

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BOURNOUT  
EN EL ÁREA MÉDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARIA MARTINEZ IBARRA**

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

CONTINUAR SIGUIENTE HOJA AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A DIOS  
POR LA OPORTUNIDAD QUE ME HA DADO  
A TRAVES DE MIS HERMANOS Y AMIGOS  
A LOGRAR LO QUE SIEMPRE HE DESEADO,  
MI CARRERA Y MI ESPECIALIDAD.

AGRADEZCO A MIS PADRES POR  
APOYARME EN MI CAMINO  
PROFESIONAL, A MIS HERMANOS QUE  
PUSIERON UN GRANITO DE ARENA  
PARA SUPERARME EN MI PPROFESION

AGRADEZCO A MIS AMIGOS,  
COMPAÑEROS Y A TI CHIQUITO,  
QUE EN LAS BUENAS Y EN LAS  
MALAS ESTUVIERON CONMIGO.

## INDICE

1. MARCO TEORICO	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACION	16
4. OBJETIVOS	18
5. METODOLOGÍA	19
5.1 Tipo de estudio.	
5.2 Población, lugar y tiempo.	
5.3 Tipo y tamaño de la muestra.	
5.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.	20
5.5 Variables.	21
5.6 Procedimientos para la captación de la información.	23
5.7 Consideraciones éticas.	24
5.8 Recursos.	25
6. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	26
7. RESULTADOS	29
7.1 Descripción de resultados, Tablas y Gráficas.	31
8. DISCUSION	69
9. CONCLUSIONES	70
10. BIBLIOGRAFIA	71
11. ANEXO	74

## 1. MARCO TEÓRICO

El síndrome de Burnout o Agotamiento Profesional (estar o sentirse quemado), fue establecido por primera vez por el psicoanalista alemán, residente en Norteamérica, Freudenberger, en 1974. Él lo definió como un conjunto de síntomas médicos, biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de un excesivo desgaste de energía, refiriéndose a los profesionales denominados de 'ayuda' cuya actividad va dirigida a otras personas. (1).

Desde 1976, C. Maslach dio a conocer la palabra "Burnout" de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos (1).

C. Maslach y S. Jackson 1976 consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: 1) el cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; 2) la despersonalización, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas que acontecen al profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos; 3) La falta de realización profesional donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo (2).

El Burnout es considerado como una respuesta prolongada al estrés crónico, emocional e interpersonal en el trabajo, considerando que existe un estado de estrés cuando los acontecimientos rebasan la capacidad de adaptación del individuo.

Para cada individuo, el estrés se define de manera subjetiva y la respuesta a éste depende de la personalidad y estructuración fisiológica de cada persona. Un individuo puede reaccionar al estrés con ansiedad o depresión, desarrollar un síntoma físico o retraerse con ingestión de bebidas alcohólicas o de otros modos innumerables. Las respuestas comunes son el temor, la ira, etc.

El estrés puede manifestarse por medio de inquietud, irritabilidad, fatiga y una sensación de tensión. La incapacidad para la concentración, perturbación del sueño y preocupaciones somáticas, conducen frecuentemente a la automedicación, con más frecuencia con alcohol u otros depresivos del sistema nervioso central.

La experimentación repetida del acontecimiento, junto con una menor capacidad de respuesta del individuo, da lugar a una hiperexcitabilidad fisiológica que incluye reacciones de impulsividad, pensamientos intrusivos, problemas de sueño, dificultad en la concentración etc. A menudo los síntomas se inician después de un periodo prolongado de latencia. (3).

Se ha mencionado que el estrés no siempre es dañino y que cantidades y duración moderadas sirven como estímulo y llenan de energía a las personas.

De esta manera, el estrés puede actuar como estímulo positivo o negativo.

Benson menciona que las respuestas de luchar o huir es necesaria para la supervivencia. Sin embargo, en los seres humanos esta respuesta se activa de manera cotidiana, llevando al organismo a situaciones crónicas, y a no realizar dicha respuesta. Así para Benson el estrés se deriva de situaciones ambientales que exigen un ajuste conductual, con respuesta de luchar o huir. (4).

En las situaciones de estrés prolongado de mediana duración, la hipófisis comienza a liberar vasopresina, aumentando la presión arterial. Simultáneamente se libera la hormona adrenocorticotrópica actuando sobre las suprarrenales para formar cortisona y cortisol, lo que aumenta el nivel de glucosa en la sangre e inhibe funciones inmunológicas del organismo. Asimismo, se libera la hormona tirotrópica que actúa sobre la tiroides liberando tiroxina, la cual estimula el metabolismo de los tejidos produciendo sudoración intensa y temblores, así como ritmo cardíaco y respiratorio acelerado. (5).

En las situaciones de estrés prolongado de larga duración, la hormona adrenocorticotrópica sigue estimulando la corteza de la glándula suprarrenal, pero ahora liberando desoxicorticoestróna y aldosterona, lo que eleva la presión arterial con la posibilidad de un daño importante los riñones.

Actualmente, en neurofisiología se admite que cualquier situación de estrés provoca una activación del hipotálamo, lo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neurohormonal, enviando al mismo tiempo señales a la corteza a fin de que exista conciencia de la emoción provocada. Si la amenaza se prolonga en el tiempo, y el individuo no encuentra una respuesta adecuada en forma de conducta adaptativa a la nueva situación, los propios sistemas de defensa y adaptación que se han puesto en marcha pueden acabar provocando trastornos funcionales e incluso orgánicos. En este caso se trataría de una situación de distrés. (6).

Como se mencionó anteriormente, el síndrome de Burnout está definido por tres dimensiones: cansancio, cinismo e ineficiencia. En los pasados 25 años de investigación en grandes organizaciones, se ha experimentado estrés individual del personal con relación a su trabajo. Recientemente el síndrome de Burnout se ha expandido internacionalmente y ha conducido a nuevos modelos conceptuales: El enfoque del compromiso, la antítesis positiva del síndrome de Burnout, las promesas de producir nuevas perspectivas en las intervenciones para lidiar con el Burnout. El enfoque social de la quemadura, la solidez de la investigación básica relacionada al síndrome, y a su específico enlace en el ámbito del trabajo hace una contribución distinta y valorable de la salud y bienestar de las personas.

Se ha considerado que la relación que existe entre la gente y su trabajo, y las dificultades que tienen cuando la relación va mal, se han manejado como un fenómeno de la edad moderna. El uso del término de Burnout para este fenómeno empezó a aparecer en los años setentas, en los Estados Unidos especialmente entre gente que trabaja en servicios humanos.

Lo que ha surgido de estas investigaciones, que el síndrome de Burnout queda conceptualizado, como un síndrome psicológico como respuesta a estresantes crónicos interpersonales en el área de trabajo, aquí el elemento cansancio representa el estrés básico individual en la dimensión del Burnout, es decir a un sentimiento de expansión y división de la parte emocional del ser y sus recursos físicos, el elemento cinismo o despersonalización representa el contexto interpersonal en la dimensión del Burnout, se refiere a una respuesta negativa, con un distanciamiento excesivo a varios aspectos del trabajo. El componente de eficacia reducida representa la auto evaluación en la dimensión del Burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia, falta de logro y productividad en el trabajo. (7).

En un inicio los estudios que se realizaron en Estados Unidos, fue de describir el fenómeno básico, y darle un nombre Burnout, y demostrar que no era una respuesta común. En las fases iniciales estuvo basado en la experiencia de la gente que trabaja en servicios humanos y ocupaciones de la salud, en las cuales el objetivo es proveer ayuda a gente que lo solicita, el cual puede como consecuencia caracterizarse por factores de estrés emocional e interpersonal. Las investigaciones facilitaron detalles directos de los procesos por los cuales los trabajadores experimentaron división emocional y pérdida de la motivación y entrega. (8).

Maslach entrevisto a un amplio número de prestadores de servicios humanos sobre el estrés emocional en sus trabajos y descubrió que el manejo de estrategias tuvo implicaciones importantes en la identidad profesional del personal y su conducta laboral.

La investigación del Burnout tiene sus raíces en las profesiones de cuidado y servicio en las cuales la esencia de trabajo fue la relación entre el proveedor y receptor. Este contexto interpersonal enfoca la atención en las emociones individuales, en los motivos y valores, subrayando su trabajo con los receptores. (9).

Actualmente se ha esclarecido que el proveer servicio y cuidado son ocupaciones muy demandantes y comprometedoras, y que el cansancio emocional es una respuesta común a tal sobrecarga de trabajo. El segundo componente que corresponde estudiar es la despersonalización en la gente prestadora de servicio manejando el estrés emocional provocada por el trabajo, a través de un distanciamiento emocional ante el cliente, esto fue observado como una forma de protegerse a ellos mismos del intenso cansancio emocional, dando lugar a un



distanciamiento a veces excesivo traduciéndose esto como una respuesta negativa, descuidada y deshumanizada a los clientes.

Dentro de los factores encontrados como causa del síndrome es el alto número de clientes (sobrecarga de trabajo), la prevalencia de respuestas negativas de los clientes y la escasez de recursos, estos factores han intervenido en la profesionalidad de los servicios humanos, creando insatisfacción en estas profesiones (Ver Cherniss 1983) (10).

Las tres dimensiones principales en el síndrome de Burnout es medida a través de la evaluación MBI (Ver Maslach en el año de 1996. Se realizó un consenso acerca de las tres dimensiones principales de la experiencia del síndrome de Burnout llevando a realizar una teoría multidimensional del Burnout.

Dentro de las ocupaciones que no tienen una clara orientación en el trato con personas, la medida a través del MBI-GS (MBI-investigación general) fue desarrollada para conceptualizar términos más amplios con respecto al trabajo y no solo las relaciones personales que son parte de este trabajo, enfocando las mismas tres dimensiones como la medida original, usando puntos ligeramente revisados, y manteniendo una estructura de factores consistentes a lo largo de una variedad de ocupaciones (investigación, educación etc.) (11).

Los Profesionales de cuidado médico que trabajan con los pacientes afectados con enfermedades crónicas o terminales están bajo tensión ocupacional importante y pueden incorporar el proceso de la quemadura después de cierto periodo (3) por lo que se considera que el síndrome de Burnout afecta sobre todo a profesionales cuya labor está basada en el trato directo con otras personas. Los sectores más afectados son la enseñanza, medicina y comercio. (12).

Por otro lado, el síndrome de Burnout o agotamiento profesional se concibe como una variable continua que puede experimentarse en bajo, moderado o alto grado. Spaniol y Caputo 1979, describen el proceso en 3 grados:

Primer grado: Señales y síntomas de agotamiento son ocasionales y de poca duración a través de distracciones o hobbies la persona recupera su entusiasmo.

Segundo grado: Los síntomas son más constantes, duran más y cuestan más trabajo sobreponerse a ellos. Los métodos normales de relajación parecen inefectivos, la preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.

Tercer grado: Los síntomas se vuelven continuos, con problemas psicológicos y físicos, llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales, considera la posibilidad de renunciar o cambiar de profesión, se intensifican los problemas familiares (13).

Es conveniente mencionar que algunos autores hacen diferencia del síndrome con depresión mientras que otros lo correlacionan como tenemos a Pines quién sostiene que la confusión mantenida entre el síndrome de Burnout y depresión se debe a similitud de síntomas asociados a cada uno de sus términos: Sentimiento de inadecuación, indefensión, vacío, tristeza etc. Sin embargo, concluye que el Burnout es un fenómeno social con repercusiones en el ámbito laboral y no clínico, como la depresión. Por otro lado, Oliver entiende que el Burnout y la depresión deben ser diferentes en términos de tiempo e intensidad de refuerzo. El término Depresión debe ser empleado para referirse a una pérdida repentina de refuerzos en un corto periodo de tiempo y el término de Burnout se refiere más a una pérdida progresiva de refuerzos. (14).

La depresión puede producirse en reacción a un agente estresante, el trastorno se produce dentro de los tres meses posteriores y a la presencia del factor estresante y causa un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional. Los síntomas varían de tristeza leve, ansiedad, irritabilidad, preocupación, falta de concentración, desánimo y padecimientos somáticos.

Caber refiere que los síntomas del Burnout, al menos inicialmente tienden a darse en situación específica; por lo que una persona puede sentirse con Burnout en una esfera de la vida, pero no en todas. Sin embargo, los síntomas de la depresión tienden a manifestarse a través de todas las situaciones de la vida. (15).

Características de la enfermedad: En una crisis de la enfermedad puede presentar actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento, hipersensibilidad, insomnio, desordenes metabólicos, en la presión arterial, sentimientos persecutorios, pérdida de concentración en el trabajo, falta de realización personal, auto evaluación negativa, baja autoestima, manifestación física de estrés (dolor de espalda, malestar general), disminución del rendimiento laboral.

Principales causantes del síndrome se refiere a características del propio puesto de trabajo y la personalidad del trabajador.

Las personas que interactúan tratando y solucionando problemas de otras, con técnicas y cualidades exigidas dentro de organizaciones que evalúan los logros obtenidos, son potenciales proveedores del síndrome de Burnout. (16).

Las múltiples exigencias y responsabilidades que se imponen en el trabajo, así como el autoritarismo, son elementos que favorecen y crean una situación constante de ansiedad, mal humor y cambios importantes de conducta. El sueldo o las tareas a realizar, junto con la falta de comunicación entre compañeros y otros inconvenientes físicos del entorno laboral desencadenan el síndrome de Burnout.

El síndrome de quemarse en el trabajo, queda establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia el propio rol profesional.

Se han mencionado otros trastornos de salud que los clasifican en:

Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza y cuello, problemas de sueño, insomnio, úlceras y otros desordenes gastrointestinales.

Conductuales: Incapacidad para vivir en forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamiento de alto riesgo, expresiones de hostilidad o irritabilidad, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, aumento de las relaciones conflictivas con el resto de compañeros.

Emocionales: Distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, incapacidad de concentración, sentimiento depresivo, respuestas rígidas e inflexibles.

Ambiente Laboral: Baja capacidad de trabajo, deterioro en la calidad de los servicios que presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicación deficiente (17).

Dentro de las manifestaciones del síndrome, todos los autores coinciden en dichas conductas ya que es la transformación del proveedor ante su receptor provocado por varios factores, mencionados anteriormente.

El síndrome de Burnout, se puede analizar desde diferentes niveles, entre los que se ha optado por revisar los efectos directamente detectables (18).

Otro punto de vista es el de Dolores Peris, catedrática de Sociología. Refiere que las leyes que explican cómo el trabajo que impide evolucionar, provoca tedio y que, tanto su mantenimiento forzado como el forzar la atención hacia un número de tareas diversas, incrementa la fatiga y cómo el trabajo en condiciones de fatiga, genera estrés, ha sido una de las mejores y más ampliamente demostradas en Psicología Experimental.

**Sin embargo, la historia de la población, siempre se ha beneficiado de los encuentros multidisciplinarios. Desde la integración Psicosocial, que evidencia cómo los conocidos efectos Psicológicos de la fatiga y el estrés laboral, es lo que se ha rebautizado con el término, Burnout (18).**

La quemadura no discrimina entre niveles de gerencia o entre los sexos. Ciertas condiciones crean la tensión adicional para los hombres y las mujeres. La causa primaria de la quemadura en mujeres es que tiene que alternar el trabajo y el hogar por la responsabilidad que implica cada uno, creando **sentimiento de culpabilidad**. Por otra parte, muchos hombres tienden a pensar por tradición que deben subir de escala en la carrera y si no, se sienten frustrados.

