

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
CHALCO”**

HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSE MARÍA RODRIGUEZ”

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. ADRIANA PATRICIA ROA TEJEDA**

**DIRECTOR DE TESIS
E. en GERIATRIA. MARÍA DE LOURDES GÓMEZ ZELANDA**

**REVISORES DE TESIS
E.M.F. MARIA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ
E.M.F. MONICA LÓPEZ GARCÍA
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
CHALCO”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	1
I.1. Introducción	1
I.1.1. Estrés.	2
I.1.2. Estrés laboral.	3
I.2. El Síndrome de Burnout (Un proceso de estrés laboral).	4
I.2.1. Definición.	5
I.3. Períodos del estudio del síndrome de Burnout.	7
I.3.1 Fase Pionera.	7
I.3.2. Fase Empírica.	9
I.4. Evolución histórica en el contexto organizacional.	10
I.4.1. Definición.	12
I.4.2. Delimitación conceptual.	13
I.4.3. Dimensiones del síndrome de Burnout.	13
I.5. Modelos Teóricos	15
I.5.1. Teoría Sociocognitiva del Yo.	15
I.5.2. Teoría del Intercambio Social.	16
I.5.3. Teoría Organizacional.	16
I.6. Epidemiología.	17
I.7. Factores que desencadenan el síndrome de Burnout.	17
I.8. Diagnóstico del síndrome de Burnout.	20
I.8.1. Estructura del Maslach Burnout Inventory	21
I.8.2. Cuadro clínico del síndrome de Burnout.	21
I.9. Situación actual del síndrome de Burnout.	22
I.10. Prevención y tratamiento.	23
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	24
II.1 Argumentación.	24
II.2 Pregunta de Investigación.	24
III. JUSTIFICACIONES.	25
III.1 Académica.	25
III.2 Científica.	25
III.3 Social.	25
IV. OBJETIVOS	26
IV.1 General.	26
IV.2. Específicos.	26
V. MÉTODO.	27
V.1 Tipo de estudio.	27
V.2. Diseño del estudio.	27
V.3 Operacionalización de variables.	28
V.4 Universo de Trabajo.	30
V.4.1 Criterios de inclusión.	30
V.4.2 Criterios de exclusión.	30

V.4.3 Criterios de eliminación.	30
V.5. Instrumento de Investigación	31
V.5.1 Descripción	31
V.5.2 Validación	32
V.5.3 Aplicación	32
V.6 Desarrollo del proyecto	33
V.7 Límite de espacio	33
V.8 Límite de tiempo	33
V.9 Diseño de análisis	33
VI. IMPLICACIONES ÉTICAS.	34
VII. ORGANIZACIÓN	35
VIII. RESULTADOS	36
IX. DISCUSIÓN	39
X. CUADROS Y GRÁFICOS	40
XI. CONCLUSIONES	54
XII. RECOMENDACIONES	55
XIII. BIBLIOGRAFÍA	56
XIV. ANEXOS	61

RESUMEN

El trabajo es una actividad que permite el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos, representa una fuente que genera los medios materiales para la reproducción social; sin embargo, dicha actividad también es un medio que origina insatisfacción, desmotivación, bajo rendimiento laboral y se convierte en una fuente importante de diversos trastornos.

En la década de los setentas, se comienzan a desarrollar estudios del Síndrome de Burnout, por investigadores preocupados con la salud laboral de los trabajadores que realizaban actividades demasiado exigentes, desde una perspectiva psicosocial se conceptualiza como un proceso en el que intervienen elementos cognitivo-aptitudinales, (baja realización en el trabajo) emocionales, (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).

El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador, por lo que en la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores así como a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y por último, puede tener una influencia negativa en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios.

En este trabajo, se presenta una revisión del concepto de Burnout, las variables de las que depende, las medidas más utilizadas, las consecuencias del mismo y las estrategias de intervención que se han desarrollado para prevenir y tratar este problema de salud, también se realiza una propuesta de análisis conceptual del Burnout como un ejemplo de evitación experiencial, así como de sus implicaciones en el tratamiento.

SUMMARY

A job is an activity that allows the individuals' development of capabilities and potentiality; it also represents a source that creates all the material means for social reproduction; however, such an activity is also a means that causes dissatisfaction, lack of motivation, low work performance, and becomes a critical source of an array of disorders.

Studies on the Burnout syndrome began to develop by the mid 1970's which were carried out by researchers concerned with the occupational health of workers who carried out very demanding activities. From a psycho-social standpoint, the Burnout syndrome is framed as a concept of a process in which cognitive-aptitude elements take place (low fulfillment at the work place) as well as emotional (emotional tiredness) and attitude aspects (depersonalization).

The sanitary personnel often are faced with life or death conditions; their work can become physically and emotionally tiring. Therefore this issue is important nowadays given that it affects the morals and psychological wellbeing of workers as well as the quality and treatment given to the patients. And last, it may show a negative influence on the administrative performance of the sanitary services.

A revision of the Burnout concept is presented in this work as well as the variables of which it depends on, the most used measures, its consequences, and the intervention strategies that have been developed in order to prevent and treat this health problem. It also presents a proposal for the Burnout conceptual analysis as an example of experience avoidance as well as its implications from treatment.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. INTRODUCCIÓN

El ritmo cada vez más frenético de la sociedad, tiene como resultado presiones que provienen de una amplia variedad de fuentes, incluyendo el trabajo. El estrés se ha convertido en una palabra cada vez más empleada para describir muchas situaciones complejas en las relaciones institucionales laborales.⁽¹⁾

Todo ser humano está sometido a demandas internas y/o externas las cuales reclaman una respuesta provocando una situación de estrés. Los eventos o circunstancias que son percibidos como amenazantes o nocivos y que producen sentimientos y respuestas de tensión se denominan “estresores”, se clasifican en agudos y crónicos. Los estresores agudos, generalmente son acontecimientos vitales que pueden dañar a una o varias personas, los estresores crónicos, son estables, repetitivos y permanentes, se caracterizan por una demanda ambiental continua que afecta la capacidad de respuesta del sujeto y su proceso de adaptación.⁽²⁾

Para que el individuo se encuentre estresado debe existir una discrepancia entre las demandas del medio al que se encuentre sometido y sus propios recursos para enfrentar el estrés. Este se define como «la respuesta del organismo a las demandas del estilo de vida que nosotros escogemos o al que estamos sometidos». El estrés aumenta las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras del organismo, agudiza la percepción, facilita el proceso de la información, una mayor búsqueda de soluciones y permite la selección de conductas de adaptación. Sin embargo, si la respuesta a la situación de estrés es frecuente, intensa y duradera termina por dañar la salud del individuo, provocando lesiones corporales irreversibles.⁽³⁾

El ambiente en el cual el trabajador desempeña su labor o por el contrario la deja de desempeñar, resulta de importancia desde el punto de vista laboral y define el rendimiento global de la organización. El enorme potencial del factor humano con el que cuentan las organizaciones debe ser aprovechado al máximo; para que esto sea posible, todas las organizaciones, deben reunir toda la información necesaria para mejorar su productividad, una de las formas para lograrlo es conociendo y manejando aquellos determinantes del desempeño arraigados en la conducta de las personas, en vista de que las mismas constituyen el principal insumo de las empresas.⁽⁴⁾

Históricamente, el trabajo representa una fuente que genera los medios materiales para la reproducción social y por otra parte, es una actividad que permite el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos; sin embargo, dicha actividad también es un medio que genera insatisfacción, desmotivación,

bajo rendimiento laboral y se convierte en fuente importante de diversos trastornos.

La Organización Internacional del Trabajo (OTI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestaron en 1984 que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de carácter psicológico, de comportamiento o somático y condiciones de trabajo estresantes; por otra parte, plantea que el trabajo integra factores psicosociales positivos, propicios para la conservación e incluso el mejoramiento de la salud y que el enfoque más común para tratar las relaciones entre medio ambiente psicológico de trabajo y la salud de los trabajadores ha sido la aplicación del concepto de *Estrés*.⁽⁵⁾

I.1.1. ESTRES

El estrés etiquetado como enfermedad emergente y tras los datos de la IV Encuesta Sobre Condiciones de Trabajo realizada por el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSHI), revela que uno de cada tres trabajadores es afectado por este problema de salud, considerándose a este, como uno de los principales desafíos para la Seguridad y Salud a que se enfrentan las organizaciones.⁽⁶⁾

El término estrés, es una adaptación al castellano de la voz inglesa “*stress*”. Esta palabra apareció en el inglés medieval en la forma de *distress*, que, a su vez provenía del francés antiguo “*desstresse*”. Originalmente fue utilizado en el campo de la ingeniería para describir un elemento que ejercía un esfuerzo físico en una estructura. En los sistemas biológicos se define por lo general como una condición que perturba seriamente la homeostasis de un organismo.⁽⁷⁾

El concepto de estrés adolece de la ambigua bendición de ser demasiado bien conocido y demasiado poco entendido; se deriva del vocablo latín “*stringere*” que significa “*provocar tensión*”. Se empezó a utilizar desde el siglo XIV para expresar dureza, tensión, diversidad o aflicción, tiene antecedentes en la medicina a partir del siglo XIX.⁽⁸⁾

Walter B. Cannon es uno de los padres del enfoque teórico del estrés; durante los años treinta, estudió la respuesta de activación neurovegetativa y de la médula suprarrenal ante la presentación de estímulos que amenazan la homeostasis; en sus estudios comunicó “los niveles críticos del estrés” y los definió como aquellas situaciones que producen un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.⁽⁹⁾

En las ciencias biomédicas es Hans Hugo Bruno Seyle, joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, quien en 1936 observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad, presentaban síntomas comunes y generales tales como: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc.,

esto llamó mucho su atención, por lo que le denominó “*Síndrome de Estar Enfermo*”. Hans Selye definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior". Lo divide en Distrés y Eutrés. Hans Selye describió 3 etapas del estrés:

- 1.- Alarma o reacción,
- 2.- Adaptación y,
- 3.- Agotamiento o descompensación. En esta última etapa se produce la pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad.⁽¹⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud define el estrés como: “*el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción*”. En la actualidad el estrés implica “*cualquier factor que actúe interna o externamente al cual se le hace difícil adaptarse y que induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de él mismo y con su ambiente externo*”. Una de las condicionantes de estrés es el medio de trabajo.⁽¹¹⁾

I.1.2. ESTRÉS LABORAL

“El estrés relacionado con el trabajo puede definirse como la respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos o las necesidades del trabajador. El estrés relacionado con el trabajo puede dañar la salud e incluso causar lesiones.”¹

El estrés en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema muy difundido debido a las nuevas formas de organización del trabajo, las nuevas relaciones de trabajo y los nuevos patrones de empleo.

Un estudio reciente de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) descubrió que en promedio, 22% de la fuerza de trabajo europea está estresada, con niveles notablemente mayores en los Estados de recién ingreso a la UE (30 %) que en los Estados que han sido miembros por más tiempo (20%).

El estrés tiene una prevalencia mayor en el sector educativo y el sector salud. El grupo más grande de trabajadores que padecían ansiedad en el trabajo era el de los empleados en los sectores educativo y de la salud (12.7 %), la administración pública y la defensa (11.1 %) y, la agricultura, caza, silvicultura y pesca (9.4 %) **(EU-OSHA, 2009)**

¹ Stress at work, Instituto Nacional Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos, 1999.

