

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“Incidencia de Síndrome de Burnout en personal de salud que labora en las unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México 2013”

T E S I S

Que para obtener el título de:

MÉDICO CIRUJANO

Presentan:

M.P.S.S. Illyani Andrea Jiménez Rojas

M.P.S.S. Kathia María Jaimes Martínez

Directoras de Tesis

M.S.P. Martha Elva Campuzano González
Dra. En C. Lilia Patricia Bustamante Montes

Revisores de tesis

M. en C. Miguel Karam Calderón
Dra. En C. Ninfa Ramírez Durán
M. en ED. Miguel Fernández López
M. en Tan. Alejandra Mercedes García Maldonado

Toluca, Estado de México; Mayo de 2013

“Incidencia de Síndrome de Burnout en personal de salud que labora en unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México 2013”

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

Por darnos la fortaleza, sabiduría y amor para seguir adelante en cada uno de los retos que se nos ha impuesto. Por darnos la oportunidad de llegar a la cima de esta montaña, y para que nos siga dando su bendición y iluminando cada paso que damos como médicos, para que no olvidemos que tratamos con seres humanos, y que por más problemas que se tengan la bata blanca es el mejor escudo para continuar con esta profesión siempre realizando nuestras actividades con la mejor disposición, dando confort y confianza a cada paciente.

A nuestros padres,

Por ser el pilar que nos mantenía firmes, por apoyarnos cada día dando una palabra de aliento y poder hacer realidad este sueño. Porque en cada uno de ustedes vemos un ejemplo a seguir y un héroe que admirar, por enseñarnos a ser humildes y aprender de las pequeñas cosas de la vida. Por darnos los valores y enseñanzas que hacen que cada día seamos mejores personas, y ahora mejores profesionales. Por compartir esas ganas de luchar, de impulsarnos a no darnos por vencidos en cada batalla y que por más que se pierda una la guerra continua y al final se puede ganar.

A nuestros hermanos,

Quienes son los mejores aliados en aventuras, alegrías o tristezas, quienes nos apoyaron en las buenas y en las malas, y muchas veces testigos de desvelos y víctimas de nuestro mal humor. A quienes admiramos y deseamos que cumplan sus sueños, como nosotras hoy cumplimos el nuestro.

A nuestros maestros,

Quienes de diferente forma, en cada una de sus aulas y materias nos transmitieron esa pasión por ser médico, quienes nos hicieron sudar la gota gorda, hacernos entender que esta profesión es única y que una vez puesta la bata blanca no eres solo un médico, sino la esperanza de aquellas personas que confían poniendo lo más valioso que tienen, su vida y salud, en nuestras manos.

A nuestros amigos,

Por compartir alegrías, tristezas y frustraciones, por acompañarnos en este largo camino, apoyando cada decisión y muchas veces haciéndonos ver nuestros errores. Por darnos una palabra de aliento, brindarnos un hombro para llorar, unos brazos para impulsarnos y regalarnos una sonrisa que iluminaba las noches de desvelo y frustración.

A mi novio,

Quien ha sido mi apoyo, mi mejor amigo, mi compañero y aliado en esta aventura, quien ha sabido tener paciencia y caminar a mi lado, quien me ha impulsado y siempre ha tenido el gesto necesario para darme confort y aliento.

A nuestras directoras de Tesis,

Quienes a través de sus conocimientos, y con mucha paciencia, nos guiaron y corrigieron en cada paso este trabajo, puliendo una piedra en bruto obteniendo al final esta obra.

A mi facultad y universidad,

Por darnos la oportunidad de pertenecer a esta comunidad, quien a través de sus aulas y programas educativas, fundaron la base profesional que hoy tenemos. Es un profundo orgullo decir que es nuestra Alma Mater, y que dejamos un poco de nosotras en este lugar, quien nos vio crecer como estudiantes y hoy nos da la oportunidad de salir al mundo preparadas para afrontar los retos venideros.

Es difícil nombrar a cada persona que directa o indirectamente han sido parte de este sueño que apenas empieza, sin embargo estamos agradecidas por todo el apoyo recibido, por los consejos dados, por los obstáculos e impulsos que han hecho que hoy nos sintamos listas para continuar con nuestros sueños y confiadas que, aunque el camino no es fácil de andar vale la pena recorrerlo y dar lo mejor de nosotras en cada momento.

ÍNDICE

1.	RESUMEN	
2.	ABSTRACT	
3.	MARCO TEÓRICO	- 1 -
3.1	DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT	- 1 -
3.2	HISTORIA	- 2 -
3.3	PREVALENCIA.....	- 3 -
3.4	MODELOS PSICOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	- 4 -
3.5	FACTORES DE RIESGO	- 8 -
3.6	FISIOPATOLOGÍA	- 12 -
3.7	SINTOMATOLOGÍA.....	- 13 -
3.7.1	GRADOS DE SÍNDROME DE BURNOUT	- 16 -
3.8	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	- 17 -
3.9	DIAGNÓSTICO	- 17 -
3.9.1	ESCALAS DIAGNÓSTICAS	- 18 -
3.9.1.1	MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	- 18 -
3.9.1.2	CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT).....	- 19 -
3.10	CONSECUENCIAS	- 21 -
3.11	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL BURNOUT (PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO).....	- 22 -
3.11.1	ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL INDIVIDUO	- 23 -
3.11.2	ESTRATEGIAS SOCIALES	- 23 -
3.11.3	ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES	- 24 -
3.12	UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE TEXCALYACAC.	- 24 -
3.12.1	ORGANIZACIÓN DE COORDINACIONES MUNICIPALES DE CENTROS DE SALUD RURALES.....	- 25 -
3.12.2	ORGANIGRAMA GENERAL.....	- 26 -
3.12.3	OBJETIVOS DE CADA COMPONENTE	- 27 -
3.12.4	PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LAS UNIDADES DE LOS CENTROS DE SALUD RURALES.....	- 28 -
3.12.5	PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD	- 29 -
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 30 -

5.	JUSTIFICACIONES	- 32 -
6.	HIPÓTESIS	- 35 -
7.	OBJETIVOS	- 36 -
7.1	GENERAL:.....	- 36 -
7.2	ESPECÍFICOS:.....	- 36 -
8.	MÉTODO	- 37 -
8.1	TIPO DE ESTUDIO	- 37 -
8.2	DISEÑO DE ESTUDIO	- 37 -
8.3	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	- 37 -
8.4	UNIVERSO DE TRABAJO.....	- 39 -
	8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	- 39 -
	8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	- 39 -
	8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	- 39 -
8.5	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	- 40 -
8.6	DESARROLLO DEL PROYECTO	- 40 -
8.6.1	PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	- 41 -
8.7	LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	- 41 -
8.8	DISEÑO DE ANÁLISIS.....	- 41 -
9.	IMPLICACIONES ÉTICAS	- 42 -
10.	ORGANIZACIÓN	- 43 -
10.1	TESISTAS:	- 43 -
10.2	DIRECTOR DE TESIS.....	- 43 -
11.	RESULTADOS	- 44 -
12.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	- 58 -
13.	RECOMENDACIONES	- 60 -
14.	BIBLIOGRAFÍA	- 62 -
15.	ANEXOS	65
15.1	INSTRUMENTO DE TRABAJO.....	65
15.2	CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
15.3	HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
15.4	COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL COORDINADOR DE TEXCALYACAC, DR. ARTEMIO RIVERA ALEMÁN	68
16.	GLOSARIO	69

1. RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia del síndrome de Burnout en unidades de primer nivel en la coordinación de Texcalyacac del instituto de salud del estado de México en 2013 y su relación con las variables sociodemográficas.

Procedimiento: Estudio transversal, observacional, analítico, descriptivo, desarrollado en la Coordinación de Texcalyacac, municipio de Tenango, Estado de México. La población fue integrada por los trabajadores de salud. Se estudiaron Muestras de 45 médicos (36%), 45 enfermeras (36%), 18 TAPS (14%), 8 odontólogos (6%), 4 nutriólogos (3%), 3 psicólogos (2%), y 4 personas en otros (3%) correspondiente a ginecólogos, pediatras y gerontólogos, a los cuales se les aplicaron 127 encuestas utilizando el "*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*" (CESQT).

Resultados: La mediana de la edad fue de 34 años; La prevalencia del SQT en la población general fue del 88.1% (n=112), de los cuales 103 (81.1%) presentaron Sb grado leve y 9 (7%) con grado moderado, ninguno presento SB severo; se observó que las subescalas de desgaste psíquico e indolencia tienen correlación significativa con la edad en el rango de 40 a 49 años, además presentan asociación significativa con el tipo de contrato eventual. Por otro lado el desgaste psíquico presenta relación con otros puestos de trabajo como pediatras, ginecólogos y gerontólogos.

Conclusiones: El grupo más susceptible que presentó SQT fueron las TAPS, nutriólogos y psicólogos. Las variables que mantienen relación significativa con el desgaste psíquico y la indolencia son el rango de edad de 40 a 49 años y el tipo de contrato eventual. El tiempo laboral no se relaciona con la incidencia de SB, pero si se relaciona con el tipo de contrato eventual y con el rubro otros que corresponde a pediatra, ginecólogo y geriatra.

Palabras clave: Burnout, CESQT, estrés en el trabajo, quemarse por el trabajo.

2. ABSTRACT

Objectives: To describe Burnout Syndrome's prevalence in the first level clinics in the Texcalyacac's coordination of the "Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)" and its relationship with socioeconomically variables.

Methods: A cross, observational, analytic and descriptive study was developed in all the personal health in the Texcalyacac's coordination. The population was composed by doctors (36%, n=45), nurses (36%, n=45), TAPS (14%, n=18) dentist (6%, n=8), nutritionist (3%, n=4), psychologist (2%, n=3) and others (3%, n=4) like gynecologist, pediatricians and gerontologist. 127 tests were applied using the "*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*" (CESQT).

Results: The mean age was 34 years old; The Prevalence of Burnout Syndrome in the general population was 88.1% (n=112), the results were 103 (81.1%) with low grade and 9 (7%) with moderate grade, anyone had severe grade. The ages between 40 and 49 had a significant correlation with psychological exhaustion and indolence subscales. The psychological exhaustion has a significant correlation with other kinds of work like pediatricians, gynecologist and gerontologist.

Conclusions: The most susceptible group to developed burnout syndrome was TAPS, nutritionist and psychologist. The sociodemographical variable that had the most significantly related to psychological exhaustion and indolence was 40 to 49 years and temporary contracts. The time in the profession has no significant correlation with age and time on the job was highly correlated significantly with temporary contract and other kind of professions like pediatrician, gynecologist and gerontologist.

Keywords: Burnout Syndrome, CESQT, work, and mental burn

3. MARCO TEÓRICO

3.1 DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout (SB) ha sido definido como un síndrome de respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional. ⁽¹⁾

También conocido como Síndrome de quemarse por el Trabajo (SQT), o síndrome de desgaste profesional ⁽²⁾, se caracteriza en el personal que presta un servicio, por agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, baja autoestima y pérdida del interés por los clientes, mejor conocidos como pacientes o usuarios de atención. ⁽³⁾

La palabra Burnout se desprende del idioma inglés traduciéndose al español como “estar quemado”. Se manifiesta por cansancio emocional, despersonalización y disminución el sentimiento de realización personal. ⁽⁴⁾

La definición establecida en 1974 por Freudenberger, fue de una patología psiquiátrica, que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son usuarios, formado por un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. ⁽⁴⁾

Dentro del concepto del Síndrome de Burnout se encuentra una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y el deseo de alcanzar objetivos, estos definidos por la forma en que la persona enfrenta el estrés laboral cotidiano en sus actividades resultado de múltiples factores y condiciones de trabajo del personal que presta servicios. ⁽³⁾

Dentro de la psicología del trabajo, se reconoce al síndrome de Burnout como una fatiga laboral o desgaste profesional, caracterizado por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral, personal y familiar, así como manifestar enojo, agresividad y desmoralización causada por problemas del trabajo. ⁽⁴⁾

Desde el punto de vista psicosocial, el Síndrome de Burnout se define como una respuesta a fuentes de estrés laboral crónico vinculadas a las relaciones sociales entre los proveedores de servicios y los receptores de los mismos; encontrándose como un mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en esa relación profesional-cliente. En el ámbito médico esto es conocido como relación médico- paciente. ⁽³⁾

El síndrome, es una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores) como el trabajo nocturno continuo, la escasez de personal y/o los bajos salarios, la sobrecarga laboral; el trato con usuarios problemáticos, la congruencia entre funciones, tareas y formación profesional que implica conflicto y ambigüedad de rol y, en especial, la progresiva falta de autonomía para poder tomar decisiones. ⁽⁵⁾

El síndrome de Burnout es considerado como un riesgo laboral de carácter psicosocial que ha cobrado relevancia en las últimas décadas dentro de los sectores que trabajan en atención a personas, en especial dentro de los profesionales de salud. ⁽⁶⁾

Este fenómeno ha sido definido como la respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparecen en profesionales en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Para fines de estudio de esta tesis se enfoca en los pacientes atendidos en las unidades por el personal de salud de cada unidad. ⁽⁶⁾

El síndrome de Burnout, es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional - cliente y por la relación profesional-organización. Aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que regularmente empleamos, fallas que se asumen como sentimientos de fracaso profesional e interpersonal. Ante esos sentimientos, se desarrollan actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento y autoprotección. ⁽⁵⁾

3.2 HISTORIA

La primera documentación que se tiene con relación al SB, es por Freudenberger en 1974 quien define el síndrome tras una serie de estudios en la literatura hispanoamericana, como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado. ⁽⁴⁾

De acuerdo con Cherniss en 1980, describe el síndrome de Burnout como un proceso en el cual, las actitudes y el comportamiento del trabajador o profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo. ⁽⁴⁾

La definición más aceptada es la propuesta por Cristina Maslach y Susana Jackson en 1981, centrando su atención en personal que se desarrollaba laboralmente en áreas de atención al público en general, definiendo al SB como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que ocurre frecuentemente entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas. ⁽⁴⁾

Estas autoras fueron las primeras en describir un cuestionario de medida, realizado en 1986, conocido como Maslach Burnout Inventory (MBI), aceptado hasta la fecha como un cuestionario de validez oficial para el estudio del SB englobando las características del síndrome. ⁽⁶⁾

En 1982, Perlman y Hartman realizaron una revisión literaria de este síndrome llegando a la conclusión de que el SB cuenta con 3 componentes principales: el agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización. ⁽³⁾

Longás y Fernández en el año 2003, opinaron que éste fenómeno se encuentra asociado a un síndrome caracterizado por aflicción (distress) interpersonal crónica, que se presenta en el ejercicio laboral. Se caracteriza por sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, vinculados a situaciones crónicas de demandas excesivas en el ámbito laboral. ⁽⁴⁾

Sin embargo, este instrumento perdió confiabilidad al adaptarse a diferentes idiomas, en específico al inglés ya que la traducción cambia la intención de las preguntas en cada ítem. De aquí que hubo la necesidad de construir instrumentos de evaluación alternativas. En el caso de la adaptación hispano americana sale la versión del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) creado por Gil- Monte en el año 2005 y su corrección en el 2006 (ANEXO 1). Fue realizado posterior a una revisión de literatura y a una serie de entrevistas donde se obtuvieron conjunto de síntomas, causas y desencadenantes de SB, así como una descripción cualitativa del proceso. ⁽⁶⁾

En el 2005, Gil-Monte amplía las definiciones antes dadas, al definirlo como una respuesta al estrés laboral que se caracteriza por baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. ⁽³⁾

3.3 PREVALENCIA

Se ha estudiado el Síndrome de Burnout en diferentes partes del mundo. Se han realizado estudios en diferentes ámbitos de trabajo y por instituciones. Sin embargo no se cuenta con cifras globales por país. La clasificación normalmente se realiza por profesiones que tiene contacto con usuarios como policías, profesores, personal de salud, áreas administrativas públicas y privadas.

En un estudio publicado en la Revista Española en el año 2009, se mencionaba que en España la prevalencia en personal de salud fue de 14.9%, en Argentina y Uruguay del 7.9%. En países como México, Ecuador, Colombia, Guatemala y El Salvador la prevalencia fue entre 2.5% y 5.9%. ⁽²⁾

En el mismo estudio la clasificación por profesiones arrojó datos alarmantes, observándose que la profesión de médico obtuvo una prevalencia de 12.1% en comparación con otras profesiones como Odontología y enfermería, los cuales obtuvieron 7.2%, psicología y nutrición que obtuvieron menos del 6%. ⁽²⁾

Se ha descrito que existe mayor prevalencia en aquellos trabajadores que tienen contacto permanente con usuarios a quienes se les otorga un servicio. El personal que mayor riesgo tiene son profesores, médicos, enfermeras, policías, y todo aquel personal cuyo trabajo tiene que ver con atención al público en general. ⁽⁴⁾

Dentro de las especialidades médicas se observa una mayor incidencia en el área de emergencias, medicina interna, infectología y ortopedia. Sin embargo, los médicos generales o de medicina familiar, que se encuentran laborando en unidades de atención primaria, son los que cuentan con la mayor prevalencia. ⁽²⁾

Se ha observado que dentro del área médica, los profesionales que tienen síndrome de Burnout, son más propensos a establecer diagnósticos erróneos y dar tratamientos inadecuados, ya que prestan menos atención a sus pacientes y sus patologías. ⁽⁷⁾

Dentro de las variables sociodemográficas que se estudian en el SB, se ha observado que las mujeres presentan valores superiores a los hombres, en lo que se refiere al agotamiento emocional y valores inferiores en realización personal. En el área de despersonalización, los hombres presentan niveles más elevados. ⁽²⁾

En nuestro país, el síndrome de desgaste ha sido retomado por psicólogos, pedagogos, filósofos, administradores, enfermeras y médicos especialistas de diferentes áreas, pasando desde la psiquiatría, hasta la medicina familiar. Se ha estudiado en casi todos los estados de la república, en organizaciones industriales, educativas y en las principales instituciones de salud. ⁽⁸⁾

3.4 MODELOS PSICOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Existen dentro de la psicología, modelos explicativos del Burnout que entienden el síndrome como respuesta al estrés laboral crónico. Debido a la complejidad del síndrome se ha realizado diversos modelos desde diversas orientaciones que intentan explicar las causas. ^(9, 10)

- **MODELO BYRNE:** relaciona los factores generales que propician este síndrome con los conceptos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las variables más destacadas por esta autora son la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, el clima de clase y la autoestima.