Los médicos están propensos a adquirir el síndrome de quemadura ya que están expuestos constantemente a condiciones entre la vida y la muerte. Muchas veces

se culpan de terapias fracasadas y se sienten desamparados cuando los pacientes mueren, y a menudo, no pueden separar su trabajo de su vida personal.

La mayoría de la gente no pierde sus trabajos por falta de capacidad, sino porque los factores, aparentemente incontrolables, que llevan al síndrome de Burnout los abruma, por lo que el comportamiento de la gente cambia, además, empiezan con problemas gástricos, cefaleas, oscilaciones en el apetito, dependencia a la droga, patrones anormales de dormir. Presentan actitudes de negativismo, Dominado por cinismo, pesimismo, intolerancia, desesperación, sensación de que nada importa y el amor por otros y por la persona misma, no existe.

Curar el Síndrome de Burnout o quemadura, es una fase importante. El síndrome, no es terminal, la curación puede ser encontrada empezando por tener respeto a la persona misma y a los demás, participar en la organización y dar opciones en su entorno laboral, realizar reuniones con compañeros de trabajo y divertirse, entender el problema del síndrome, como trabaja, como curarla, debe ser manejada por gente especializada, por lo que se debe pedir asesoramiento. Una de las técnicas, es que escuche su cuerpo, reconozca la tensión, en la que esta y utilizar medidas preventivas...Enumerar los puntos positivos y negativos en su trabajo, ordenando de acuerdo al valor comparativo entre uno y otro, compensando la situación.

Aprenda a decir no, baje sus expectativas, sobre todo las poco realistas. Evalúe, constantemente su vida, si usted es de las personas que se preocupa por el trabajo, sustitúyalo por la lectura, si le gusta así, esta trabajando en su problema, ríase, utilice técnicas de relajación y meditación, hacer ejercicio, es el arma más grande para curar el síndrome de quemadura (19).

La quemadura se define como experiencia psicológica negativa, siendo esta una reacción a la tensión relativa del trabajo y se refiere a un racimo de síntomas físicos, emocionales, e interaccionales, incluyendo el agotamiento emocional, de un sentido de carecer la realización personal y despersonalización ante el cliente, además, se refiere que el síndrome de quemadura, tiene un modelo etimológico complejo, acentuando la interacción de los factores individuales, de organización laboral y social. También influyen ciertas variables demográficas, incluyendo edad, estado civil, y el genero.

Koeske y kira, consideran que el control interno ayudaría a que se presentara menos quemadura y satisfacción profesional, más alta. Es decir, que el sentido del control personal, podría manejar la tensión y valorar situaciones difíciles como controlables (20).

Una manera de reconocer el acercamiento a la quemadura; es ver la eficacia en el trabajo, si esta bajando, interés e iniciativa en el trabajo y en general. Rechazar con frecuencia la cooperación con otros, mencionando descontentos, al tener una actitud negativa ante el trabajo, a la organización y a la profesión. Desaprobando la profesión y la organización con otras personas, culpar a otros de nuestros

propios errores o faltas, comportarse de una manera desorientada, el tener el deseo de explorar ocupaciones o formas de vida alternativas (21).

Según Chermis, el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas.

- A) Primera, tiene un desenlace entre demandas y los recursos, es decir, se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- B) Segunda, se produce un estado de tensión Psicofísica.
- C) Tercera, se sucede una serie de cambios conductuales, consecuencias de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el aislamiento o 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.

El síndrome de Burnout, es el resultado del estrés emocional incrementado en la interacción con otras personas, se diferencia del estrés en que generalmente lleva incorporados sentimientos de fracaso, sus principales indicadores, son, cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal, su cuadro evolutivo tiene 4 niveles de patología, primer nivel, falta de ganas de ir a trabajar, dolor de espalda y cuello (refieren no me siento bien. Segundo nivel, empieza a molestar la relación con otros, comienza una sensación de persecución (piensa que todos están en contra del), se incrementa el ausentismo y la rotación. Tercer nivel, disminución notable de la capacidad laboral, **pueden comenzar a parecer** enfermedades psicosomáticas (alergias, psoriasis), picos de hipertensión, etc. En esta etapa se comienza la automedicación, que en principio tiene efecto placebo, pero luego requiere de mayor dosis, en este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica. Cuarto nivel, esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio, suelen aparecer enfermedades graves tales como el cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, en los periodos previos, se tiende a abandonar el trabajo (22).

En general, el Síndrome se caracteriza por lo siguiente:

Es insidioso, se impregna poco a poco, uno no esta 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 que punto padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde esta 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 un 10% de los médicos, el medico adquiere tanta virulencia que resulta irreversible y por hoy la única solución, es el

abandono de la asistencia. Originalmente este síndrome se observa en profesionales médicos, y se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propio y la frustración de su perspectiva diagnóstico/terapéutica, con respecto al padecimiento del enfermo. Hoy se observa en distintas profesiones y en el hacer organizacional en general (22).

Por lo general en la bibliografía consultada, la mayoría de los autores acaba sistematizando sus análisis bajo las siguientes características:

- 1) El Burnout es un proceso más continuo temporal que de una condición estática.
- 2) El Burnout se entiende como un proceso de respuesta a una situación de estrés crónico.
- 3) Los trabajadores más susceptibles al Burnout han empezado su carrera con educación idealista a los servicios humanos.
- 4) El Burnout se limita al personal ubicado en las profesiones de ayuda.

Como se puede observar, el síndrome de Burnout es un proceso lento en el cual se conjuntan diferentes factores (18).

A continuación se hace mención de algunas de las teorías que pueden demostrar las aludidas coincidencias de los encuentros multidisciplinarios, ante el incremento estadístico que evidencian los factores causales (23).

Capacidad Cognitiva:

La limitación en torno a la cabalística número 7(más, menos 2) de la capacidad humana para acceder, recuperar y/o tener información de la memoria a corto plazo ha sido ampliamente demostrada experimentalmente desde los estudios de Williams James (1980) en la Universidad de Harvard. Y también la generalización de éste número a la limitación de otras capacidades humanas, que se intentan superarlo, reducen su rendimiento y generan los síntomas consecuentes al sobre esfuerzo que viven conociéndose bajo la etiqueta de estrés.

En este procesamiento sobresaturado de la información se explican la mayoría de trastornos que se incluyen en la lista de indicadores de este síndrome: Reducción de la atención, falta de concentración, enlentecimiento de las actividades intelectuales, dificultades en la planificación de actividades y del discurso, pérdida o minimización de la memoria a corto plazo, de la capacidad de nuevos aprendizajes, reducción de autocontrol de la conducta inmediata, de los umbrales de percepción, de la coordinación motriz, menor rendimiento en actividades que conlleven creatividad, fluidez verbal, orientación espacial, desarrollo de la lógica, aplicación de los

conocimientos y en general merma de todas las actividades relacionadas con las capacidades cognitivas en tanto que se reduce el campo de conexiones que se controlan y acceden a la conciencia, y que afectan a la medida del C.I. con las que se laboran.

Se demuestra por tanto desde la teoría psicológica más clásica y verificada cuales son los agentes causales de las subidas de las tasas de stress laboral: Ambientales estructurados que siendo conocido el efecto que producen y siendo también conocida y fácilmente aplicable la metodología que los evita, como son el análisis de tareas, su adecuada asignación para garantizar no sobrecargar discriminadamente a ningún trabajador y su gestión a través de los diferentes métodos que optimicen los recursos humanos, y los consiguiente beneficios empresariales.

#### Capacidad de la comunicación de la Información:

Herbert Simón adaptó éstos modelos cognitivos de los procesos de decisiones individuales a los organizativos, popularizando el número 7 (más, menos dos) bajo el nombre de “chunk” de datos en los que se define la comprensión y regularidad de las opciones de información semejantes o equivalentes.

Así explicó los usos óptimos de la gestión de la información, en el contexto de las organizaciones, con el objetivo de simplificar las elecciones a cuyos patrones implícitos y tendencias, responden las conductas de la búsqueda, acomodándose y adaptándose para reducir el stress provocado por los estándares óptimos impuestos externamente, con ello aportó instrumentos para racionalizar la toma de decisiones tanto organizativas como en la vida real.

Desde éstos estudios el “chuking”, consisten en dividir la presentación de la información en pequeñas unidades que no contengan más de 9 elementos de información, separados, se generalizó como el principio de la efectividad en la comunicación de información y como su instrumento, considerándose esta actividad de “chuking” de la información; Uno de los principios cognitivos básicos desarrollados a partir de la implantación de las tic en la década de los 90, como habilidades en el uso de datos. (Wiles 2002.

La obligación de trabajar sin exigida dosificación es equivalente a exigir un trabajo muscular o de resistencia por encima de la capacidad muscular, respiratoria o cardiaca. Porque si es conocido el límite de éstos órganos físicos, igualmente es conocida la limitación neurológica, con la de que la reposición neuronal es hoy por hoy prácticamente irreversible.

Debe por ello incorporarse las limitaciones de capacidades o chunks entre los estándares que regulan el que las actividades laborales no afecten la salud de quien las realiza (23).

### Permanencia temporal de la motivación:

En declive motivacional que acompaña a la saciedad de toda reiteración monótona, parecerá como una versión a largo plazo de la capacidad de retener en este caso el interés que garantiza la activación neurológica así como las consecuencias de una superación de límite de dicha capacidad demostradas por otras de las leyes psicológicas más universales.

De manera que si la empresa niega la promoción o cambio a un trabajador no podrá eludir la culpabilidad del stress que se provoca al obligar a mantener una actividad bajo mínimos motivacionales, porque está ampliamente validado experimentalmente, que cuando las exigencias superan la zona del manejo (drive), aparece un stress cuyo incremento puede incluso llegar a provocar el suicidio.(24)

### Cambio de Cultura Empresarial:

Los intereses empresariales coincidentes con las elevaciones de tasas del desgaste y stress laboral que se bautizó como burnout, levanta la sospecha de que procedió como tantas veces a una construcción falseada de la realidad social, al eludir intencionalmente la referencia a las causas que lo estaban provocando merced al recurrido innatismo y efectos de generación espontánea para impedir analizar la situación con todos los componentes e intereses causales.(25).

### Análisis Bibliométrico:

Actualmente en la bibliografía internacional los estudios se desplazan cada vez más hacia la tipología causal de la organización en la que enferma el afectado.

No es ajena esta transparencia y a la concentración de este fenómeno en torno al funcionariado el abaratamiento de los costos del despido libre directo, que al reducir la utilidad de uso perverso de las tecnologías psicológicas para obtenerlo directamente, las ha ido relegando a las administraciones y universidades, donde el objetivo de control de las plazas y puestos exige el desalojo de quienes las obtuvieron legítimamente que todavía no puede realizarse de forma directa (26).

Existe otro modelo de aparición del síndrome de Burnout por Roble Valdez (1995) quien refiere que no todos los profesionales desarrollan el mismo nivel de agotamiento, sino que existen diferencias individuales, entre las que destacan el sexo, la edad, la experiencia profesional y el nivel de estudios. Estas características determinarían si existe un terreno fértil para aparición del Burnout. Si a esto se aúna el estrés laboral crónico o de la baja satisfacción laboral, el profesional tiene altas probabilidades de



agotarse, a menos que cuente con compensaciones que mitiguen el efecto dañino del estrés o de la insatisfacción. Los resultados serán el nivel de agotamiento experimentado, una baja productividad, cambiar de profesión o de institución, así como problemas familiares (4)

Otro punto de vista son las técnicas dietéticas reportadas que van de niveles bajos a moderados del síndrome de Burnout.

En ese estudio se identifica y describe la experiencia de los niveles de Burnout a través de técnicas dietéticas en varios escenarios. Se aplicó un cuestionario al azar a un grupo de 300 miembros de la asociación dietética americana. El cuestionario de Burnout Maslach, fue utilizado para medir el Síndrome de Burnout en servicios humanos. Sobre la subescala de agotamiento emocional. Las respuestas reportadas fueron de 20.6 (alto nivel de Burnout mayor a 27. 5.3 en la subescala de despersonalización (alto nivel de Burnout mayor de 14.0, y 38.6 en la subescala de logro personal (alto nivel de Burnout menor de 30). Estos resultados sugirieron que las técnicas dietéticas en un grupo que se percibe por tener agotamiento emocional moderado, a tenido un bajo nivel de despersonalización, y ha tenido un nivel alto de logro personal, dicho análisis sugiere que las técnicas dietéticas que están sobre las no tradicionales, dan lugar a una experiencia de mayor logro personal que los que están en una dieta tradicional (27).

En una revisión entre médicos de atención primaria y de hospitalización, se comparo la enfermedad psiquiátrica con Burnout en un número total de 328 médicos, 182 de primer nivel de atención y 146 médicos de hospital se les realizó el cuestionario del MBI (Maslach Burnout Inventor), y 12 ítem del cuestionario de salud general. Obteniendo como resultado, una prevalencia de 22.3% en morbilidad psiquiátrica entre médicos del primer nivel de atención y 24.6% entre médicos de hospital. Dentro del síndrome de Burnout se encontró los síntomas de cansancio emocional en 27.5% de los participantes (de médicos de atención primaria 32.4% y médicos de hospital 21.2%. En cuanto a la despersonalización que evalúa el cuestionario fue de 25.6% (médicos de atención primaria fue de 27.4%; y médicos de hospital fue de 22.6%) y la baja realización personal fue de 12.8% (médicos generales con 13.1% y médicos de hospital 12.3%. No existió una diferencia significativa entre médicos de primer nivel y médicos de hospital excepto en altos niveles de cansancio entre médicos de primer nivel. También se encontró a mujeres médicas de primer nivel con calificación baja en MBI en despersonalización y mujeres médicas del hospital califico bajo en el MBI en realización personal que médicos hombres de primer nivel y de hospitalización respectivamente. Dicho estudio se realizó entre médicos en Italia.

Se concluye que el trabajo bajo un estrés importante da lugar al Burnout, y que la mejor manera de enfrentarlo es a través de mejorar su bienestar

psicológico y la posibilidad de incrementar la calidad en la relación con pacientes. (28).

El estudio que a continuación se describe examina la relación entre el grado de la implicación con los pacientes con enfermedad mental severa, la satisfacción profesional y la quemadura de los trabajadores sociales. Se aplica un cuestionario a un total de 128 trabajadores sociales, el cual incluye tres escalas: Una escala de la implicación, una medida de la satisfacción profesional, y el inventario de la quemadura de Maslash. La mayor implicación fue relacionada perceptiblemente con niveles más altos de agotamiento emocional y de despersonalización. Los resultados sugirieron que este tipo de trabajo influye negativamente en los trabajadores sociales, y no muestran una relación significativa entre la satisfacción profesional de la implicación y realización personal. Es posible que los trabajadores sociales experimentados han superado las consecuencias de la quemadura y han desarrollado mecanismos que propician un enfrentamiento eficaz. Éstos probablemente sean los menos afectados en sufrir quemadura.(29).

Otro de los estudios hace mención de la estructura social, Burnout y satisfacción laboral, refiriendo la importancia de entender los aspectos de la estructura social en el lugar de trabajo, como es la carencia de autonomía en su trabajo con los clientes, por lo que se encuentran insatisfechos y llegan a experimentar algún grado de Burnout. Los trabajadores están más satisfechos cuando tienen autonomía , no están limitados por demandas de origen financiero, y no están sofocados por la burocracia. La estructura burocrática controla y coordina los trabajos, sin embargo hay quienes están por ética profesional.