En 2002 la Comisión Europea informó que el costo anual del estrés relacionado con el trabajo en 15 de los países de la Unión Europea era de 20.000 millones de Euros al año (**EU-OSHA, 2009**).⁽¹²⁾

El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización y diseño del trabajo, y por las relaciones laborales. Emerge cuando el conocimiento y la capacidad para resistir, afrontar y superar dificultades de un trabajador individual o de un grupo, no corresponden a las expectativas de la cultura organizacional de una empresa.

El estrés laboral forma parte de nuestra vida y si no se enfrenta adecuadamente tiene consecuencias negativas. Cuando el estrés se presenta en el ambiente laboral en forma crónica y sostenida, los sujetos pueden desarrollar la vivencia de encontrarse emocionalmente agotados y con actitudes negativas hacia las personas con quienes trabajan; además, hacia su rol profesional, lo que se ha descrito como: **“Síndrome de Burnout”** o agotamiento profesional.⁽¹³⁾

I.2. EL SÍNDROME DE *BURNOUT* (UN PROCESO DE ESTRÉS LABORAL)

Los profesionales de la salud son más vulnerables al estrés crónico laboral y al desgaste emocional, debido a que su trabajo les sitúa en interacción directa con los problemas psicológicos, físicos y/o sociales de los pacientes.

El síndrome de Burnout se considera como una consecuencia de un proceso crónico de estrés laboral, en el que el profesional sanitario utiliza estrategias de afrontamiento que dejan de ser eficaces ante la perpetuación de la situación estresante en el tiempo. La respuesta ante este proceso de estrés crónico es afectiva, (agotamiento emocional) cognitiva, (pérdida de la ilusión en el trabajo) y cuando las consecuencias se presentan a nivel personal, individual y a nivel organizacional, disminuye la calidad asistencial.⁽¹⁴⁾

Valorando este concepto, es lógico suponer por qué el personal de la salud es potencialmente propenso a presentar este síndrome o alguno de sus componentes, por su contacto con aspectos particularmente sensibles para el ser humano y por las elevadas expectativas y demandas, no sólo de las personas enfermas, sino también de sus familiares, depositarios de sus grandes descargas emocionales de irritación, desesperanza, frustración y miedo provenientes de sus enfermos. De igual manera, su propio contenido de trabajo lo expone a la toma de decisiones rápidas, lo cual aumenta su probabilidad de error, decisiones que muchas veces tienen que ver con la vida y la muerte.⁽¹⁵⁾

El interés por el estudio de la calidad de vida laboral viene asociado al estrés laboral y a sus repercusiones, ya que el mismo afecta la salud física y mental del trabajador, incide sobre su rendimiento laboral, e impacta de manera directa a la organización que lo contrata. En consecuencia, dentro del marco del estudio de los procesos del estrés laboral surgió el estudio del *Síndrome de Burnout*, considerado como un serio proceso de deterioro de la calidad de vida del trabajador.²

Barquín refiere que dentro de las actividades y la administración de un hospital se debe tener un funcionamiento eficiente y oportuno en la prestación del servicio médico apoyado en un equipo humano capaz y organizado, con aprovisionamiento de equipo y material adecuados, mantenimiento de la estructura física y funcional conveniente, para realizar con calidad los servicios, contemplando los sistemas de recompensa, carga de trabajo y buen ambiente laboral. En un momento dado estos factores se pierden y se convierten en vicios organizacionales. Los factores viciados de la organización incluyen: 1) sobrecarga de trabajo, 2) pérdida de control sobre lo que se realiza, 3) falta de cordialidad en el lugar de trabajo, 4) sistemas de recompensa, 5) injusticia y 6) toma de decisiones con relación al conflicto con los valores.⁽¹⁶⁾

I.2.1.DEFINICION

El Síndrome de Burnout (SB), denominado también Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), Psíquico o del Quemado (SQ) fue descrito por primera vez en 1961 en la publicación: “*A Burnout case*” por Graham Greens.⁽¹⁷⁾

En 1969 H.B. Bradley menciona por primera vez el término “*Staff Burnout*” en un artículo acerca de la libertad condicional en oficiales de policía que dirigían un programa de tratamiento basado en la comunidad para los menores delincuentes.⁽¹⁸⁾

El término Burnout acuñado por Herbert J. Freudenberger médico psiquiatría americano, lo etiquetó con un término que se utiliza coloquialmente para referirse a los efectos del abuso crónico de drogas.⁽¹⁹⁾ Describe el síndrome como “*el agotamiento de energía expresado por los profesionistas cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás*”. Partió de su experiencia como

² El concepto de calidad de vida ha venido en constante evolución desde los años 60. Inicialmente, sólo hacía referencia a estándares de vida material. Los avances en el estudio de la calidad de vida han sido considerables pero aun hoy nos encontramos frente a la dificultad de hallar una definición consensuada que da cuenta de la totalidad de lo que el concepto implica. Si bien encontramos tantas definiciones de calidad de vida como modelos propuestos, todos coinciden en que es un concepto multidimensional, que incluye un eje objetivo y uno subjetivo. El grupo de trabajo en calidad de vida de la OMS (WHOQOL Group, 1994) definió la calidad de vida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”. Se integran así la evaluación de las necesidades materiales con las psicológicas, las sociales y con la percepción de cada persona acerca de sus propias experiencias y circunstancias de vida.

asistente voluntario en las “Free Clinic” de Nueva York para toxicómanos, que habían proliferado en los E.E.U.U. a partir de los años setenta, se percató de que los psicoanalistas, la mayoría jóvenes idealistas repetían con mucha frecuencia el mismo proceso: al principio llegaban llenos de ilusión, con ganas de cambiar al mundo, de entregarse a los demás en forma altruista; sin embargo, poco a poco esas ilusiones se iban perdiendo al contacto con la realidad y aproximadamente al año un porcentaje importante de ellos tenían trastornos emocionales.^{(20) (21)}

El tipo de trabajo que estas personas hacían, se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario escaso y un contexto social muy exigente; además, describió como estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas con la relación de los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. *Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante* fue en ese momento cuando se introdujo el término *Burnout* por primera vez en la literatura médica.⁽²²⁾

El síndrome de Burnout, se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios y se ha detectado principalmente en profesionistas que mantienen una relación constante y directa con personas que tienen una situación de necesidad o dependencia. Ejemplo de ello son los médicos, enfermeras y profesores que se enfrentan a eventos de intensa carga emocional para el profesional, confirmando lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), quien define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados y lo califica como un riesgo laboral.⁽²³⁾

La psicóloga social Christina Maslach de la Universidad de Berkeley; California en Estados Unidos de Norte América en 1976, da a conocer este síndrome en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología estudiaba las formas de afrontamiento con la activación emocional en el trabajo y comenzó a aplicar el término Burnout para referirse inicialmente a la identidad profesional y la conducta laboral inadecuada de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad, desinterés y cinismo entre sus compañeros de trabajo. *Burnout* era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos.⁽²⁴⁾

En la década de los ochentas la psicóloga Christina Maslach, retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el “*Síndrome de Burnout*” y en colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, desarrolla un instrumento para su diagnóstico, denominado:

“*Cuestionario de Maslach*”. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: a) agotamiento emocional, b) cinismo o despersonalización y c) baja realización personal en el trabajo.

Maslach y Jackson, especialistas en psicología de la salud, han definido al síndrome de Burnout como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicio que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

Indudablemente el desarrollo del constructo del Burnout está asociado al trabajo de Maslach. Si bien se suele reconocer a Freudenberg el uso pionero del término, su estudio ha sido episódico, centrado en los aspectos clínicos y descriptivos del término, siendo Maslach la que con su trabajo, ha convertido al Burnout en un paradigma de investigación, sin sus aportaciones el trabajo de Freudenberg hubiera pasado desapercibido.

En el estudio del Burnout se han registrado dos periodos claramente diferenciados: un periodo pionero de formulación y otro de afianzamiento y verificación empírica.

I.3. PERÍODOS DEL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

I.3.1. FASE PIONERA

En la primera fase, el trabajo fue exploratorio y tenía el objetivo de articular el fenómeno del Burnout. Los artículos iniciales aparecieron a mediados de 1970 en los Estados Unidos y su principal contribución fue describir el fenómeno básico, darle un nombre y demostrar que no era una respuesta poco común. Por tanto, estos primeros escritos se basan en la experiencia de las personas que trabajan en los servicios humanos y de salud, ocupaciones en las que el objetivo es proporcionar ayuda y servicios a las personas necesitadas y que puede caracterizarse por factores estresantes emocionales e interpersonales.

Por lo tanto, la investigación Burnout tiene sus raíces en la prestación de cuidados y servicios, ocupaciones en las que el núcleo del trabajo era la relación entre el proveedor y el receptor. Este contexto interpersonal del trabajo significa que, desde el principio, el agotamiento fue estudiado no tanto como una respuesta al estrés individual, sino en términos de las transacciones relacionales de un individuo en el lugar de trabajo.

Por otra parte, este contexto interpersonal concentró la atención en las emociones del individuo y sobre los motivos y valores que subyacen a su trabajo con los beneficiarios.

Las perspectivas psicológicas clínicas y sociales de los artículos iniciales influyeron en la naturaleza de la primera fase de la investigación de Burnout. En la parte clínica, la atención se centró en los síntomas de agotamiento y en temas de salud mental. En el aspecto social, la atención se centró en la relación entre proveedor y receptor, en el contexto situacional de las ocupaciones de servicios.

La mayor parte de esta investigación inicial fue descriptivo y cualitativo, utilizando técnicas como entrevistas, estudios de casos y observaciones in situ.

El segundo componente de despersonalización (cinismo) también surgió de las entrevistas, ya que la gente describe la forma en que trataron de hacer frente a las tensiones emocionales de su trabajo. Moderando la compasión con clientes por la distancia emocional de ellos ("preocupación individual") fue visto como una forma de protegerse de la intensa excitación emocional que pueda interferir con el funcionamiento eficaz en el trabajo; sin embargo, un desequilibrio de desprendimiento excesivo y poca preocupación parecía conducir al personal a responder a los clientes de manera negativa, insensible y des-humanizada.

Una mejor idea del contexto situacional de la relación proveedor-receptor proviene de las observaciones de campo, además de las entrevistas. Fue posible ver algunos de primera mano de los factores de trabajo que habían sido descritas en entrevistas anteriores, como el elevado número de clientes (número de casos), la prevalencia de la retroalimentación de los clientes negativa, y la escasez de recursos. También fue posible observar otros aspectos, no declarada de la interacción entre el proveedor y el cliente, tales como comportamientos "distanciamiento" no verbales.

Entrelazando a lo largo de este primer trabajo era un tema central en las relaciones, por lo general entre el proveedor y el receptor, también entre el proveedor y los compañeros de trabajo o familiares. Estas relaciones fueron la fuente de ambas cepas y recompensas emocionales y a veces funcionaba como un recurso para hacer frente a la centralidad stress. La importancia de estas interacciones, de las experiencias que se están describiendo, dejó en claro que un análisis contextual del fenómeno global sería el más adecuado para profundizar en ella.

Además, esta primera fase se caracterizó por una fuerte orientación aplicada, lo que refleja el conjunto particular de factores sociales, económicos, históricos y culturales de la década de 1970. Estos factores influyeron en la profesionalización de los servicios humanos en los Estados Unidos y han hecho que sea más difícil para las personas a encontrar plenitud y satisfacción en estas carreras. La gran preocupación en estas ocupaciones sobre el problema del agotamiento provocó soluciones inmediatas, a pesar de la falta de mucho conocimiento sólido de las causas y correlaciones de Burnout. Talleres sobre Burnout se implementaron en un modo primario de la intervención y también se utilizaron como fuentes de información por parte de algunos investigadores.⁽²⁵⁾ (20)

I.3.2.FASE EMPIRICA

En la década de los ochenta, el trabajo sobre el Burnout desplazó a más investigación empírica sistemática.

