la información recibida por el personal de enfermería se observó que el 64% de los usuarios la considera como regular, esto se debe a que la categoría de auxiliar de enfermería y enfermera general son las que presentan nivel más alto y medio en las dimensiones, 75% en Despersonalización y Realización personal y ocurre lo mismo en cuanto a la información recibida por el personal de enfermería.

En cuanto a la atención recibida por el personal de archivo y farmacia el usuario la considera buena en general, en el análisis en cuanto de manera general como considera el trato recibido en esta unidad, el usuario la considera regular, argumentando que lo que más incómodo es el tiempo de espera, ya que en la unidad la demanda de consulta es alta y del servicio que predomina el maltrato es del área de enfermería, por lo que anteriormente se comentó, y no por la demanda de trabajo, ya que el área médica es el servicio que más demanda tiene.

CONCLUSIONES

Aun cuando el estudio realizado no evidenció la presencia de Síndrome de Burnout en el personal que labora en el Centro de Salud Urbano de Cadereyta de Montes Querétaro, sin embargo si se encontraron niveles altos y medios en alguna de las dimensiones evaluadas, ya que como anteriormente se ha mencionado el Síndrome de Burnout se presenta de manera insidiosa y gradual, donde la gran mayoría de las veces el trabajador no se percata de que tiene un problema.

Este síndrome se caracteriza por presentarse en personas que desempeñan una profesión asistencial donde se encuentran en contacto directo con personas, siendo una de ellas el personal de la salud principalmente médicos y enfermeras, en cuando a la edad el presente arrojo que la categoría más afectada en agotamiento emocional y despersonalización alto y medio es la de 41 a 45 años con el 67%, predominando en el sexo femenino con niveles altos en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal baja, lo cual concuerda a la mayoría de las investigaciones realizadas, esto se debe a que la mujer, independientemente de cumplir con sus funciones laborales en su empleo, tiene otras actividades en el hogar como es el cuidado de los hijos y algunas más tareas del hogar.

En cuanto al estado civil se encontró la categoría de divorciados presenta niveles altos y medio en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal baja en el 50%, llamando la atención que la categoría de viudos presenta la dimensión de realización personal baja en el 100%, contrario a los que refieren distintos autores, donde el estado civil, los solteros son los más vulnerables a presentar esta síndrome, ya que no cuenta con una estabilidad emocional ni pareja estable, pero algunos autores mencionan que además las mujeres casadas son también vulnerables por lo que anteriormente se mencionó y la categoría de divorciados y viudos.

Referente a la antigüedad laboral se encontró un predominio del 100% en la categoría de 16 a 20 años en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal baja, seguida con el 50% la categoría de más de 26 años en las dimensiones de despersonalización y realización personal baja en nivel medio, la mayoría de los autores refieren que es más factible que el síndrome de Burnout se presente en los primeros 5 a 10 años de vida laboral, sin embargo existe autores que refieren que a mayor vida laboral, el trabajador sufre de desgaste y sea más factible que desarrolle el síndrome.

Lo que respecta al turno se encontró que el turno vespertino es el más afectado con niveles altos en las dimensiones de agotamiento emocional y realización personal baja, no existe unanimidad en este criterio, sin embargo se menciona que va a depender de la demanda de trabajo que presenta cada turno y a los factores estresantes que se enfrenta cada uno de ellos.

Referente al área laboral se encontró que el área administrativa es la más afectada en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal baja en niveles altos y medio hasta un 50%.

En cuanto a la categoría laboral se encontró que las categorías de psicología, medico pasante del servicio social presentan 100% en agotamiento emocional alto y medio, en las dimensiones de despersonalización y baja realización personal alto predomina la categoría de auxiliar de enfermería con un 50%, sin embargo la gran mayoría de las investigaciones coinciden que las enfermeras y médicos son los más vulnerables a este síndrome.

En cuanto a la productividad se encontró que el personal en el área médica con agotamiento emocional y despersonalización alto tiene menor su productividad por día (10 consultas /día), observando que en esta categoría si se ve afectado el rendimiento laboral, contrario a la categoría de enfermería donde el personal con agotamiento emocional medio tiene mayor productividad (20 intervenciones/día), no interfiriendo esto con su desempeño laboral, en la dimensión de baja

realización personal con niveles altos la productividad del médico general es el que tiene el mayor número de consultas (20/día laboral).