- **MODELO KYRICOU Y SUTCLIFFE:** Las causas del Burnout están directamente relacionadas con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias que el docente realiza en su jornada habitual de trabajo frente a las demandas laborales que le exigen. Los factores personales, organizacionales y laborales son determinantes e influyen durante todo el proceso. Determinó que había correlaciones significativas entre el Burnout y síntomas psicosomáticos de la ansiedad.
- **MODELO DE REACCIONES NEGATIVAS DE TENSION Y CONSECUENCIAS EN LA ACTIVIDAD DOCENTE:** Rudow en 1999, después de estudiar el modelo de Kyricou y Scutcliffe, propone que la sobrecarga laboral y el estrés crónico son las principales causas del síndrome de Burnout lo que provoca una reducción de la actividad laboral y la aparición de trastornos psicosomáticos.
- **MODELO LEITHWOOD MENZIES Y JANTZI:** Estos autores, estudiaron el síndrome de Burnout en profesores, generaron un modelo explicativo del Burnout en profesores que parte de tres conceptos interrelacionados: las transformaciones en la escuela, las decisiones de los administradores y jefes de las instituciones educativas, los factores organizacionales y los personales.
- **MODELO MASLACH Y LEITER:** modelo multidimensional más aceptado por la comunidad científica internacional. Recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como método de instrumento fundamental de evaluación y establecen que el Burnout es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social. El modelo incluye tres componentes: La experiencia de estrés, La evaluación de los otros y La evaluación de uno mismo.

➤ **MODELOS PSICOSOCIALES**

- **TEORIA SOCIOCOGNITIVA DEL YO:** Creada por Bandura. Analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeñan el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen. A su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, ya que también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés.
- **TEORIA DEL INTERCAMBIO SOCIAL:** proponen que el síndrome Burnout tiene su etiología principalmente, en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos, como

resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

- TEORIA ORGANIZACIONAL: se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento, empleadas ante la experiencia de quemarse.
- MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON (1983): menciona que a mayor motivación mayor eficacia laboral. Este modelo es aplicable a los sujetos que han desarrollado expectativas muy elevadas en los objetivos laborales.
 - o Pines ha desarrollado un modelo similar, solo que incorpora la idea de que únicamente los sujetos que intentan darle un sentido existencial al trabajo llegarán a quemarse. Así, el Burnout se desarrollará en sujetos muy motivados por su labor y altamente identificados con su trabajo cuando fracasen en la consecución de sus objetivos, se frustren sus expectativas y sientan que no es posible realizar una contribución significativa a la vida.
- MODELO DE CHERMISS(1993): basado en el modelo de Hall (1976) se refiere a las relaciones entre el desempeño de tareas, sentimientos subjetivos, éxitos o fracaso que experimenta el sujeto después de su desempeño, las consecuencias que se derivan para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la implicación laboral. Si el sujeto experimenta sentimientos de fracaso, se retira emocionalmente de la situación, aumenta el desinterés, desprecia el valor intrínseco de las recompensas y termina abandonando su trabajo. Incorpora la noción de autoeficacia de Bandura; existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso y motivación y entre aquellas y estrés.
- MODELO DE THOMPSON, PAGE Y COOPER (1993): basado en el modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1988) para explicar el estrés. Partiendo de este modelo circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: nivel de autoconciencia, discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza. Psicología de las organizaciones (teorías sobre el estrés laboral) proponen que la etiología del burnout son las percepciones de falta de equidad en las relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben y que no pueden resolver esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.
- MODELO DE COMPARACIÓN SOCIAL DE BUUNK Y SCHAUFELI:(1993) está enfocado a la profesión de enfermería. Manifiesta que el síndrome de Burnout cuenta con doble etiología.

- PROCESOS DE INTERCAMBIO SOCIAL CON LOS PACIENTES. Sus variables son: incertidumbre, equidad, falta de control Para estos autores la enfermería es un trabajo que genera bastante incertidumbre y las expectativas de recompensa y equidad suele aparecer frustrada frecuentemente no resultando recompensante la interacción.
 - PROCESOS DE AFILIACIÓN Y COMPARACIÓN SOCIAL CON LOS COMPAÑEROS: los enfermeros en situaciones de estrés, no buscan el apoyo social de sus compañeros por miedo a ser criticados, por lo que se torna contra productivo. Los autores destacan también que el proceso de afiliación social llevaría a situaciones de contagio del síndrome. Consideran que el Burnout tiene un doble componente: emocional (integrado en los sentimientos de agotamiento emocional) y aptitudinal (integrado por los sentimientos de despersonalización y baja realización personal). La despersonalización es una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional caracterizada por actitudes negativas.
- MODELO DE CONSERVACIÓN DE RECURSOS DE HOBFOLL Y FREDY (1993): el estrés surge cuando los sujetos perciben que lo que les motiva está amenazado o frustrado. Señala la importancia de las relaciones con los demás y sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. Los autores señalan que para prevenir el síndrome, hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan desempeñar eficazmente el trabajo y cambiar las percepciones y cogniciones de los sujetos.

➤ **MODELOS DE LA TEORIA ORGANIZACIONAL**

- MODELO DE GOLEMBIEWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER (1983): en este modelo el SB cuenta con tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional. Inicialmente el sujeto intenta resolver las cosas de forma constructiva, persisten las condiciones adversas lo que da como resultado la despersonalización, desarrollándose posteriormente la experiencia de baja realización personal y a largo plazo, agotamiento emocional por lo que se disminuye la productividad.
- MODELO DE COX, KUK Y LEITER (1993): se presenta en profesionales de servicios humanos; consideran un episodio del estrés laboral, se produce cuando fallan las estrategias de afrontamiento o simplemente son ineficaces. La despersonalización se ve como un mecanismo de defensa ante el agotamiento emocional, y la baja realización personal; se relaciona con la evaluación que hace el sujeto sobre su experiencia

de estrés. El sentirse emocionalmente agotado está relacionado con sentirse desgastado.

- MODELO DE WINNUBST (1993): este modelo se centra en las relaciones entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y el apoyo social, burocracia mecánica. Se caracteriza por la estandarización y formalización del trabajo y el Burnout se da por el agotamiento emocional diario debido a la rutina y falta de control. La burocracia profesionalizada se caracteriza por la estandarización de habilidades y baja formalización.

- MODELO ESTRUCTURAL SOBRE LA ETIOLOGÍA Y EL PROCESO DEL SÍNDROME CONSIDERANDO ANTECEDENTES DE NIVEL PERSONAL, INTERPERSONAL Y ORGANIZACIONAL: Analiza 3 líneas de investigación:
 - o Variable personales: sentimientos de competencia, sentido existencial que se alcanza a través del trabajo y los niveles de autoconciencia.
 - o Procesos de interacción social: percepción de relaciones equitativas y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida.
 - o Importancia de variables del entorno laboral: disfunción del rol, los problemas derivados del tipo de estructura organizacional y el clima organizacional.

3.5 FACTORES DE RIESGO

Diversos autores coinciden en argumentar que los trabajadores que tienen más contacto con personas, como los médicos y enfermeras de los hospitales, son las más propensas a presentar el síndrome de Burnout, a consecuencia del exceso de trabajo que provoca una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales, en las relaciones interpersonales y un bajo rendimiento laboral.

Es por ello que una de las variables asociadas con el síndrome de Burnout es el estrés laboral., el cual se conceptualiza como un proceso psicofisiológico que se desencadena por una situación laboral determinada que provoca un desequilibrio significativo entre la demanda que experimenta un sujeto y los recursos adaptativos de que dispone.

El estrés crónico laboral se asocia con una sobrecarga de trabajo, baja utilización de habilidades y otros factores ocupacionales, los cuales provocan presión laboral, conflicto de intereses y ambigüedad de rol.⁽⁴⁾

Según referencias emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el estrés ocupa un lugar

importante en la causas inmediatas a los accidentes y la aparición de enfermedades laborales; además de que en los últimos años el estrés laboral está siendo ya considerado como una enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, perjudicando la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores. ⁽¹¹⁾

Una comprensión más profunda del Burnout de los médicos es analizar el entorno en que se desempeñan: ambiente tecno céntrico, deshumanizado con objetivos donde predomina la rentabilidad y con un sistema de salud injusto y burocrático. Estas condiciones se acentúan más en los países subdesarrollados por la falta de recursos materiales y humanos y deficientes sistemas de salud. ⁽¹²⁾

Leiter y Maslach (2005) sostienen que para que el síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertos factores personales. Entre ellos, se han identificado los siguientes:

- Deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes.
- Trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento.
- Relaciones negativas y antagonismos con los colegas.

El perfil de la persona más vulnerable al Burnout está caracterizado por elementos tales como elevada auto exigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Son personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones personales, el sentimiento de indispensabilidad. Es decir, la restricción personal al mundo profesional. ⁽¹⁾

Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en médicos, sin importar género. Lo que muestra que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin ignorar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome. ⁽⁸⁾

Es común escuchar expresiones de descontento hacia la vocación que han abrazado, que en algunos casos, se deja entrever dudas acerca del acierto de la elección de esta profesión, o deseos de diversificar su actividad. ⁽¹³⁾

Referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años es la población de mayor riesgo. En cuanto al tipo de pareja se detectó que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no estable. En relación con los hijos, es más frecuente en aquellos que no tienen hijos. ⁽⁸⁾

Existe un mayor riesgo en médicos que tienen entre 11 a 19 años de ejercicio, pero sobre todo en los que trabajan en más de una clínica, pero es más severo en los que trabajan en Clínica y además en algún hospital. Esto es una cuestión de resaltar, ya que los médicos en nuestro país en su mayoría tienen más de un trabajo, además de contar con la consulta privada. ⁽⁸⁾

Los factores asociados al síndrome son insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecida, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral. ⁽¹⁾

De acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica, es más frecuente que el Síndrome de Burnout se presente con mayor gravedad en aquellos profesionistas de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno y que dedican más de dieciséis minutos a cada paciente por consulta. Esto es preocupante ya que se ha documentado en la literatura que no importa la cantidad de tiempo, sino la calidad en el servicio. En este caso sería importante estudiar qué factores afectan al médico cuando está en la consulta con el paciente para que se desarrolle este síndrome. ⁽⁸⁾

Entre los principales factores del Síndrome de Burnout, es el turno, el servicio, el enlace de turno, ausentismo, la gravedad del paciente, y supervisión por jefes de servicio. ⁽¹⁾

Un factor externo que puede ser desencadenante de desgaste, es que en las instituciones en que laboran los médicos no existen los materiales adecuados para desempeñar su trabajo. Además de que existan demandas legales que afectan considerablemente al médico y también puede ser una causa para que se presente agotamiento emocional, despersonalización y cinismo. ⁽⁸⁾

Entre estos factores estresantes externos a la persona se encuentran: ⁽⁵⁾

- Falta de gestoría, interés y responsabilidad por parte de las autoridades.
- Productividad valorada en términos de cantidad no de calidad.
- Excesiva cantidad de consultas.
- Falta de conocimientos organizacionales por parte de las autoridades.
- No existe un claro establecimiento de roles (desorganización jerárquica).
- Falta de supervisión y retroalimentación.
- Excesivo interés en las cuestiones administrativas sobre la calidad de la atención.
- Planeación inadecuada de los insumos, ya que siempre existen faltantes.
- Falta de equidad y colaboración por parte de la dirección hacia el personal.
- No se respetan los derechos del personal.

- Múltiples programas de atención al paciente, los cuales son complejos, de aplicación obligatoria, no se recibe adecuada capacitación, asesoría ni retroalimentación suficiente y oportuna.
- Falta de comunicación.
- Políticas institucionales rígidas.
- Recursos financieros insuficientes para las necesidades de la unidad, lo que se relaciona directamente con la capacidad resolutive.
- Capacitación insuficiente.
- No se consideran los perfiles de los profesionales ni las funciones que ejercen para recibir capacitación.
- Falta de interés de las autoridades por el mejoramiento laboral del personal.
- Resoluciones arbitrarias y trato injusto por las autoridades de todos los niveles, incluso sindicales.

Cuadro 1. Variables internas y externas como factores para el Burnout ⁽¹⁴⁾

Factores internos	Factores externas
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de reconocimiento • Necesidad de aprobación de otras personas • Sentirse indispensable • Alto compromiso con el trabajo • Sustitución de la vida social por el trabajo 	Problemas personales y familiares Profesionales u organizacionales <ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda en el trabajo • Problemas laborales con la autoridad o los compañeros • Instrucciones contradictorias • Cumplimiento laboral en plazos determinados • Mal ambiente de trabajo • No hay autonomía en toma de decisiones • Oportunidades limitadas de opinar • Baja comunicación empleado-empleador • Problemas administrativos • Estructura y reglas problemáticas de la institución • Falta de recursos humanos, o insumos • Falta de claridad en las responsabilidades • Falta de estímulos positivos • Presión ejercida por los superiores • Aumento de responsabilidades • Falta de organización en el trabajo • Falta de oportunidades para crecer laboralmente.

Otros autores los dividen como variables personales y organizacionales: ⁽¹³⁾

- 1) Variables personales: el sexo, la edad, el estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento son consideradas en los estudios sobre Burnout. Con respecto a la edad, se señala que a mayor edad disminuye

la tensión laboral con lo que el grado de Burnout es menor. Por lo que se refiere al estado civil, el grupo de casados esta propenso a padecer Burnout; también los separados y divorciados, están muy propensos a desarrollarlo debido a la baja realización personal.

- 2) Variables organizacionales: el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Son detonantes en el Síndrome de Burnout ya que entre más positivo es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo.

Otros aspectos que han sido relacionados con este problema son: el número de horas de trabajo, el tipo de contrato y el tipo de servicio, por lo que se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto.

3.6 FISIOPATOLOGÍA

El síndrome de Burnout está influenciado por la exposición crónica al estrés del trabajo sin el tiempo suficiente para la recuperación y el descanso. Las consecuencias del síndrome no simplemente afectan la productividad de las personas que lo padecen sino que es un verdadero factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades como el síndrome metabólico. Existen algunos estudios que han intentado establecer la relación entre el síndrome de Burnout y su relación con el riesgo cardiovascular, estudiándose variables como la circunferencia abdominal, el peso corporal, el índice de masa corporal, la presión arterial, los niveles de colesterol y triglicéridos, niveles de glucosa en sangre y hemoglobina glucosilada sin encontrar nada en concreto. ⁽¹⁵⁾

Existen teorías conocidas con “teorías del sistema neuroendocrino”, las cuales surgen del cuestionamiento de como este síndrome se encuentra en algunas personas y en otras no y si existe alguna alteración fisiológica que predisponga a los individuos a padecer SB.

Así fue como se propuso que el Síndrome de Burnout puede estar relacionado con sustancias reguladoras de estrés que se producen en el eje hipotálamo-hipofisario, como el cortisol y la 8- dehidroepiandrosterona (DHEA) 12.

La hipótesis se basa principalmente en que el cortisol es la hormona que se libera en respuesta al estrés físico o psicológico, por tanto, si el síndrome de Burnout es el resultado de una exposición crónica al estrés; entonces también representa una liberación crónica de cortisol que a la larga puede producir cambios en la respuesta a éste.

La secreción de cortisol tiene efectos sobre varios tejidos como hueso, tejido conjuntivo y músculo; el hipercortisolismo puede provocar por lo tanto, osteoporosis, debilidad muscular y retardo de la cicatrización, también provoca efectos en cuanto al metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, por ejemplo, redistribución de la grasa. ⁽¹⁶⁾

El cortisol también tiene efecto en el sistema inmune, afectando la función leucocitaria e inmunitaria, ya que incrementa el número de leucocitos PMN y reduce los linfocitos, monocitos y eosinófilos, además, provoca menor migración de estos hacia sitios de inflamación, e inhiben la producción de IL-1 y otras interleucinas inflamatorias, por lo cual actúa como antiinflamatorio. ⁽¹⁷⁾

La secreción de cortisol se regula por medio de retroalimentación negativa, es por eso que otra de las teorías sugiere que la sobreexposición de los receptores los hace más sensibles e inhibe la retroalimentación negativa. ⁽¹⁸⁾

Ninguna de estas teorías se ha comprobado aun con estudios dedicados a la medición de niveles basales de cortisol, a la medición de la secreción circadiana del mismo o a la inhibición de su secreción con dexametasona en grupos control y con SB, se concluye que el eje hipotálamo hipofisario no tiene una relación clara con el SB. ⁽¹⁶⁾

3.7 SINTOMATOLOGÍA

Los signos y síntomas del Síndrome de Burnout se caracterizan principalmente por el agotamiento emocional y el escepticismo que se manifiesta entre los médicos en el ejercicio de su actividad laboral, afectando de esta forma a la institución, al usuario, pero de mayor grado la salud mental de ellos mismos. Es decir, el síndrome de desgaste se manifiesta con mayor frecuencia cuando éste se localiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas «profesiones de ayuda». ⁽⁸⁾

Así, el síndrome frecuentemente se expresará en un trato deshumanizado y despersonalizado; esto es, se desarrollan sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, los que son abordadas de manera distante y carente de empatía, debido a un endurecimiento afectivo por parte de quien presta el servicio. ⁽⁵⁾

El Síndrome de Burnout se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o la baja realización personal en el mismo; un deterioro afectivo caracterizado por un agotamiento emocional y físico, y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia las personas a las que se le presta el servicio o hacia la organización con la que se labora. Todo esto se manifiesta con actitudes como: indiferencia, distanciamiento y formas lesivas durante la realización del trabajo. ⁽⁶⁾

El personal que labora con público en general, tiene sus propias metas y expectativas. Sin embargo, al entrar a laborar en instituciones donde se cuenta con metas a cumplir, se fuerza al trabajador se adapte a estas metas. Es en ese momento, cuando el cumplimiento de las metas personales se ve limitado, y depende en gran medida de los objetivos de sus superiores, se desencadena una desilusión por parte del trabajador y genera con el tiempo el síndrome de Burnout.