En los lugares de trabajo que llevan acabo servicio humano no llegan a ser dignificantes, es uno de los puntos difíciles de el sistema económico y las ideas acerca de la eficiencia de la organización burocrática.(30).

Como se ha referido anteriormente los factores que influyen para una insatisfacción en el trabajo son por un lado la falta de autonomía en el trabajo, la sofocación con la burocracia, por otro la sobrecarga de trabajo, la desmotivación, la monotonía etc., llevando a un grado del síndrome de Burnout.

A continuación mencionaremos la relación de satisfacción con el empleo ya que es un factor predisponente para la presencia del síndrome de Burnout, como es natural, influenciada tanto por el grado de interés que le inspira su trabajo, como por su actitud hacia la situación laboral, en cuyo panorama interviene la empresa, el supervisor y los compañeros del empleado.

El grado de satisfacción llega ha estar influenciado por la manera en que dicho trabajo consiga la satisfacción o realización de determinados valores que los individuos poseen. El hombre busca distintas clases de valores en su trabajo; hay individuos a los que les interesa la seguridad, otros en cambio buscan la ganancia,

y algunos otro tipo de satisfacción. Los valores llegan a ser susceptibles de cambios moderados, según sean los factores económicos, sociales y de otro tipo que influyan en el individuo.(31).

Gran parte del interés de satisfacción en el trabajo, parece proceder del hecho de que supone que existe una relación entre la satisfacción y el desempeño en el trabajo. Como lo señala Brayfield y Crockett, una suposición común de que la satisfacción del empleado afecta directamente a su desempeño. Por otro lado Vroom refiere que la satisfacción no tiene relación directa con el desempeño y que tiene causas totalmente diferentes, pero si guardan una relación entre si, como refiere la teoría de la motivación en donde describe que las recompensas causan satisfacción y que en algunos casos el desempeño produce recompensas, es probable que la relación descubierta entre la satisfacción y el rendimiento se deba a la acción de una tercera variable.

La satisfacción en el trabajo tiene muchas dimensiones, considerando que es un conjunto de sentimientos favorables y desfavorables mediante las cuales los empleados perciben su trabajo. La satisfacción en el trabajo tiene muchas variables entre ellas personalidad del individuo, ambiente laboral, la edad, nivel de ocupación, la organización etc.

En la teoría de Stogdill considera más apropiado ver al individuo de acuerdo con el contexto de la organización social, a la conclusión de que el resultado de las organizaciones es la integración de grupos, la producción y la moral. Además, la satisfacción de las expectativas individuales de cómo resultado la integración de grupos y la cohesión. (32).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, ciertas actitudes y sentimientos negativos hacia los pacientes, como hace referencia, el Síndrome de Burnot, el cual, considera una reacción de despersonalización del trabajador hacia los mismos, manifestándolo en su conducta y trato al paciente.

Dentro de esta problemática, consideramos que no se encuentran causas reales, ya que son un tanto subjetivas y multifactoriales, con relación al origen del problema. Además, este síndrome hace referencia al cansancio emocional y no realización Profesional, que son áreas que competen a dicha actitud. Por lo que es de nuestro interés, investigar dicho síndrome en la Unidad de Medicina Familiar No. 14, a través de la siguiente interrogante.

¿Cual es la prevalencia del síndrome de Burnout, en el Área Medica de la Unidad de Medicina Familiar No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

### 3. JUSTIFICACIÓN

Desde el siglo pasado se ha observado un problema muy importante que atañe a los profesionales que brindan servicio a otras personas: el desgaste emocional. Dicho desgaste crea, por ende, una demanda excesiva de energía y que ha preocupado a los investigadores Europeos y Norteamericanos.

Se ha encontrado que el 28% de trabajadores de la Unión Europea presentan estrés laboral, el cual se encuentra relacionado con el síndrome de Burnout (fase avanzada del estrés). Específicamente en España, Estados Unidos y Canadá se ha encontrado la presencia de éste síndrome con una frecuencia de 20 a 25 % aproximadamente de la población trabajadora.

En México se percibe una actitud negativa generalizada de insensibilidad del prestador de servicio, realizándose estudios específicos ante la queja del cliente. Se puede hablar específicamente del sector salud, en donde se han encontrado respuestas relevantes en relación a la calidez del servicio, por lo que es de gran interés analizarlo a través del estudio de éste síndrome. No existen datos estadísticos concluyentes de la prevalencia del síndrome de Burnout en México, además de la falta de difusión del mismo y su magnitud en los trabajadores de salud. Esta situación me ha planteado como principal objetivo la elaboración de ésta investigación.

Por otro lado, el personal médico tiene una función muy importante en el sector salud, pues son los primeros en tener contacto con el paciente y su problemática de salud. Su ausencia por incapacidades frecuentes causará estragos en la relación médico-paciente y sobre todo en la calidad de la atención médica otorgada.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, resulta interesante evaluar la existencia del Síndrome, puesto que se ha observado ésta reacción de actitud fría, despersonalizada del trabajador hacia los pacientes. No se encuentra una causa específica con relación al origen del problema sino que es multifactorial. Por lo que es de mi interés determinar los factores directos que ocasionan ésta actitud en el trabajador, para poder intervenir en ellos en su momento y que sean permisibles. Esta situación obliga a enfocarme exclusivamente en el primer nivel de atención ya que es uno de los de primer contacto con el paciente.

Los estudios relacionados a este síndrome en el Instituto Mexicano del Seguro Social tienen más ubicación en el tercer nivel de atención y se encuentra la prevalencia del mismo en un 68% de la población médica. Considero importante la realización de este estudio en la Unidad de Medicina Familiar ya que es una población con riesgo de presentar el síndrome de Burnout, con tendencia a

originar consecuencias graves en personas quienes lo padecen, así como la afectación laboral y familiar.

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

## 4. OBJETIVOS.

### Objetivo General.

Identificar la prevalencia del síndrome Burnout en el área médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 14.

### Objetivos Específicos.

1. Identificar diferencias de presentación de las tres áreas en la escala evaluativo del síndrome de Burnout, en el turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina familiar No. 14.
2. Identificar la edad y sexo frecuentes donde se presenta el síndrome de Burnout.
3. Identificar los años de antigüedad laboral donde con frecuencia se presenta el síndrome.
4. Identificar la presencia del síndrome en el personal que tenga más de un trabajo.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio transversal y descriptivo.

### 5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el D. F.

### 5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Serán incorporados al estudio un total de 60 médicos que estén dando consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar. Siendo estos 30 médicos del turno matutino y 30 del turno vespertino, determinados en base a los parámetros estadísticos establecidos.



#### 5.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 14.  
Perteneientes al turno matutino y vespertino.  
Que den consulta médica.  
Participantes voluntarios sin considerar su estado civil, ambos sexos.  
Sin enfermedad psiquiátrica

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

Médicos de la UMF no. 14 que no acepten participar en el estudio.  
Bajo tratamiento psiquiátrico.  
Ausentes por vacaciones, licencias e incapacidades.

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Personal médico que realiza cambio de adscripción.  
Presencia de trastorno psiquiátrico.  
Que por voluntad propia se niegan a contestar los cuestionarios.  
Por fallecimiento de los participantes.  
Encuestas con cédula incompleta.

## 5.5 VARIABLES

INDEPENDIENTE:

Síndrome de Burnout.

DEPENDIENTE:

Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 14.

## VARIABLES DE ESTUDIO.

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Unidad de Medida
1) Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Número de años	Cuantitativo o escalar	a) 35-39 años b) 40-44 años c) 45-49 años d) 50-54 años e) 55-59 años
2) Género	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los organismos heterogaméticos	Sexo	Cualitativo Nominal	Femenino o Masculino
3) Estado Civil	Condición de una persona en cuanto a la relación familiar, nacimiento, filiación, matrimonio y defunción	Condición	Cualitativo Ordinal	a) Soltero b) Casado c) Unión Libre d) Divorciado
4) Antigüedad Laboral	Tiempo que lleva en un cargo o empleo	Años de antigüedad	Cuantitativo	a) 4-9 años b) 10-15 años c) 16-20 años d) Más de 20 años
5) Número de empleos	Número de ocupaciones laborales que desempeña alguien para ganarse la vida	Número	Cuantitativo	a) 1 b) 2 c) 3 o más
6) Categoría	Cada uno de los grados establecidos en una profesión o carrera	Nivel	Cualitativo Nominal	a) Médico familiar b) Médico no familiar
7) Puesto de trabajo	Lugar donde se efectúa una de las fases de ejecución de un trabajo	Trabajo determinado	Cualitativo Nominal	a) Confianza b) Base

## 5.6 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

A todos los participantes se les informa del objetivo de la aplicación de la encuesta y se les explica detalladamente que la encuesta valora la presencia o no presencia del Síndrome de Burnout, el cual califica tres áreas: cansancio emocional, despersonalización y logros personales (ver Anexo de la encuesta).

Se procede a distribuir para su llenado, el cuestionario MBI con anexo de factores de riesgo.

Se captura información relativa a datos D base.

Se analizan los datos a través del paquete EPI INFO.

## 5.7 CONSIDERACIONES ETICAS.

El estudio se aplicará en médicos voluntarios, de quienes se pretende conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout. En virtud de que la encuesta evaluará las áreas de cansancio emocional, despersonalización y logro personal, se notificará claramente estos aspectos por lo que se considera una encuesta con consentimiento informado.

Cualquiera de los participantes podrá retirarse del estudio cuando así lo deseen.

Este estudio se apegará a los modelos éticos y científicos para realizar investigación biomédica en seres humanos, los cuales se han desarrollado y establecido en Guías Internacionales que van desde la Declaración de Helsinki (1964) hasta las Guías de la OMS y las Guías ICH (International Conference of Harmonisation) para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC). En el caso de México, los estudios de investigación clínica deberán apearse a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación Científica. El cumplimiento de estas Guías asegura la promoción de la dignidad, derechos humanos, seguridad y bienestar de los participantes en la investigación médica.

## 5.8 RECURSOS.

Recursos Humanos:  
Un Médico Familiar.

Recursos Materiales:  
Aula.  
Sillas para los participantes.  
Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) y factores de riesgo.  
Software para procesar datos EPI INFO.  
Equipo de Computo.

Costos:  
Un Médico Familiar (según tabulador del IMSS), cuatro horas por semana, por cinco meses \$4,950.40.

Material:  
Fotocopias de encuesta MBI y copias de artículos de consulta: \$500.00.  
Equipo de computo: \$300.00.

El costo total \$5,750.40.

## 6. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se seleccionan sesenta médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 14 de turno matutino y vespertino en el D. F. a los cuales se les invita personalmente a participar para llenado de encuesta MBI e invitarlos a la aplicación del estudio. Una vez informados se proporcionará la encuesta mencionada con anexo de factores de riesgo para su llenado. La encuesta MBI consta de 22 preguntas, calificando tres escalas independientes tipo Likert de 7 puntos -0-6- de la siguiente manera:

0 Nunca.

1 Algunas veces al año.

2 Una vez al mes o menos.

3 Algunas veces al mes.

4 Una vez a la semana.

5 Algunas veces a la semana.

6 Todos los días.

Así de acuerdo a la calificación obtenida el grado Burnout se determina en Bajo, Moderado y Alto Grado como se ejemplifica en la siguiente tabla:

Escala	Bajo	Moderado	Alto
Cansancio Emocional	18 o menos	19 a 26	27 o más
Despersonalización	5 o menos	6 a 9	10 o más
Logros personales	40 o mas	34 a 39	33 o menos

Aclaremos que la escala de logros personales, el puntaje mayor a 40 representa bajo grado de Burnout y logros personales altos; el puntaje inferior a 33 representa alto grado de Burnout y logros personales altos. Ver cuestionario Anexo.

El anexo al cuestionario es de elaboración propia y se incluyen la mayoría de factores de riesgo asociados a favorecer la presencia del Síndrome de Burnout entre los que están, Edad, Sexo, Estado Civil, Puesto de Trabajo, Categoría, Antigüedad Laboral, Número de Trabajos, Horario de Trabajo en el IMSS.

Es de mencionar que las escalas que califica el MBI se detallan de la siguiente manera:

1. Escala de cansancio emocional compuesta por 9 ítems:

- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.
- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- Me siento quemado por mi trabajo.
- Me siento frustrado por mi trabajo.
- Creo que estoy trabajando demasiado.
- Trabajar directamente con las personas me produce estrés.
- Me siento acabado.

2. Escala de despersonalización, compuesta por 5 ítems:

- Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- Realmente no me preocupa lo que ocurre con algunos de mis pacientes.
- Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

3. Escala de disminución de la autorrealización personal (logros personales), compuesta por 8 ítems:

- Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes.
- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas.



- Me siento muy activo.
- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.
- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.
- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

## 7. RESULTADOS

Se realizaron 33 encuestas al personal médico que aceptó participar en el estudio en la unidad de medicina familiar número 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondiente a el 70.8% para el turno matutino y 29.2% para el turno vespertino.

De acuerdo a la nómina estaban planteadas 60 encuestas considerando la ausencia de 7 médicos por vacaciones se redujo a 53, sin contar que rechazarían contestarla algunos médicos y otros, por indiferencia, no la entregaron.

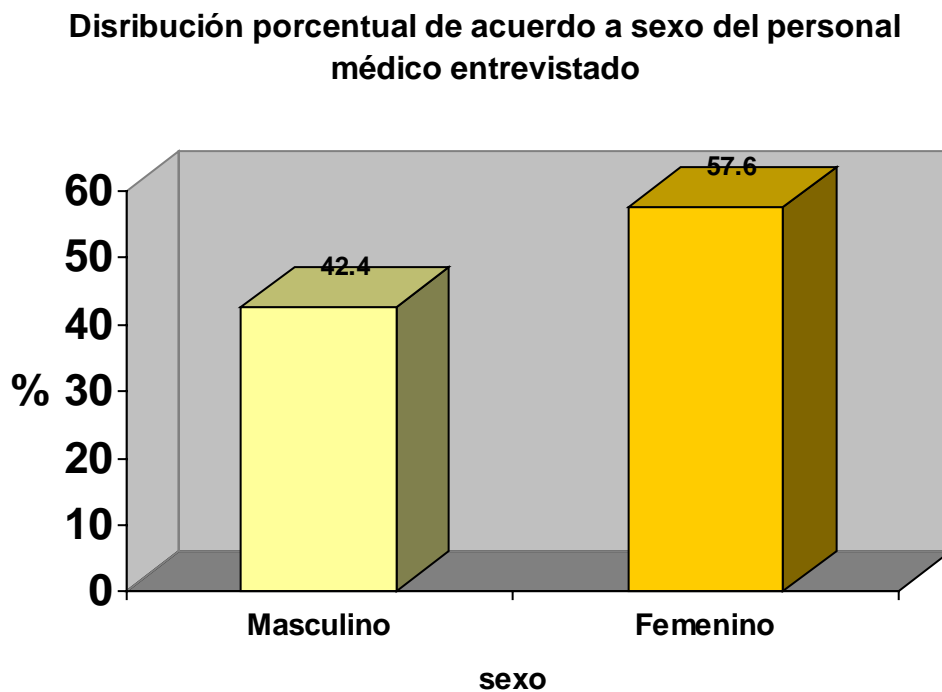
A continuación nos referiremos a las variables encuestadas en el personal médico, en primer lugar de acuerdo a el sexo el mayor número y porcentaje corresponde al femenino con 19 mujeres (57.6%) y el menor al masculino con un número de 14 (42.4%). (gráfica 1). En cuanto a la variable edad los médicos encuestados se encuentran incluidos en el rango de edad de 35 a 54 años, y de acuerdo a agrupaciones quinquenales el grupo de 45-49 años se concentró en el 45.5% del total, (gráfica 2). En cuanto a el horario predomina el turno matutino con un 72.7% del total ( gráfica 3). La antigüedad en el puesto se definió en cuatro rangos registrando la menor frecuencia entre 4 a 9 años (6.1%) y la mayor con una antigüedad de más de 20 años (48.5%. ( cuadro 4). Otra de las variables es el número de trabajos que desarrolla el personal médico entrevistado, llamando la atención que 2 (6.1%) cuentan con tres trabajos y 7 (21.2%) con dos. (gráfica 4). Y por último el estado civil de los entrevistados corresponde a casados con mayor número siendo de 22 (66.7%) y con menor número corresponde a solteros en número de 6 (18.2%). (gráfica 5).