En cuanto a las faltas se encontró un predominio en el área administrativa en el personal que presenta agotamiento emocional y baja realización personal medio, concluyendo que esta es el área laboral más afectada ya que presenta los niveles más altos en las tres dimensiones . Referente a los días económicos y pases de salida solicitados, se encontró que la categoría de médico general es el que más hizo uso de ellos con predominio en el personal con agotamiento emocional bajo, por lo se concluye que en este estudio que la presencia de niveles altos o medios en alguna de las dimensiones no tiene relación con el absentismo laboral y baja productividad.

Referente a las incapacidades otorgadas se encontró que existe un predominio en la categoría de médico general con niveles bajos en la dimensión de agotamiento emocional con lo que se llega a la misma conclusión previamente mencionada.

En cuanto a las encuestas de salida aplicadas a los usuarios se concluye que el usuario se encuentra insatisfecho con el tiempo de espera para pasar a consulta en un 60%, donde esto puede estar dado por la demanda de consulta que tiene la unidad, referente a si el médico le permite hablar al paciente sobre su estado de salud se encontró que 90% de los médicos si se lo permite, de los cuales predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones con el 61%, y solo el 7% no se lo permite, observando aquí, que independientemente de que el personal presente o no factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout, si permite que el paciente se exprese.

En cuanto a que si el médico le explica al paciente sobre su estado de salud se encontró predominio en la respuesta Si con el 84%, de los cuales predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones con el 57% y solo el 16% contestó que no. Referente a si el médico le explica al paciente el tratamiento que debe seguir se encontró que el 86% si le explica al paciente de

los cuales predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones con el 56% y solo el 13% no le explica al paciente.

En lo que se refiere a que si el médico le explica al paciente de los cuidados que debe seguir se encontró que el 82% si le explica al paciente, de los cuales predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones con el 56% y solo el 17% no le explica al paciente. Referente a la información que recibe el paciente por parte del médico, el paciente la considera en un 74% como buena, de los cuales predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones y 26% la considera como confusa, mala o no recibe información. De estas tres últimas preguntas analizadas se concluye que el médico independientemente de que tenga o no factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout si se toma el tiempo para explicarle al paciente el tratamiento que debe seguir, como debe administrar su medicamento y los cuidados que debe llevar, por lo que se siente satisfecho con la atención recibida por parte del médico.

De la atención recibida por el personal de enfermería el usuario la considera como regular en un 59% de los cuales predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones y solo 5% la considera como mala. De la misma manera sucede con la información que el paciente recibe por el personal de enfermería sobre las acciones a realizar, se encontró que el 54% la considera como regular, de los cuales el 42% es por parte del personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones y solo 5% la considera como mala, por lo que se concluye que el usuario considera que no recibe una información clara en esta categoría y esto se puede asociar a que el personal si presenta importantes factores de riesgo para desarrollar el Síndrome de Burnout.

De la atención recibida por el personal de farmacia el usuario la considera como buena en un 73%, predominando en el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones con el 53%, solo el 2% la considero como mala, por lo que no existe ninguna asociación con el Síndrome de Burnout.

De la atención recibida por el personal de archivo el usuario la considera como buena en una 69%, de la que predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones y solo el 2% la considera mala. De manera general el trato que recibió el usuario en la unidad es considerada como regular en un 54%, en la que predomina el personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones, solo el 2% la considera mala, de la misma manera se concluye que aun cuando si existen factores de riesgo para desarrollar el Síndrome de Burnout este no repercute en el desempeño laboral del trabajador.

El área de servicio donde el usuario recibió maltrato, predomina la de enfermería con el 30%, de las cuales el 22% son del personal con niveles bajos en alguna de las dimensiones, por lo que se concluye que el tener factores de riesgo para desarrollar el Síndrome de Burnout, estos no repercuten con su desempeño laboral. Referente al servicio que demanda más consulta es el área médica con el 67% de las atenciones brindadas.