Cherniss (1980), describe las tres etapas del síndrome de Burnout: 1) desequilibrio entre los recursos y las demandas; 2) desarrollo de tensión, fatiga y agotamiento emocional; y 3) cambios en las actitudes y comportamientos del trabajador hacia otras personas. ⁽⁴⁾

Brodsky en 1980, cita que existen 4 fases por las que pasa un individuo propenso a desarrollar el síndrome: ⁽⁴⁾

1. Entusiasmo, caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro.
2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.
4. Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Según Maslach y Jackson comentan que el Síndrome de Burnout cuenta con tres componentes: El primero, es el conjunto de estados afectivos y sensaciones del individuo, producidos por el agotamiento emocional y caracterizados por una carencia de energía y de recursos emocionales; el segundo factor, es la despersonalización, caracterizada por actitudes y sensaciones negativas en relación con los demás; el tercero es la baja realización personal, donde los empleados con este padecimiento experimentan un gran descontento e insatisfacción hacia sus labores, acompañado de una opinión negativa de su progreso laboral. ⁽⁴⁾

En el 2005, cuando Gil-Monte amplió el concepto definió como respuesta que el estrés laboral se caracteriza por: ^(3, 6)

1. Baja ilusión por el trabajo. Deterioro cognitivo en el deseo del individuo por alcanzar sus metas laborales. Cuando el individuo alcanza sus metas se siente realizado. Sin embargo, cuando sus metas son limitadas por la falta de oportunidad en el trabajo o conformismo en el mismo, llega un punto donde pierde esa ilusión y el impulso para realizarse.

2. Desgaste psicológico. Caracterizado por el agotamiento emocional y físico que presenta el individuo al tratar diario con otras personas las cuales presentan o causan problemas. Esta dimensión es similar al agotamiento emocional mencionado en el MBI.

3. Indolencia. Definida como la aparición de actitudes negativas de indiferencia o cinismo hacia el personal al que se le presta el servicio, presentando un deterioro de las actitudes y conductas del profesional. Cuando se puntúa elevado en este ambiente muestran insensibilidad y deshumanización ante los problemas de los pacientes, similar a la despersonalización en el MBI.

4. Culpa. Es la etapa final en la cual este sentimiento se presenta por el desarrollo de actitudes negativas desarrolladas dentro del ambiente laboral. No todos los individuos desarrollan este tipo de sentimiento.

Cuando se inició el estudio de este síndrome en la década de los noventa, se pensaba que sólo repercutía en el ámbito psicológico en los médicos. Ahora se ha identificado que afectan en lo social, familiar, institucional pero sobre todo en la salud física del profesional de salud que puede presentar síntomas cardiovasculares, neurodermatitis, alteraciones gastrointestinales (gastritis, colitis, dolor abdominal) y alteraciones respiratorias. ⁽⁸⁾

Unas de las dimensiones más importantes del síndrome de Burnout son las relacionadas con los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales que dicho síndrome provoca en el profesional de la salud. ⁽¹⁾

Cuadro 2. Efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales.

FISIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	CONDUCTUALES
Falta de apetito Cansancio Insomnio Cefalea Mialgias Artralgias Úlceras gástricas Pérdida progresiva de energía, fatiga y agotamiento.	Cambios negativos de actitud y respuesta hacia los demás Irritabilidad Ansiedad Depresión Sentimiento de frustración Pérdida de motivación hacia el trabajo y la competencia personal. Respuestas rígidas e inflexibles	Hostilidad e irritabilidad Incapacidad para concentrarse en el trabajo y con el paciente Aumento de las relaciones conflictivas con los demás compañeros de trabajo Incumplimiento del horario asignado, toma de periodos largo de descanso.

3.7.1 GRADOS DE SÍNDROME DE BURNOUT

El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, constantemente aparece la queja por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. ⁽¹⁾

La segunda fase es conocida como despersonalización. Se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y, conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. ⁽¹⁾

El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autoclusión. Los demás comienzan a percibirlo/a como una especie de fanático depresivo y hostil. ⁽¹⁾

Los grados que han sido considerados son: ⁽⁸⁾

1) Primer grado. Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies.

2) Segundo grado. Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.

3) Tercer grado. Los síntomas son 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. Se intensifican los problemas familiares.

Otra división que menciona la escala de gravedad del síndrome en la cual una vez adquirida una gravedad mayor es difícil retornar a niveles inferiores a menos que se adquieran técnicas de afrontamiento adecuadas, es la siguiente: ⁽¹³⁾

- **Leve:** se comienzan a presentar síntomas vagos e inespecíficos. El afectado se vuelve poco operativo.
- **Moderado:** aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración, e importante tendencia a la automedicación.

- **Grave:** se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, a mayor ausentismo laboral y uso frecuente de alcohol y fármacos.
- **Extrema:** caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas.

3.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La diferencia fundamental entre el estrés simple y el Síndrome de Burnout es que, mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso. ⁽¹⁾

Los diagnósticos diferenciales del SB son variados, aun no existe ningún instrumento validado que ayude a diferenciarlo de otros síndromes ocasionados por el desgaste laboral. Algunos autores sugieren que se necesitan estudios de mayor calidad para el completo entendimiento del SB, además de que es necesario tener una definición internacionalmente aceptada que lo identifique como entidad propia. Se sugiere desarrollar una parte en los instrumentos diagnósticos, para determinar los aspectos económicos y éticos en los que influye el SB. ⁽¹⁹⁾

Hasta este momento la psiquiatría no ha clasificado el Burnout dentro de ninguna categoría, probablemente por que comparte algunas características con otros diagnósticos psiquiátricos como la depresión o trastornos adaptativos con los cuales se debe hacer diagnóstico diferencial, por lo tanto aún no se encuentra incluido en el DSM-IV.

La clasificación ICD-10 lo engloba en la categoría Z 73 que corresponde a “problemas relacionados con la dificultad para el manejo de los problemas de la vida” como “burnout:state of extenuación vital.” ⁽¹⁴⁾

3.9 DIAGNÓSTICO

Existen algunas variables que se presentan siempre antes de que aparezca el síndrome, por lo que se han creado algunos instrumentos diagnósticos de síndrome que en conjunto son capaces de predecir, diagnosticar y estadificar el Burnout. Algunas de las variables a estudiar en estos instrumentos son: intrapersonales (personalidad, sentimientos y pensamientos, emociones y actitudes de cada individuo). Profesionales u organizacionales (situaciones agresivas, que se relacionan con el trabajador y su puesto de trabajo.) Interpersonales o ambientales (familia, amigos, estilo de vida).

3.9.1 ESCALAS DIAGNÓSTICAS

Existen múltiples instrumentos de medición para el Burnout, algunos enfocados específicamente a personal en salud, algunos otros con profesores e incluso deportistas. En este caso nos enfocaremos más a aquellos instrumentos generales y que estén relacionados con personal sanitario. ⁽²⁰⁾

Cuadro 3 Instrumentos de Medición ⁽²⁰⁾

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	AUTORES
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
	Holland y Michael (1993)
	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
Holland Burnout Assessment Survey	Friedman (1995)
Rome Burnout Inventory	
Escala de Burnout de Directores de Colegios	

Jesús J. De la Gándara y Ramón G. Correales, en el 2004, crearon un instrumento validado como C.U.B.O. (Cuestionario Urgente de Burnout), el cual cuenta con 6 ítems y una escala de tiempo medida en una puntuación de 0-5 según la frecuencia de aparición de los síntomas. Sin embargo, es difícil diferenciar el área afectada por el síndrome de Burnout, y el grado de afectación. Al final sugieren la visita por un especialista sin obtención de mayores datos. ⁽²¹⁾

3.9.1.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI), cuenta con 22 ítems, los cuales cuentan con respuestas en la escala de Likert, con 7 opciones, en relación con la frecuencia con la que experimentan cada una de las situaciones descritas en cada ítem relacionadas con el trabajo. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 6. ⁽²⁾

Cuenta con 3 dimensiones: ⁽²⁾

- Agotamiento emocional (AE), con 9 ítems los cuales reflejan la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y refleja menor entrega a los demás.
- Despersonalización (DP), con 5 ítems, los cuales describen una respuesta impersonal y fría con los pacientes, reflejándose con indiferencia ante los mismos.
- Realización personal (RP) con 8 ítems, los cuales hablan de sentimientos de competencia y éxito

3.9.1.2 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

El instrumento más utilizado para la evaluación del SQT ha sido el Maslach Burnout Inventory (MBI), que define el fenómeno como baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento y alta despersonalización o cinismo. ⁽²²⁾ Sin embargo, se detectan con frecuencia insuficiencias psicométricas que se ven acentuadas cuando el MBI se adapta a idiomas diferentes del inglés. Esto ha generado la necesidad de construir instrumentos en español como es el caso del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo diseñado en 2006 por Gil Monte. ⁽⁶⁾

Los ítems se construyeron tras una revisión de la literatura, y a partir de los resultados de entrevistas realizadas a individuos que habían desarrollado el SB en algún grado.

Mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) se han obtenido resultados adecuados de validez factorial para el CESQT en varios países de habla hispana. ⁽²²⁾

Siguiendo el protocolo de entrevista de Sackman (1992), se obtuvieron un conjunto de síntomas causas y desencadenantes del SQT, así como una descripción cualitativa del proceso. Los síntomas fueron sometidos a un análisis en el que se etiquetaron como emociones, cogniciones, o actitudes. A partir de esta clasificación se elaboraron un total de 74 ítems. En su elaboración se tuvo presente la delimitación semántica del ítem y los aspectos de redacción y comprensión adecuada. Posteriormente, fueron sometidos a análisis estadísticos para determinar su validez discriminante, su distribución factorial, y su contribución a la consistencia interna de la escala en la que se integraron.

Tras una serie de estudios sucesivos con muestras de diferentes profesionales, se retuvieron aquellos elementos que presentaron repetidamente valores de asimetría dentro del rango +/- 1, una distribución factorial adecuada con cargas factoriales superiores a .40 en el factor en el que debían agruparse y cargas factoriales inferiores a .30 en el resto de factores, y que incrementaban la consistencia interna alfa de Cronbach de la dimensión en la que fueron incluidos.

El modelo teórico anterior al CESQT, considera que el SB es una respuesta al estrés laboral crónico, característica de los profesionales que trabajan con personas. El deterioro cognitivo está considerado en las bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo.

El modelo afectivo está demostrado en altas puntuaciones en desgaste psíquico, aparece en un primer momento como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico y, con posterioridad, los individuos desarrollarán actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo mostrando altos niveles de indolencia.

La aparición de los sentimientos de culpa es posterior a estos síntomas, pero no la presentan todos los individuos. De esta manera, es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SB.

- El perfil 1: conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Se caracteriza por la presencia de falta de interés por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, sin sentimientos de culpa.
- El perfil 2: constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SB, presentan también sentimientos de culpa. ⁽²²⁾

El cuestionario consta de 20 ítems que se distribuyen en cuatro subescalas denominadas:

1. Ilusión por el trabajo (5 ítems: 1, 5, 10, 15, 19): definida como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de realización personal (v.g.: Veo mi trabajo como una fuente de realización personal) ⁽²⁰⁾
2. Desgaste psíquico(4 ítems: 8, 12, 17, 18) (v.g.: Me siento desgastada/o emocionalmente), definida como la aparición de agotamiento emocional y físico

debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas;

3. Indolencia, (6 ítems: 2, 3, 6, 7, 11, 14) (v.g.: No me apetece atender a algunos pacientes), definida como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización

4. Culpa, (5 ítems: 4, 9, 13, 16, 20) (v.g.: Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo). Definida como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. ⁽²²⁾

Los ítems se evalúan mediante una escala de frecuencia tipo Likert ^(27k) de 5 grados, que va de 0 (Nunca) a 4 (Muy frecuentemente: todos los días), correspondiendo al punto intermedio una puntuación de 2 (“A veces: algunas veces al mes”). Bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo junto a altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia suponen altos niveles del SB.

3.10 CONSECUENCIAS

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional relacionados con la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva ⁽²³⁾

Cuadro 4 consecuencias del Síndrome de Burnout

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad. Falta de tolerancia. Acusaciones a los clientes. Supresión de sentimientos	Pérdida de significado. Pérdida de valores. Desaparición de Expectativas. Modificación auto concepto Desorientación cognitiva. Pérdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo Generalizado	Evasión de responsabilidades. Ausentismo. Conductas no apropiadas en el trabajo. Desorganización. Sobre implicación. Evita tomar decisiones. Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evita tener contacto con otras personas Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evita responsabilidades profesionales.

3.11 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL BURNOUT (PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO)

Las estrategias se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos. ⁽²³⁾

El primero que planteó un modelo con los pasos a seguir fue Paine (1982), quien determinó los cuatro siguientes pasos: 1) Identificar el Burnout. 2) Prevenir el Síndrome de Burnout mediante información y afrontamiento. 3) Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome. 4) Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados. ⁽²³⁾

En 1999, Ramos (1999) planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que se resumen así: 1) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas). 2) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout. 3) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad. 4) Fortalecer las redes de apoyo social. 5) Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales. ⁽²³⁾

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997), clasifican los programas de intervención en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización. También los programas clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel organizacional), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional). ⁽²³⁾

Es poca la investigación que se tiene respecto a los factores protectores para no desarrollar el desgaste; respecto a esto, lo único que se ha identificado es: a) Estado civil: el que estén casados es un factor protector, el hecho de convivir bien con su pareja y realizar actividades de recreación le permite disminuir los niveles de estrés que en algún momento pueda llegar a desarrollar. b) Practicar ejercicio: es un factor protector y curiosamente la mayoría de los médicos no practican ningún tipo de actividad. ⁽⁸⁾

La mayor parte de las terapias se centran en el individuo, sin realizar intervenciones a nivel organizacional; normalmente intervienen en la interfaz individuo- organización, haciendo al individuo consiente de su relación y papel

dentro de la organización. Se utilizan técnicas cognitivo- conductual y estrategias psicoeducativas sobre el estrés laboral y el tratamiento. ⁽²³⁾

3.11.1 ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL INDIVIDUO

Las estrategias que se implementan para orientar a los individuos con Síndrome de Burnout se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: 1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida; 2 Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas. ⁽²³⁾

Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003) complementan las técnicas de prevención y tratamiento individual destacando:

- Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.
- Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
- Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
- Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad.

3.11.2 ESTRATEGIAS SOCIALES

Son pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales, sin embargo existe un acuerdo generalizado donde se da la importancia de reforzar estas habilidades sociales.

Una de las primeras recomendaciones en este rubro es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación. De manera que sea consciente de que hay en su entorno alguien que realiza un esfuerzo

para apoyarlo y comprenderlo, en su ámbito laboral, en que haga constatar que se valora su trabajo. ⁽²³⁾

3.11.3 ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

Se reconoce la importancia de una buena y exhaustiva información sobre familias y grupos en que puede apoyarse el sujeto, con el fin de orientarle hacia ellos. ⁽²³⁾

Actualmente las instituciones que prestan servicios, se han preocupado más por tener un bienestar general y focos de detección en su personal. Esta detección normalmente se realiza en el área de recursos humanos, donde se hacen propuestas de mejora para las condiciones laborales de las instituciones.

Las diferencias entre una estrategia y otra, radica en la forma de aplicación del tratamiento en el individuo y el número de sesiones que requiere para generar resultados favorables.

Ejemplo de ello tenemos el destinar 14 semanas (14 sesiones) para la rehabilitación del SB como es el caso del programa "control del estrés laboral", el cual no resulta excesivo en terapias que no son intensivas (todos los días), sino más bien adecuado. ⁽²³⁾

Otro factor en los tratamientos, es la forma de impartir las sesiones, bien sean sesiones individuales o sesiones grupales, o sesiones donde se combinan las dos anteriores. Sin embargo no hay datos específicos que indiquen si la terapia individual o grupal marca alguna diferencia en los resultados. ⁽²³⁾

3.12 UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE TEXCALYACAC.

Estas unidades de salud trabajan bajo el esquema del Modelo de Atención a Población Abierta. Por lo tanto, se organizan en núcleos básicos de atención, donde se aplican estrictamente los lineamientos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas para los programas sustantivos, así como el Manual de Procedimientos donde se definen y delimitan las funciones del personal de la unidad. Sus características les dan identidad como un colectivo. ⁽⁵⁾

Las unidades cuentan con características positivas y negativas, que hacen propenso el desarrollo del Síndrome de Burnout, al no tener la distribución o los elementos necesarios para una adecuada atención integral. ⁽⁵⁾

Cuadro 6. Mapa de la unidad de salud.