Este trabajo era más de naturaleza cuantitativa, utilizando la metodología de cuestionario y encuesta y el estudio de las poblaciones sujetas, grandes. Un aspecto particular de esta investigación, fue la evaluación del Burnout (se han desarrollado varias medidas diferentes) La escala que ha tenido las propiedades psicométricas más fuertes y se sigue utilizando más ampliamente por los investigadores es el "*Maslach Burnout Inventory*" (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1981).

El cambio hacia un mayor empirismo fue acompañado por aportes teóricos y metodológicos del campo de la psicología organizacional industrial. El Burnout fue visto como una forma de estrés laboral, con enlaces a conceptos tales como la satisfacción laboral, el compromiso organizacional y la rotación. El enfoque industria-organización, al combinarse con el trabajo anterior basado en la psicología clínica y social, generó una mayor diversidad de perspectivas sobre Burnout y fortaleció la base académica a través del uso de herramientas estandarizadas y diseños de investigación.

Para el año 1990 esta fase empírica continuó, pero con varias direcciones nuevas: en primer lugar, el concepto de Burnout se extendió a las ocupaciones más allá de los servicios sociales y la educación, por ejemplo: de oficina, informática, militares, administradores; en segundo lugar, la investigación Burnout se ha mejorado mediante la metodología más sofisticada y herramientas estadísticas. Las complejas relaciones entre los factores de la organización y los tres componentes del Burnout llevaron a la utilización de los modelos estructurales en la investigación.

Este enfoque permite a los investigadores examinar la contribución de muchas influencias y consecuencias potenciales simultáneamente, separando contribuyentes únicas para el desarrollo de desgaste de los que son redundantes. En tercer lugar, algunos estudios longitudinales comenzaron a evaluar los vínculos entre el medio ambiente de trabajo en un tiempo y los pensamientos y sentimientos de la persona en un momento posterior, además de abordar la premisa fundamental de que el Burnout es una consecuencia de la interacción del individuo con el ambiente de trabajo, los estudios longitudinales son importantes para evaluar el impacto de las intervenciones para aliviar el agotamiento. (20) (25)

I.4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN EL CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Veamos en primer lugar, cómo se ha ido desarrollando el concepto de *Burnout* desde su origen hasta nuestros días. Para facilitararlo, es importante hablar de las definiciones más significativas. Freudenberger (1974) define *Burnout* como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Maslach (1976) lo describe cómo el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.

Edelwich y Brodsky (1980) plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece *Burnout*: a) entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; b) estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración, c) frustración, en la que surgen problemas emocionales, físicos y conductuales, (esta fase, es el núcleo central del síndrome), d) apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Cherniss (1980) desde otra perspectiva, lo muestra como un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Maslach y Jackson (1981) más tarde lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el *Burnout* se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Moreno, Oliver y Aragonese (1991) hablan de un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo. Leiter (1992) lo asemeja a una crisis de autoeficacia. Distanciando así el *Burnout* del estrés laboral.

Garcés de Los Fayos (1994) señala que el *Burnout* puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste. Schaufeli y Buunk (1996) interpretan el *Burnout* en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta.

Gil-Monte y Peiró (1997) defienden una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de *Burnout*: a) predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales”, y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Gil-Monte y Peiró (2000) desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de *Burnout* como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja emocional) y actitudinales (despersonalización). Peris (2002) enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado: “*Síndrome de Burnout*”, “estar quemado” o “desgaste psíquico”.

Más recientemente, el *Burnout* se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a *Burnout* (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004). Actualmente, Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el síndrome de *Burnout* como la paradoja de la atención en salud: *el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes*. Maslach y Leiter (2008) relacionan el *Burnout* especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

Como elementos diferenciadores de las distintas definiciones, encontramos por una parte autores que destacan la relación del *Burnout* con el estrés laboral, otros que comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome,

los que lo relacionan con una sobrecarga cognitiva para el individuo o por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de auto-eficacia. Con todo esto, podríamos señalar la inadecuada adaptación al estrés laboral, por cualquiera de los aspectos comentados anteriormente, como factor inherente al desarrollo del *Burnout*. De ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales, de los que la presencia de unos u otros, llevarán a la persona, dependiendo de factores individuales especialmente cognitivos y de la escasez de recursos de afrontamiento a desarrollar el “*Síndrome de Burnout*”.

Del recorrido histórico anterior podríamos extraer, como conclusión, que el *Burnout* sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrán ser de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición. Es necesaria la presencia de unas “interacciones humanas” trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el *Burnout* como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.⁽²⁶⁾

En la literatura especializada al menos nos ofrece diecisiete denominaciones diferentes al español en que se puede encontrar al Burnout con diferente terminología, si bien algunas de ellas presentan gran similitud. Pueden ser clasificadas en tres grupos:

- a) Denominaciones que toman como referencia para el nombre en español el término original anglosajón **Burnout** (síndrome de estar quemado).
- b) Denominaciones que toman en cuenta el contenido semántico de la palabra o de la patología (desgaste profesional, desgaste psíquico, síndrome de cansancio emocional, síndrome de quemazón).
- c) Estudios en los que consideran que el síndrome de quemarse en el trabajo es sinónimo de estrés laboral (estrés laboral asistencial, estrés profesional).

El número de denominaciones se puede ampliar a dieciocho al incluir la denominación À, enfermedad de Tomás o síndrome de Tomás.⁽²⁷⁾

I.4.1. DEFINICION

La más aceptada hoy en día es la propuesta por Maslach y Jackson, utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, que lo conceptualizaron como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: una personalidad fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que han de realizar.⁽²⁸⁾

I.4.2. DELIMITACION CONCEPTUAL

En la delimitación conceptual del término pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La *perspectiva clínica* lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La *perspectiva psicosocial* lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas.

Existe una diferencia clave entre el *Burnout* como estado o como proceso, ya que el *Burnout como estado*, entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” o *burnout* sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la concepción *como proceso*, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo. Desde esta última perspectiva, el *Burnout* podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias.

El proceso de *Burnout* supone una interacción de variables afectivas, cognitivo aptitudinales y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial; más que un estado, es una particular respuesta a corto y medio plazo al estrés crónico en el trabajo. Y en relación con este último aspecto Farber (1984) señala que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero el *Burnout* siempre los muestra negativos. (26)

I.4.3. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

- **AGOTAMIENTO EMOCIONAL:** Representa la dimensión del estrés individual. Es una reducción de los recursos emocionales y físicos, el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. Constituye la primera fase del proceso con 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, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se les empieza a percibir como personas insatisfechas, quejasas o irritables. El agotamiento es la cualidad fundamental de Burnout y la manifestación más evidente de este complejo síndrome. Cuando las personas se describen a sí mismos o a otras personas como experimentan el agotamiento, se refieren a menudo a la experiencia de cansancio.

Aunque el agotamiento refleja la dimensión del estrés del Burnout, que no logra captar los aspectos críticos de la relación que las personas tienen con su trabajo. El agotamiento no es simplemente una experiencia más, solicita medidas para distanciarse emocionalmente y cognitivamente de trabajo de uno, probablemente como una forma de hacer frente a la sobrecarga de trabajo. Dentro de los servicios humanos, las demandas emocionales del trabajo pueden agotar la capacidad de un proveedor de servicios de estar involucrado, y que responda a las necesidades de los destinatarios del servicio.

- **DESPERSONALIZACIÓN:** Representa la dimensión del contexto interpersonal, lo que se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente separado a los diversos aspectos del trabajo. La refieren como el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud impersonal, con aislamiento de los demás, con etiquetamiento despectivo para calificar a los otros y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales. Es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal; en lugar de, expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

El distanciamiento es una reacción tan inmediata al cansancio que una fuerte relación de agotamiento al cinismo (despersonalización) se encuentra constantemente en la investigación de Burnout, a través de una amplia gama de contextos organizacionales y laborales. La relación de ineficacia (baja realización personal) a los otros dos aspectos del Burnout es algo más complejo. En algunos casos, parece ser una función, en cierto grado, de cualquiera: agotamiento o cinismo, o una combinación de los dos.

- **REALIZACIÓN PERSONAL:** Representa la dimensión de la autoevaluación del Burnout. Se refiere a los sentimientos de incompetencia, la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimiento de baja autoestima. Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y fundamentalmente un creciente alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, surgiendo una especie de autorreclusión.

La situación crónica del trabajo, con las demandas abrumadoras que contribuyen al agotamiento o cinismo es probable que erosione el propio sentido de la eficacia. Además, agotamiento o despersonalización interfieren con la eficacia: Es difícil tener un sentido de logro cuando se siente agotado o cuando se ayuda a las personas a quienes uno es indiferente. Sin embargo, en otros contextos de trabajo, la ineficacia parece desarrollarse en paralelo con los otros dos aspectos Burnout, en lugar de secuencialmente. La falta de eficacia parece surgir más claramente a partir de la falta de recursos pertinentes, mientras que el agotamiento y cinismo surgen de la presencia de la sobrecarga de trabajo y el conflicto social. ⁽²⁹⁾
(30) (31)

En definitiva, el **agotamiento emocional** es una reducción de los recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, lo que se acompaña de manifestaciones somáticas y psicológicas.

La **despersonalización** se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios de servicios, así como también hacia los compañeros de trabajo. Por último, la **falta de realización personal**, se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimiento de baja autoestima.

I.5. MODELOS TEÓRICOS (Desarrollo y evolución del síndrome de Burnout)

La necesidad de explicar el episodio del síndrome de quemarse por el trabajo (relación de antecedentes-consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados. Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos.

I.5.1. TEORÍA SOCIO COGNITIVA DEL YO

Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo. Básicamente consideran que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) 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, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo

de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). En los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

I.5.2. TEORIA DEL INTERCAMBIO SOCIAL

Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Fredey, 1993). Proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo 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. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (v.g., ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, compañeros, supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. 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.

I.5.3. TEORIA ORGANIZACIONAL

Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que 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. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski (1983), el modelo de Cox (1993), y el modelo de Winnubst (1993). El primero de ellos destaca las disfunciones de los procesos del rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome, el modelo de Cox destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.⁽³²⁾

I.6. EPIDEMIOLOGÍA

El Síndrome de Burnout es cada vez más frecuente y ha adquirido gran importancia tanto, que es considerado como un riesgo laboral, pero para hablar de su epidemiología se debe enfocar en una población determinada, en esta oportunidad se hizo énfasis en el personal de la salud, ya que este síndrome implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas.

En cuanto variables generales se ha demostrado que el síndrome se presenta independientemente del sexo, sin embargo las mujeres son más vulnerables para desarrollarlo, ya que éstas tienden a realizar doble papel (laboral y doméstico). Por otra parte también se logró mostrar que las personas entre los 35 y 54 años son la población con mayor riesgo de padecer dicha afección, al igual que las personas que no tienen una relación estable y no tienen hijos. La cantidad de años ejerciendo la profesión en el área de la salud también parece estar relacionada con el desarrollo de la enfermedad, por eso en los resultados encontrados se evidencia que los médicos que llevan entre 11 y 19 años tienen un elevado riesgo de padecerla.