En la encuesta que evalúa en tres áreas el síndrome de Burnout (MBI) encontramos en la categoría de cansancio emocional en nivel bajo a 24 médicos con un porcentaje de 72.7%, le sigue en orden de frecuencia la categoría alto en el cual se encuentran incluidas 5 personas con un 15.2% y finalmente los 4 sujetos restantes se incluyeron en la categoría de moderado cansancio emocional. Por otro lado tenemos que en cuanto a los turnos una mayor frecuencia se presenta en el turno matutino, teniendo en la escala de bajo cansancio emocional un porcentaje de 17 sujetos ( 70.1%) en el turno matutino y en el turno vespertino tenemos 7 (29%). (gráfica 15). En el cansancio emocional moderado encontramos en el turno matutino 3 (75%) de la población y en el vespertino 1 (25%). (gráfica 16). Y por último tenemos el cansancio emocional alto de acuerdo a la escala con un número de 4 ( 80%) en el turno matutino y en el turno vespertino 1 (20%). (gráfica17). En el área de despersonalización solo encontramos un solo sujeto en la escala de alto en la escala establecida el cual esta asignado al turno vespertino. En la escala de moderado encontramos 3 y finalmente encontramos para el rango de bajo 29 sujetos de los cuales 21 se encuentra en el turno matutino y 8 en el vespertino. (gráfica 24, cuadro 27). En el área de logros personales en la escala de baja autorrealización personal es de 2 sujetos en el turno vespertino ( cuadro 39), en la escala de moderado se encuentra uno en el turno vespertino y 3 en el

turno matutino (gráfica 35), y en el que se encuentra una mayor frecuencia es la escala de alta realización personal en un número de 21 sujetos en el turno matutino y 6 en el vespertino, con un total de 27. (gráfica 34).

## 7. 1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS, CUADROS Y GRÁFICAS.

De los 33 sujetos encuestados de acuerdo a: sexo, el mayor número y porcentaje corresponde al “femenino” con 19 (57.6%) como se muestra en la siguiente gráfica y cuadro



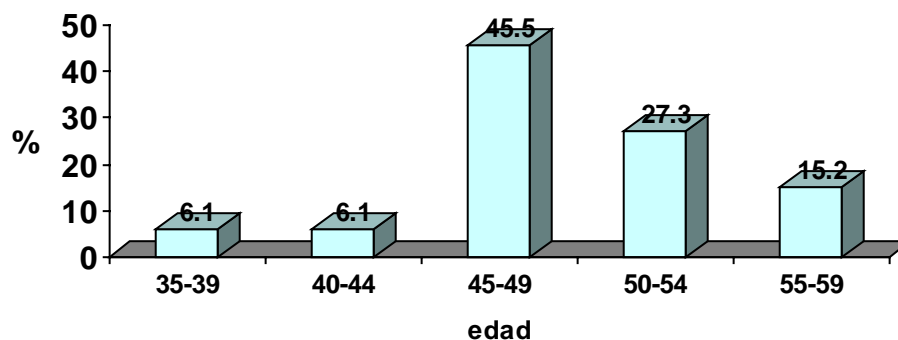
Distribución porcentual de acuerdo a sexo del personal médico entrevistado

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	14	42.4
Femenino	19	57.6
Total	33	100.0

Gráfica y Cuadro no. 1

Con respecto a la variable: edad, los médicos encuestados se encuentran incluidos en el rango de “35-59 años” y, de acuerdo a agrupaciones quinquenales, el grupo de “45-49 años” concentró del 45.5% del total.

### Distribución porcentual de acuerdo a edad del personal médico entrevistado



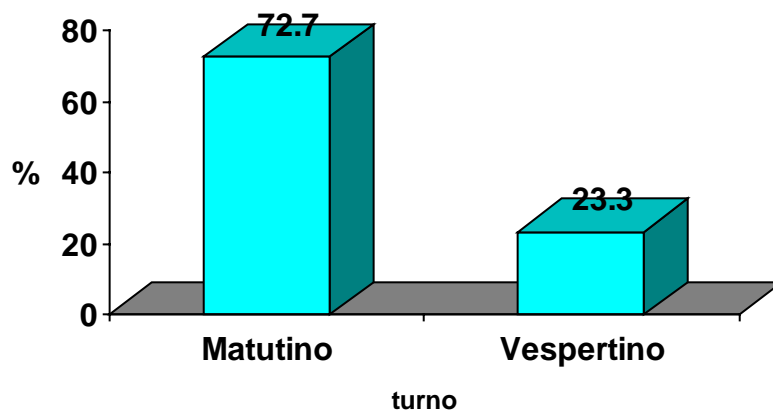
Distribución porcentual de acuerdo a edad del personal médico entrevistada

Edad	N	%
35-39	2	6.1
40-44	2	6.1
45-49	15	45.5
50-54	9	27.3
55-59	5	15.2
Total	33	100.0

Gráfica y Cuadro no.2

De acuerdo a: horario de servicio, se observa que predomina el turno “matutino” con el 72.7% del total.

**Distribución porcentual de acuerdo a horario de labores del personal médico entrevistado**



Distribución porcentual de acuerdo a horario de labores del personal médico entrevistado

<b>HORARIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	24	72.7
Vespertino	9	27.3
Total	33	100.0

Gráfica y Cuadro no.3

La Antigüedad en el puesto se definió en 4 rangos, registrando la menor frecuencia el comprendido entre “4-9 años” con 6.1% y la mayor los que cuentan con una antigüedad de “más de 20 años” con el 48.5%.

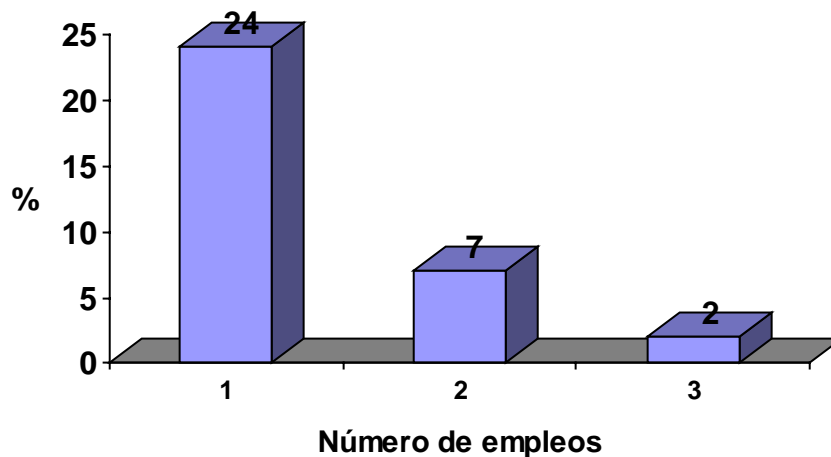
Distribución porcentual de acuerdo a horario del personal médico entrevistado

<b>ANTIGÜEDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
4-9	2	6.1
10-15	5	15.2
16-20	10	30.3
mas de 20	16	48.5
Total	33	100.0

Cuadro no. 4

En cuanto al: número de empleos que desempeña el personal médico entrevistado llama la atención que 2 personas cuenta con “3” trabajos y 7 con “2”.

**Distribución porcentual de acuerdo al número de empleos que tiene el personal médico entrevistado**



Gráfica no. 4

Distribución porcentual de acuerdo al numero de empleos que tiene el personal médico entrevistado

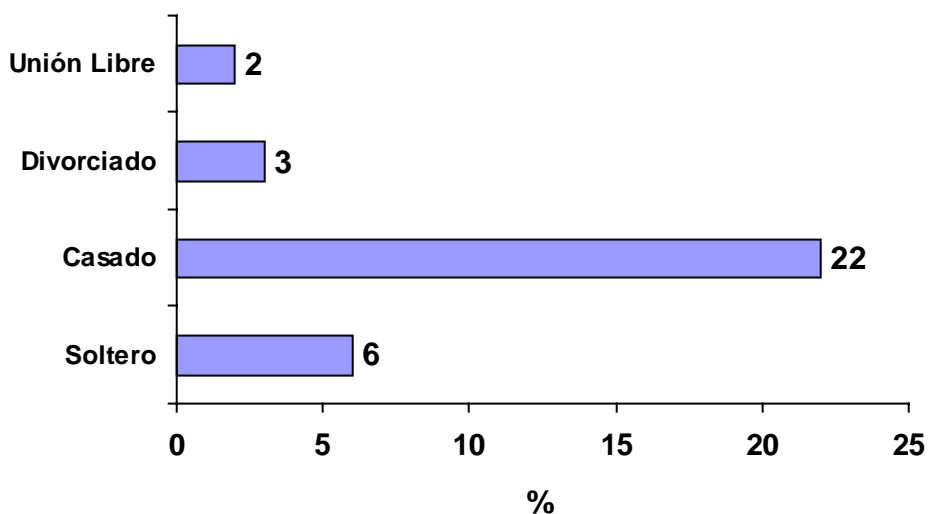
<b>NII</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Uno	24	72.7
Dos	7	21.2
Tres	2	6.1
Total	33	100.0

Cuadro no. 5



El Estado Civil que registraron los entrevistados el mayor número corresponde a “casado”, seguido de “solteros” y la tercer posición la ocupa los médicos que se encuentran en “unión libre”.

**Distribución porcentual de acuerdo a estado civil del personal médico entrevistado**



Gráfica no. 5

Distribución porcentual de acuerdo al numero de empleos que tiene el personal médico entrevistado

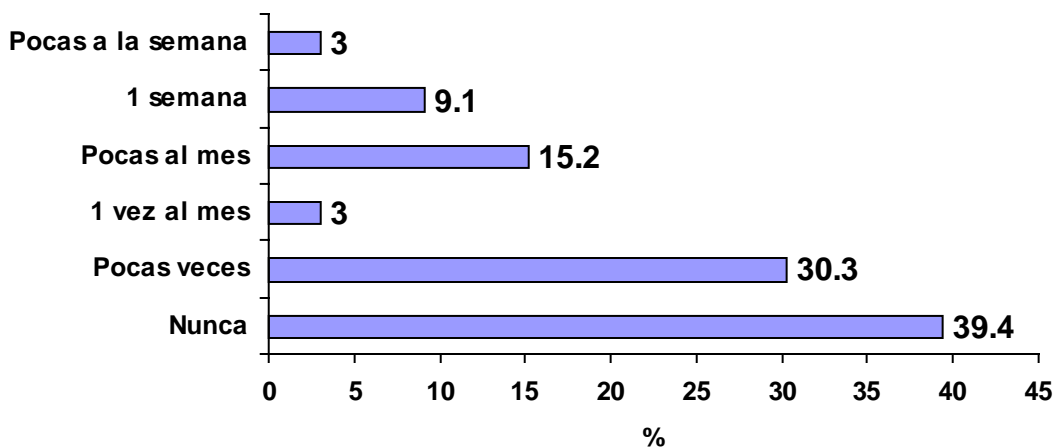
Estado Civil	N	%
Soltero	6	18.2
Casado	22	66.7
Divorciado	3	2.0
Unión libre	2	6.1
Total	33	100.0

Cuadro no. 6

Con respecto a las preguntas enfocadas a detectar algún nivel del Síndrome de Burnout, iniciaremos con las dirigidas a determinar el grado de cansancio emocional, en esta están incluidas 9 reactivos que son:

Me siento emocionalmente agotado: por orden de frecuencia la respuesta “nunca” ocupó el primer sitio con 39.4%, seguida de “pocas veces” con el 30.3%.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: me siento emocionalmente agotado por mi trabajo**



Gráfica no. 6

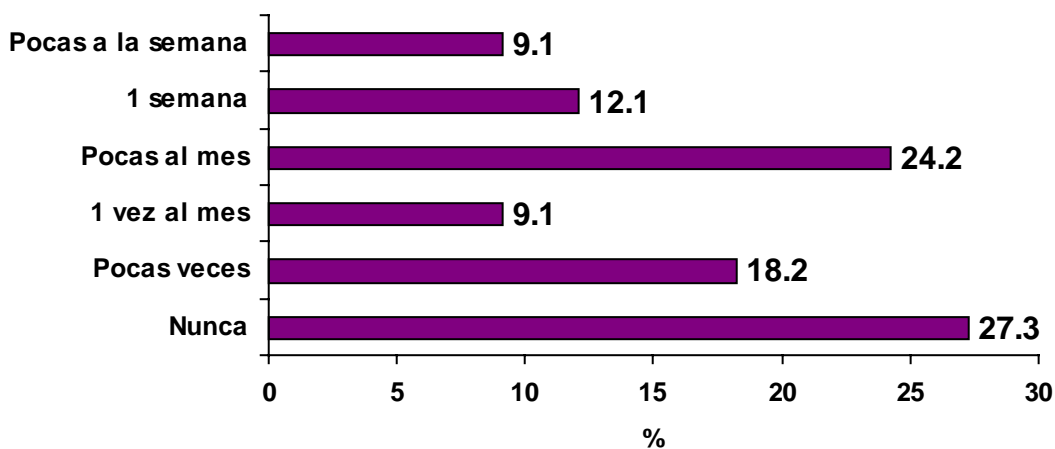
Distribución porcentual del siguiente reactivo;  
Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo

	N	%
Nunca	13	39.4
Pocas veces	10	30.3
Una vez al mes o menos	1	3.0
Unas pocas veces al mes o menos	5	15.2
Una vez a la semana	3	9.1
Pocas veces a la semana	1	3.0
Total	33	100.0

Cuadro no. 7

Cuando la pregunta fue: me siento cansado al final de la jornada de trabajo, el comportamiento fue el siguiente. “Nunca” registró el mayor porcentaje con 27.3 y “una vez al mes o menos” o “pocas veces a la semana” con el menor porcentaje con 9.1% cada uno.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: me siento cansado la final de la jornada de trabajo**