CARACTERÍSTICAS FAVORABLES	CARACTERÍSTICAS DESFAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con áreas específicas para la consulta médica, y odontológica • Existen espacios donde pueden reunirse y comentar • Tienen prioridad los consultorios médicos • Espacio para el trabajo de equipos de módulo (médico y enfermera) • Recién se han integrado pasantes de nutrición y rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Los espacios de trabajo están mal distribuidos. • Las áreas para la atención psicológica, rehabilitación y nutrición son improvisadas y limitadas (salón único) • Insuficiente espacio para dar atención • Existe hacinamiento en la sala de espera y durante la atención no médica • Aseo deficiente • Mantenimiento precario de las instalaciones físicas, del equipo y del mobiliario 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con ambulancia para traslado de pacientes • El instrumental es insuficiente y de mala calidad • El material de curación es el mínimo básico • No hay recursos para la atención médica quirúrgica de urgencia • Hay déficit de papelería, y muchos formatos requeridos • Infraestructura precaria y mal planeada para las necesidades actuales como el trabajo

3.12.1 ORGANIZACIÓN DE COORDINACIONES MUNICIPALES DE CENTROS DE SALUD RURALES

Cada centro de salud maneja un sistema organizacional, conformado por núcleos básicos, mismos que se integran por un médico, una enfermera, una TAPS (trabajadora auxiliar primaria de la salud) y auxiliares de salud. ⁽²⁴⁾

En la coordinación, la estructura general se representa de la siguiente manera:

1. Coordinación municipal en salud
2. Administración
3. Almacén
4. Estadígrafo
5. Centros de Salud Rurales
6. Médico
7. Enfermera
8. TAPS
9. Auxiliares de salud

3.12.2 ORGANIGRAMA GENERAL

IMAGEN 1. Organigrama jurisdiccional⁽²⁴⁾

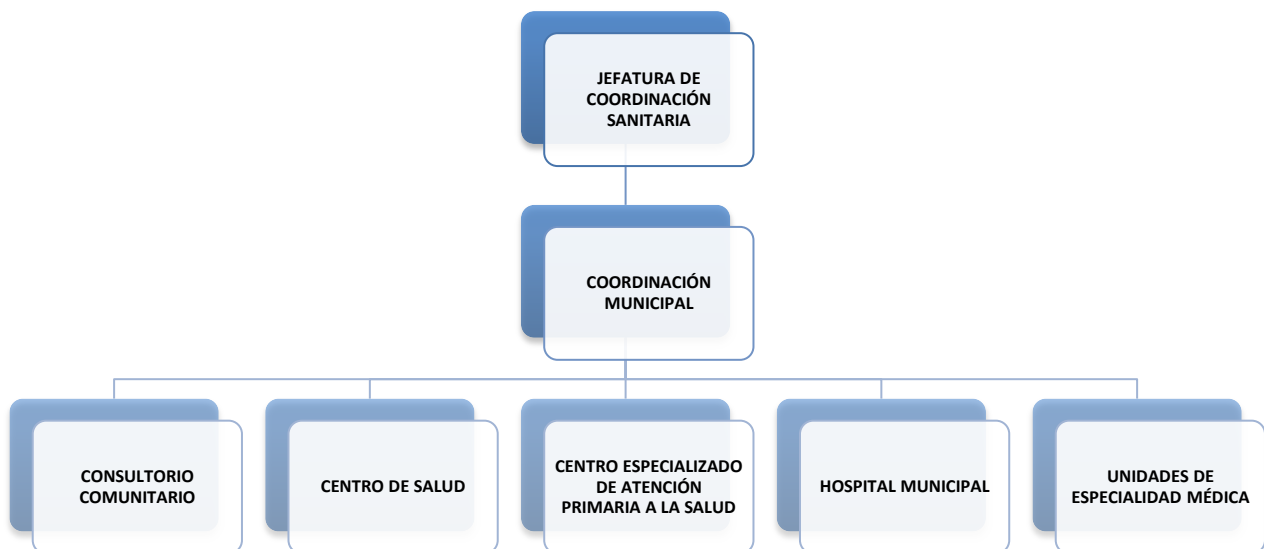
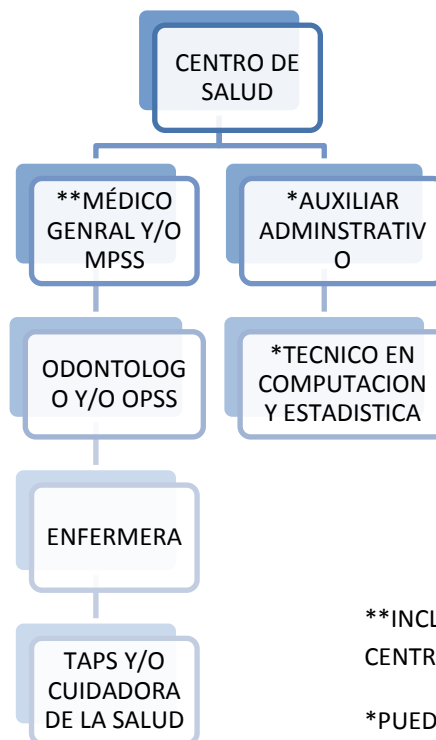


IMAGEN 2 Organigrama centro de salud dentro de la Jurisdicción.



**INCLUYE AL RESPONSABE DEL CENTRO DE SALUD

*PUEDEN O NO EXISTIR

Dentro de cada centro de salud existe un organigrama específico: ⁽²⁴⁾

1. Médico Responsable del Centro de Salud
2. Médico General y/o MPSS (Médico Pasante de Servicio Social)
3. Odontólogo y/o OPSS (Odontólogo Pasante de Servicio Social)
4. Enfermera
5. Técnico en Atención Primaria o Cuidadora de Salud
6. Auxiliar Administrativo*
7. Técnico en Computación y Estadística*

*Recursos que pueden o no existir en los centro de salud de 3 o 5 núcleos básicos.

3.12.3 OBJETIVOS DE CADA COMPONENTE

- COORDINACIÓN MUNICIPAL

Asegurar servicios de salud pública, fomento sanitario y atención médica de calidad a la población usuaria de su área de responsabilidad, proporcionando una adecuada información, orientación, apoyo y coordinación de las acciones técnico administrativas necesarias, conforme a la normatividad establecida. ⁽²⁴⁾

- CONSULTORIO COMUNITARIO

Contribuir en la preservación y/o restauración de la salud de la población, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación, de conformidad con el Modelo de Atención a la Salud del Estado de México (MASalud) y al Diagnóstico Local de Salud. ⁽²⁴⁾

- CENTRO DE SALUD

Ofrecer servicios de salud con calidad y calidez para preservar y restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, reforzando la capacidad resolutive de primer nivel de atención, de conformidad con el Modelo de Atención a la Salud del Estado de México (MASalud) y el Diagnóstico Local de Salud. ⁽²⁴⁾

- CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Preservar y restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, reforzando la capacidad resolutoria de unidades de primer nivel de atención, de conformidad con el Modelo de Atención a la Salud del Estado de México (MASalud) y al Diagnóstico Local de Salud, ofreciendo servicios de atención médica, general y especializada y/o de hospitalización con calidad y calidez. ⁽²⁴⁾

3.12.4 PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LAS UNIDADES DE LOS CENTROS DE SALUD RURALES

- MÉDICO GENERAL Y/O PASANTE EN SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA

Proporcionar atención médica integral preventiva, de educación y fomento a la salud, curativas, de rehabilitación, de urgencias y acciones de vigilancia epidemiológica a los usuarios, con oportunidad, calidad y calidez humana ⁽²⁵⁾

- ODONTÓLOGO Ó PASANTE EN SERVICIO SOCIAL DE ODONTOLOGÍA.

Realizar acciones de promoción, prevención y curación estomatológica a la población del área de influencia, con énfasis a grupos prioritarios, así como atención de urgencias. ⁽²⁵⁾

- ENFERMERA

Proporcionar actividades de promoción, orientación, información y educación para la salud a la población en general. ⁽²⁵⁾

- TÉCNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD O CUIDADORA DE LA SALUD

Planear, organizar, dirigir, ejecutar y controlar las actividades de salud comunitaria, proporcionando información sobre prevención y control de sanos y enfermos mediante visitas domiciliarias para identificar oportunamente las enfermedades más comunes en la región que le corresponda; así como referir a los usuarios que requieran atención médica en el centro de salud. ⁽²⁵⁾

- AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Apoyar al médico responsable del Centro de Salud realizando labores de soporte administrativo que le indiquen. ⁽²⁵⁾

- TÉCNICO EN COMPUTACIÓN Y ESTADÍSTICA

Integrar la información general de los diferentes servicios del Centro de Salud, para obtener estadísticas relacionadas con la salud de la población a la que atiende. ⁽²⁵⁾

3.12.5 PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD

Además del mismo personal de Salud de las unidades de salud Rurales, se agregan los siguientes servicios:

1. Psicología
2. Nutriología
3. Ginecología y obstetricia
4. Estadígrafo
5. Pediatría

Teniendo en cuenta el total de personas que laboran dentro de las unidades de atención primaria a la salud, definiremos como personal de salud a todo aquel personal que labora directo con los pacientes, definiendo el universo de trabajo de este estudio en personal:

- Médico (de contrato y pasantes)
- Enfermeras (de contrato y pasantes)
- TAPS
- Odontólogos (de contrato y pasantes)
- Nutriólogos
- Ginecólogos
- Pediatras
- Psicólogos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de Burnout es considerado como un riesgo laboral de carácter psicosocial que ha cobrado relevancia en las últimas décadas dentro de los sectores que trabajan en atención a personas, en especial dentro de los profesionales de salud. ⁽⁶⁾

Este síndrome, derivado del estrés, se presenta frecuentemente en profesionales de la salud, y es propiciado por diversos factores organizacionales, lo cual impide el desarrollo de un ámbito laboral armónico y una adecuada comunicación en los distintos niveles jerárquicos. ⁽⁴⁾

Aparece como relación entre factores ambientales, culturales y personales, tratando de asociar las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores que prestan un servicio, en especial en unidades de primer nivel.

Cuando los mecanismos compuestos de adaptación ante el estrés en situaciones laborales fracasan; se observan estas situaciones con mayor frecuencia, con mayor frecuencia en situaciones laborales donde existe un desajuste entre las demandas laborales y los recursos existentes. ⁽²⁾

La incidencia de este síndrome entre los profesionales de la salud tiene repercusiones sobre la sociedad en general, pues corresponde a una de las variables que con mayor trascendencia definirá los niveles de calidad de un servicio. ⁽⁵⁾

Se ha observado que dentro del área médica, los profesionales que tienen síndrome de Burnout, son más propensos a establecer diagnósticos erróneos y dar tratamientos inadecuados, ya que prestan menos atención a sus pacientes y sus patologías. ⁽⁷⁾

Desde hace tiempo ante la irrefutable evidencia de deficiencia en la calidad de la atención dentro del sistema de salud público, se han planteado diversas estrategias con el fin de garantizar la calidad de los servicios, iniciando una de ellas con el estudio de la problemática en el personal que labora en las unidades de atención primaria a la salud. ⁽⁵⁾

Así, al evaluar la calidad de una institución de servicios de salud, habrán de considerarse los aspectos de bienestar y salud laboral, pues las actitudes de los profesionales hacia los usuarios del servicio se relacionan directamente con los riesgos que los primeros enfrentan en su propio entorno laboral, siendo de especial relevancia, el estrés laboral y el síndrome de Burnout. ⁽⁵⁾

La deficiente calidad de la atención a la salud, al igual que la ineficiencia en la producción de servicios, están consideradas como los más grandes y complejos retos que enfrentan, desde hace más de una década, las organizaciones prestadoras de servicios públicos de salud en México ⁽⁵⁾

La noción de Theodor Adorno de “violencia ética”. En su tratado *“Problems of Moral Philosophy”*, llamó la atención sobre un aspecto cruel de la moral colectiva forzada. Cuando una norma ética, como es el respeto a la salud de una persona, se torna imposible de aplicar dentro de una condición social existente, el resultado es la violencia ética. Las instituciones que ignoran las condiciones sociales existentes y presionan rígidamente reglas de mercado, ejercen violencia sobre aquellos de quienes se espera que hagan lo imposible. ⁽¹²⁾

El síndrome se presenta y desarrolla en personal médico que labora en instituciones de salud pública o privada. Resultado interesante, ya que siempre se ha considerado que los profesionistas que laboran en instituciones públicas tienen mayor carga de trabajo, y mayor probabilidad de desarrollarlo a diferencia de los médicos que laboran en forma privada. Pero de acuerdo a los resultados encontrados en diversos estudios pareciera que el estrés laboral no varía mucho en los médicos de instituciones particulares de nuestro país. ⁽⁸⁾

Dentro de las especialidades médicas se observa mayor incidencia en el área de emergencias, medicina interna, infectología y ortopedia. Sin embargo los médicos generales o de medicina familiar los cuales se encuentran laborando en unidades de atención primaria, son los que más prevalecen. ⁽²⁾

La mayor parte de las personas que padecen dicho síndrome se sienten insatisfechas, sin embargo no lo conciben como un problema, por lo que no se explican su insatisfacción por el trabajo o la falta de ánimo dentro del mismo. ⁽⁴⁾

Por lo tanto:

¿Cuál es la Incidencia de Síndrome de Burnout en personal de salud de unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México en el 2013?

5. JUSTIFICACIONES

El Síndrome de Burnout es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para quienes los rodean. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo en el trabajo, de baja calidad en la atención y de demandas laborales. ⁽²⁶⁾

El síndrome de Burnout es considerado un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende. Es un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. ⁽²⁷⁾

El trabajo no solo proporciona una estabilidad económica, sino que produce placer y satisfacción al llevarlo a cabo, completando el bienestar de una persona. Sin embargo el mismo trabajo condiciona estrés y un gran riesgo de padecer problemas psicológicos, médicos y psicosomáticos. ⁽⁴⁾

Durante los últimos 40 años, nos familiarizamos demasiado con la deshumanización de la medicina moderna: nuevas tecnologías, alteraron la relación médico-paciente. Los especialistas conocen cada vez más de cada vez menos y los médicos tratan enfermedades y no pacientes. ⁽¹²⁾

Se tiene la perspectiva errónea de que la atención prestada en las unidades de primer nivel es mala o deficiente en su calidad siendo esto culpa del personal de salud; sin embargo, pocas personas ven el enfoque del personal de salud ante el problema.

En el caso de la relación médico- paciente, generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el usuario está viviendo. El usuario busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está cargada de un sinnúmero de sentimientos entremezclados. Ante esta situación, si el que presta la ayuda (profesional de salud) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a las expectativas generadas por el usuario, se genera una situación de frustración tanto para el usuario como para el profesional de salud. Este profesional al estar trabajando continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto cuando estas u otras situaciones se dan de manera repetida, existe en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos

de frustración y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional. ⁽⁸⁾

En México, los recursos económicos que se obtienen para los niveles de atención primaria no son suficientes para las unidades. No existe un adecuado estímulo que impulse al personal de salud a crecer dentro de estas unidades. La mayor parte de las veces, este empleo es aceptado ya que no se cuenta con “algo mejor”, convirtiéndose en un factor que frustra la realización profesional de la persona.

Actualmente muchas de las instituciones públicas no prestan atención al personal de estas unidades, ya que los puestos administrativos y directivos están siendo ocupados, en la mayor parte de los casos, por personas que no cumplen con un perfil adecuado al puesto o cubren las competencias necesarias para desarrollar las actividades propias del puesto. De esta forma se implementan programas que incrementan la carga administrativa del personal, desviando los objetivos principales de atención a los pacientes, llevando como consecuencia una baja calidad en la atención.

Los factores que desarrollan este síndrome se encuentran potencialmente desarrollados dentro de los centros de atención de primer nivel, ya que la autonomía que existe dentro de estas instituciones es limitada por procesos burocráticos y administrativos que limitan el adecuado desarrollo de la profesión de cada persona. Un ejemplo claro de este caso, es el hecho de que un médico no puede prescribir un tratamiento actualizado ya que solo puede utilizar el que se encuentra dentro del cuadro básico de medicamentos; si llegara a sugerir la compra fuera del mismo es sancionado, lo que limita su autonomía e impulso para actualizar sus tratamientos que permitan mejores opciones de sanación para el paciente.

Un estudio, muestra, que los médicos con SB grave tienen más reporte de tratamientos médicos erróneos que sus colegas que no padecen SB. A la vez, los errores en el tratamiento, son factores predisponentes para padecer SB. ⁽¹⁹⁾

Como atenuante de esta deshumanización resurgió la bioética y las humanidades en medicina. El propósito es que el paciente sea tratado como una persona respetable, se le escuche, se le comprenda y se le ayude en la toma de decisiones. Sin embargo esto no se logra del todo, cuando el personal no se encuentra bien de salud para dar el servicio que merece. ⁽¹²⁾

Las instituciones de salud deberían prestar más atención al desarrollo del síndrome dentro de sus unidades, ya que de esto depende la calidad de atención y la productividad que se tiene. Esto demostrará que a mayor incidencia menor calidad en la atención prestada a sus pacientes.

La sobre carga de trabajo es evidente al constatar que en muchas ocasiones la demanda de la población de una comunidad supera al personal de salud en número. Aunado a esto, se le solicita al todo el personal generar y gestionar la información involucrándolos en labores administrativas, que además de hacer lento el trabajo médico como tal lo hace tedioso, aumentando los niveles de estrés al tener que entregar información en plazos de tiempo forzosos sin tener el perfil administrativo adecuado para realizar esta labor.

Por estas circunstancias es importante la realización de un diagnóstico situacional de este síndrome; para así dar inicio a medidas resolutivas.