En la realización de este protocolo de investigación se observó que el personal presento cierto temor a ser evidenciado y que esto pudiera perjudicar o se tomaran represalias hacia su persona como trabajador, y esto pudo haber ocasionado que el estudio no arrojara los datos esperados. Se recomienda establecer estrategias de detección oportuna de casos en todas las unidades de atención médica en todos sus niveles, en donde es fundamental establecer estrategias de atención al personal portador de este síndrome, estableciendo programas de orientación, apoyo psicosocial e información al personal con factores de riesgo para el desarrollo de este problema, así como la realización de más trabajos de investigación sobre el tema, considerado ya como un problema de salud pública.

PROPUESTAS

La propuesta que aporta este estudio, primeramente es realizar búsqueda intencionada de casos, para que de esta manera, determinar las estrategias de intervención, en cada uno de ellos donde a nivel individual, fortalecer a la persona para el afrontamiento del estrés laboral, a nivel interpersonal con la formación de habilidades sociales y el desarrollo del apoyo social en el contexto laboral y a nivel organizacional con la disminución de estresores en el trabajo así como estrategias de prevención y promoción para de esta manera poder mantener la salud física y laboral del personal.

Además sería importante aplicar este mismo estudio a otros profesionales asistenciales como son los docentes, policías, bomberos, de esta manera tener un panorama más amplio sobre este síndrome, ya que una de las características de este síndrome es que se presenta en las personas que trabajan directamente con personas, como ocurre en este caso en el sector salud, en sus distintas áreas, donde la gran mayoría de los trabajadores desconocen que tengan este síndrome y creen que su desempeño laboral es bueno.

De esta manera la calidad de vida laboral del trabajador no se encontraría amenazada y finalmente el mayor beneficio será para el usuario, que como se comentó en el marco teórico, él es el más vulnerable ante esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillermo Axayacalt GutierrezAceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno Jiménez, Felipe Farias Serratos, José de Jesús Suárez Campos. Síndrome de Burnot. Arch Neurocién (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006 ©INNN, 2006. Acceso Junio 2011. Pag. 305
2. Dra. Carmen Sandoval, Dr. Pablo González, Dr. Luis Sanhueza, Dr. Rodrigo Borjas, Claudia Odgers. "Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel" Agrupación Nacional de Médicos en Etapa de Destinación y Formación. Acceso Julio 2011. Pag. 1
3. Maria Borda Pérez, Egar Navarro Lechuga, Erick Aun Aun, Harold Berdejo Pacheco, Karen Racedo Rolón, Jennifer Ruiz Sará. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Artículo completo Vol. 23, N° 1, 2007 ISSN 0120-5552. Acceso Febrero 2012. Pag. 44, 46.
4. Olga L. Paredes G, Pablo A. Sanabria Ferrand. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidad médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Médica 16(1); 25-32, 2008. Acceso. Septiembre 2011. Pag. 27
5. Gloria Gema Cáceres Bernejo." Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal Sanitario Militar" Tesis Doctoral Madrid 2006. Acceso Julio 2011. Pag. 27, 49, 50, 57.
6. Martínez López C, López Solache G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Archivo de Medicina Familiar, Enero-Abril 2005. Acceso. Mayo 2011. Pag.7.
7. Tirso Javier Hernández Gracia, Omar Ernesto Terán Varela, Dolores Margarita Navarrete Zorrilla, Andrea León Olvera. El Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. Julio-Diciembre 2007. Acceso Enero 2012. Pág.51,52,55,58-62 <http://www.ediepen.com>.