Gráfica no. 7

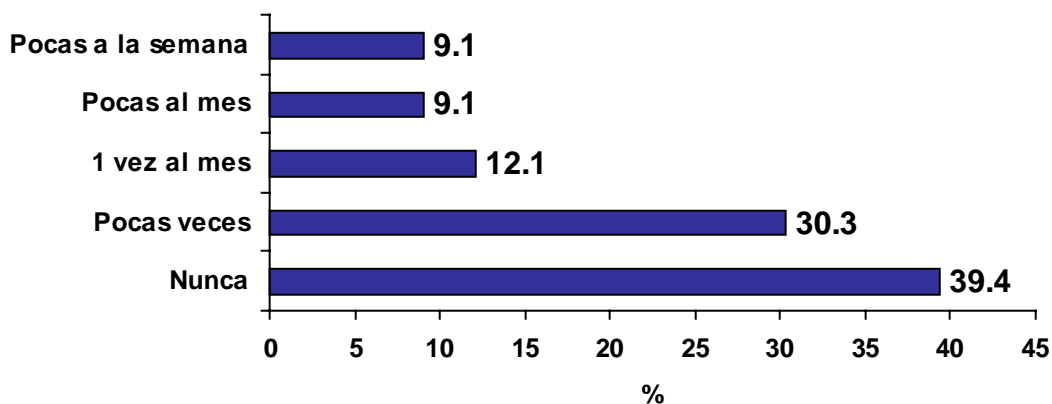
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	9	27.3
Pocas veces	6	18.2
Una vez al mes o menos	3	9.1
Unas pocas veces al mes o menos	8	24.2
Una vez a la semana	4	12.1
Pocas veces a la semana	3	9.1
Total	33	100.0

Cuadro no. 8

Al reactivo: me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo, más del 60% se concentró en “nunca” y “pocas veces”.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo**



Gráfica no. 8

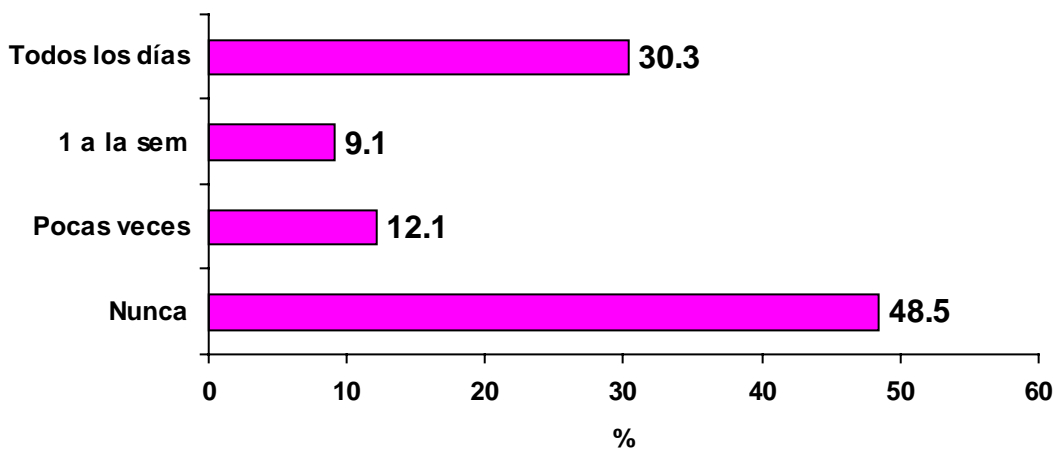
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	13	39.4
Pocas veces	10	30.3
Una vez al mes o menos	4	12.1
Unas pocas veces al mes o menos	3	9.1
Pocas veces a la semana	3	9.1
Total	33	100.0

Cuadro no. 9

El ítem: trabajar todo el día con personas es un esfuerzo, de las 7 opciones posibles, el total de encuestados se concentró en cuatro donde “nunca” y “todos los días” registraron los más altos porcentajes.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: trabajar todo el día con personas es un esfuerzo**



Gráfica no. 9

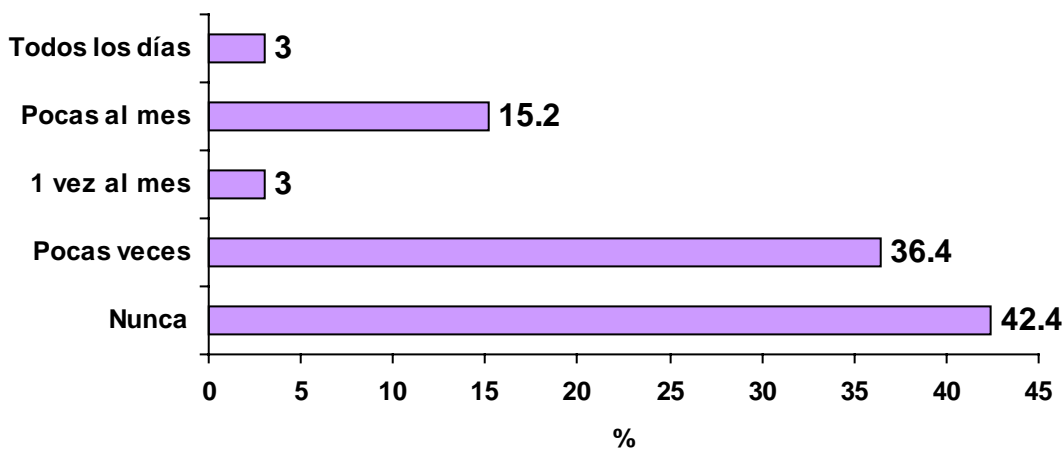
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo

<b>Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca		16	48.5
Pocas veces		4	12.1
Una vez al mes o menos		3	9.1
Todos los días		10	30.3
Total		33	100.0

Cuadro no. 10

Con el ítem: me siento “quemado” por mi trabajo, las respuestas fueron en el mayor número “nunca” con 42.4%, seguida de “pocas veces” con 36.4%, y la tercer posición la ocupa “unas pocas veces al mes o menos” con 15.2%.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: me siento "quemado" por mi trabajo**



Gráfica no. 10

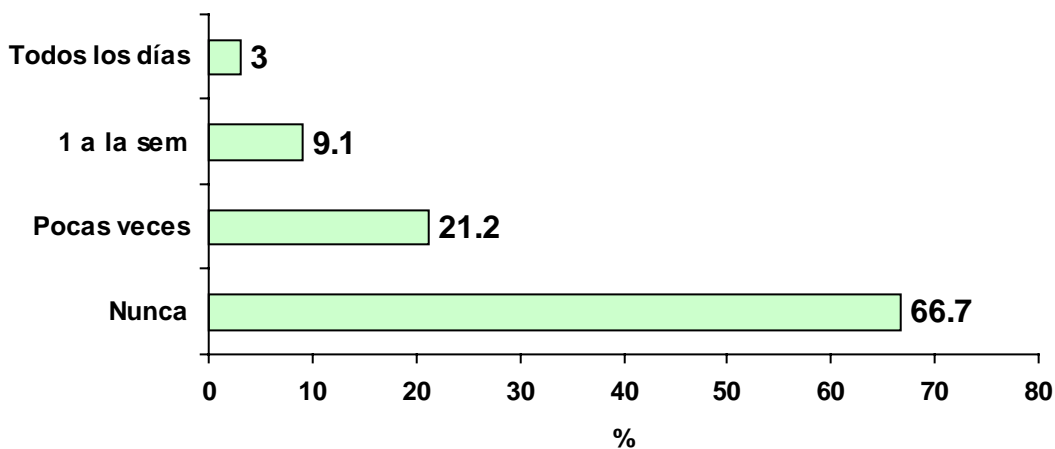
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento “quemado” por mi trabajo

	N	%
Nunca	14	42.4
Pocas veces	12	36.4
Una vez al mes o menos	1	3.0
Unas pocas veces al mes o menos	5	15.2
Todos los días	1	3.0
Total	33	100.0

Cuadro no. 11

El reactivo 6, incluido en cansancio emocional y que corresponde a: me siento frustrado en mi trabajo, registra una polaridad en las respuestas que van de “nunca” con el 66.7% a “todos los días” con solo 3%.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: me siento frustrado en mi trabajo**



Gráfica no. 11

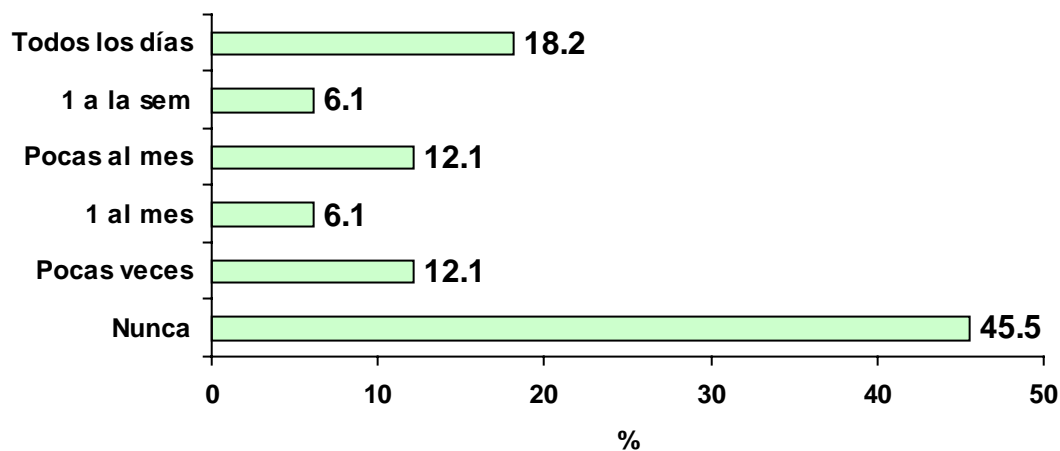
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento frustrado en mi trabajo

	N	%
Nunca	22	66.7
Pocas veces	7	21.2
Una vez al mes o menos	3	9.1
Todos los días	1	3.0
Total	33	100.0

Cuadro no. 12

Cuando los encuestados responden a: creo que estoy trabajando demasiado, la mayoría contestó “nunca” y un porcentaje importante contestó “todos los días”.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: trabajar directamente con las personas me produce estrés**



Gráfica 12

Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Trabajar directamente con las personas me produce estrés

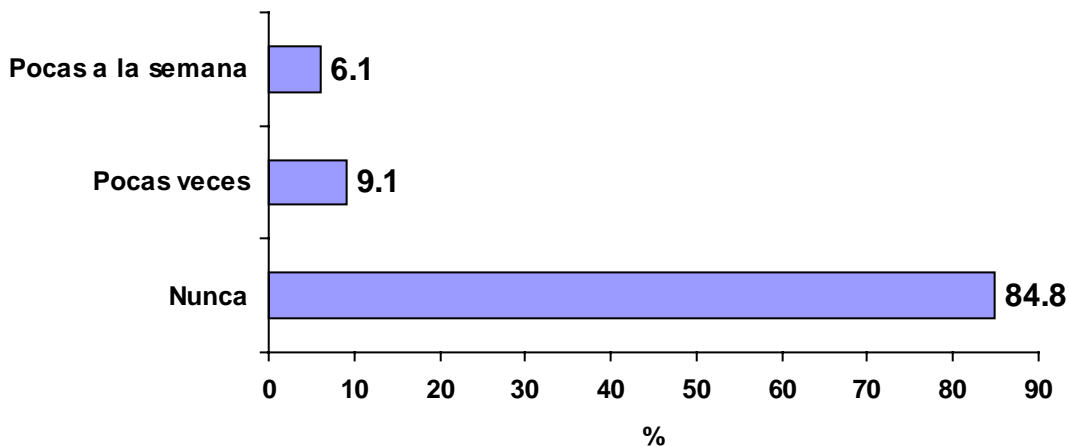
	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	15	45.5
Pocas veces	4	12.1
Una vez al mes o menos	2	6.1
Unas pocas veces al mes o menos	4	12.1
Una vez a la semana	2	6.1
Todos los días	6	18.2
Total	33	100.0

Cuadro no. 13



El último reactivo con el cual se detectará aquellas personas que tienen cansancio emocional es: me siento acabado, donde el 100% de las repuestas van de “nunca” o “pocas veces”

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: me siento acabado**



Gráfica no. 13

Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento acabado

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	28	84.8
Pocas veces	3	9.1
Pocas veces a la semana	2	6.1
Total	33	100.0

Cuadro no. 14

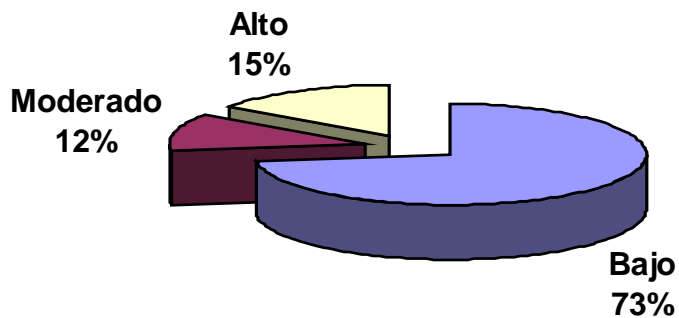
Con base en lo anterior, al reunir todos los ítems anteriores, obtenemos como resultado el siguiente cuadro del total de médicos entrevistados. El 72.7% de encuentra en la categoría de “bajo” cansancio emocional, le sigue en orden de frecuencia la categoría “alto” en el cual se encuentran incluidos 5 personas con un 15.2% y finalmente los 4 sujetos restantes se incluyeron en la categoría de “moderado” cansancio emocional.

Distribución del personal médico entrevistado en la categoría de Cansancio Emocional

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bajo	24	72.7
Moderado	4	12.1
Alto	5	15.2
Total	33	100.0

Cuadro no. 15

Distribucion porcentual de: acuerdo a grado de cansancio emocional



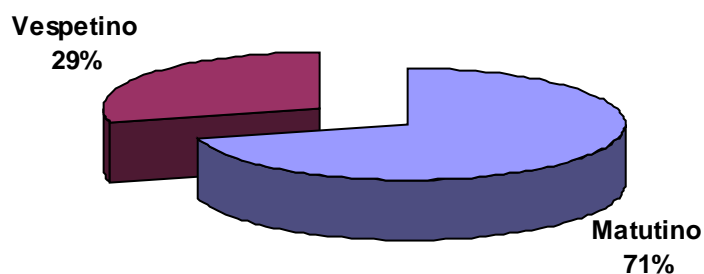
Gráfica no.14

A continuación mostramos los cuadros y gráficas que nos permiten señalar, que el mayor número de médicos, independientemente del grado de cansancio emocional en el cual están incluidos, corresponden al turno “matutino”.

En cuanto al cansancio emocional bajo, encontramos un predominio en turno “matutino” como se representa la gráfica y cuadro siguientes.