6. HIPÓTESIS

1. A mayor contacto con los pacientes, mayor síndrome de Burnout.
2. A mayor tiempo de antigüedad laboral dentro del ISEM, mayor síndrome de Burnout presentarán.

7. OBJETIVOS

7.1 GENERAL:

Determinar la Incidencia de Síndrome de Burnout en personal de salud en unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México en el 2013

7.2 ESPECÍFICOS:

Determinar edad la incidencia de Síndrome de Burnout dentro de la coordinación de Texcalyacac.

Determinar sexo la incidencia de Síndrome de Burnout dentro de la coordinación de Texcalyacac.

Determinar tipo de profesión la incidencia de Síndrome de Burnout dentro de la coordinación de Texcalyacac.

Determinar tiempo que lleva en el puesto de trabajo la incidencia de Síndrome de Burnout dentro de la coordinación de Texcalyacac.

8. MÉTODO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

- Transversal, observacional, descriptivo, analítico

8.2 DISEÑO DE ESTUDIO

- Se comenzó identificando el total de personas que laboran en las unidades.
- Se aplicó el cuestionario “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” (CESQT) (ANEXO 1), a todo el personal que labora actualmente en las unidades de primer nivel (centros de salud rurales dispersos y centros de atención primaria a la salud) del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) dentro de la -coordinación de Texcalyacac, Estado de México. (120 personas aproximadamente), y que previo consentimiento válidamente informado (ANEXO 2) aceptaron participar dentro de la investigación.
- Se recolectaron los cuestionarios en las oficinas de la coordinación municipal de Texcalyacac, ISEM.
- Una vez recabada la información, se ordenó y se hizo un análisis estadístico de la misma.
- Se realizó la presentación de resultados en cuadros y gráficas analíticas, la discusión de éstos y por último,
- Se realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

8.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala de Medición	Indicadores
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ⁽²⁸⁾	Características que distinguen entre hombre y mujer	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. ⁽²⁸⁾	Número de años cumplidos	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala de Medición	Indicadores
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ⁽²⁸⁾	Grado escolar obtenido	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura Maestría Especialidad
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. ⁽²⁸⁾	Soltero Casado Unión libre Separado/ Divorciado Viudo	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Unión libre Separado/ Divorciado Viudo
Número de hijos	Cantidad de Personas respecto de su padre o de su madre. ⁽²⁸⁾	Cantidad de hijos que cría la persona	Cuantitativa Discreta	0 1 2 3 4 Más de 4
Tipo de contrato	Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas ⁽²⁸⁾	Situación laboral en la que se encuentra la persona	Cualitativa nominal	Fijo Eventual Pasante
Cargo o puesto de trabajo	Empleo, dignidad, oficio o ministerio ⁽²⁸⁾	Oficio o empleo asignado dentro de la unidad	Cualitativa Nominal	Médico Enfermero TAPS Odontólogo Nutriólogo Psicólogo Otro
Tiempo en el cargo	Duración de las personas en un cargo sujetas a cambio ⁽²⁸⁾	Duración dentro del puesto de trabajo que ejerce	Cuantitativa discreta	Meses

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala de Medición	Indicadores
Síndrome de Burnout	Síndrome de respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional. ⁽¹⁾	Síndrome de respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional	Cualitativa ordinal	Negativo Leve Moderado Severo

8.4 UNIVERSO DE TRABAJO

El universo del presente estudio, estuvo constituido por todo el personal que labora en la Coordinación de Texcalyacac dentro del ISEM, abarcando unidades de atención primaria a la salud los cuales abarcan centros de salud rural dispersos y centros de atención especializada primaria a la salud.

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a todas aquellas personas que están formando parte activa como personal del ISEM en cada una de las unidades, y que aceptaron participar en el estudio.

Participó todo aquel personal de salud el cual incluye: médico(a)s, enfermero(a)s, nutriólogo(a)s, psicólogo(a)s, odontólogo(a)s, promotores(as) de salud, entre otras profesiones, incluyendo al director(a) de cada unidad y colaboradores como los prestadoras de servicio social.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a todo el personal que no forma parte del personal de salud y que no aceptó participar en el estudio.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminaron aquellos cuestionarios que contaban con doble respuesta en el cuestionario de aplicación, y cuestionarios que no hayan sido llenados por completo.

8.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el instrumento de recolección de datos diseñado para fines de este estudio. El cual está compuesto de la siguiente forma:

La primera parte recolectó datos como variables sociodemográficas, en las cuales se indagó sobre edad, sexo, cargo que labora, número de hijos, profesión que desempeña. Siendo el objetivo principal clasificar los datos para este estudio. ⁽²⁹⁾.

Posteriormente se incluyó el “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” (CESQT) del Dr. Pedro Gil Monte, (2006) el cual está formado por 20 preguntas que se distribuyen en 4 dimensiones denominadas: ilusión por el trabajo (5 preguntas); desgaste psíquico (4 preguntas); indolencia (6 preguntas) y culpa (5 preguntas). ⁽¹¹⁾

El cuestionario tuvo todas las variables, y la forma en la que fue resuelto es de manera personalizada. Al final fueron vaciados los datos en forma estadística en la hoja de recolección de datos. (ANEXO 3)

8.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El objetivo principal fue identificar la incidencia de Síndrome de Burnout en personal de salud que labora en las unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México en el año 2013

Se comenzó con previa autorización del Coordinador Municipal de la Coordinación de Texcalyacac, Dr. Artemio Rivera Alemán (ANEXO 4), Se hizo llegar el formato del instrumento de trabajo (ANEXO 1), incluyendo carta de consentimiento válidamente informado (CONAMED). (ANEXO 2).

Se aplicó a todo personal de salud dentro de las unidades de atención primaria dentro del ISEM en la coordinación de Texcalyacac, dando un plazo de 2 semanas para la resolución total de los cuestionarios, fueron aplicados por las tesisistas en coordinación con el personal que labora en la oficina central de la coordinación municipal.

Una vez se tuvieron los cuestionarios se hizo la recopilación de datos en tablas y análisis estadístico. (ANEXO 3)

Se realizaron gráficas y comparación de resultados, exponiendo los mismos haciendo un análisis comparativo de los resultados

8.6.1 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la presentación se procedió a la elaboración de los cuadros y gráficas correspondientes para una fácil comprensión de resultados.

8.7 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

- Unidades de atención primaria del ISEM, en la coordinación de Texcalyacac
- El tiempo que requirió la investigación fue de 2 semanas para aplicación de cuestionarios y recolección de datos, posteriormente 4 semanas para análisis estadístico y presentación de resultados.
- El lugar de trabajo fueron las unidades de atención primaria a la salud, con recolección de datos en las oficinas de la coordinación municipal de Texcalyacac, del ISEM

8.8 DISEÑO DE ANÁLISIS.

Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó el programa EXCEL, para concentración de tabla de datos y comparación de los mismos con tablas dinámicas.

Se realizó un análisis comparativo empleando puntos de corte para determinar los grados leve moderado y severo, nos basamos en los percentiles que utiliza el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT); la forma alternativa de distribuir la muestra fue en función de la escala de respuesta. Los ítems que utiliza el cuestionario son tipo Likert con 5 categorías de respuesta que van del 0 al 4.

A quienes obtuvieron una puntuación de 0 a 25 se consideraron como negativos para Síndrome de Burnout, los que obtuvieron un puntaje mayor a 26 fueron considerados como positivos a Síndrome de Burnout. Para estadificar el grado de Síndrome de Burnout consideramos como leve una puntuación entre 26-50, moderado con una puntuación entre 51 a 75 y con una puntuación de 75 a 100 como grave.

Para explorar la relación de Síndrome de Burnout y características sociodemográficas se llevó a cabo un análisis multivariado utilizando el programa SPSS 17; tomando como variable dependiente cada una de las dimensiones del síndrome evaluadas en el cuestionario y como variables independientes las características sociodemográficas. Con este mismo programa se realizó la observación de la significancia estadística entre los componentes del síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas

9. IMPLICACIONES ÉTICAS

Se informó a las autoridades correspondientes dentro de la coordinación de Texcalyacac, acreditando con carta por escrito de autorización para el presente estudio. (ANEXO 3)

Todos los participantes recibieron información previa de los objetivos y las características metodológicas del estudio y presentaron su conformidad, mediante un consentimiento bajo información, anexo al instrumento de trabajo “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” (CESQT) (ANEXO 2)

Además las tesis, nos comprometimos a resguardar y manejar con confidencialidad todos los datos obtenidos, presentando exclusivamente los resultados estadísticos sin manejar nombres de los participantes ni lugar donde laboran.

En todas aquellas personas que obtuvieron resultados positivos, se les hizo llegar los resultados de manera discreta y personal, ofreciéndose ayuda con un psicólogo que le proporcionara tratamiento gratuito y confidencial dentro de la institución.

10. ORGANIZACIÓN

10.1 TESISISTAS:

- Kathia María Jaimes Martínez
- Illyani Andrea Jiménez Rojas

10.2 DIRECTOR DE TESIS

- MSP Martha Elva Campuzano González
- Dra. En C. Lilia Patricia Bustamante Montes

11. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal y analítico, a un total de 127 trabajadores de la salud, aplicándoles el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) (ANEXO 1). Se tomaron en cuenta datos sociodemográficos como: sexo, edad, estado civil, puesto en el trabajo, número de hijos, escolaridad, tipo de contrato, antigüedad en el ISEM.

Se utilizó el programa SPSS.17, para lo cual se realizó un análisis multivariado de regresión para asociación de variable con un intervalo de confianza del 95%.

La hipótesis propuesta dice que “A mayor contacto directo con los pacientes, y mayor tiempo de antigüedad laboral, mayores niveles de Síndrome de Burnout”, comprobándose la primera hipótesis y descartándose la segunda parte.

Del total de unidades encuestadas, 5 unidades fueron Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud (CEAPS), y 6 Centros de Salud Rural Disperso (CSRD).

Las CEAPS encuestadas fueron: San Antonio La isla, con un personal de 16 (69.5%) hombres y 7 (30.4%) mujeres; Rayón, con un total de 4 hombres (15.38%) y 22 mujeres (84.62%); Joquicingo con un total de 4 (19.04%) hombres y 17 (80.96%) mujeres; Texcalyacac con 6 (37.5%) hombres y 10 (62.5%) mujeres y Almoloya de Río con 10 (43.48%) hombres y 13 (56.52%) mujeres. (Tabla No 1).

Los CSRD encuestados fueron: San Juan La Isla con un personal total de 2 (66.7%) hombres y una mujer (33.3%); San Lucas Tepemajalco con 3 personas, de las cuales un hombre contestó la encuesta el resto no deseo participar, San Pedro Techuchulco con 1 hombre (12.5%) y 7 mujeres (87.5%); San Miguel Ocampo con 1 hombre (50%) y una mujer (50%); Maxtleca de Galeana con 1 hombre (50%) y una mujer (50%) y por último El Guarda con 2 personas ambas mujeres. (Tabla No.1).

Tabla No. 1

Distribución del personal de salud por unidad de la coordinación de Texcalyacac

Variable			Sexo	
	Unidad	Total	Hombres	Mujeres
CEAPS	San Antonio La Isla	23	7	16
	Rayón	26	4	22
	Joquicingo	21	4	17
	Texcalyacac	16	6	10
	Almoloya del Río	23	10	13
	Total		109	31
CRSD	San Juan La Isla	3	2	1
	San Lucas	1	1	0
	Techuchulco	8	1	7
	Ocampo	2	1	1
	Maxtleca	2	1	1
	El Guarda	2	0	2
	Total		18	6

Fuente: Base de datos

Se clasificaron los resultados del cuestionario en cuartiles, posterior a sumar los valores asignados a cada pregunta según una calificación tipo Likert, donde el máximo puntaje obtenido podía ser 100 y el mínimo 0; por lo tanto de 0-25 puntos se consideró negativo, de 26 a 50 síndrome leve, de 51 a 75 como síndrome moderado y de 76 a 100 como síndrome severo. Encontramos que 15 personas (12%) son negativas a Síndrome de Burnout, 103 personas (81.1%) manifiestan un Síndrome leve, siguiéndole 9 personas (7%) con moderado; por último no se encontraron personas con Síndrome de Burnout severo. (Tabla No. 2 y gráfico No.1).

Tabla No 2.

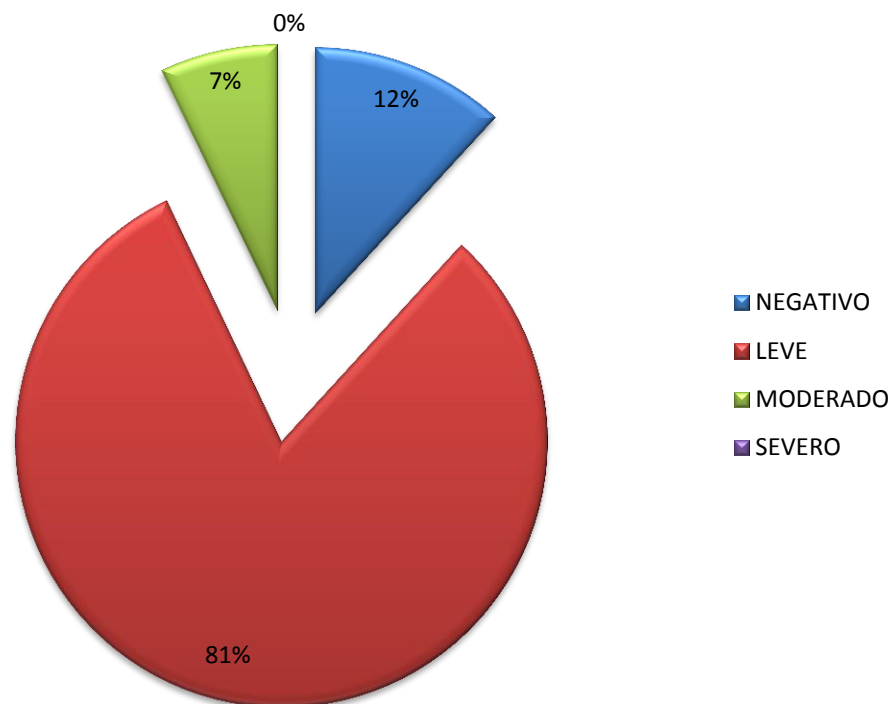
Resultados de síndrome de Burnout en la coordinación de Texcalyacac

Síndrome de Burnout	Personal	%
Negativo	15	12%
Leve	103	81%
Moderado	9	7%
Severo	0	0%
Total	127	100%

Fuente: base de datos

Gráfico No. 1

Distribución de resultados de síndrome de Burnout



Fuente: Tabla No. 2

Tabla No. 3

Análisis descriptivo de los componentes del síndrome de Burnout

Variable	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Desviación estándar
Edad	127	18	62	34.25	10.1
No. De hijos	127	0	5	2.69	12.289
Tiempo en el puesto actual	127	1	384	64.49	84.163
tiempo en el ISEM	127	1	384	76.72	87.152
Ilusión por el trabajo	127	5	25	8.79	4.538
Desgaste Psíquico	127	4	16	8.33	3.084
Indolencia	127	6	23	11.13	3.522
Culpa	127	5	18	8.43	3.116
Calificación	127	20	66	36.68	9.417

Fuente: Base de datos

Tabla No. 4

Regresión múltiple de los factores sociodemográficos.

Variable operacionalizada	Variable dependiente	Type III Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig
Edad	Ilusión por el trabajo	149.829	4	37.457	1.997	.102
	Desgaste psíquico	133.453	4	33.363	4.034	.005
	Indolencia	206.097	4	51.524	5.050	.001
	Culpa	58.219	4	14.555	1.738	.149
	Calificación	623.548	4	155.887	2.005	.101
Sexo	Ilusión por el trabajo	2.210	1	2.210	.118	.732
	Desgaste psíquico	.005	1	.005	.001	.981
	Indolencia	31.473	1	31.473	3.085	.083
	Culpa	31.434	1	31.434	3.753	.056
	Calificación	96.042	1	96.042	1.235	.269

Fuente: Base de datos

Variable operacionalizada	Variable dependiente	Type III Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig
Estado civil	Ilusión por el trabajo	75.980	4	18.995	1.013	.406
	Desgaste psíquico	21.180	4	5.295	.640	.635
	Indolencia	23.221	4	5.805	.569	.686
	Culpa	24.703	4	6.176	.737	.569
	Calificación	101.645	4	25.411	.327	.859
No. De hijos	Ilusión por el trabajo	77.166	5	15.433	.823	.537
	Desgaste psíquico	19.535	5	3.907	.472	.796
	Indolencia	91.999	5	18.400	1.803	.121
	Culpa	75.288	5	15.058	1.798	.122
	Calificación	489.933	5	97.987	1.260	.289
Escolaridad	Ilusión por el trabajo	88.852	5	17.770	.947	.455
	Desgaste psíquico	71.832	5	14.366	1.737	.135
	Indolencia	29.277	5	5.855	.574	.720
	Culpa	69.209	5	13.842	1.652	.155
	Calificación	103.022	5	20.604	.265	.931
Tipo de contrato	Ilusión por el trabajo	36.120	2	18.060	0.963	.386
	Desgaste psíquico	79.488	2	39.744	4.806	.011
	Indolencia	77.692	2	38.846	3.807	.026
	Culpa	17.164	2	8.582	1.025	.363
	Calificación	690.422	2	345.211	4.441	.015
Cargo	Ilusión por el trabajo	198.937	8	24.867	1.326	.242
	Desgaste psíquico	154.591	8	19.324	2.337	.026
	Indolencia	57.861	8	7.233	.709	.683
	Culpa	52.000	8	6.500	.776	.625
	Calificación	764.524	8	95.565	1.229	.292
Tiempo en el mismo puesto de trabajo	Ilusión por el trabajo	17.963	2	8.981	.479	.621
	Desgaste psíquico	2.939	2	1.469	.178	.838
	Indolencia	67.727	2	33.864	3.319	.041
	Culpa	17.875	2	8.937	1.067	.349
	Calificación	281.099	2	140.549	1.808	.170
Unidad	Ilusión por el trabajo	247.250	10	24.725	1.318	.234
	Desgaste psíquico	80.022	10	8.002	.968	.477
	Indolencia	109.265	10	10.926	1.071	.394
	Culpa	191.716	10	19.172	2.289	.020
	Calificación	1175.324	10	117.532	1.512	.149

Fuente: Base de Datos

Las edades de los encuestados se encontraron entre de 18 a 62 años de edad, encontrando una mediana de 34.25, con una desviación estándar de 10.1. (Tabla No. 3). Encontramos que 6 personas (5%) son menores de 20 años y todos ellos presentaron un síndrome de Burnout leve, del rango de 20 a 29 años, fueron encuestados 43 personas (34%), de las cuales 2 personas obtuvieron un resultado negativo, 38 leve y 3 moderado. Del rango de 30 a 39 años de edad, fueron encuestadas 45 (35%), de las cuales 9 obtuvieron un resultado negativo, 34 leve, y 2 moderado. Del rango de edad de 40 a 49 años de edad, fueron encuestados 17 personas (13%) de los cuales una persona obtuvo resultado negativo, 15 leve y uno moderado. Del rango de edad de mayores de 50 años, fueron 16 personas (13%), de los cuales 3 obtuvieron resultados negativos, 10 leve, 3 moderado. (Tabla No. 5 y Gráfico No 3). Al realizar análisis estadístico con SPSS.17 encontramos que existe significancia estadística con dos componentes del SB que son Desgaste Psíquico e Indolencia relacionado con el rango de edad de 40 a 49 años. (Tabla No. 4).