Según estudios realizados en México, los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32%. Para muchos autores, todos los médicos generales, estudiantes o especialistas en algún momento de sus vidas presentan sintomatología del Síndrome Burnout.

En comparación con la Medicina, el resto de las profesiones expresaron una menor asociación con Burnout. En lo que respecta al personal de enfermería, las diversas publicaciones existentes enseñan una prevalencia del 30.5 al 39% y el género más afectado es el masculino.⁽³³⁾

I.7 FACTORES QUE DESENCADENAN EL SÍNDROME DE BURNOUT

A) FACTORES SITUACIONALES: El síndrome de *burnout* es una experiencia individual al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza.

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

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

- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

B) **FACTORES PERSONALES:** Las variables personales consideradas en los estudios sobre *Burnout* son: el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con relación al sexo o género, las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida, los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su labor, otros señalan a los hombres concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa. Con respecto a la edad, se señala mayor nivel de *Burnout* entre los 40 y 45 años. En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de *Burnout* es menor; sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad. Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer; otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal. En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de *Burnout* lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia.⁽⁶⁾

Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas, también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión. Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A (PCTA) en estos contextos ocupacionales.

El locus de control aparece en relación con el *Burnout* mientras que el PCTA no parece relacionado con el mismo según los datos de los que disponemos y rasgos de personalidad como baja estabilidad emocional, autoconfianza, personalidad resistente, tensión y ansiedad. Por último, en cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el

posterior desarrollo del *Burnout*, los estudios se han dirigido a evaluar tales estrategias, encontrando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes. Otros estudios señalan que son los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas demandas estresantes los relacionados con no padecer *Burnout*; además, se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no lo desarrollan.⁽³⁴⁾

C) **FACTORES ORGANIZACIONALES:** Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados sobre *Burnout* han sido: 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. En este sentido, los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo las enfermeras. Por otro lado, la ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo de *Burnout*. El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan. Por otro lado, el apoyo social mantendría en el caso del *Burnout* su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otros tipos de estrés.

Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología. La relación entre el *Burnout* y el ambiente de trabajo e identifica la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado, los cuales se denominan factores extrínsecos y se dividen en cuatro grandes grupos:⁽³⁵⁾

1. Medio físico. Incide positiva o negativamente según los límites en los que se encuentren las variables. Podemos citar la temperatura y humedad, el ruido, el espacio, la iluminación... En el caso del espacio, tanto la falta

como la inadecuación al mismo, así como el hacinamiento o incluso la falta de personas (undermaning), actúan como estresores.

2. Medio social. Entendido como el conjunto de personas con las que está en contacto la persona trabajadora. La aparición de "estrés" laboral está directamente relacionado al grado de relación que entabla el trabajador con los usuarios de sus servicios, de modo que a más relaciones interpersonales mayor riesgo de agotamiento emocional y por tanto burnout.
3. Organización. La burocratización, la ambigüedad de tareas, la jornada de trabajo y tiempos de descanso, etc. llevan a un aumento del síndrome y a una disminución de la satisfacción laboral. Consecuencias negativas tiene el exceso de control y la organización rígida y excesiva. También la incorporación de nuevas tecnologías en los procesos de trabajo establecidos tiene efectos sobre la aparición del burnout.
4. Económicos. Con toda probabilidad el salario percibido sea el factor más importante en la incidencia del síndrome del quemado "estrés" laboral. ^{(6) (i)}
_(ii)

D) FACTORES SOCIO-CULTURALES: Se incluyen los procesos por los cuales las experiencias y los acontecimientos extra laborales influyen en el síndrome y se dividen en:

- 1) Procesos relacionados con el rol. Formas de presentación: En primer lugar está el conflicto de roles, rol laboral y familiar por ser incompatible el desempeño de ambos. En segundo lugar está la sobrecarga de rol, planteado como suma de uno u otro, resultando excesivo para la persona y compitiendo con los recursos escasos de que dispone. Y por último la acumulación de roles, considerado como beneficiosa al aumentar las oportunidades de interacción social de desarrollo personal y de autoestima.
- 2) Procesos de generalización. Determinadas experiencias y cambios afectivos operados en la esfera familiar lo desbordan alcanzando el ámbito laboral y viceversa, ocurriendo tanto para sentimientos positivos (comunicación de un ascenso...) como para sentimientos negativos.
- 3) Procesos de socialización. Actitudes, habilidades y valores adquiridos en la familia, mediatizan los comportamientos de la persona en el trabajo y viceversa. ^{(6) (iii) (37)} (34) (35)

I.8. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es el cuestionario más utilizado para la evaluación del síndrome de Burnout, el cual ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981.

I.8.1. ESTRUCTURA DEL MBI

Según la última edición del manual, en la actualidad existen tres versiones del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBIHSS), dirigido a los profesionales de la salud es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo* (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden), *agotamiento emocional* (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y *despersonalización* (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo). b) El MBI Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y c) el MBI-General Survey (MBIGS). Elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan *eficacia profesional* (6 ítems), *agotamiento* (5 ítems) y *cinismo* (5 ítems). (33)

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen el síndrome. Como punto de corte se cuenta con los criterios establecidos; para cansancio emocional puntuaciones 27 o superiores son indicativos de un alto nivel de Burnout; el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativos de niveles de Burnout bajos o muy bajos. Para despersonalización puntuaciones superiores a 10 sería de niveles altos, de 6-9 medio y menos de 5 bajo grado de despersonalización. La escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0-33 puntos indicara baja realización profesional, 34-39 intermedio y más de 40 alta sensación de logro. ⁽⁴⁰⁾

⁽⁴¹⁾

I.8.2. CUADRO CLINICO

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
- Etapa 3. Aparece el síndrome de *burnout* con los componentes descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios. ⁽⁴²⁾

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de *burnout*: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).

I.9. SITUACION ACTUAL DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Hasta la fecha se trata de un síndrome no recogido en clasificaciones psicopatológicas internacionales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM IV] de la American Psychiatric Association, aunque ha sido objeto de multitud de estudios e investigaciones y presenta todas las características de un síndrome.

Aunque específicamente no está normado como en legislaciones de otros países, las leyes mexicanas no son tampoco tan estrictas para calificar una enfermedad de trabajo, tal como sucede con el síndrome de burnout, esto es, en otras latitudes se requiere invariablemente dos cosas para calificar una enfermedad de trabajo: 1) que esté en la lista de enfermedades de trabajo de ese país, y 2) que la determine el servicio de Medicina del Trabajo.

En nuestro país, la lista de enfermedades de trabajo está contenida en el artículo 513 de la LFT (Ley Federal del Trabajo). Dentro de esta, existe un apartado para las enfermedades endógenas, y en el caso de Síndrome de Burnout, está la fracción 161 que corresponde a Neurosis (esta fracción puede utilizarse indistintamente para trastorno de ansiedad, trastorno de estrés laboral, Mobbing, estrés postraumático, etc.). Entonces, lo que se tiene que hacer para determinar que es una enfermedad de trabajo (definición en art. 475 LFT) es que se envía a Medicina del Trabajo, este servicio la tiene que reconocer (con ayuda del Psiquiatra Laboral), previa investigación, y en caso de que determine que es procedente se califica como SI PROFESIONAL, mediante la aplicación del artículo 17 de la LFT (por similitud, a falta de disposición expresa en la LFT), con relación a la fracción 161 del artículo 513 de la LFT.

La Organización Internacional de los Trabajadores (O.I.T.) plantea:

"La lucha contra el estrés en el trabajo será uno de los grandes empeños que deberán acometer tanto los gobiernos como los empleadores y los sindicatos en los próximos años. Las empresas que probablemente tengan más éxito en el futuro serán las que ayuden a los trabajadores a hacer frente al "estrés" y reacondicionen el lugar de trabajo para adaptarlo mejor a las aptitudes y aspiraciones humanas". (6)

I.10. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Los altos costes personales y sociales generados por el "estrés" laboral, han dado lugar a que la Unión Europea y la O.M.S. insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control de este "problema de salud laboral". Es necesario conocer que no existe una técnica o medida preventiva y/o terapéutica simple capaz de prevenir y/o tratar eficazmente el síndrome, aún a pesar del gran interés despertado desde la introducción del constructo burnout ("estrés" laboral crónico) con el fin de, prevenir y/o minimizar sus consecuencias y así mejorar la calidad de vida laboral. Ninguno da un resultado óptimo.

En general para la prevención del "estrés" laboral distinguimos diferentes fases:

- Primaria: Acciones dirigidas a reducir o eliminar los estresores y hacer saludable el ambiente laboral.
- Secundaria: Detección y actuaciones precoces de concienciación de trabajadores y promoción de estrategias de control del "estrés".
- Terciaria: Rehabilitación y recuperación de la persona afectada.

Para no padecer "estrés" laboral burnout la primera medida es identificarlo entre los trabajadores (evaluación del riesgo), y como segunda medida conocer sus manifestaciones (signos) tanto en la persona como en la organización.

La evaluación del riesgo como medida preventiva consiste en:

- Identificar los riesgos (averiguar si existe un problema, mediante listados checklist, datos administrativos, cuestionarios...)
- Decidir quién podría estar afectado y de qué manera.
- Evaluar el riesgo: identificando qué medidas se están tomando ya, decidiendo si son suficientes y si no lo son, que más puede hacerse.
- Registrar los resultados.
- Revisar la evaluación periódicamente y comprobar el impacto de las medidas adoptadas.

Para el tratamiento o resolución del "estrés" laboral, se utilizarán estrategias de intervención individuales, grupales y organizacionales (modelo de afrontamiento del síndrome de burnout de Reiner y Hartshorne).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN

El personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco se ve expuesto constantemente al estrés, lo que afecta tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. Los más afectados son las profesiones que tienen un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación. Debido a esto se observó que existen situaciones que son detonantes para desarrollar el síndrome de Burnout, el cual influye en la disminución de la calidad de atención hacia los pacientes y la falta de compromiso en la práctica médica.

En nuestro medio hasta el momento no existen estudios que muestren la prevalencia del síndrome de Burnout. Por lo cual mi pregunta de investigación es:

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del área de urgencias en el Hospital General de Chalco?

III. JUSTIFICACION

III.1. ACADEMICA

Desde la formación profesional se nos debería de enseñar a manejar el estrés laboral.

El cual es el resultado de la falta de recursos propios para afrontar los estresores a los que se ve expuesto el individuo en su medio de trabajo.

III.2 CIENTIFICA

Es importante saber que existe el síndrome de Burnout y que el personal de salud en algún momento de su vida profesional lo puede desarrollar y por lo tanto los servicios de salud tendrían que implementar medidas de detección y tratamiento oportuno.

III.3 SOCIAL

Las implicaciones sociales de este síndrome son: el distanciamiento del individuo de su grupo, con tendencia a desarrollar conductas adictivas como consumo de alcohol o drogas, aspectos negativos en la función de sus actividades desde al ausentismo laboral, la pérdida de interés por su trabajo, relación interpersonales ríspidas, mala praxis hacia los usuarios y los consiguientes problemas legales llevando a la perdida de la imagen profesional y en algunas ocasiones al abandono o cambio de trabajo.

IV. OBJETIVOS

IV.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del área de urgencias en el Hospital General de Chalco.