Gráfica 15 y Cuadro no.16

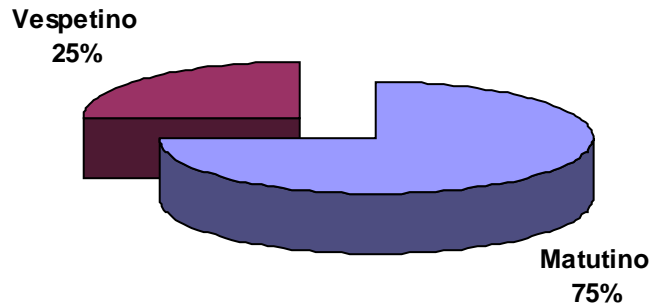
**Distribución porcentual de grado de cansancio emocional bajo: de acuerdo a horario de labores**



Distribución porcentual de grado de cansancio emocional bajo de acuerdo a horario de labores

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	17	70.8
Vespertino	7	29.2
Total	24	100.0

**Distribución porcentual de grado de cansancio emocional moderado: de acuerdo a horario de labores**



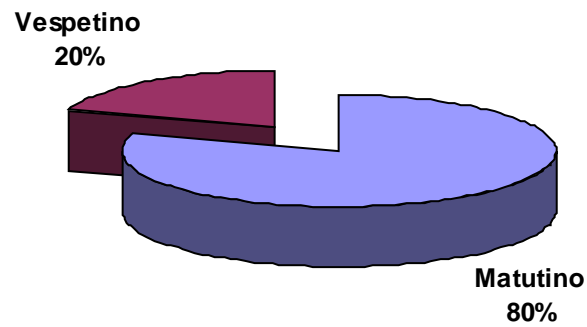
**Distribución porcentual de grado de cansancio emocional moderado: de acuerdo a horario de labores**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	3	75.0
Vespertino	1	25.0
Total	4	100.0

Gráfica 16 y Cuadro no. 17

La gráfica y cuadro anteriores muestran el horario de trabajo en cansancio emocional moderado.

**Distribución porcentual de grado de cansancio emocional alto: de acuerdo a horario de labores**



Distribución porcentual de grado de cansancio emocional alto de acuerdo a: horario de labores

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	4	80.0
Vespertino	1	20.0
Total	5	100.0

Gráfica 17 y Cuadro no. 18

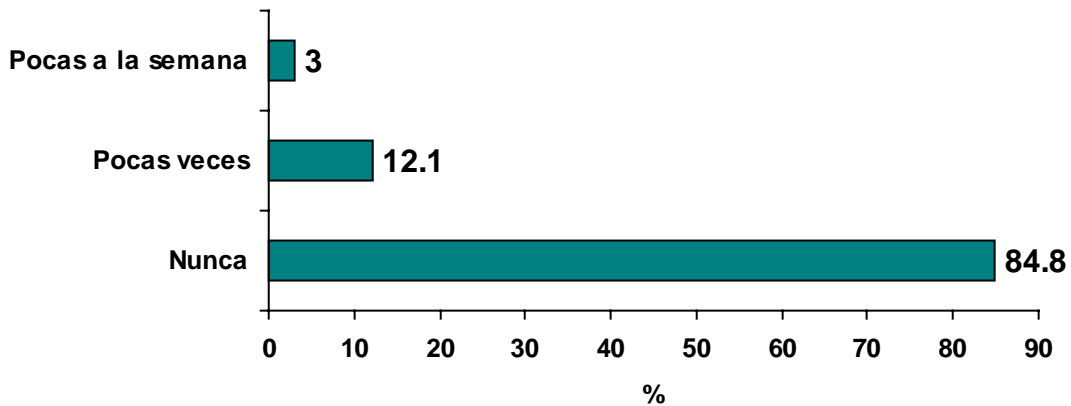
Como podemos observar, el cansancio emocional grado alto, se encuentra en 4 sujetos correspondientes al turno matutino y 1 al turno vespertino.

Para la escala de despersonalización, se seleccionaron 5 ítems, los cuales analizaremos a continuación:

En el caso del reactivo: creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales, 24 (84.8%), de los 33 encuestados respondieron que nunca, resto se encuentra distribuido en pocas veces al año o al mes.

Gráfica 18 y Cuadro no. 19

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales**



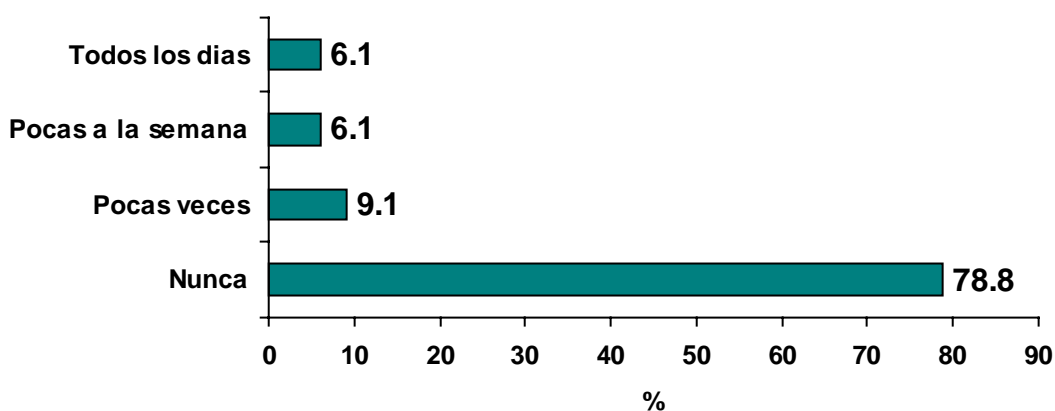
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

	N	%
Nunca	28	84.8
Pocas veces	4	12.1
Unas pocas veces al mes o menos	1	3.0
Total	33	100.0

Al cuestionarlos sobre si: me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión o tarea, prácticamente mas del 90% respondieron nunca o con frecuencia de 1 vez al año o a la semana. Sin embargo, llama la atención que dos médicos respondieran todos los días lo que constituye el 6.1% del total.

Gráfica no. 19 y Cuadro no. 20

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Me he vuelto más insensible con los pacientes desde que ejerzo esta profesión o tarea**



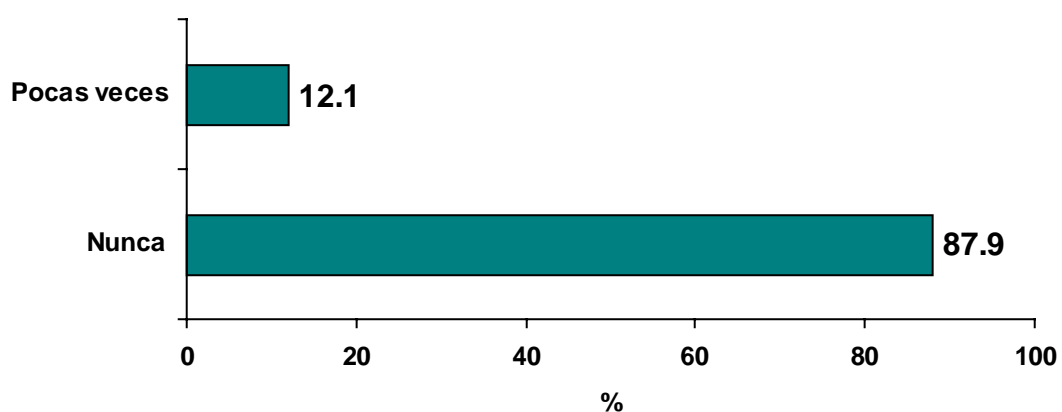
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me he vuelto mas insensible con los pacientes desde que  
Ejerzo esta profesión o tarea

	N	%
Nunca	26	78.8
Pocas veces	3	9.1
Una vez al mes o menos	2	6.1
Todos los días	2	6.1
Total	33	100.0

Si preguntamos: Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente, las respuestas variaron entre nunca con el mayor número 87.9% a pocas veces con el 12.1%.

Gráfica no. 20 y Cuadro no. 21

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente**



V

Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me preocupa el hecho de que este trabajo me este endureciendo emocionalmente

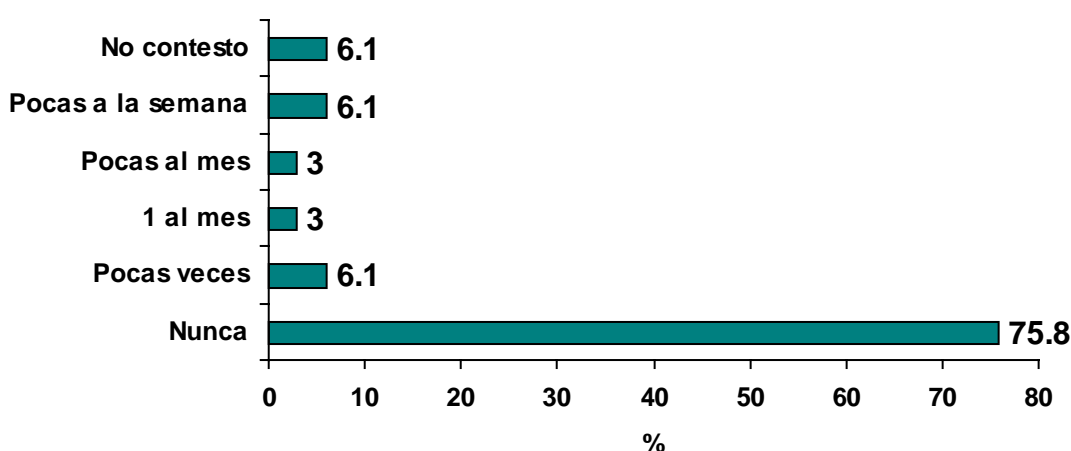
	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	29	87.9
Pocas veces	4	12.1
Total	33	100.0



La cuarta pregunta que nos permite detectar casos de despersonalización es: Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio. Las respuestas se distribuyeron en 6 opciones que van desde nunca con 75.8% Pocas veces al año, Pocas a la semana o No contestaron con 6.1% respectivamente y Una vez o pocas al mes con 3%.

Gráfica no. 21 y Cuadro no. 22

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Realmente no me preocupa lo que ocurre con algunos de mis pacientes**



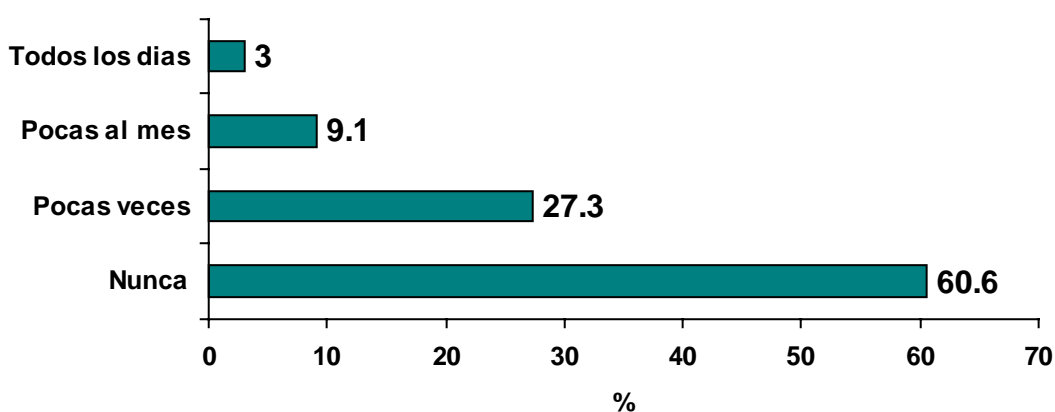
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Realmente no me preocupa lo que ocurre con algunos e mis pacientes

	N	%
Nunca	25	75.8
Pocas veces	2	6.1
Una vez al mes o menos	1	3.0
Unas pocas veces al mes o menos	1	3.0
Pocas veces a la semana	2	6.1
No contesto	2	6.1
Total	33	100.0

Finalmente, cuando se les cuestionó que: Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas. Las respuestas que considero hay que señalar son: que un 27.3% responden que pocas veces al año, 9.1% pocas al mes, y un 3% responde que todos los días.

Gráfica no. 22 y Cuadro no. 23

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Siento que los pacientes que trato me culpan por algunos de sus problemas**



Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

Nunca	20	60.6
Pocas veces	9	27.3
Unas pocas veces al mes o menos	3	9.1
Todos los días	1	3.0
Total	33	100.0

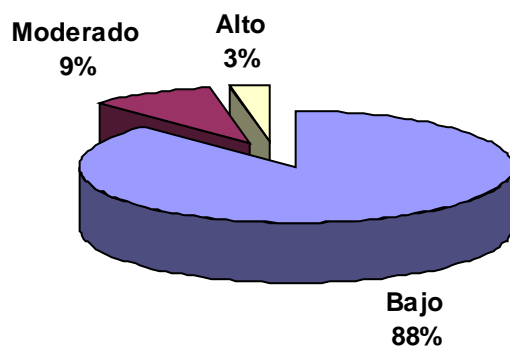
Como resultado del análisis anterior, obtuvimos que 29 de los médicos entrevistados, se encuentran en un rango bajo de despersonalización en moderado 3 y en alto 1.

Gráfica no. 23 y Cuadro no. 24

Distribución del personal médico de acuerdo:  
Grado de despersonalización

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bajo	29	87.9
Moderado	3	9.1
Alto	1	3.0
Total	33	100.0

**Distribucion porcentual de: acuerdo a grado de despersonalización**



Y de acuerdo a turno de actividades laborales, se distribuyeron de la siguiente forma: En el rango alto se detecto un sujeto, el cual está asignado al turno vespertino.

#### Cuadro no.25

Distribución del personal médico por grado de despersonalización alto:  
De acuerdo a horario de labores

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	0	0.0
Vespertino	1	100.0
Total	1	100.0

Para el rango moderado esta incluidos 3 en el turno matutino.

#### Cuadro no. 26

Distribución del personal médico por grado de despersonalización moderado:  
De acuerdo a horario de labores

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	3	100.0
Vespertino	0	0.0
Total	3	100.0

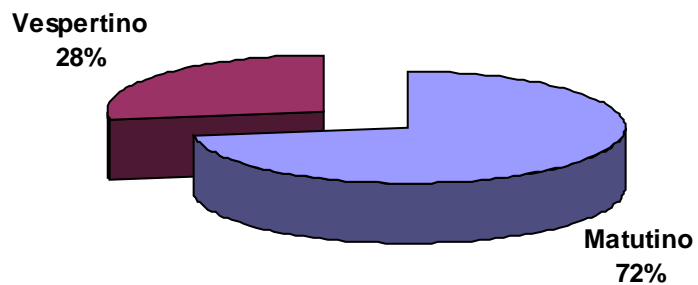
Finalmente, para el rango bajo se encuentran: 29 sujetos, de los cuales, 21 se encuentran adscritos al turno matutino y 8 al vespertino.

Cuadro no. 27

Distribución del personal médico por grado de despersonalización bajo:  
De acuerdo a horario de labores

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	21	72.4
Vespertino	8	27.6
Total	29	100.0

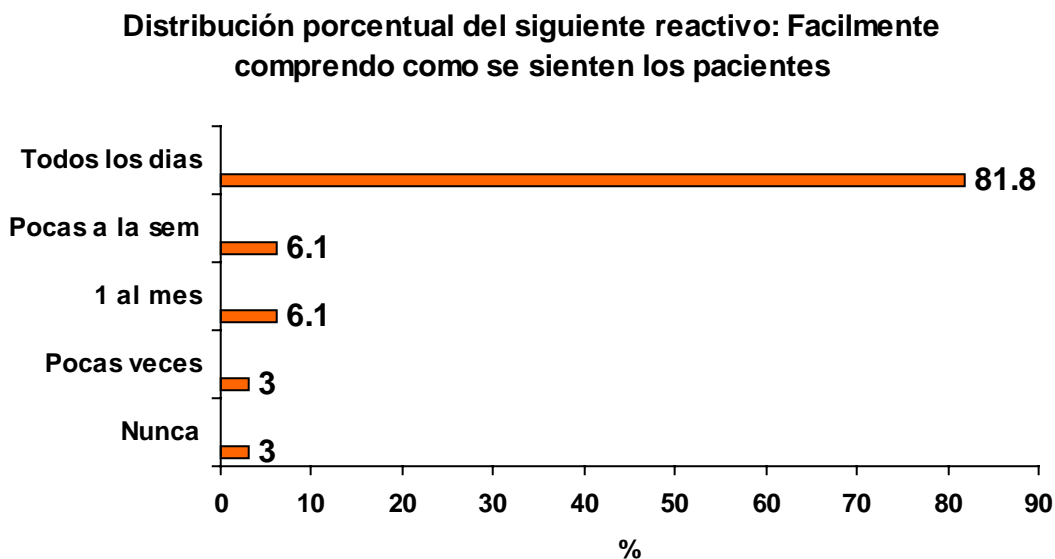
**Distribución porcentual por grado de despersonalización  
baja de acuerdo a horario de labores**



Gráfica no. 24

Por último, se investigó la escala de la autorrealización personal (logros personales), compuesta por 8 ítems, el primero se refiere a: Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes. El 81.8% respondió que todos los días y solo el 3% nunca.