Tabla no. 5

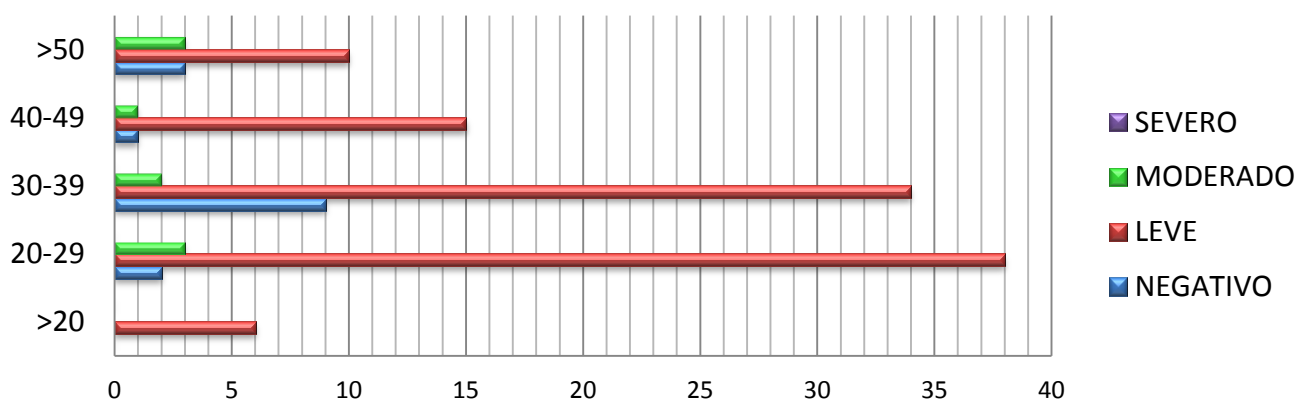
Distribución de Síndrome de Burnout acorde a grupo de edad.

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
>20 años	0	6	0	0	6	5%
20-29 años	2	38	3	0	43	34%
30-39 años	9	34	2	0	45	35%
40-49 años	1	15	1	0	17	13%
>50 años	3	10	3	0	16	13%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No. 3

Distribución de Síndrome de Burnout acorde a grupo de edad.



Fuente: Tabla No. 5

En relación con el sexo, se observó que de un total de 90 mujeres; 10 mujeres (11.1%) obtuvieron un resultado negativo, 73 mujeres (81.1%) un grado leve, 7 mujeres (7.8%) moderado y ninguna severo. Por otro lado el sexo masculino de un total de 37 hombres, 5 (13.5%) obtuvieron un resultado negativo, 30 (81%) un grado leve, 2 (5.5%), y ninguno severo a síndrome de Burnout. (Tabla No 6 y Gráfico 2). Al realizar el análisis estadístico con SPSS.17 no se encontró asociación significativamente estadística entre el sexo y ninguno los componentes del SB. (Tabla No. 4).

Tabla no.6

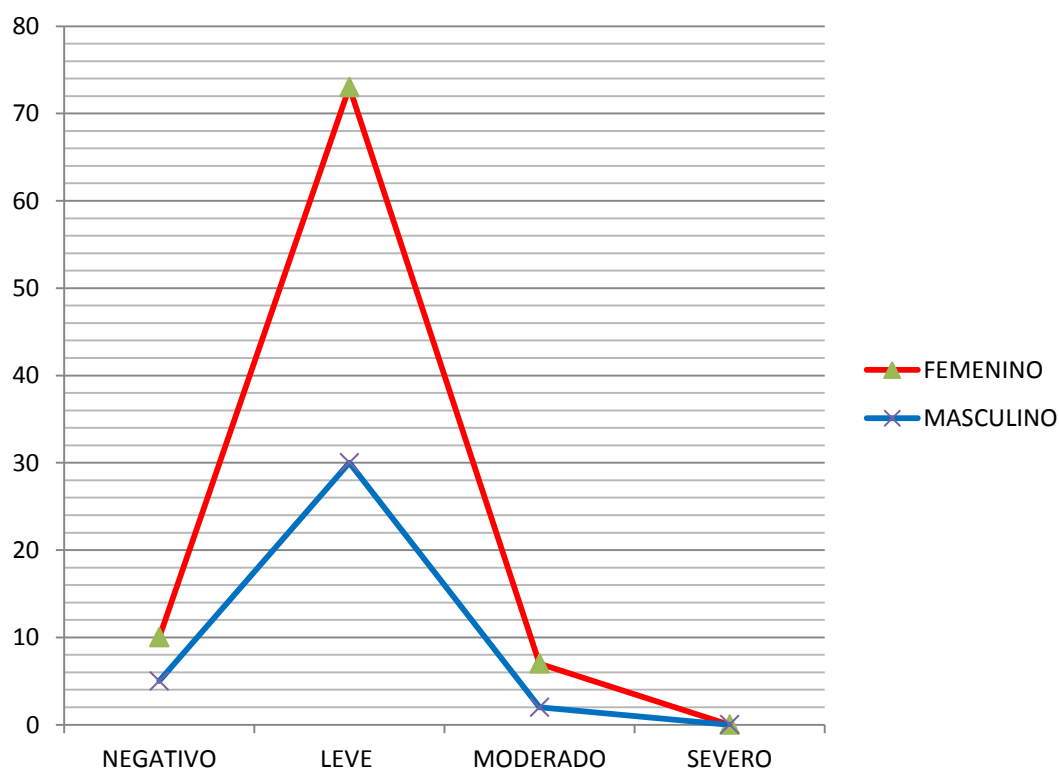
Distribución de Síndrome de Burnout acorde al sexo

Síndrome de Burnout	Negativo	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	Total	%
Femenino	10	11.1%	73	81.1%	7	7.8%	0	0%	90	70.9%
Masculino	5	13.5%	30	81.0%	2	5.5%	0	0%	37	29.1%
Total	15	12%	103	81%	9	7%	0	0%	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfica No. 2

Distribución de Síndrome de Burnout acorde al sexo



Fuente: Tabla No. 6

El número de hijos mínimo fue de 0 y máximo de 5 hijos, con un promedio de 2 hijos por persona y una desviación estándar de 12.289. (Tabla No 3). Al obtener la distribución observamos que 55 personas (43%) no tienen hijos de los cuales 3 personas resultaron negativas, 49 con un grado leve, 3 con un grado moderado; 19 (15%) tienen un hijo, de los cuales 5 fueron negativos, 23 con un grado leve, 4 con moderado; 32 (25%) cuentan con 2 hijos, 2 resultaron negativos, 13 leve; 4 (3%), 1 resultó negativo, 2 con grado leve y uno con síndrome moderado; por último, 2 (2%) personas encuestadas tienen más de 4 hijos, una de ellas resulto negativo a síndrome de Burnout y la segunda con síndrome moderado. (Tabla No. 7 y Gráfico No 4). Al realizar análisis estadístico con SPSS.17, el número de hijos no presenta asociación significativamente estadística con ninguna de las características del SB. (Tabla No 4).

Tabla no. 7

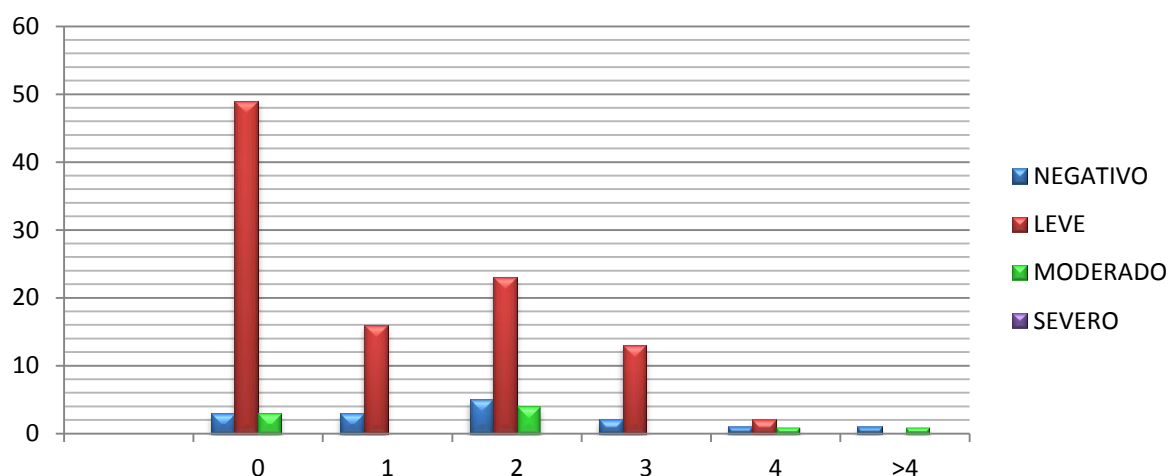
Distribución de Síndrome de Burnout acorde a número de hijos.

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
0 hijos	3	49	3	0	55	43%
1 hijo	3	16	0	0	19	15%
2 hijos	5	23	4	0	32	25%
3 hijos	2	13	0	0	15	12%
4 hijos	1	2	1	0	4	3%
>4 hijos	1	0	1	0	2	1%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No. 4

Distribución de Síndrome de Burnout acorde a número de hijos.



Fuente: Tabla No.7

El estado civil de los encuestados arroja que 50 personas (39%) encuestadas son solteras, de las cuales 2 personas obtuvieron un resultado negativo, 44 un grado leve y 4 personas un grado moderado. 71 personas (56%) se encuentran casadas, de las cuales 13 obtuvieron un resultado negativo, 54 un grado leve, y 4 un grado moderado. 6 personas (5%) se encuentran viudos de los cuales 5% resultado leve y uno resultado moderado. (Tabla No. 8 y Gráfico No. 5). Al realizar análisis estadístico con SPSS.17, no se encontró asociación significativamente estadística entre las variables del síndrome y el estado civil de los encuestados. (Tabla No 4)

Tabla no. 8

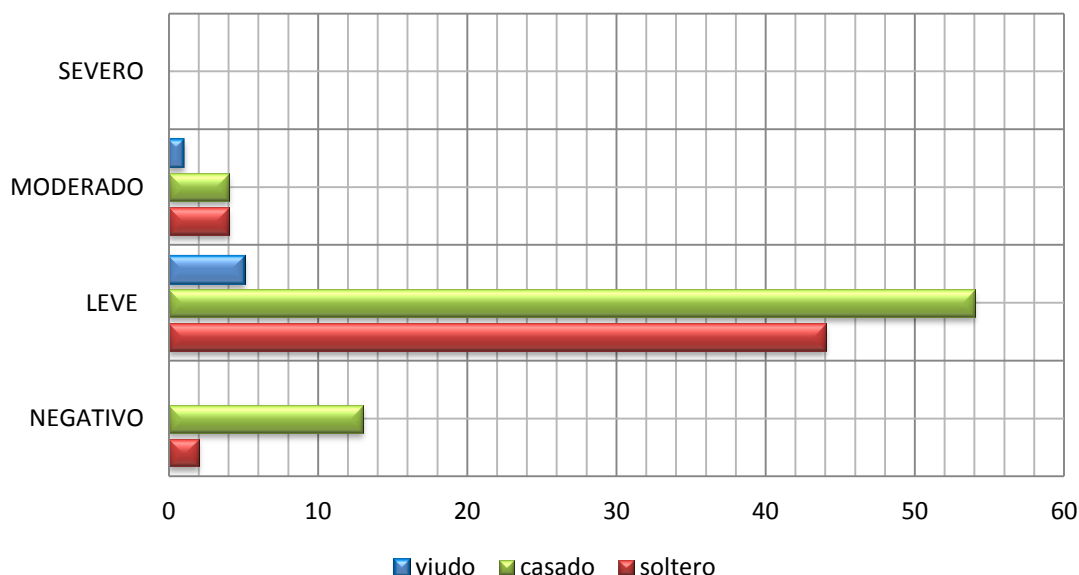
Distribución de Síndrome de Burnout acorde al estado civil.

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
Soltero	2	44	4	0	50	39%
Casado	13	54	4	0	71	56%
Viudo	0	5	1	0	6	5%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No. 5

Distribución de Síndrome de Burnout acorde a estado civil.



Fuente: Tabla No 8

El grado de escolaridad de los trabajadores fue 4 (3%) con educación secundaria, 17 (17%) con preparatoria completa, 22 (13%) con carrera técnica, 63 (50%) con licenciatura, 11 (9%) con maestría y 10 (8%) con especialidad. Se encontró que 15 (11.81%) personas no presentaron síndrome, de los cuales 2 cuentan con un grado de preparatoria, 2 de carrera técnica, 8 de licenciatura, 1 de maestría y 1 de especialidad; 103 (81.1%) personas presentaron síndrome leve, de los cuales 4 cuentan con un grado de secundaria, 13 de preparatoria, 16 de carrera técnica, 52 de licenciatura, 10 de maestría y 8 de especialidad; 9 (7.09%) personas presentaron síndrome moderado, de los cuales 2 cuentan con un grado de preparatoria, 4 de carrera técnica y 3 de licenciatura; y ninguno con grado severo. (Tabla No. 9 y Gráfico No. 6). No se encontró asociación significativamente estadística entre los componentes del SB y la escolaridad de los encuestados. (Tabla No 4).

Tabla No. 9

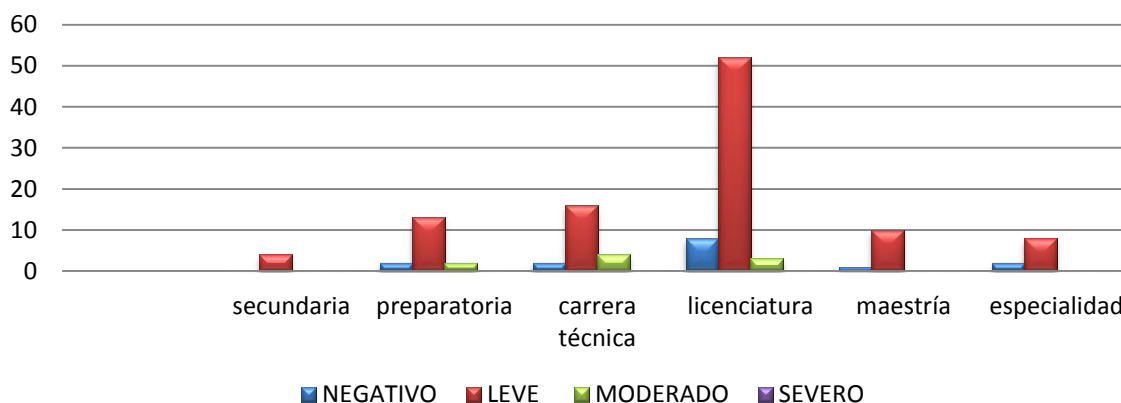
Distribución de Síndrome de Burnout acorde a escolaridad

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
Secundaria	0	4	0	0	4	3%
Preparatoria	2	13	2	0	17	17%
Carrera técnica	2	16	4	0	22	13%
Licenciatura	8	52	3	0	63	50%
Maestría	1	10	0	0	11	9%
Especialidad	2	8	0	0	10	8%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No.6

Distribución de Síndrome de Burnout acorde a escolaridad



Fuente. Tabla No. 9

El tipo de contrato que manejan los trabajadores encuestados fue 44 (34%) cuentan con un contrato fijo, de los cuales 8 negativos, 33 con grado leve y 3 moderado; 58 (46%) con un contrato eventual de los cuales 6 son negativos, 49 leve, 3 moderado; y por último 25 (20%) son pasantes de alguna profesión como medicina, enfermería, odontología o gerontología, de los cuales 1 fue negativo, 21 grado leve y 3 moderado. (Tabla No. 10 y Gráfico No. 7). Al realizar el análisis estadístico con SPSS17 se encontró asociación significativamente estadística con el desgaste psíquico e indolencia. (Tabla No 4).