IV.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Señalar el porcentaje de hombres y mujeres que laboran en el área de urgencias del Hospital General de Chalco
2. Conocer el grupo etáreo que predomina en el personal de salud que labora el área de urgencias del Hospital General de Chalco
3. Identificar el estado civil del personal que labora en el área de urgencias del Hospital general de Chalco
4. Nombrar la escolaridad del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco
5. Conocer la profesión del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco
6. Investigar el porcentaje del personal por turno laboral en el área de urgencias del Hospital General de Chalco
7. Identificar qué porcentaje del personal del área de urgencias del Hospital General de Chalco labora en otra institución.
8. Saber el tipo de contrato del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco
9. Nombrar la antigüedad del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco
10. Identificar qué porcentaje del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco presenta cansancio emocional
11. Aprender qué porcentaje del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco presenta despersonalización
12. Señalar qué porcentaje del personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco presenta baja realización personal

V. METODOLOGIA

V.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo en el personal de salud del área de urgencias del Hospital General de Chalco.

V.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Previa aprobación del Comité de Ética del Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez” y previo consentimiento informado (Anexo 1) aplicado al personal que labora en el Hospital General de Chalco se aplicó un cuestionario de elaboración propia (Anexo 2) para conocer las variables sociodemográficas, y el MBI (Anexo 3) para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud del área de urgencias del Hospital General de Chalco.

V.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
Género	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Femenino Masculino	Cualitativo nominal	Femenino Masculino	Cédula de Identificación ANEXO 2
Edad	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Espacio que transcurrió de un tiempo a otro	Cuantitativa Discreta	18-25 años 26-34 años 35-43 años 44-52 años 53-61 años	Cédula de Identificación ANEXO 2
Estado Civil	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente, religiosa o unión libre	Cuantitativa Discreta	Soltero Casado Divorciado Separado Viudo	Cédula de Identificación ANEXO 2
Escolaridad	Proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos	Es el grado máximo de estudios de un individuo adquiriendo nuevos conocimientos	Cuantitativa Discreta	Ningún estudio Primaria Secundaria Preparatoria Técnico	Cédula de Identificación ANEXO 2
Profesión	Es el empleo o trabajo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica	Las profesiones requieren de un conocimiento especializado y formal, que suele adquirirse tras una formación terciaria o universitaria.	Cualitativa nominal	Camillero Enfermero Terapia resp. Médico Trabajador social	Cédula de Identificación ANEXO 2
Jornada laboral	Es el tiempo durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo. El trabajador y el patrón fijarán la duración de la jornada de trabajo, sin que pueda exceder de los máximos legales.	Tiempo que permanece el trabajador en su puesto de trabajo para desempeñar la función para la cual fue contratado	Cuantitativa continua	Matutino (8 hrs) Vespertino(8 hrs) Nocturno(12 hrs)	Cédula de Identificación ANEXO 2

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
Otro trabajo	Situación en la que un trabajador cuenta con otra fuente de empleo	Más de un trabajo	Cualitativa nominal	Si No	Cédula de Identificación ANEXO 2
Antigüedad	Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica en su trabajo principal, independientemente de los cambios de puesto o funciones que haya tenido dentro de la misma.	Años que lleva laborando para la institución.	Cualitativa continua	1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 a 25	Cédula de Identificación ANEXO 2
Cansancio emocional	Pérdida progresiva de las energías vitales y una desproporción creciente de percepción entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado	Estrés individual	Cualitativa nominal	≤ 8 bajo 19 a 26 medio ≥27 alto	Cédula de identificación ANEXO 3 MBI 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
Despersonalización	Respuesta negativa, insensible o excesivamente separado a los diversos aspectos del trabajo	Respuesta negativa hacia el trabajo	Cualitativa nominal	≤ 5 bajo 6 a 9 medio ≥10 alto	Cédula de identificación ANEXO 3 MBI 5, 10, 11, 15, 22.
Realización personal	Sentimientos de incompetencia percepción de que el logro en el trabajo ha desaparecido así como vivencias de fracaso y baja autoestima	Sentimientos de incompetencia	Cualitativa nominal	≥40 bajo 34 a 39 medio ≤33 alto	Cédula de identificación ANEXO 3 MBI 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

V.4. UNIVERSO DE TRABAJO

Se aplicaron 58 cuestionarios al personal que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco.

V.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo el personal de salud adscrito al área de urgencias del Hospital General de Chalco.

V.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Personal que se encuentre realizando servicio social o prácticas profesionales en el área de urgencias del Hospital General de Chalco.

Personal de salud no adscrito al servicio de urgencias.

Personal de salud que se encuentre regresando del periodo vacacional.

Personal de salud que cuente con una pérdida reciente (6 meses).

V.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios no contestados en su totalidad.

V.5. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para el estudio del síndrome de burnout (Anexo 2). El MBI es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Consta de 22 ítems con respuesta en una escala de Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem.

V.5.1. DESCRIPCION

El Maslach Burnout Inventory evalúa las tres dimensiones que componen el síndrome de Burnout.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

La subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

La subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

V.5.2. VALIDACION

El cuestionario evalúa las tres dimensiones del síndrome:

- Cansancio emocional: consta de nueve ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20)
- Despersonalización: formado por cinco ítems (5,10,11,15,22)
- Baja realización personal: se compone de ocho ítems(4,7,9,12,17,18,19,21)

Los grados de intensidad van desde:

0= nunca.

1= pocas veces o menos.

2= una vez al año o menos.

3= unas pocas veces al mes o menos.

4= una vez a la semana.

5= pocas veces a la semana.

6= todos los días

MASLACH BURNOUT INVENTORY			
DIMENSION	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	≤18	19-26	≥27
DESPERSONALIZACIÓN	≤5	6-9	≥10
REALIZACIÓN PERSONAL	≥40	34-39	≤33

V.5.3. APLICACIÓN

En la actualidad existen tres versiones del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBIHSS), dirigido a los profesionales de la salud es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo* (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden), *agotamiento emocional* (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y *despersonalización* (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo). b) El MBI Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y c) el MBI-General Survey (MBIGS). Elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), esta nueva versión del

MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan *eficacia profesional* (6 ítems), *agotamiento* (5 ítems) y *cinismo* (5 ítems)

V.6. DESARROLLO DEL PROYECTO

Previa aprobación por el Comité de Ética del Hospital General de Ecatepec “José María Rodríguez” y del consentimiento informado (Anexo1) al personal del área de urgencias del Hospital General de Chalco se aplicaron los cuestionarios (Anexo 2, 3).

V.7. LIMITE DE ESPACIO

El presente estudio se realizó en el área de urgencias del Hospital General de Chalco.

V.8. LIMTE DE TIEMPO

Este estudio se llevó a cabo durante la realización de mi servicio social.

V.9. DISEÑO DEL ANALISIS

Se recopilaron los cuestionarios que fueron contestados en su totalidad, se vaciaron los datos mediante la utilización del programa Excell, se analizaron los datos recolectados mediante la utilización de medidas de tendencia central (media, moda y promedio), así como la utilización de frecuencias y porcentajes.

VI. IMPLICACIONES ÉTICAS

La investigación se llevó a cabo con los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki la cual menciona que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas: los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber, así mismo el código internacional de ética médica afirma que: el médico (debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente).

En investigación médica en seres humanos la preocupación por su bienestar debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

También se sometió a juicio y aprobación de los subcomités de enseñanza e investigación y ética del Hospital General de Ecatepec “José María Rodríguez” y se les pidió una carta de consentimiento informado a todos los participantes.

VII ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Adriana Patricia Roa Tejeda

Director de Tesis: E. en Geriátría María de Lourdes Gómez Zelanda

VIII. RESULTADOS

El total de la población estudiada en el área de urgencias del Hospital General de Chalco fueron 53 personas. De este grupo 29 participantes fueron del sexo femenino que son el 54.7% (Gráfico 1). De acuerdo al grupo de edad encontramos que 18-25 años fueron un 13.21%, de 26-34 años 9.43%, de 35-43 años 13.21%, de 44-52 años 15.09% y del de 53-61 años 3.77% respectivamente (Gráfico 2). En cuanto a su estado civil: solteras 20.75%, casadas 18.86%, unión libre 13.21% y divorciadas 1.9% respectivamente (Gráfico 3). En cuanto a la escolaridad 1.9% cuentan con secundaria, 32.4% bachillerato técnico, 16.98% licenciatura y especialidad el 3.97% (Gráfico 4). Por categoría profesional: 28.30% son enfermeras, 3.77% terapia respiratoria, 11.32% trabajo social y 11.32% son médicas (Gráfico 5). Con respecto al turno laboral en el matutino se encuentra un 16.98%, en el vespertino 11.32%, en el nocturno 9.93%, y en la jornada acumulada el 16.98% (Gráfico 6). Respecto que si laboran en otra institución el 13.20% si y el 41.50% no (Gráfico 7). En cuanto a su tipo de contrato el 22.64% de base, el 18.86% de seguro popular y el 13.20 de recursos propios (Gráfico 8). En cuanto a la antigüedad encontramos que en el grupo de 1-5 años, 11-15 años y 21-25 años fue de 11.32 % respectivamente, el 7.55% son de 6-10 años y el grupo de 16-20 años fue del 13.20% (Gráfico 9).

Respecto al sexo masculino fueron 24 participantes que son el 45.3% (Cuadro I). Por grupo de edad encontramos un 5.66% de 18-25 años, 9.43 %de 26-34 años, 20.75% de 35-43 años, 3.77% de 44-52 años y 5.66% de 53-61 años (Cuadro II). Por estado civil el 18.86% son solteros, 22.64% casados, 1.9% unión libre y 1.9% divorciados (Cuadro III). En cuanto a su escolaridad el 9.43% cuentan con secundaria, 7.55% bachillerato técnico, 18.86% licenciatura y 9.43% con especialidad (Cuadro IV). Por profesión: 7.55% camilleros, 11.32% enfermeros, 3.77% terapia respiratoria, 3.77% trabajo social y 20.75% son médicos (Cuadro V). Con respecto al turno laboral el 16.98% en el matutino, 11.32% vespertino, 9.93% nocturno, y 7.55% en la jornada acumulada (Cuadro VI). Respecto a que si laboran en otra institución el 22.64% si y el 13.20% no (Cuadro VII). En cuanto a su tipo de contrato el 13.20% base, el 26.41% son de seguro popular y el 5.66% recursos propios (Cuadro VIII). En cuanto a la antigüedad el 7.55% corresponde al grupo de 1-5 años, el 11.32% fue para el grupo de 6-10 años, el 15.09% fue para el grupo de 11-15 años y para los grupo de 16-20 años y 21-25 años fue del 5.66% respectivamente (Cuadro IX).

La prevalencia del síndrome de Burnout fue el 1.8% (1) del universo de trabajo (Gráfico 11). Dicho caso fue mujer en el rango de los 41 a 50 años, vive en unión

libre, su escolaridad de bachillerato técnico, enfermera, labora en la jornada acumulada sin laborar en otra institución con una antigüedad de 16-20 años y es de base.

La prevalencia para la dimensión de cansancio emocional (CE), fue el 9.43% (5) (Gráfico 10): 80% son mujeres y el 20% son hombres, de acuerdo a su estado civil tanto los solteros como los casados obtuvieron el 40% respectivamente y los que viven en unión libre fueron el 20%; por grupo de edad los de 35-43 años obtuvieron el 40% y para los grupos de 18-25 años, 44-52 años y 53-61 años obtuvieron el 20% respectivamente, por escolaridad el 40% son de licenciatura, para bachillerato técnico el 40% y para posgrado el 20%. En cuanto a su ocupación los médicos obtuvieron el 60% mientras que las enfermeras el 40%; por antigüedad se obtuvo que los de 16-20 años obtuvieron el 40% y los grupos de 1 a 5 años, 6-10 años y 21-25 años fueron el 20% para cada uno. Por su tipo de contrato el 60% son base y el 40% son recursos propios, por turno el 40% matutino, otro 40% a la jornada acumulada y solo el 20% son del turno vespertino; ninguno de ellos labora en otra institución (Tabla 1).