Gráfica no. 25



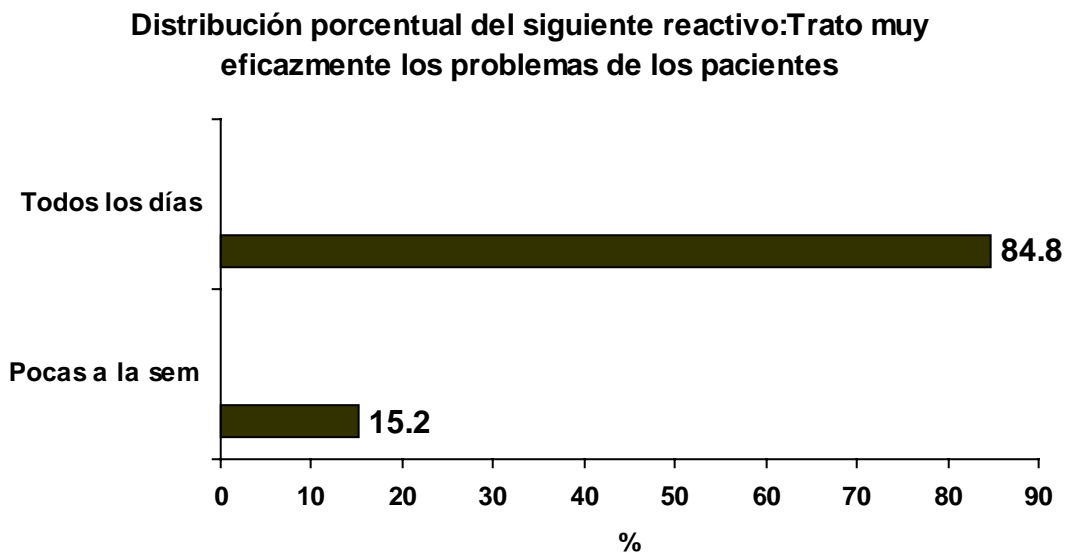
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes

	N	%
Nunca	1	3.0
Pocas veces	1	3.0
Una vez al mes o menos	2	6.1
Pocas veces a la semana	2	6.1
Todos los días	27	81.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 28

En segundo lugar, preguntamos: Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes todos los días. Más del 80% el restante respondió que pocas veces a la semana.

Gráfica no. 26



Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

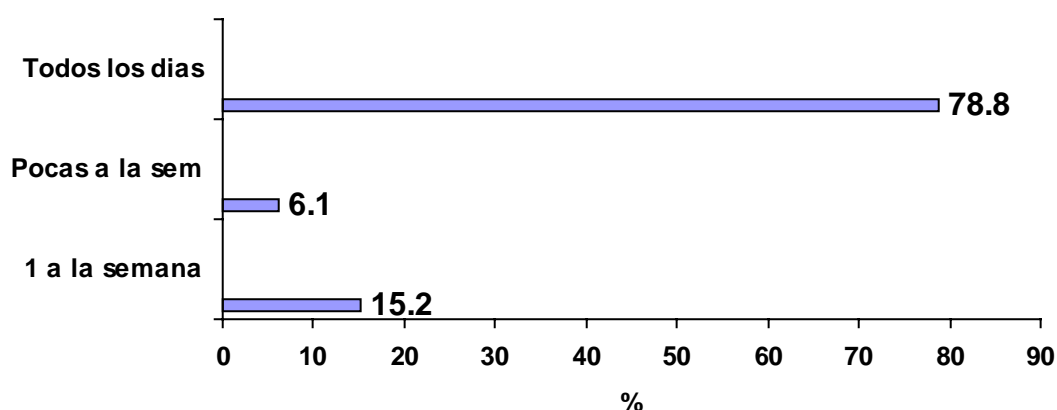
	N	%
Pocas veces a la semana	5	15.2
Todos los días	28	84.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 29

En tercer lugar, el cuestionamiento abordó: Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de las personas. Todas las respuestas fueran afirmativas en mayor o menor grado ya que van desde todos los días o por lo menos 1 vez a la semana.

Gráfica no. 27

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de las personas**



Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo  
En las vidas de las personas

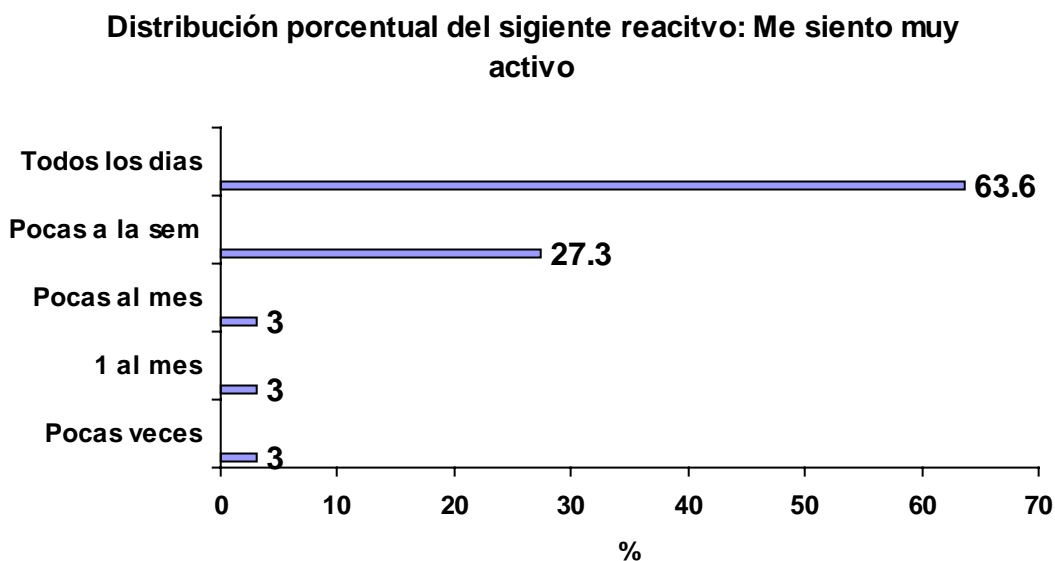
	N	%
Una vez a la semana	5	15.2
Pocas veces a la semana	2	6.1
Todos los días	26	78.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 30



La cuarta pregunta se refiere a: Me siento muy activo. Todos los días, respondió el 63.6%. Pocas veces a la semana, el 27.3% . El resto tiene una menor frecuencia como lo muestran el gráfico y cuadro siguiente.

Gráfica no.28



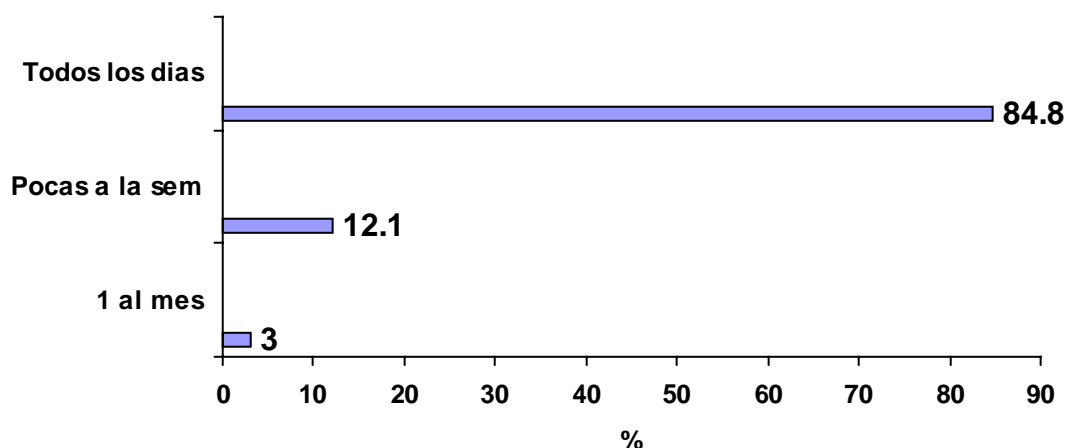
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento muy activo

	N	%
Pocas veces	1	3.0
Una vez al mes o menos	1	3.0
Unas pocas veces al mes o menos	1	3.0
Pocas veces a la semana	9	27.3
Todos los días	21	63.6
Total	33	100.0

Cuadro no. 31

En quinto lugar, se les cuestionó sobre: Fácilmte puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes. El 15% respondió que la frecuencia se distribuye una vez al mes o pocas veces a la semana. El porcentaje restante respondió que todos los días.

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.**



Gráfica no. 29

Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.

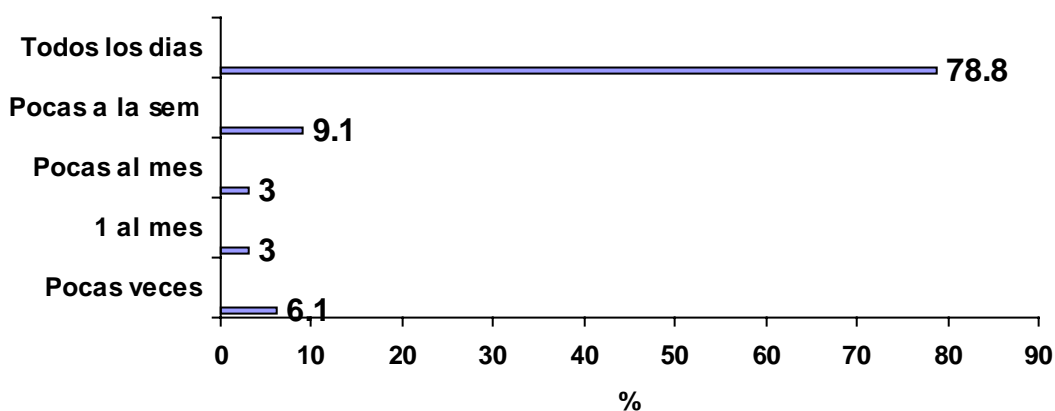
	<b>N</b>	<b>%</b>
Una vez al mes o menos	1	3.0
Pocas veces a la semana	4	12.1
Todos los días	28	84.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 32

Como sexto ítem encontramos: Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes. En este resultado, es importante señalar que 2 de los entrevistados, su respuesta fue: Pocas veces al año. Llama la atención, que menos del 80%, si esta estimulado después de trabajar todos los días.

Gráfica no. 30

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.**



Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes

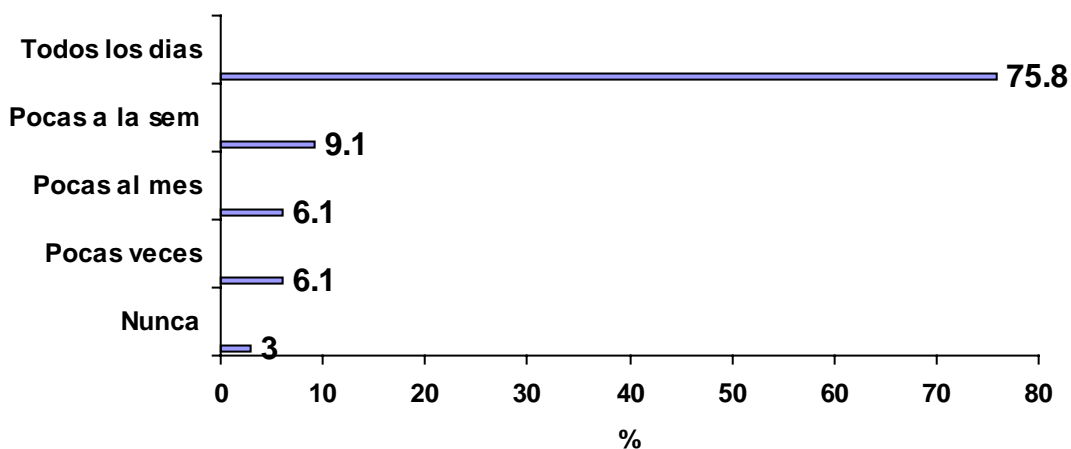
	N	%
Pocas veces	2	6.1
Una vez al mes o menos	1	3.0
Unas pocas veces al mes o menos	1	3.0
Pocas veces a la semana	3	9.1
Todos los días	26	78.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 33

En séptimo lugar, se les preguntó sobre: He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. El 75.8% respondió que todos los días, el resto considera que con una frecuencia menor, sin embargo 3% mencionó que nunca.