Tabla No. 10

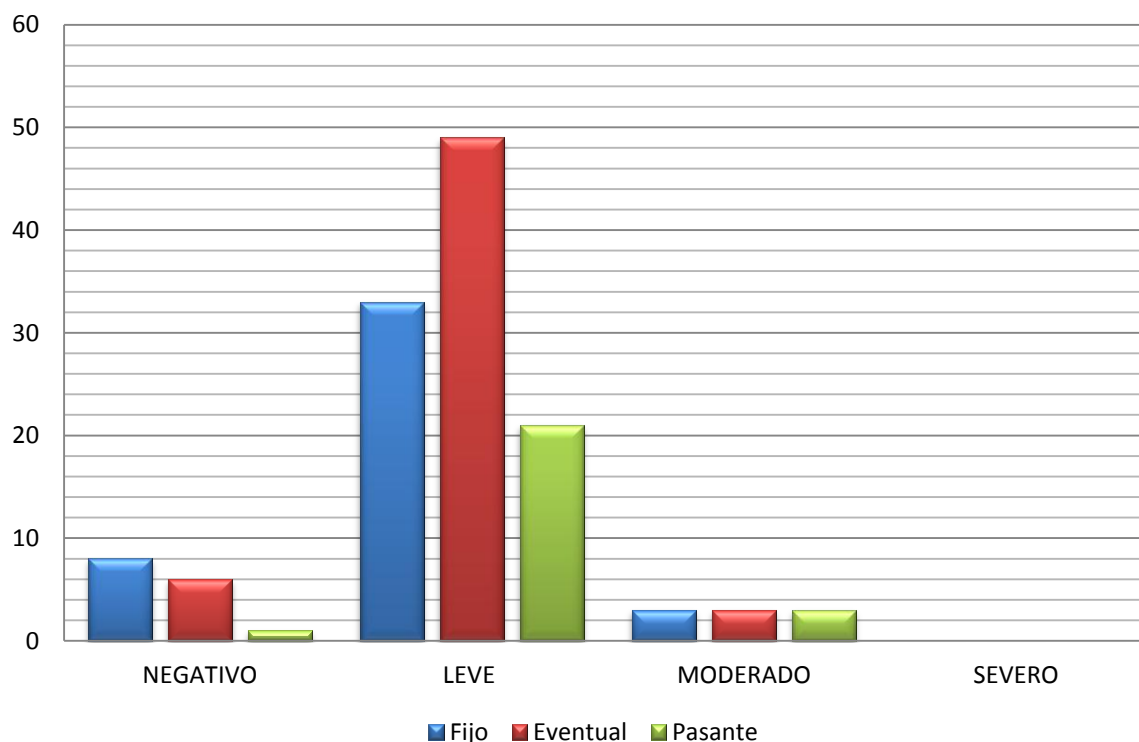
Distribución de Síndrome de Burnout acorde a tipo de contrato

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
Fijo	8	33	3	0	44	34%
Eventual	6	49	3	0	58	46%
Pasante	1	21	3	0	25	20%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No.7

Distribución de Síndrome de Burnout acorde a tipo de contrato



Fuente: Tabla No. 10

El puesto laboral que ocupan los encuestados se distribuyen en 45 (36%) médicos, 45 (36%) enfermeras, 18 (14%) TAPS, 8 (6%) odontólogos, 4 (3%) nutriólogos, 3 (2%) psicólogos y 4 (3%) cuentan con otras profesiones como gerontólogos, ginecólogos y pediatras. Encontramos que 15 (11.81%) personas no presentaron síndrome, de los cuales 5 fueron médicos, 7 enfermeros, 2 odontólogos, y 1 en otros; 103 (11.81%) de los cuales 38 fueron médicos, 33 enfermeros, 16 TAPS, 6 odontólogos, 4 nutriólogos, 3 psicólogos y 3 en otros; 9 (7.09%) personas presentaron síndrome moderado, de los cuales 2 fueron médicos, 5 enfermeros y 2 TAPS; por último ninguno con grado severo. (Tabla No. 11 y Gráfico No. 8). En cuanto al puesto que se ocupa en el trabajo, se detectó que el desgaste psíquico presenta significancia estadística en el rubro de "Otros" el cual corresponde a pediatras, ginecólogos y gerontólogos que laboran en las unidades. (Tabla No 4).

Tabla No. 11

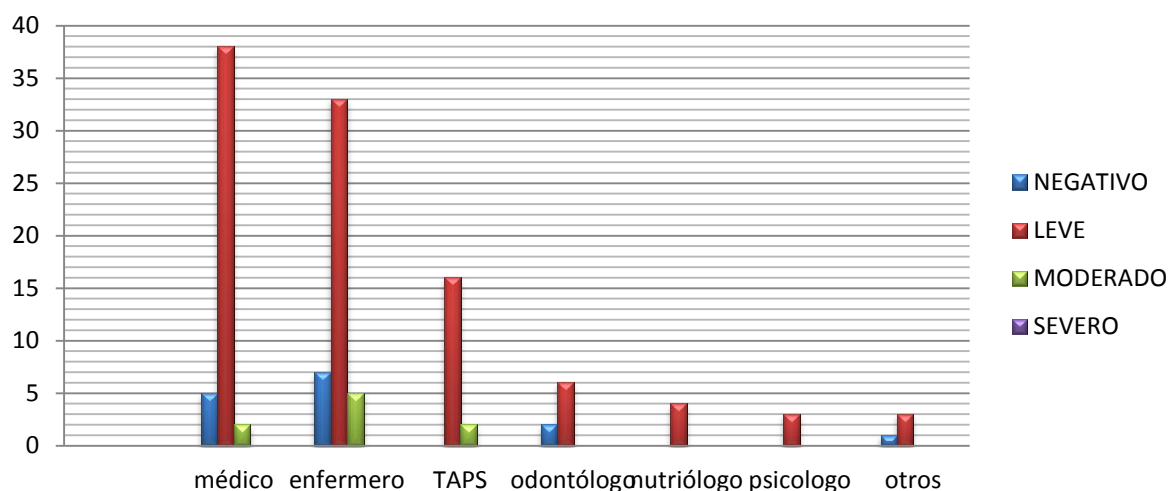
Distribución de Síndrome de Burnout acorde al puesto laboral en las unidades

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
Médico	5	38	2	0	45	36%
Enfermero	7	33	5	0	45	36%
TAPS	0	16	2	0	18	14%
Odontólogo	2	6	0	0	8	6%
Nutriólogo	0	4	0	0	4	3%
Psicólogo	0	3	0	0	3	2%
Otros	1	3	0	0	4	3%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No.8

Distribución de Síndrome de Burnout acorde al puesto laboral en las unidades



Fuente: Tabla No.11

El tiempo de trabajo en el cargo actual dentro de cada unidad del ISEM fue de 1 a 384 meses, encontrando un promedio de 76.72 meses equivalente a 6.3 años. (Tabla No 3). De acuerdo al tiempo que tiene el personal laborando dentro de cada unidad, se observó que 27 (79.4%) que tienen menos de 12 meses en la institución, presentan Burnout leve y 3 un grado moderado; el resto no presenta el síndrome. De los que tienen de 13 a 60 meses presentan Burnout leve 47 personas (81%), 4 (6.9%) Burnout moderado y el resto no presenta el síndrome. De los trabajadores que tienen más de 60 meses 29 (82.9%) presenta SB leve y 2 (5.7%) presenta SB moderado; el resto del personal no presenta el síndrome. (Tabla No. 12 y Gráfico No. 9). No se encontró asociación significativamente estadística entre el tiempo en el trabajo y los componentes del SB. (Tabla No 4).

Tabla No. 12

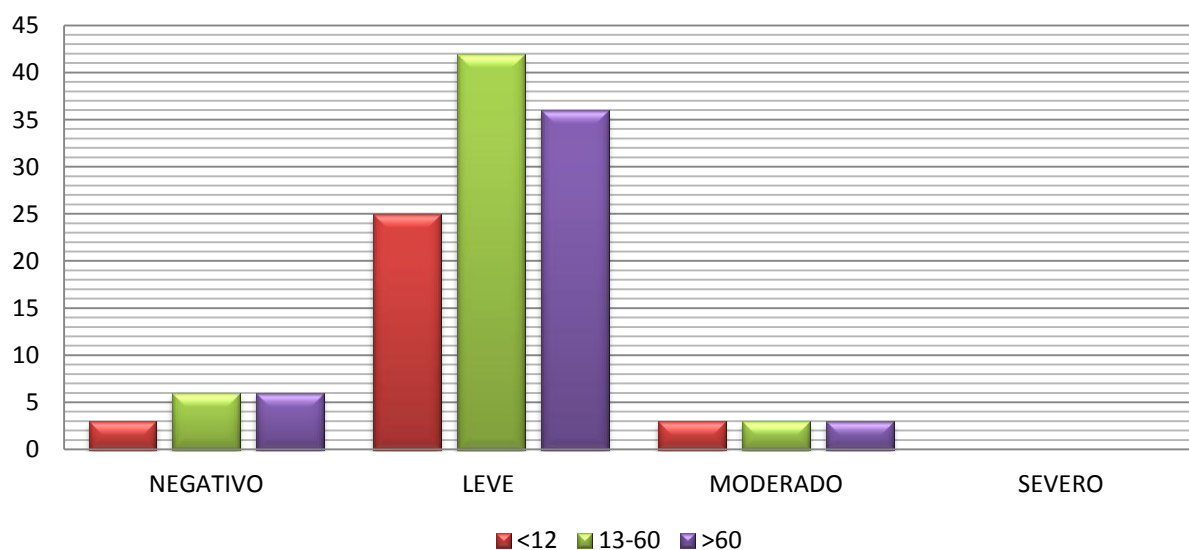
Distribución de Síndrome de Burnout acorde a tiempo que llevan los trabajadores en cada unidad.

Síndrome de Burnout	Negativo	Leve	Moderado	Severo	Total	%
<12	3	25	3	0	31	25%
13-60	6	42	3	0	51	39%
>60	6	36	3	0	45	36%
Total	15	103	9	0	127	100%

Fuente: Base de datos

Gráfico No.9

Distribución de Síndrome de Burnout acorde a tiempo que llevan los trabajadores en cada unidad.



Fuente: Tabla No. 12

Al desglosar el síndrome de Burnout en cada uno de sus componentes de estudio, se observó que el puntaje mínimo obtenido para ilusión por el trabajo, fue de 1 y el máximo de 25 de 25 puntos, encontrando un promedio de 8.79 y una desviación estándar de 4.538. Para desgaste psíquico el puntaje mínimo obtenido fue de 4 y el máximo de 16 de 20 puntos, arrojando un promedio de 8.33 y una desviación estándar de 3.084. Para indolencia el puntaje mínimo obtenido fue de 6 y el máximo de 23 de 30, lo que arrojó un promedio de 11.13 y una desviación estándar de 3.522. El puntaje mínimo obtenido en culpa fue de 5 y el máximo de 18 de 25, dando un promedio de 8.43 y una desviación estándar de 3.116. El puntaje mínimo obtenido para la calificación total de Síndrome de Burnout fue de 20 y el máximo de 66 de 100, encontrando un promedio de 36.68 y una desviación estándar de 9.417, lo cual indica al dividir el análisis en percentiles una calificación leve. (Tabla No 3).

12. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout (SB) ha sido definido como un síndrome de respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional. ⁽¹⁾

El personal que mayor riesgo tiene son: profesores, médicos, enfermeras, policías, y todo aquel personal cuyo trabajo tiene que ver con atención al público en general. ⁽⁴⁾

La incidencia del síndrome de Burnout en el personal que labora en las unidades de atención de primer nivel del instituto de salud del Estado de México en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México durante 2013 fue de 103 personas (81.1%) con Síndrome de Burnout leve, siguiéndole 9 personas (7%) con síndrome moderado; no se encontraron personas con Síndrome de Burnout severo. Por último 15 personas (12%) no presentaron el síndrome.

La bibliografía marca que referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35 y 54 años es la población de mayor riesgo ⁽⁸⁾. En el presente estudio, el mayor número de encuestados se encontraron entre los 30 y los 39 años (35.4%, n=45) de los cuales 34 (26.7%) presentaron Síndrome de Burnout leve. En cuanto al análisis estadístico, se encontró una asociación significativa entre el rango de edad de 40 a 49 años, con dos componentes del síndrome: el desgaste psíquico y la indolencia.

En cuanto al sexo, se observó que el femenino presentó el mayor número de casos con un 81.1% (103) del síndrome. Esto es, porque la mayoría de las encuestas corresponden al sexo femenino. Si bien la mujer es más vulnerable a desarrollar el síndrome, éste se presenta sin importar el género. ⁽⁸⁾ En cuanto al análisis estadístico, no se encontró asociación significativa para el género con los componentes del síndrome de Burnout.

En el presente estudio, se encontró que la incidencia del síndrome de Burnout por profesión fue: en los médicos de 88.9% (n=40), en personal de enfermería de 84.4%, en los TAPS, los nutriólogos y los psicólogos de 100% con grado leve o moderado. Los odontólogos y otras profesiones de especialidad (gerontólogos, pediatras y ginecólogos) el 75% presentaron el síndrome. Al hacer el análisis estadístico con el programa SPSS.17, se encontró significancia estadística en el rubro "otros" (pediatras, ginecólogos y geriatras) con desgaste psíquico.

Los resultados anteriores contrastan con un estudio que se realizó en 2009 en España ⁽²⁾ donde la profesión de médico obtuvo una prevalencia de 12.1% en comparación con otras profesiones como Odontología y enfermería, los cuales

obtuvieron 7.2%, psicología y nutrición que obtuvieron menos del 6%. En este estudio se encontró mayor incidencia en las TAPS, odontólogos y psicólogos, al presentar el 100% un grado leve o moderado del síndrome, sin embargo no mostro ninguna significancia estadística.

Otros aspectos que han sido relacionados con este problema son: el número de horas de trabajo, el tipo de contrato y el tipo de servicio, ⁽¹³⁾. Una de las variables que resultó significativa en este estudio fue: el tipo de contrato eventual en el 46% (n=58) de los casos, de los cuales el 84% (n=49) tienen Burnout leve y 5% (n=3) tienen un Burnout moderado. Al realizar el análisis estadístico se demostró significancia estadística con el desgaste psíquico y la indolencia.

El estudio arrojó que el tiempo promedio trabajado dentro del ISEM fue de 87.152 meses equivalente a 7.26 años; de los cuales 34 (25%) llevan menos de 1 año en las unidades, 58 (39%) de 1 a 5 años y 35 (36%) llevan más de 5 años laborando dentro del ISEM. La antigüedad dentro del ISEM no representó significancia estadística con los componentes del Burnout. Por lo tanto: estrictamente en este rubro no se cumple la hipótesis de que a mayor antigüedad mayor síndrome de Burnout.

Así mismo el estudio reveló, que no se demostró relación significativa con la presencia del síndrome de Burnout en alguno de sus componentes y variables sociodemográficos como el estado civil, el número de hijos o la escolaridad.

La Culpa se manifestó con mayor significancia en la Unidad de Ocampo. Sin embargo, en esta unidad solo se cuenta con 2 personas laborando; Cabe destacar que una de ellas es del sexo femenino, la cual lleva laborando en la unidad y en el ISEM por más de 15 años, siendo de los encuestados la que mayor tiempo lleva en la unidad con 335 meses, equivalente a 27 años, TAPS, viuda, madre de 2 hijos.

En resumen: se cumple el objetivo general al demostrar la incidencia del síndrome en un 88.2% de la población encuestada, y que las profesiones con mayor prevalencia son TAPS, psicólogos y nutriólogos en el que el síndrome de Burnout en su mayoría es leve. Se cumple con los objetivos específicos determinando que el rango de edad entre 40 y 49 años y el tipo de contrato eventual cumplen una asociación significativamente estadística con el SB, no se demuestra esta misma significancia, con los otros valores sociodemográficos propuestos como la edad, el sexo, el tipo de profesión y el tiempo laborado dentro del ISEM.

En cuanto a la hipótesis, se demuestra que al existir contacto con los pacientes y ser personal de salud se presenta con mayor frecuencia algún grado de síndrome de Burnout el cual no se relaciona directamente con el tiempo de antigüedad en el trabajo.

13. RECOMENDACIONES

Al realizar el estudio, e ir observando el comportamiento de la población, pudimos valorar que aunque la mayor parte de los empleados de la coordinación contestaron que están satisfechos con sus trabajos, no todos están de acuerdo con la forma de laborar en sus unidades.

Pudimos observar que la mayor parte de la coordinación tiene síndrome de Burnout leve, esto es preocupante ya que estas unidades son las que prestan servicio de primer contacto a los usuarios. Por lo tanto se recomienda tomar medidas preventivas por parte del Instituto antes de que se empeore la incidencia y gravedad de Síndrome de Burnout, una de estas medidas es informar que padecen dicha patología con la finalidad de que conozcan mas de ella.

Por otro lado es importante que las autoridades tengan conocimiento del diagnóstico encontrado para que tomen medidas y busquen mejorar las condiciones laborales de sus empleados, esto llevaría a mejorar el rendimiento de los trabajadores favoreciendo el buen funcionamiento de la Institución.

Nuestras recomendaciones son para el Instituto de salud del Estado de México, proponiendo el realizar procedimientos que no involucren tantos trámites burocráticos, los cuales enlentecen y distraen de sus labores a los trabajadores de cada unidad; creándoles un conflicto laboral. Otra recomendación sería realizar actividades de integración entre unidades, con el fin de que el personal que labora se conozca y sea más amena su convivencia diaria.

Se sugiere el desarrollo profesional mediante cursos, diplomados y capacitaciones de vanguardia que motiven al personal a trabajar con mayor gusto sin representar una carga de trabajo.