La prevalencia para la dimensión de Despersonalización (DP) fue del 24.5% (13) (Gráfico 10): el 61.5% son del sexo femenino y el 38.5% son masculino. Por estado civil se encontró que el 77% son casados, el 15.4% viven en unión libre y el 7.6% son solteros. Por grupo de edad los de 35-43 son el 31%, 24% de 18-25 años de 26-34 años, 44-52 años y 53-61 años corresponde al 15% respectivamente. Por escolaridad el 54% fue para bachillerato, 31% para secundaria y para licenciatura y posgrado se obtuvo el 7.5% respectivamente. Por ocupación se obtuvo el 38% en trabajo social, 23.5% camilleros y enfermeras y 7.5% médicos y terapia respiratoria. En cuanto a la antigüedad el 38% es para los de 11-15 años, 23.5% para los 1-5 años y 21-25 y 15% para los de 16-20 años. Por turno laboral se encontró que tanto en la jornada acumulada como en el matutino fue el 38.5% mientras que para el turno vespertino fue el 23%. El 85% no laboran en otra institución y el 15% sí. De acuerdo a su contratación 54% pertenecen los a seguro popular, el 38.5% son de base y 7.5% son de recursos propios (Tabla II).

La prevalencia en la dimensión de realización personal (RP) se obtuvo el 15% (8) (Gráfico 10) en su totalidad mujeres (100%) de las cuales 37.5% son solteras y unión libre respectivamente y 25% casadas, los grupos de edad 18-25 y 44-52 años corresponden al 37.5%, el 12.5% de 26-34 años y de 53-61 años respectivamente. De acuerdo a su escolaridad 62.5% son de bachillerato, el 25% para licenciatura y el 12.5% para secundaria. Por su ocupación 87.5% son enfermeras y 12.5% trabajo social. Por antigüedad el 25% corresponde a los

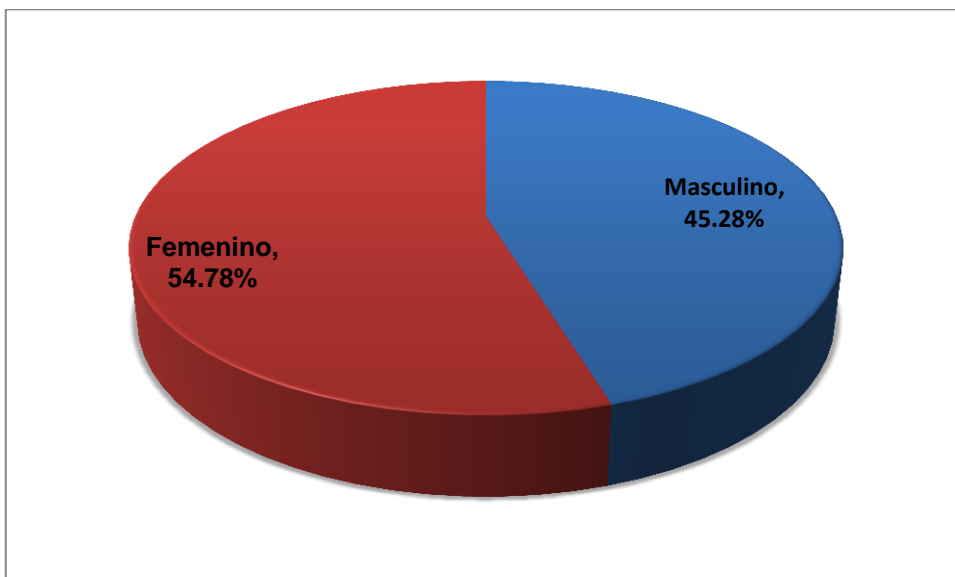
grupos de: 6-10, 16-20 y 21-25 años, para cada uno, el 12.5% para los grupos de 1-5 años y 11-15 años respectivamente. Ninguna labora en otra institución. Por su jornada laboral el 37.5% pertenece al turno matutino y a la jornada acumulada respectivamente y el 25% turno nocturno. De acuerdo a su contratación el 50% base, el 37.5% pertenecen a seguro popular y el 12.5% a recursos propios (Tabla III).

IX. DISCUSION

1. En la literatura revisada se encontró que el síndrome de Burnout es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, el cual es comparable al caso presentado en el estudio. Una de las explicaciones que se le da es que las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras.
2. Cuanto más joven es el trabajador hay mayor prevalencia de Burnout, la edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. En el estudio la persona que lo presentó se encuentra en el rango de los 44-52 años, notándose que no es una persona joven pero cuenta con mayor experiencia y madurez como lo refiere la literatura.
3. Los solteros están más predispuestos a presentar el síndrome de Burnout, ya que no cuentan con una pareja estable y una seguridad emocional como la que presentan las personas casadas o que mantienen una relación estable. A diferencia de lo reportado en la literatura el caso de este estudio el estado civil de la persona es casada.
4. En la literatura refieren que mayor número de horas laboradas existe mayor tendencia de desarrollar síndrome de Burnout corroborándose en el estudio debido a que la participante labora en la jornada acumulada con períodos de descanso cortos.
5. Respecto a la antigüedad se considera que es directamente proporcional a presentarlo. Comparándolo con el estudio la antigüedad fue de 16 a 20 años.
6. La literatura refiere que las personas que cuentan con más de un trabajo presentan una tendencia mayor a desarrollar el síndrome de Burnout contrario a lo encontrado en el estudio.
7. La literatura refiere que es el personal de enfermería el más afectado por la ambigüedad de rol al igual que lo encontrado en el estudio.

X. CUADROS Y GRAFÍCOS.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCION SEGÚN GÉNERO DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



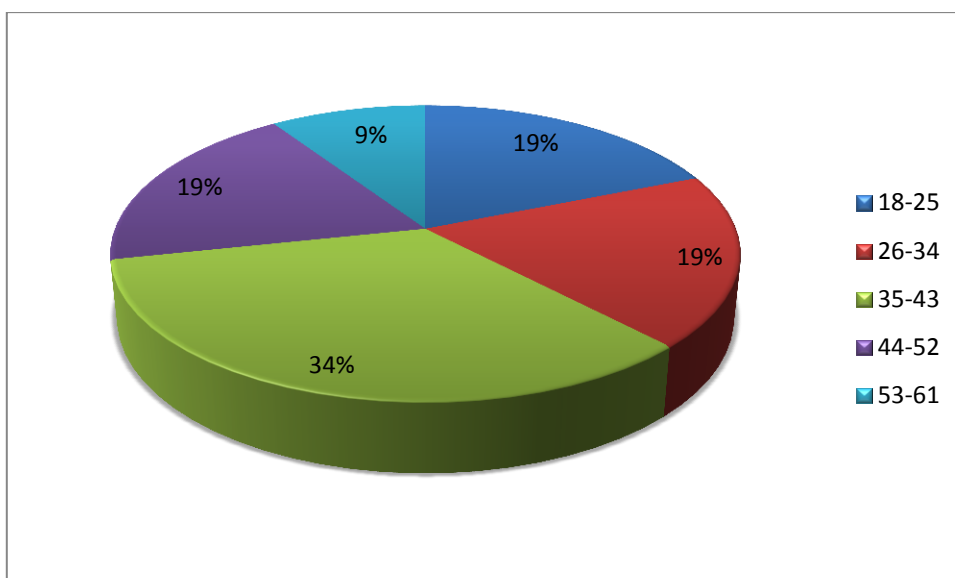
Fuente: Cuadro I

CUADRO I. DISTRIBUCION SEGÚN GÉNERO DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

GÉNERO	N	%
Masculino	24	45.28%
Femenino	29	54.78%
Total	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 1.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



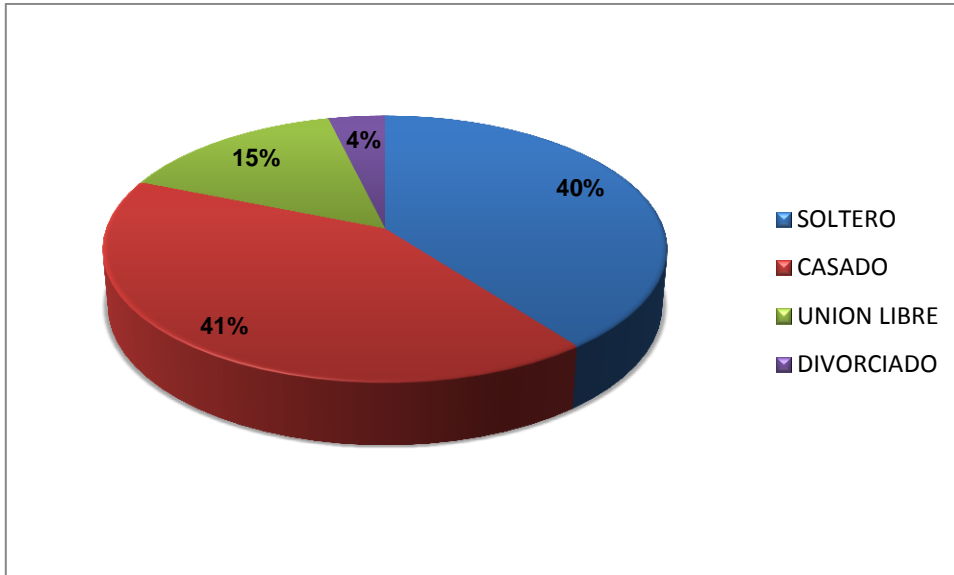
Fuente: Cuadro II.

CUADRO II. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

EDAD	No.	%
18-25	10	18.90%
26-34	10	18.90%
35-43	18	33.90%
44-52	10	18.90%
53-61	5	9.40%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 2.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



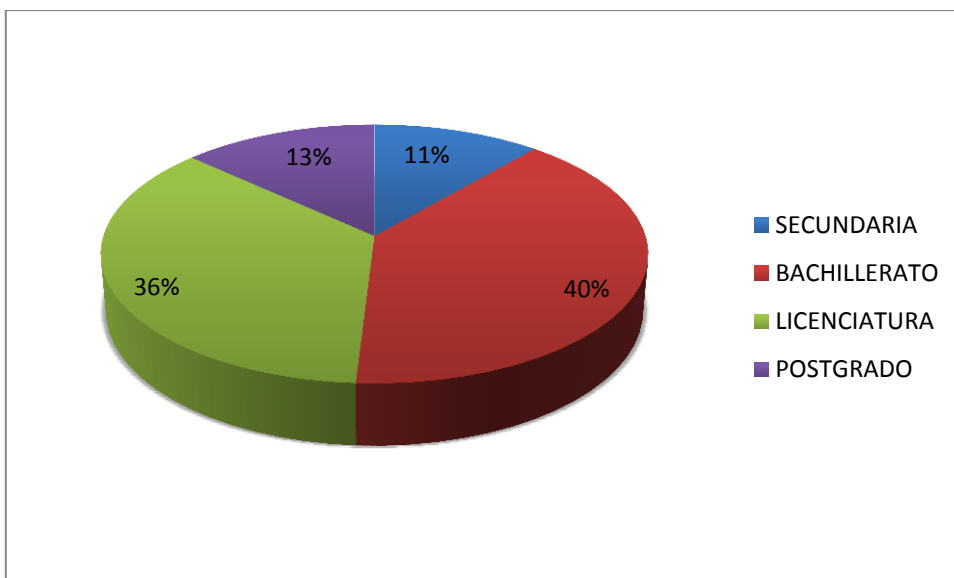
Fuente: Cuadro III

CUADRO III. DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

ESTADO CIVIL	No.	%
SOLTERO	21	39.60%
CASADO	22	41.51%
UNION LIBRE	8	15.09%
DIVORCIADO	2	3.80%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 3.