8. María Noelia Vanessa Thomaé, Elio Adrián Ayala, Marina Soledad Sphan, Dra. Mercedes Alejandra Stortti. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los Trabajadores de la Salud. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 153 - Enero 2006. Acceso Febrero 2012. Pág.18-20 <http://www.ediepen.com>.
9. Fredy da Silva Rodio. El Síndrome de Burn Out. Director del Post-Grado de Drogodependencias de la UCUDAL. 2001. Acceso Junio 2011. Pág. 1,3-6, 9-12, 23.
- 10 María Brunilda Aragón Paredes, Diana Izayana Morazán Pereira, Rene Pérez Montiel. Síndrome de Burnout en Médicos y Personal de Enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", León, 2007. Universitas, Volumen 2, Número 2, 2008,33-38, ISSSN 2071-2573 © 2008 UNAN-León, Editorial Universitaria. Acceso Agosto 2012. Pag. 33,34.
11. Jennifer E. Dávila, Paola C. Romero M. Relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia. Caracas, 20 de Mayo de 2010. [http/ www.ediepen.com](http://www.ediepen.com). Acceso Septiembre 2011. Pág.40,45,46.
12. Juan Carlos Atance Martínez. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout. Rev. Esp. Salud Pública 1997: 7 I; 293-303 No.3, Mayo-Junio 1997 Acceso Diciembre 2011. Pág.293,295,300 . <http://www.ediepen.com>.
13. Síndrome De Burnout En Profesionales De Enfermería. Acceso Diciembre 2012. <http://www.ediepen.com>. Pag.2-4, 6.
14. José Ángel López Fernandez. Aproximación al "Síndrome de Burnout. Jornadas en Bargas (Toledo) 2001. Acceso Noviembre 2012. Pag. 4.
15. Ma. Carmen Herro Ortega. Silvia Sebastiá Marín. Marta Simarro Cantos. Marta Picazo Soriano. Síndrome de Burno-ut. Acceso Julio 2011. Pag. 4.

16. Eric Roth y Bismarck Pinto. Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de la Paz. *Ajayu*, 8(2), Agosto 2010, 62-100, ISSN 2077-2161. Acceso Mayo 2011. Pag. 63, 66, 67.

17.¿ Cuando nos encontramos ante el Síndrome del “Quemado” o Burnout? Acceso Junio 2011. Pag. 1-4.

18. Silvana A. Savio. El Síndrome de Bur-out: Un proceso de estrés laboral crónico. Tesis Doctoral de la Universidad de Plaermo. 2008. Acceso: Enero 2012. Pag. 125,128,129. www.hologramatica.com o www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica.

19. Anabella Martínez Perez. El Síndrome de Burnout y Estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010. Acceso Febrero 2012. Pag. 9, 25, 29. <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>.

20. Ana Guadalupe Ballinas Aguilar. Claudia Alarcón Morales. Carmen Lastenia Balseiro. Síndrome de Burnout en Enfermeras de un Centro Médico. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2009; 17 (1): 23-29 Acceso Diciembre 2011. Pág. 23,24. <http://www.emedigaphic.org.mx>.

21. Evelin Noelia Sosa Oberlin. Frecuencia de los síntomas del Síndrome de Burnout en profesionales médicos. *Rev. Méd. Rosario* 73: 12 - 20, 2007. Acceso: Noviembre 2012. Pag.14.

22. Thania Adriana Tapia Hernández, María del Rosario Avalos García, Ricarda César Vargas, Rosa Ana Franco Alcántar, Alonso Carlos Gómez Alonso, Alaín Rodríguez Orozco. Síndrome de Burnout en Enfermeras de un Hospital Regional. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2009; 17 (1): 31-38 Acceso Marzo 2012. Pág.31, 32 <http://www.emedigaphic.org.mx>.

23. Clara Ivette Hernández Vargas, María Eloisa Dickinson, Miguel Aángel Fernández. El síndrome de desgaste profesional en médicos mexicanos. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Acceso Marzo 2012. Pag. 2.

24. Katherine Mira Franco, Valentina Salazar Rendón, Kelly María Urán Cadavid. Aproximaciones teóricas y hallazgos empíricos sobre el síndrome de burnout. Estado de Arte. Universidad Pontificia Boliviana, Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología Medllín 2005. Acceso Agosto 2012. Pag. 18, 36, 37, 43, 44, 52-57. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/co/deed.es>.
25. Víctor Manuel Joffre Velázquez, José Ma. Peinado Herreros, Ma. Del Carmen Barrientos Gómez, Dolores Lin Ochoa, Francisco Vázquez Nava, Arturo Llanes Castillo. Síndrome de Burnout en Médicos de un Hospital General en el Noreste de México. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, No. 1 Sept.-Abr. 2010. Acceso Febrero 2012. Pag. 5,7.
26. Yusvisaret Palmer, Antonio Gómez Vera, Carlos Cabrera Pivaral, Roberto Prince Vélez, Roberto Searcy. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anesthesiólogos. Facultad de Medicina UABC, División de postgrado Maestría en Ciencias Médicas. Salud Mental, Vol. 28, No. 1, Febrero 2005. Acceso. Septiembre 2011. Pag. 88.
27. Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y Perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1576-7329 2004, Vol. 4, N° 1, pp. 137-160. Acceso Agosto 2011. Pág: 138, 139, 142, 143, 145, 147.
28. Sandra Lorena Rosas Meneses. Síndrome De Desgaste Profesional (Burnout) En Personal De Enfermería Del Hospital General. Pachuca. Revista Científica Electrónica De Psicología. N°3. Acceso Enero 2012. Pág. 86,88,92,94. <http://www.ediepen.com>.
29. María Dolores Alonso Fernández. Prevención y Detección del Síndrome de Burnout en los profesionales Sanitarios. Artículo Médico. Fecha de creación 05/05/2008. Acceso: Mayo 2012. Pág:1,2
30. Gomero Cuadra Rúl. Palomino Baldeón Juan, Ruiz Gutierrez Fermín, Llapyesán Carlos. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales

de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. Rev Med Hered 2005;16:233-238. Acceso Diciembre 2012. Pág. 234.

31. Camacho Ávila Anabel, Juárez García Arturo, Arias Galicia Fernando. Síndrome de Burnout u Factores Asociados en Médicos. Ciencia & Trabajo, año 12, número 35, Enero/Marzo 2010. Acceso: Octubre 2012. Pag. 251,252. www.cienciaytrabajo.com.

32. Hermes Villoria Marín, Maritza Paredes Santiago. Estudio del Síndrome de Burnot o Desgaste Profesional en los profesores de la Universidad de los Andes. Educere, Investigación, Año 6, N° 17, Abril - Mayo - Junio, 2002.. Acceso Diciembre 2011. Pag. 30.

33. Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia. Burnout: “Síndrome de Quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología 10 (2): 117-125, 2007. Acceso Enero 2012. Pág.119.

34. Juan Marcelo Reyes, Guillermo Soloaga, Dra. Patricia Pérez Quintana, Dra. Lorena Dos Santos Antola. El Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital “Juan Ramón Gómez” de la localidad de Santa Lucia. Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 167 – Marzo 2007. Acceso Mayo 2012. Pag. 1,2.

35. Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, Teresa Torres López, José Salazar Estrada, Sergio Franco Chávez. Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Médicos de Familia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. México Anales de la Facultad de Medicina, año/vol. 66. Número 003 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú. 2005 Acceso Septiembre 2011. Pág. 226.

36. P. Adrés, D. de Juan, J. Escobar, J. Jarabo, Ma. T Martínez. Burnout: “Técnicas De Afrontamiento”.Jornades de Foment de la Investigación. Acceso Diciembre 2011. Pág.5,6.

37. Casado Maragón Gema, Muñoz Durán Gema, Ortega Gonzalez Natalia, Castellanos Asenjo Alberto. Burnout en Profesionales de los Servicios Paliativos, Intensivos y Urgencias de un Gran Hospital. Elsevier. Publicado en Med Clin (Barc). 2005;124:554-5. - vol.124 núm 14. Acceso Febrero 2012. Pág. 42.
38. Jesús Carlos Rubio Jiménez. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de IES. Tesis Doctoral Badajoz 2003. Acceso Julio 2012. Pag. 7, 29, 34-36. <http://www.unex.es/publicaciones>.
39. Carolina Aranda Beltran, Manel Pando Moreno, Teresa Torres López, José Salazar Estrada, Sergio Franco Chavez. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México. An Fac Med Lima 2005; 66(3). Acceso Mayo 2012.
40. Arturo López Morales, Felipe González Velázquez, Margarita Isabel Morales Guzmán, Carlos Ernesto EspinozaMartínez. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007, Acceso: Enero 2012.
41. Gil –Montes P. R. El Síndrome de Quemarse Por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería. Revista Electrónica Interacao Psy, N°1, 19-33 Agosto 2003. Acceso Diciembre 2012.
42. María de Lourdes Preciado-Serrano, Juan Manuel Vázquez-G. Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. Rev Chil Neuro-Psiquia 2010; 48 (1): 11-19. Acceso Mayo 2012. <http://www.sonepsyn.cl>.
43. Maslach C., & Jackson S. Maslach. Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.; 1986. Acceso: Marzo 2012.
44. Retos en la Salud Mental del Siglo XXI en Atención Primaria. ¿Cómo se detecta y mide el burnout?. Acceso:Septiembre 2011.