El proporcionar incentivos laborales y económicos por puntualidad, o productividad, los cuales motiven a los diversos trabajadores por unidad a laboral de manera armónica.

Las recomendaciones para el coordinador municipal de Texcalyacac y responsables jurisdiccionales, el realizar medidas preventivas para que los grados de síndrome de Burnout no aumenten, sino por el contrario exista personal calificado para la realización de actividades administrativas, motivando al personal que se encuentra en contacto con los pacientes a realizar su trabajo con gusto y no distraerse de los objetivos de cada unidad.

A nivel personal se recomienda la realización de cambios de horarios, rutinas y actividades con la finalidad de que no se convierta en monotonía el trabajo diario y se aumente el entusiasmo por el trabajo.

Se propone realizar más estudios como el presente, para llevar un seguimiento de los casos y si es necesario promover la rotación del personal entre turnos y unidades.

Los casos que resultaron positivos, se harán llegar los resultados de manera personal con las recomendaciones siguientes:

Los que obtuvieron SB leve se recomienda, el aumento de actividades físicas, mejor distribución de periodos vacacionales, aumento de actividades extra laborales e incluso el cambio de ambiente (redistribución de las áreas de trabajo) para crear un ambiente agradable y procurar actividades que mejoren las relaciones interpersonales.

Para los casos que obtuvieron SB moderado se hacen las mismas recomendaciones sugiriendo acudir a terapia cognitivo conductual con el psicólogo de su preferencia, proponiendo como opción los psicólogos dentro del ISEM.

14. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez G. C, Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México. Fundamentos en humanidades universidad nacional de San Luis – Argentina. (19/2009), año X – número I: 179- 193
- (2) Grau A., Flichtentrei D., Suñer R., Prats M., Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev Esp Salud Pública. Marzo- Abril 2009; 83 (2): 215-230.
- (3) Gil-Monte PR, El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) como fenómeno transcultural. Información psicológica. Septiembre 07-abril 08; nº 91-92: 4- 11.
- (4) Hernández G TJ, Campos R. C., González C. M. Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de una institución del sector de Salud. Revista Internacional La nueva Gestión Organizacional, enero-junio 2011; año 6 (12): 139-163.
- (5) Rojas B ML, Castillo L MT, Echeverría E R., Síndrome de *Burnout* en personal del primer nivel de atención sanitaria en Mérida, México. Revista científica electrónica de psicología; 2008, ICOSA-UAEH (5): 41- 62.
- (6) Gil-Monte PR, Zúñiga- Caballero LC. Validez factorial del “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia ene-abr 2010. V. 9 no ISSN 1657-9267. 169- 178
- (7) Yasuaki H., Makiko U.O., Mitchell D. F., Shunichi F. Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study. PLoS ONE [en línea]. 2012. [fecha de acceso 10 de enero de 2013]; No.7 URL disponible en: <http://www.plosone.org>
- (8) Hernández- Vargas CI, Dickinson ME, Fernández O.MA. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Medigraphic Rev Fac Med UNAM. 1 enero-febrero, 2008. Vol. 51 no. 1: 11-14
- (9) Miravalles J. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout [en línea]. España: Gabinete de psicología; 2011. [fecha de acceso: 20 de enero de 2013 a las 21.20hrs]. URL disponible en: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.html>
- (10) Mansilla I., F. (2012). Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica [en línea]. Madrid: Saarbrücken; 2012. [Fecha de acceso 27 de

diciembre de 2012] URL disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>

(11) Vicente L. B. Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. [Tesis para Maestría]. México: Sección de Estudios de Posgrado e Investigación, Instituto Politécnico Nacional, Escuela Nacional De Medicina Y Homeopatía; 2010.

(12) Cole TR, Carlin N. El arte de la medicina y el sufrimiento de los médicos. [En línea] The Lancet 2009 [fecha de consulta: 23/enero/2013 a las 21.34hrs]; (374):1414-1415. URL disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=63061>

(13) Sosa O. EN. Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos. Rev. Med. Rosario. 2007, 73: 12- 20.

(14) Kaschka WP, Korczak D, Broich K: Burnout. A fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(46): 781–787.

(15) Kazuyo K.H., et al. Burnout and Risk Factors for atherosclerotic Disease: follow up study. J Occup Health 2009; 51: 123-131.

(16) Mommersteeg PMC. The psychophysiology of burnout [en línea]. 2006. [fecha de acceso 26 de diciembre de 2006]. URL disponible en: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2007-0228-200158/index.htm>

(17) Dorantes A. Endocrinología clínica. México: Manual Moderno; 2009.

(18) Verhaeghe J ., Van Den Eede F ., Van Den Ameele H., B.G.C. Sabbe. Neuro-endocrine correlaten van burn-out. Tijdschrift Voor Psychiatrie 2012; 54 (6): 517-526.

(19) Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess.[en línea]. 2010. [fecha de acceso 18 de enero de 2013]; No. 6 URL disponible en: <http://www.egms.de/static/en/journals/hta/2010-6/hta000087.shtml>

(20) Pedro R. Gil Monte. La Evaluación y Diagnostico del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). En: Taller Impartido Durante el 1er Foro De Las Américas En Investigación Sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. México. 2006.

(21) Charro G. C, Diéguez Perdiguero E, De la Gándara Martín J., García Moja C. Estudio del Burnout mediante el cuestionario C.U. B. O. (Cuestionario Urgente de Burnout). Análisis de fiabilidad. C. Med. Psicosom, 2009 N° 92 : 19-25

(22) Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess [en línea]. 2012. [fecha de acceso 3 de enero de

2013]; No. 8 URL disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434360/>

(23) Martínez P. A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. [En línea]. España: Vivat Academia. Septiembre. 2010. [fecha de acceso: 18 de enero de 2013 a las 19.42hrs] URL disponible: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

(24) Manual de organización tipo de coordinación municipal [en línea]. México: Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Febrero 2010. [Fecha de acceso: 23 de enero de 2013 a las 21.50hrs]. URL disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualorganizacion/manualorganizacion/MOCMPAL2010.pdf>

(25) Manual de organización tipo de centro de salud [en línea]. México: Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Julio 2008. [Fecha de acceso: 23 de enero de 2013 a las 23.50hrs]. URL disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualorganizacion/manualorganizacion/CSALUDMO.pdf>

(26) Paredes OL, Sanabria- Ferrand PS. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales

(27) Iglesias ME, Vallejo RB, Fuentes PS. Reflections on the burnout syndrome and its impact on health care providers. *Ann Afr Med* 2010; 9:197-8

(28) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea]. Madrid España: 2001. [Fecha de acceso 16 enero de 2013] URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

(29) Montero-Marín et al.: Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: Development of the “Burnout Clinical Subtypes Questionnaire” (BCSQ-12). *Health and Quality of Life Outcomes* 2011 9:74.

15. ANEXOS

15.1 INSTRUMENTO DE TRABAJO.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

Número de Cuestionario: _____

Lea con atención cada una de las siguientes preguntas, por favor no deje ninguna pregunta sin contestar.

1. Datos sociodemográficos. (estos datos serán tratados con confidencialidad, y son necesarios para agrupar y clasificar la información)

Sexo: _____ Hombre _____ Mujer Edad: _____ años

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Separado/ Divorciado _____ Viudo

Número de hijos: 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ +4 _____

Escolaridad: _____ primaria _____ secundaria _____ carrera técnica _____ preparatoria
 _____ Licenciatura _____ especialidad _____ maestría

Tipo de contrato: _____ Fijo _____ Eventual _____ Pasante de profesión

Cargo/ Puesto que ocupa dentro de su unidad de salud:

_____ Médico _____ Enfermero/a _____ odontólogo/a _____ TAPS _____ Nutriólogo/a
 _____ Psicólogo/a _____ Ginecólogo/a _____ Pediatra _____ otra (especifique) _____

Tiempo que lleva en el puesto de trabajo actual: _____ años _____ meses.

Tiempo que lleva trabajando para el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM): _____ años

Unidad en la que labora actualmente dentro del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM): _____

2. A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense:

¿Con qué frecuencia le surgen a usted este tipo de ideas o CON qué frecuencia tiene usted estos sentimientos?, tenga en cuenta la escala que a continuación se le presenta. (Favor de responder colocando un círculo a la respuesta que usted considere)

	Nunca 0	Raramente: algunas veces al año 1	A veces: algunas veces al mes 2	Frecuentemente: algunas veces por semana 3	Muy frecuentemente: todos los días 4
1. Mi trabajo me supone un reto estimulante	0	1	2	3	4
2. No me apetece atender a algunos pacientes	0	1	2	3	4
3. Creo que muchos pacientes son insoportables	0	1	2	3	4
4. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo	0	1	2	3	4
5. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal	0	1	2	3	4
6. Creo que los familiares de algunos pacientes son unos pesados	0	1	2	3	4
7. Pienso que trato con indiferencia a algunos pacientes	0	1	2	3	4
8. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo	0	1	2	3	4
9. Me siento culpable por alguna de las actitudes en el trabajo	0	1	2	3	4
10. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas	0	1	2	3	4
11. Me apetece ser irónico/a con algunos usuarios	0	1	2	3	4
12. Me siento agobiado/a por el trabajo	0	1	2	3	4
13. Tengo remordimientos por algunos de mis compañeros del trabajo	0	1	2	3	4
14. Etiqueto o clasifico a los pacientes según su comportamiento o padecimiento	0	1	2	3	4
15. Mi trabajo me resulta gratificante	0	1	2	3	4
16. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento	0	1	2	3	4
17. Me siento cansado/a en físicamente en el trabajo	0	1	2	3	4
18. Me siento desgastado/a emocionalmente	0	1	2	3	4
19. Me siento ilusionado/a por mi trabajo	0	1	2	3	4
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo	0	1	2	3	4

15.2 CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Yo, _____ acepto voluntariamente participar con la C. Kathia María Jaimes Martínez y la C. Illyani Andrea Jiménez Rojas en el estudio titulado “Incidencia de Síndrome de Burnout en unidades de atención de primer nivel del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) en la coordinación municipal de Texcalyacac, Estado de México”

He sido informado de los objetivos y procedimientos que dicho estudio implica, así como el responder de manera voluntaria el cuestionario anexo a este consentimiento.

Me han aclarado que mi participación es totalmente voluntaria, se me ha comunicado que este estudio no genera ningún riesgo para mi salud y que mis datos serán usados de manera confidencial y exclusivamente para los fines que el estudio requiera

En caso de resultar positivo el resultado, seré informado de manera personal y canalizado con un especialista para mi tratamiento

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LAS INVESTIGADORAS
C. ILLYANI ANDREA JIMENEZ ROJAS
C. KATHIA MARIA JAIMES MARTÍNEZ

15.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Cuestionario	Unidad en la que labora actualmente	Sexo		Edad	Estado civil	Número de hijos	Escolaridad	Tipo de Contrato	Cargo que ocupa en su unidad	Tiempo que lleva en su puesto de trabajo	Tiempo que lleva trabajando para el ISEM
		H	M								

15.4 COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL COORDINADOR DE
TEXCALYACAC, DR. ARTEMIO RIVERA ALEMÁN



"2012 Año del Bicentenario de los Sentimientos de la Nación"



GRANDE

San Antonio La Isla, Estado de México a 25 de Enero del 2013

M. en Ed. Miguel Fernández López
Jefe del departamento de Evaluación Profesional
P R E S E N T E

En referencia a su solicitud de fecha 24 de Enero del año en curso, en el que solicitan la autorización para aplicar un cuestionario al personal a mi cargo, con el fin de obtener información que será parte del material de investigación, de la tesis con nombre "INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE LA COORDINACIÓN DE TEXCALYACAC", para obtener el título de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, me permito manifestarles lo siguiente:

Se autoriza la aplicación del cuestionario de acuerdo al modelo presentado por ustedes, denominado "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)", dentro del personal de salud que pertenece a la coordinación de Texcalyacac.

La información obtenida deberá ser manejada con absoluta discreción y tendrá la aplicación para los fines académicos que ustedes requieren, destacando que aquellos casos positivos serán informados a ésta coordinación con el fin de canalizarlos a los profesionales competentes de la institución para el tratamiento adecuado.

Cordialmente,

DR. ARTEMIO RIVERA ALEMÁN
Coordinador Municipal de Texcalyacac
Jurisdicción Tenango del Valle



C.C. Dra. Janette López Medrano. Coordinadora de Enseñanza y Jurisdicción Tenango del Valle
Archivo

RECIBIDO

07 FEB 2013

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL

Firma:
08:21 h.

16. GLOSARIO

Agotamiento emocional: Hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás debido al trabajo que se realiza. Es una de las tres dimensiones del síndrome de *Burnout*.⁽¹⁰⁾

Apatía: Dejadéz, indolencia, falta de vigor o energía.⁽²⁸⁾

Auto concepto: Es la percepción o imagen de uno mismo. Es decir, el conjunto de pensamientos con los que nos describimos a nosotros mismos. No es algo innato sino que se forma a partir de sentimientos y experiencias.⁽¹⁰⁾

Autoestima: Es la evaluación que efectúa y mantiene el individuo en referencia a sí mismo, y expresa una actitud de aprobación o desaprobación. Es la valoración que hace uno de sí mismo y de cómo se siente.⁽¹⁰⁾

Autonomía: Hace referencia a la posibilidad que tiene el trabajador de organizar su trabajo, regulando su ritmo, determinando el orden y la forma de realizar las tareas.⁽¹⁰⁾

CEAPS: Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud donde se pretende preservar y restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación ofreciendo servicios de atención médica, general y especializada y/o de hospitalización con calidad y calidez.⁽²⁴⁾

Centro de salud: lugar donde se ofrecen servicios de salud con calidad y calidez para preservar y restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.⁽²⁴⁾

Coordinación municipal: área de responsabilidad que pretende el fomento sanitario y atención médica de calidad a la población comprendida en esa región, proporcionando una adecuada información, orientación, apoyo y coordinación de las acciones técnico administrativas necesarias para su realización.⁽²⁴⁾

Culpa: Desarrollo de sentimientos de culpa debidos fundamentalmente al desarrollo de las actitudes negativas hacia los clientes de la organización.⁽¹¹⁾

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.⁽²⁸⁾

Desgaste psíquico: Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. ⁽¹¹⁾

Deshumanización: Acción y efecto de deshumanizar. ⁽²⁸⁾

Deshumanizar: Privar de caracteres humanos. ⁽²⁸⁾

Despersonalización: Consiste en el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas beneficiarias del propio trabajo. Es una de las tres dimensiones del *Burnout*. ⁽¹⁰⁾

Empatía: Es la capacidad de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona y de compartir sus sentimientos, lo cual puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. ⁽¹⁰⁾

Entusiasmo: Exaltación y fogosidad del ánimo, excitado por algo que lo admire o cautiva. ⁽²⁸⁾

Estímulo: actores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo. ⁽²⁸⁾

Estrategia de afrontamiento: hace referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. ⁽¹⁰⁾

Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. ⁽²⁸⁾

Estrés de rol: Se origina por el desempeño de roles en la organización, y comprende la ambigüedad el conflicto y la sobrecarga de rol, que es la acumulación de deberes y demandas por el desempeño de uno o varios roles, tanto cuantitativa como cualitativa. ⁽¹⁰⁾

Factor de riesgo: Conjunto de exigencias y características del trabajo, del ambiente laboral y de la organización, que al interactuar con las capacidades, situación personal, expectativas, cultura, actitudes y necesidades del trabajador pueden incidir negativamente en su salud. ⁽¹⁰⁾

Falta de realización personal: Es la tendencia a evaluarse uno a sí mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima. Es una de las tres dimensiones del *Burnout*. ⁽¹⁰⁾

Fatiga: Molestia ocasionada por un esfuerzo más o menos prolongado o por otras causas y que se manifiesta en la respiración frecuente o difícil. ⁽²⁸⁾

Frustración: acción y efecto de frustrar. ⁽²⁸⁾

Frustrar: Dejar sin efecto un propósito contra la intención de quien procura realizarlo. ⁽²⁸⁾

Indolencia: Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan. ⁽¹¹⁾

Instrumento de investigación: recurso del que puede valerse un investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. Se realiza bajo una serie de ítems que son los indicadores de los diferentes elementos a observar. ⁽¹¹⁾

Ilusión por el trabajo. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. ⁽¹¹⁾

ISEM: Instituto de Salud del Estado de México. ⁽²⁴⁾

Jurisdicción sanitaria: unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población abierta, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia. ⁽²⁴⁾

Satisfacción laboral: Es el grado de bienestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo, porque son satisfechas determinadas necesidades y ve realizadas las diferentes aspiraciones que puede tener, ya sean de tipo social, personal, económico o higiénico. ⁽¹⁰⁾

Síndrome: Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad. ⁽²⁸⁾

Síndrome de Quemarse por el Trabajo: Es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y cuyos síntomas más característicos son: pérdida de ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, actitudes negativas hacia los clientes de la organización y, en determinados casos, sentimientos de culpa. ⁽¹¹⁾

Sobrecarga laboral: Se produce cuando la cantidad de trabajo (*sobrecarga cuantitativa*) y cuando la complejidad de la tarea o altas demandas intelectuales (*sobrecarga cualitativa*) son excesivas y están por encima de la capacidad del trabajador para responder a esa tarea. ⁽¹⁰⁾

Validez factorial: concepto que hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. De esta forma, un instrumento de medida es válido en la medida en que las evidencias empíricas legitiman la interpretación de las puntuaciones arrojadas por el test. ⁽¹¹⁾

TAPS: Técnico en Atención Primaria a la Salud. ⁽²⁴⁾

Terapia psicológica: proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consultarlo que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. ⁽¹¹⁾