GRÁFICO 4. DISTRIBUCION SEGÚN ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



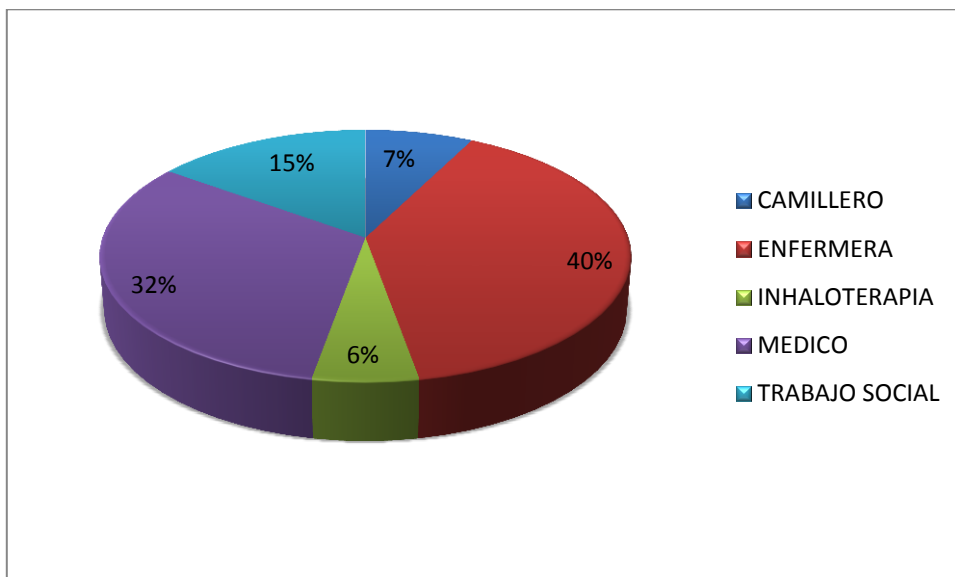
Fuente: Cuadro IV

CUADRO IV. DISTRIBUCION SEGÚN ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

ESCOLARIDAD	No.	%
SECUNDARIA	6	11.32%
CARRERA TECNICA	3	5.67%
TECNICO EN ENFERMERIA	18	33.96%
LICENCIATURA	19	35.85%
POSTGRADO	7	13.20%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 4.

GRAFICO 5. DISTRIBUCION SEGÚN PROFESION DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



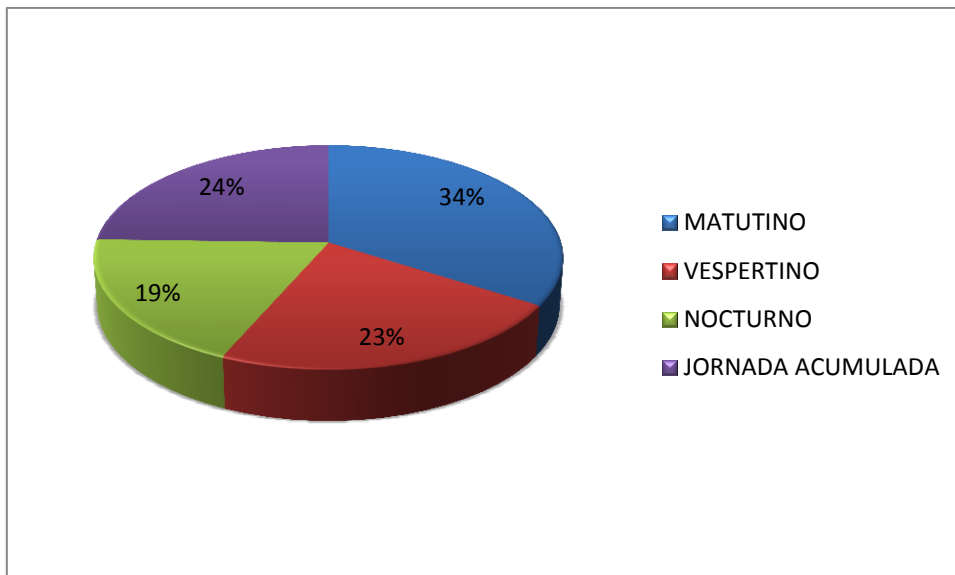
Fuente: Cuadro V

CUADRO V. DISTRIBUCION SEGÚN PROFESION DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

PROFESION	No.	%
CAMILLERO	4	7.55%
ENFERMERA	21	39.62%
INHALOTERAPIA	3	5.66%
MEDICO	17	32.07%
TRABAJO SOCIAL	8	15.10%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 5.

GRAFICO 6. DISTRIBUCION SEGÚN TURNO LABORAL DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



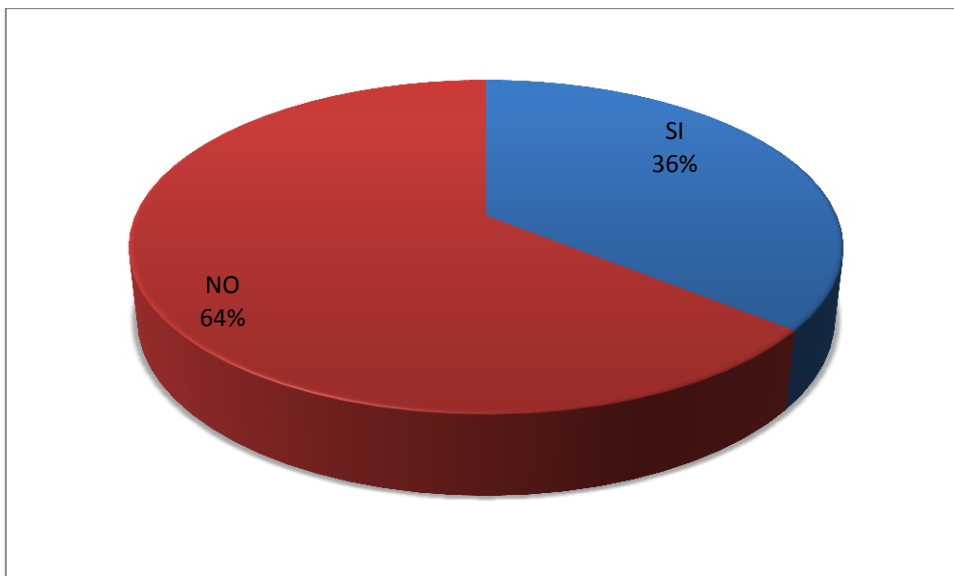
Fuente: Cuadro VI

CUADRO VI. DISTRIBUCION SEGÚN TURNO LABORAL DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

TURNO	No	%
MATUTINO	18	33.96%
VESPERTINO	12	22.64%
NOCTURNO	10	18.87%
ESPECIAL	13	24.53%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 6

GRAFICO 7. DISTRIBUCION SEGÚN SI LABORA EN OTRA INSTITUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



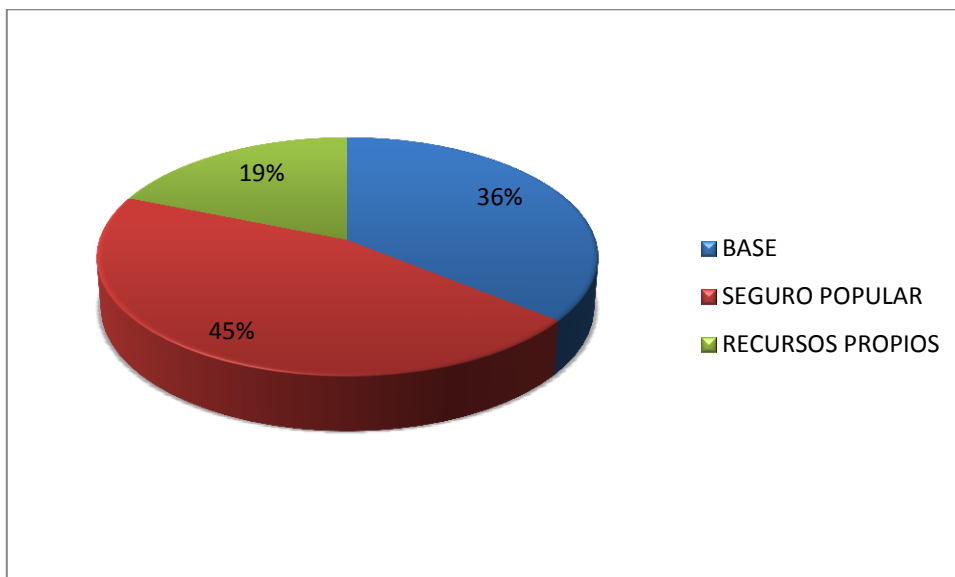
Fuente: Cuadro VII

CUADRO VII. DISTRIBUCION SEGÚN SI LABORA EN OTRA INSTITUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

LABORA EN OTRA INSTITUCION	No.	%
SI	19	35.85%
NO	34	64.15%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 7.

GRAFICO 8. DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



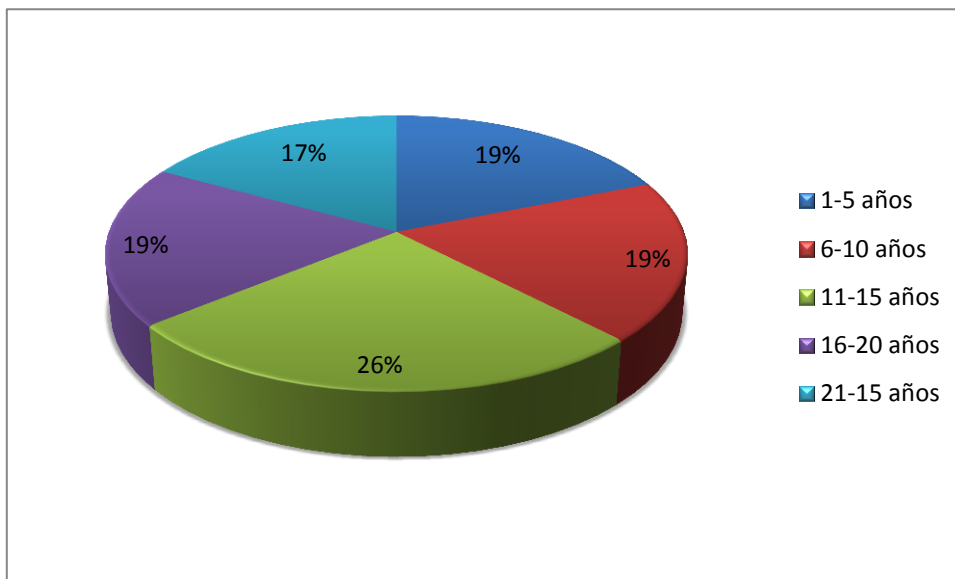
Fuente: Cuadro VIII

CUADRO VIII. DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE CONTRATACION DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

TIPO DE CONTRATO	No.	%
BASE	19	35.85%
SEGURO POPULAR	24	45.28%
RECURSOS PROPIOS	10	18.87%
TOTAL	53	100%

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 8.