45. D. Jorge Corsi. El síndrome de “burnout” en profesionales trabajando en el campo de la violencia doméstica. Documentación de apoyo. Fundación Mujeres. Acceso Enero 2012.
46. Ana María T. Benavides Pereira, Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández José Luis González Gutiérrez. La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El “ Inventario de burnout en psicólogos” Clínica y salud, 13,3,pp257-283, 2002. Acceso Julio 2012.
47. Grajales G. Trevni. Estudio de la Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Versión Española en una población de profesionales mexicanos. Burnout o Síndrome de Estrés Laboral Asistencial. Línea de Investigación: Instrumentos de Validación. Enero- Mayo 2000. Acceso: Mayo 2011.
48. Sandra Loprena Rosas Meneses. Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en el personal de enfermería del Hospital Genreal de Pachuca. Revista Científica de Psicología ICSa-UAEH No.2. Marzo 2006. Acceso Septiembre 2012.
49. Johana C. Murillo, Viviana Orozco, Magnolia Ramos, Liliana Parra. Prevalencia del Síndrome de Burnout y su relación con la Violencia laboral en Médicos Generales de un Hospital de Nivel I. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(3), Sept 2011. Acceso Marzo 2012.
50. Carlos María Tejero Gonzalez, María José Fernández Díaz, Rafael Carballo Santaolalla. Medición y prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en la dirección escolar. Revista de Educación, 351. Enero-Abril 2010. Acceso. Noviembre 2012.
51. Luis Pereda Torrales, Felix Guillermo Márquez Celedonio, Maria Teresa Hoyos Vázquez, Marco Ismael Yáñez Zamora. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Artículo original Salud Mental 2009;32:399-404. Acceso Enero:2012.

52. Jorge Román Hernández. Estrés y Burnout en Profesionales de la Salud de los Niveles Primario y Secundario de Atención. Rev Cubana Salud Pública 2003;29(2):103-10. Acceso Octubre 2012.

GLOSARIO

Agotamiento Emocional: Falta de recursos emocionales, donde ya no se tiene nada que ofrecer a las personas destinatarias de los servicios que se prestan u ofrecen.

Burnout: Síndrome de agotamiento profesional.

Despersonalización: Es el distanciamiento emocional entre las personas que reciben el servicio y el prestador del mismo, el cual desarrolla actitudes negativas, hostiles, críticas y distantes.

Falta de realización: Sentimiento de pérdida de la autoestima. El individuo no ha cumplido con sus expectativas planeadas en el ámbito laboral, individual y familiar.

Cuestionario Maslach Burnout Inventory o MBI: Es un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia las personas que reciben el servicio.

Dimensión de agotamiento emocional: Consta de 9 ítems. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por la demanda de trabajo.

Dimensión de despersonalización: Está formada por 5 ítems, que valora en grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Dimensión de Realización personal: Compuesta de 8 ítems, que evalúa los sentimientos de autoeficacia y la realización personal en el trabajo y a nivel personal.

ANEXOS

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL
“CENTRO DE SALUD URBANO CADEREYTA”**

- 1.- Usuario al que se le aplica el cuestionario
 - a).- Paciente
 - b).- Familiar y/o Acompañante
- 2.-Con el tiempo que espero para pasar a consulta ¿quedó usted?
 - a).- Satisfecho
 - b).- Insatisfecho
 - f).- No contestó
- 3.- ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?
 - a).- Sí
 - b).- No
 - c).- No contestó
- 4.- ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?
 - a).- Si
 - b).- No
 - c).- No contestó
- 5.- ¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?
 - a).- Sí
 - b).- No
 - c).- No contestó
- 6.- ¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?
 - a).- Sí
 - b).- No
 - c).- No contestó
- 7.-En relación con la información que recibió por parte del médico ¿Cómo la consideró usted?
 - a).-Buena
 - b).- Confusa
 - c).- Mala
 - d).- No recibió información
- 8.- ¿La atención recibida por parte del personal de enfermería fue?
 - a).-Buena
 - b).- Regular
 - c).-Mala
- 9.- ¿La información que recibió por parte de la enfermera sobre las acciones a realizarle a usted o familiar fue?
 - a).-Buena
 - b).-Regular
 - c).-Mala
 - d).- No recibió información
- 10.-¿La atención recibida por parte del personal de farmacia fue?
 - a).-Buena
 - b).-Regular
 - c).- Mala