Gráfica no. 31

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.**



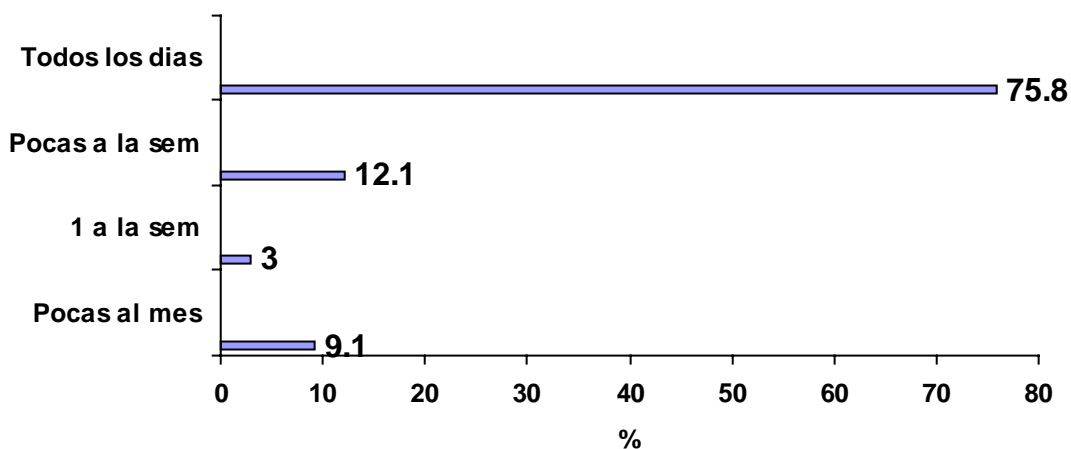
Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
He conseguido muchas cosas mutiles en mi profesión

	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	1	3.0
Pocas veces	2	6.1
Unas pocas veces al mes o menos	2	6.1
Pocas veces a la semana	3	9.1
Todos los días	25	75.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 34

Finalmente, la octava pregunta fue: En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. Todos los días, contestó el 75.8%, le sigue en orden de frecuencia pocas veces a la semana el 12.1%

**Distribución porcentual del siguiente reactivo: En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.**



Gráfica no. 32

Distribución porcentual del siguiente reactivo:  
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

	N	%
Unas pocas veces al mes o menos	3	9.1
Una vez a la semana	1	3.0
Pocas veces a la semana	4	12.1
Todos los días	25	75.8
Total	33	100.0

Cuadro no. 35

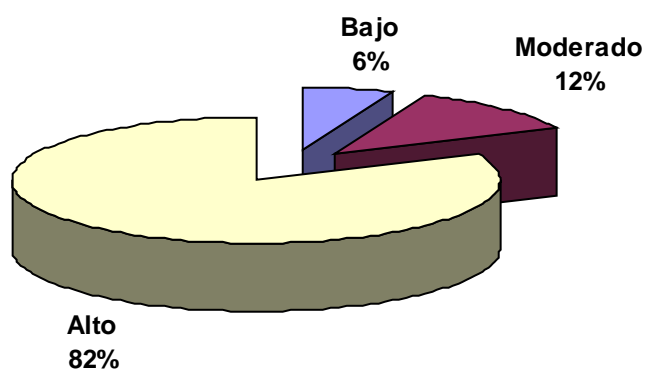
Como resultado de la escala de autorrealización personal, obtuvimos que en el rango bajo, se encuentra incluida 1 persona. Lo que representa el 6.1%. En el moderado 4, con el12.1% y en el alto 27 con 81.8%

Cuadro no. 36

Distribución del personal médico entrevistado en la categoría de autorrealización

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bajo	2	6.1
Moderado	4	12.1
Alto	27	81.8
Total	33	100.0

Distribución porcentual en la categoría de autorrealización

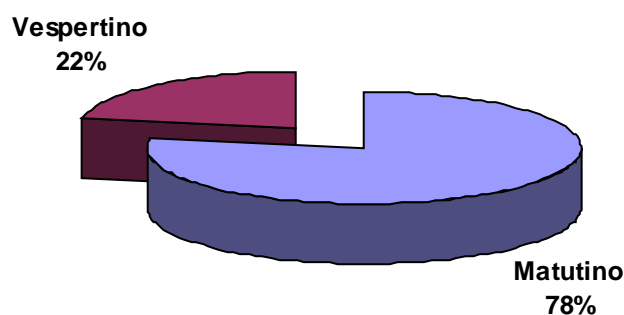


Gráfica no. 33

De acuerdo a su distribución por turno, en el caso de una disminución de la autorrealización personal baja, 21 de los encuestados, se encuentran en el turno matutino y 6 en el vespertino.

Gráfica no. 34

**Distribución porcentual de: acuerdo a disminución de la autorrealización persona baja**



Distribución porcentual en la categoría de autorrealización grado bajo:  
De acuerdo a horario de labores

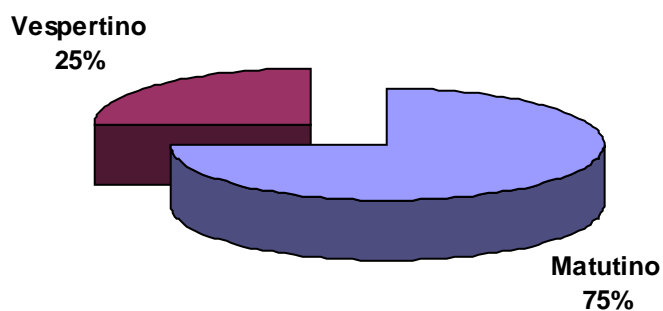
	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	21	77.8
Vespertino	6	22.2
Total	27	100.0

Cuadro no. 37

En el caso de la autorrealización personal moderada, solo están incluidos 4 sujetos. De ellos, 3 son del turno matutino y 1 del vespertino.

Gráfica no. 35

**Distribución porcentual en la categoría de autorrealización grado mediano: de acuerdo a horario de labores.**



Distribución porcentual en la categoría de autorrealización grado mediano  
De acuerdo a horario de labores

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	3	75.0
Vespertino	1	25.0
Total	4	100.0

Cuadro no. 38



Finalmente, en último rango de disminución de la autorrealización personal alta, se detectaron a dos médicos del turno vespertino.

Cuadro no. 39

Distribución porcentual en la categoría de autorrealización grado alto  
De acuerdo a horario de labores

**Disminución de la autorrealización  
personal baja**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	0	0.0
Vespertino	2	100.0
Total	2	100.0

Con la información anterior, consideramos que los casos para la categoría de Cansancio emocional son 9, para la de despersonalización 4 y para la disminución de la autorrealización 6.

## 8. DISCUSIÓN

En relación al sexo en este estudio, los resultados obtenidos sí concuerdan con otras investigaciones (19) y muestran que en el grupo femenino fue el de mayor factor de riesgo, pues la causa primaria de quemadura en mujeres es que tienen que alternar el trabajo y el hogar. Lo anterior puede confundirnos puesto que no es el sexo por sí solo el causante del síndrome de Burnout. Se puede tomar en consideración ya que es uno de los factores de riesgo creando en ellas un sentimiento de culpa al descuido de su hogar por las exigencias del trabajo y la sobrecarga del mismo, como lo menciona Dolores Peris (18). Por otro lado, tenemos la edad que se presenta en los sujetos entrevistados predominando entre 45-49 años como menciona uno de los autores enunciados (4), quien refiere que no todos los profesionales desarrollan el mismo nivel de agotamiento, sino que existen diferencias individuales, entre ellas la edad, la experiencia profesional etc., aquí cabe destacar que es una edad en que sino se han realizado las metas propuestas pueden crear un sentimiento de frustración en ellos y, por ende, la monotonía del mismo trabajo puede dar como resultado una desmotivación llevándolos al síndrome de Burnout.

En relación al estado civil se presentó con mayor frecuencia en sujetos casados ya que las exigencias del propio hogar por un lado y por el otro el de la sobrecarga de trabajo dan lugar a dicho evento. (16). En el número de trabajos desempeñados por los sujetos entrevistados ha sorprendido, ya que se presenta el síndrome más en la población que tiene un sólo trabajo, nos hace confirmar que la presencia del síndrome es por causas multifactoriales (4). Otro de los factores importantes en el presente estudio es la antigüedad predominando, como es lógico en los de más de 20 años, ya que el alto número de pacientes, la escasez de recursos, la monotonía, la desmotivación han intervenido en la profesionalidad de este servicio, por lo que los hace caer en dicho síndrome (10).

En forma global de acuerdo a las áreas estudiadas hacemos referencia que predominó en cansancio emocional entre moderado y alto con un total de 9 sujetos, siguiendo en orden de frecuencia en logros personales con 6 personas, y por último despersonalización con un número de sujetos de 4, entre moderado y alto en la escala de calificación del síndrome, por lo que consideramos que el cansancio emocional es más perceptible por el propio sujeto, ya que es manifestado en su propio organismo, además es una respuesta común a la sobrecarga de trabajo como mencionamos anteriormente (10), por otro lado tenemos logros personales en el que los trabajadores presentan pérdida de la motivación y entrega (8), y por último la despersonalización en la que la gente prestadora de servicio, hace un distanciamiento emocional ante el paciente, siendo ésta una forma de protegerse a ellos mismos ante el intenso cansancio emocional, como podemos ver no se puede separar una de otra pues son reacciones de interacción y conjunción importante. (10).

## 9. CONCLUSIONES.

El objetivo fundamental de este estudio, fue el de encontrar la prevalencia del síndrome de Burnout en la Unidad de Medicina Familiar número 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario validado en nuestro país, que integra los tres aspectos fundamentales del síndrome y que son cansancio emocional, despersonalización y logros personales en el Maslach Burnout Inventory (MBI); y el segundo cuestionario se enfocó a las variables consideradas como factor de riesgo.

De acuerdo al análisis descrito anteriormente podemos concluir que la prevalencia en el personal médico se encontró en un 100% de la población estudiada distribuida de la siguiente manera, para el cansancio emocional en las diferentes escalas, 24 (72.4%) corresponde a bajo, para alto de acuerdo a la frecuencia fue de 5 (15.2%) y por último para moderado 4 (12.1%). En el área de despersonalización encontramos de acuerdo a la frecuencia en bajo 29 médicos (87.9%), moderado 3 (9.1%) y alto 1 (3%). Y en el área de logros personales alto 27 (81.1%), moderado 4 (12.1%) y bajo 2 (6.1%). Con los resultados obtenidos, podemos concluir con seguridad que el síndrome de Burnout no es ajeno a nuestro instituto, este estudio al igual que otros aplicados en otras áreas de salud, demuestran su presencia en forma palpable. Sin embargo, a pesar de lo anterior, es preocupante el hecho de que el personal médico en su mayoría desconoce el síndrome y desconocen que son población en riesgo.

Por otro lado, encontramos que del total de la población encuestada el mayor número correspondió a mujeres con un número de 19 (57.5%), incluidas en un rango de edad de 45-49 años que se concentro en 45.5%, con antigüedad de no mayor a 20 años.

Como podemos observar es muy importante hacer del conocimiento y concienciación del síndrome, pues los médicos son una población en riesgo, para que de esta manera sepan enfrentarlo y por otro prevenirlo, así como diagnosticarlo y tratarlo. Tomando en cuenta que el apoyo externo es importante para prevenir como es la familia, los compañeros de trabajo y la institución donde se trabaja.

En la población estudiada encontramos cierta indiferencia o rechazo a contestar el cuestionario en un 45% del total del personal médico, por otro lado el 55% restante se interesó mucho en la encuesta y respondieron voluntariamente.

Es importante mencionar que al demostrar este estudio la presencia del síndrome de Burnout en la población encuestada, deben buscarse estrategias adecuadas para la solución de este problema, las cuales estarían enfocadas a la difusión del conocimiento del síndrome, su prevención y su manejo adecuado.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Maslach. Burnout is prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job. *Ann Rev Psychol* ,2001;52:397-402.
- 2.- Maslach C, Jackson S. Burnout in health professions: A Social Psychological Análisis 1992;52:192-197.
- 3.- Góndora M, JJ. Estrés y trabajo: El síndrome de Burnout. Madrid: Couse Editorial, S L. 1998.
- 4.- Dunlap J E. Burnout : The persistent peril. *Dental Economic* 1998; 82: 1-7
- 5.- Jens C, Hellhammer, Dirk H, Kirschbaum, Clemens. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening 1999; 61:197-204.
- 6.- Demitrack M A. Chronic fatigue syndrome: A disease of the hipotalamo-pituitaria-adrenal axis. *Ann Med* 1994; 26:1-5.
- 7.- Sergio GV, Carlos AP. Síndrome de Burnout. Madrid: España 2002.
- 8.- Guía de salud laboral. marzo-abril 1999, vol 3 no. 19
- 9.- Horacio Cairo, Burnout: Un síndrome cada vez más expandido, 2ª. Ed España: Madrid, 1998.
- 10.- Farber B. "Stress and Burnout in human services professions". New Yorck:Wile 2001.
- 11.- Maslach C, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 2a. ed. Palo Alto; 1997.
- 12.- Karasek R. Stress prevention trough work reorganitaton. *Jankanish MB*. 1994;11:223-235.
- 13.- Síndrome de Burnout o desgaste profesional. ¿pueden quemarse los dentistas?. *Maxilis*1999; 1:4.
- 14.- Pines a, Aronson E, Kafry D. Burnout: From tedium to personal growth. New Yorck: Free press,1998.
- 15.- King H. Physician Burnout. *Current Clinical Issues* 2001; 135:145-148.
- 16.- Social Estructure, Burnout, and Job Satisfaction. *Social Work*, 1998; 36:202-206.

- 17.- Guía de profesionales de la psicología. Octubre-Noviembre de 2004, Vol.5, No.3
- 18.- Peris MD. Síndrome de Burnout, Barcelona:Universidad 2003.
- 19.- Marcia LL. When the dreams dont work: Caregivers profesional and Burnout. Journal of palliative care 1997; 15:62-63.
- 20.- Mechteld RM, Ellen MA, Frans J. Stress, satisfaccion and Burnout among. Med Assoc.:2003;168:271-275.
- 21.- Chung H, Jason Ch, Chih H. The role of Burnout in the relationship between perceptions of organizations politics and turnover intentions. Public Personnel Management 2003; 32: 519-522.
- 22.- Price L, Spence SH. Bunout syntoms amongst drug and alcohol service employees. Anxiety, Stress and Coping 1992; 5: 55-57.
- 23.- Gila MA, El impacto de la enfermedad mental de los clientes en la satisfacción profesional y la quemadura de los trabajadores sociales. Nacional Association of Social Workers 1999;24: 112-116.
- 24.- Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the Burnout construct across ocupatons.Stress and Coping 1996;9:243-247.
- 25.- Garden AM. Despersonalization: ¿A valid dimension of Burnout? Human Relatons 2000;40:545-549.
- 26.- Lattanzi M, Galvan U. Rizzetto A, Gavioli I. Estimating psychiatric morbidity in the community. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1988;23:267-272.
- 27.- Monica L, Fall, Kay N. Dietetic technicians report low to moderate leves of Burnout. Assoc. Journal of the America Dietetic Association 2003;103:1520-1522
- 28.- Luigi G, Katia M. Psychiatric Morbidity an Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians 2000;69:329-333
- 29.- Gila MA. Impacto de la enfermedad mental de los pacientes en la satisfacción profesional y la quemadura de los trabajadores sociales. Social Work 1999;24: 112-120
- 30.- Arches J. Social Structure, Burnout, and Job Satisfaction. Social Work 1996;36:202-206
- 31.- Hoppock R. Job Satisfaction. The Industrial Worker 1995;3:339-344

32.- Lamber EE. "Managers Attitudes Toward How Their Pay is and Should be Determined" Journal of Applied Psichology 1993;50:273-279

## 11. ANEXO

### ENCUESTA DEL SINDROME DE BURNOUT APLICADA A LOS MÉDICOS DE LA U.M.F. No. 14 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste verazmente.

Edad\_\_\_\_\_ Puesto de Trabajo\_\_\_\_\_

No. de Trabajos\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_

Categoría\_\_\_\_\_ Horario de Trabajo\_\_\_\_\_

Estado Civil\_\_\_\_\_ Antigüedad laboral\_\_\_\_\_

CONTESTE FRENTE A CADA UNA DE LAS 22 PREGUNTAS, EN FUNCIÓN A LA SIGUIENTE ESCALA DE FRECUENCIA.

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

#### PREGUNTAS

- 1.- Me siento emocionalmente agotado ( )
- 2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo ( )
- 3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo ( )
- 4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes o usuarios ( )
- 5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales ( )
- 6.- Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo ( )
- 7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes ( )

- 8.- Me siento “quemado” con mi trabajo ( )
- 9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes ( )
- 10.- Me vuelvo más insensible con los pacientes desde que ejerzo esta profesión o tarea ( )
- 11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me está endureciendo emocionalmente ( )
- 12.- Me siento muy activo ( )
- 13.- Me siento frustrado con mi trabajo ( )
- 14.- Creo que estoy trabajando demasiado ( )
- 15.- No me preocupa realmente lo que ocurre a algunos pacientes a los que doy servicio ( )
- 16.- Trabajar directamente con pacientes me produce estrés ( )
- 17.- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los pacientes a los que doy servicio ( )
- 18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con los pacientes ( )
- 19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión o tarea ( )
- 20.- Me siento acabado ( )
- 21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma ( )
- 22.- Siento que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas ( )