11.- ¿La atención recibida por parte del personal de archivo fue?

a).-Buena b).- Regular c).-Mala

12.- En general el trato que recibió usted en esta unidad fue?

a).- Bueno b).- Regular c).- Malo

13.- En que área de servicio usted recibió el mal trato

a).- Médica b).- Enfermería c).-Odontología d).-Archivo e).-Farmacia f).-Intendencia

14.- Servicio en el que usted recibió la atención

a).- Médica b).- Enfermería c).-Odontología d).-Archivo e).-Farmacia

Fecha de elaboración _____

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
BASADO EN EL MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)
CENTRO DE SALUD URBANO DE CADEREYTA**

Nombre: _____ Antigüedad laboral: _____
Sexo: F () M () Edad: _____ Estado Civil: _____ Categoría Laboral: _____
Área Laboral: _____ Turno: _____

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

Instrucciones: A continuación se muestra un test con 22 apartados. En cada pregunta ha de elegir UNA sola respuesta marcando con una "X". Intente responder el test de forma sincera.

No.		N u n c a	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							

7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8	Me siento "quemado" en mi trabajo.							
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado en mi trabajo.							
14	Creo que estoy trabajando demasiado.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona desde que nació	Años de vida de in individuo	Nominal	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino	Condición biológica que distingue lo masculino de los femenino	Ordinal	Masculino Femenino
Estado civil	Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. También condición de matrimonio, soltería etc... de un individuo	Condición del individuo de acuerdo a derechos y obligaciones civiles	Ordinal	Soltero Casado Unión libre Divorciada (o) Viudez
Categoría laboral	Nivel alcanzado de acuerdo a su profesión dentro de la institución	Nivel jerárquico de acuerdo a la profesión en la institución que se desempeña	Ordinal	Medico General M P S S Auxiliar de enfermería Enfermera General Odontología M P Odontología Psicología
Antigüedad laboral	Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa	Periodo de tiempo que el trabajador labora en la institución	Nominal	Años
Área laboral	Territorio dentro de la institución donde el trabajador desempeña sus actividades	Servicio donde el trabajador realiza las actividades inherentes a su función	Ordinal	Consulta Externa Medicina Preventiva Farmacia Archivo Dirección Jefatura de Enfermería
Turno	Horario de trabajo asignado dentro de las 24hrs del día	Tiempo designado para que el trabajador desempeñe sus funciones	Ordinal	Matutino/ Vespertino

Síndrome de Burnout	Estado de agotamiento emocional con deshumanización e insatisfacción personal que aparece en los individuos que trabajan con personas, formado por tres dimensiones	Estado de agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción laboral de los trabajadores	Ordinal	Agotamiento emocional, Despersonalización, Realización personal
Agotamiento Emocional	Son las manifestaciones de respuestas emocionales inadecuadas de manera crónica, ya que la energía de los mecanismos de ajuste, adaptación y recursos internos se encuentra debilitada, los individuos se vuelven más irritables, con pérdida de la capacidad de disfrutar sus tareas, lo que traduce un agotamiento de recursos emocionales.	Son las manifestaciones emocionales que el trabajador presenta cuando existe un agotamiento de recursos emocionales secundario al desgaste laboral.	Ordinal	Alto Medio Bajo
Despersonalización	La deshumanización consiste en la indiferencia, sentimiento de distancia emocional, presencia de actitudes negativas, cinismo hacia los demandantes del servicio.	Son las respuestas de indiferencia, distanciamiento deshumanización del trabajador hacia al usuario que demanda atención.	Ordinal	Alto Medio Bajo
Realización personal	Consiste en bajos sentimientos de realización personal, baja autoestima, sentimiento de fracaso, con tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa (autoreproche por no conseguir metas propuestas).	Es la autopercepción del trabajador en cuanto a metas propuestas y cumplidas, sentimientos de fracaso.	Ordinal	Alto Medio Bajo