GRAFICO 9. DISTRIBUCION SEGÚN ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.



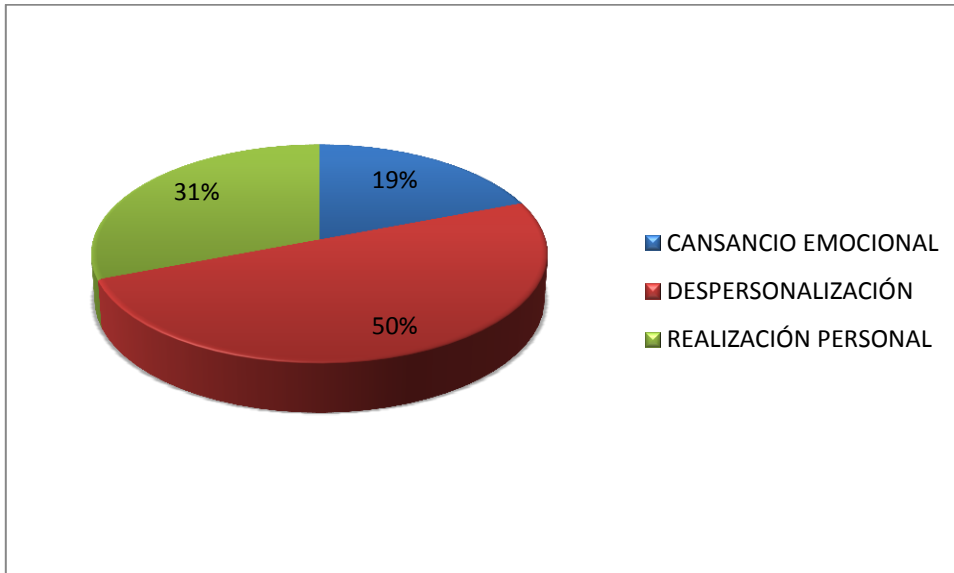
Fuente: Cuadro IX

CUADRO IX. DISTRIBUCION SEGÚN ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

ANTIGÜEDAD	No	%
1-5 años	10	18.87
6-10 años	10	18.87
11-15 años	14	26.41
16-20 años	10	18.87
21-15 años	9	16.98
TOTAL	53	100

Fuente: Anexo 2 Variables sociodemográficas. Ítem 9.

GRAFICO X. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS, SEGÚN LAS PUNTUACIONES MAS ALTAS EN LAS TRES DIMENSIONES



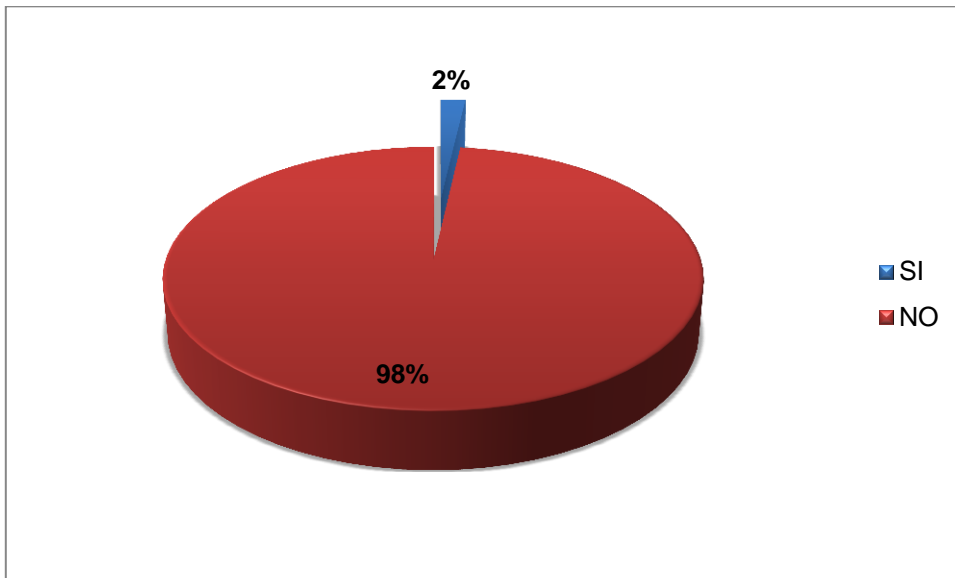
Fuente: Cuadro X

CUADRO X. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS, SEGÚN LAS PUNTUACIONES MAS ALTAS EN LAS TRES DIMENSIONES

DIMENSION	No	%
Cansancio Emocional	5	19.2
Despersonalización	13	50%
Realización Personal	8	30.8
Total.	26	100

Fuente: Anexo 3 Maslach Burnout Inventory

GRAFICO 11. PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE LABORA EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO



Fuente: Cuadro XI

CUADRO XI. PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE LABORA EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO

SINDROME DE BURNOUT	No	%
SI		2
NO	52	98

Fuente: Anexo 3 Maslach Burnout Inventory

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO QUE PUNTUARON MÁS ALTO EN LA DIMENSION CANSANCIO EMOCIONAL

CANSANCIO EMOCIONAL		NO	%
SEXO	FEMENINO	4	80
	MASCULINO		20
ESTADO CIVIL	SOLTERO	2	40
	CASADO	2	40
	UNIÓN LIBRE		20
EDAD	18-25 años		20
	35-43 años	2	40
	44-52 años		20
	53-61 años		20
ESCOLARIDAD	B TECNICO		20
	BACHILLERATO		20
	LICENCIATURA	2	40
	POSGRADO		20
OCUPACIÓN	ENFERMERA	2	40
	MEDICO	3	60
ANTIGÜEDAD	1 a 5 años		20
	6 a10 años		20
	16 a 20 años	2	40
	21 a 25 años		20

Fuente: Anexo 2 y Anexo 3, Variables sociodemográficas y Maslach Burnout Inventory

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO QUE PUNTUARON MÁS ALTO EN LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN

DESPERSONALIZACIÓN		NO	%
SEXO	FEMENINO	8	61.5
	MASCULINO	5	38.5
ESTADO CIVIL	CASADO	10	77
	SOLTERO		7.6
	UNION LIBRE	2	15.4
EDAD	18 a 25 años	3	24
	26 a 34 años	2	15
	34 a 43 años	4	31
	44 a 52 años	2	15
	53 a 61 años	2	15
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	4	31
	BACHILLERATO	7	54
	LICENCIATURA		7.5
	POSGRADO		7.5
OCUPACIÓN	CAMILLERO	3	23.5
	TRABAJO SOCIAL	5	38
	ENFERMERA	3	23.5
	MEDICO		7.5
	INHALOTERAPIA		7.5
ANTIGÜEDAD	1 a 5 años	3	23.5
	11 a 15 años	5	38
	16 a 20 años	2	15
	21 a 25 años	3	23.5

Fuente: Anexo 2 y Anexo 3, Variables sociodemográficas y Maslach Burnout Inventory

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL UNIVERSO DE TRABAJO QUE PUNTUARON MÁS ALTO EN LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL

REALIZACIÓN PERSONAL		NO	%
SEXO	FEMENINO	8	100
	MASCULINO	0	
ESTADO CIVIL	CASADO	2	25
	SOLTERO	3	37.5
	UNION LIBRE	3	37.5
EDAD	18 a 25 años	3	37.5
	26 a 34 años	1	12.5
	44 a 52 años	3	37.5
	52 a 61 años	1	12.5
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	1	12.5
	BACHILLERATO	5	62.5
	LICENCIATURA	2	25
OCUPACION	ENFERMERA	7	87.5
	TRABAJO SOCIAL	1	12.5
ANTIGÜEDAD	1 a 5 años	1	12.5
	6 a 10 años	2	25
	11 a 15 años	1	12.5
	16 a 20 años	2	25
	21 a 25 años	2	25

Fuente: Anexo 2 y Anexo 3, Variables sociodemográficas y Maslach Burnout Inventory

XI. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio la prevalencia del síndrome de Burnout fue de 1 (1.8% del universo de trabajo).
2. En el presente estudio se encontró un solo caso y aunque la prevalencia es baja, existe el riesgo de que esta incremente en período determinado.
3. El síndrome de Burnout es más frecuente en mujeres debido al papel que desempeña (ama de casa-empleada) en nuestra sociedad.
4. De la misma forma es más frecuente en las enfermeras por la ambigüedad de rol respecto a la toma de decisiones.
5. A mayor antigüedad existe mayor riesgo de presentar síndrome de Burnout.
6. Es necesario enfatizar en una educación y preparación para la práctica médica a los futuros profesionales, no solo desde el punto de vista cognoscitivo, sino también en la esfera emocional, trabajando en la educación de su personalidad, preparándolos para las difíciles situaciones que tendrán que afrontar, con recursos limitados en las que su optimismo, capacidad de tomar decisiones, desinterés y altruismo serán sus principales recursos.
7. El síndrome de Burnout constituye un problema de salud sobre el cual puede trabajarse de forma preventiva, mejorando además, las condiciones organizativas y laborales donde nos desempeñamos.
8. En general el panorama sólo nos permite darnos cuenta de que aún falta mucho por investigar en este apasionante tema y que entre más se estudia más interrogantes surgen. Lo que es indudable es que dada su naturaleza e impacto social, representa un campo emergente y área de oportunidades en materia de salud pública en el ámbito nacional e internacional.

XII. RECOMENDACIONES

1. Informar al personal sobre la existencia del síndrome de Burnout, mediante la realización de trípticos, abordaje del tema en una sesión general.
2. Enviar de forma rutinaria al servicio de psicología búsqueda intencional.
3. Implementar áreas de descanso dentro del área de trabajo.
4. Incentivar a la realización de una actividad física, cultural entre el personal.
5. Promover una alimentación saludable entre el personal.
6. En caso de presentar el síndrome de Burnout evaluar de forma conjunta las medidas preventivas que se puedan implementar hacia el trabajador afectado.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- (1) Magaña Medina D. Sánchez Escobedo P.A. Síndrome de Desgaste Emocional en Investigadores Mexicanos. R. Interam. Psicol. 2008; 42 (2):353-362
- (2) Sandro B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Internacional J Clinical Health Psychology 2003; 3 (1):141-157
- (3) López Lorente R.M. Martín Montero C.M. Fuentes González C.I. García García E. El síndrome de Burnout en el personal sanitario: Instrumentos de Medida. Revista de Medicina Paliativa 2005;7 (3):94-100
- (4) Díaz Romero RM. Lartigue Becerra T. Acosta Velasco M.E. Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. Revista ADM 2001; LVIII (2), marzo-abril:63-67
- (5) Garduño Juárez MA. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México .Revista Mexicana de Anestesiología 2008; 31, Suplemento 1, abril-junio: S259-S262
- (6) Fernández Rodríguez J.L. Álvarez de Cienfuegos Gálvez I. Doménech Muñiz G. UN PROBLEMA DE SALUD LABORAL "ESTRÉS" LABORAL-BURNOUT. Med Secur Trab 2004; L (197): 65-78
- (7) Gutiérrez Aceves G.A. Celis López M.A. Moreno Jiménez S. Farias Serratos F. Suárez Campos J.J. Síndrome de burnout. Arch Neurocién (Mex) 2006; 11 (4):305-309
- (8) Pérez Toledo M.A. *Estrés vida o muerte, cómo controlarlo*. IPN, 3 a Edición 1988, México D.F. pp 135-142
- (9) Arenas Osuna J. Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. Cir Gen. 2006; 28 (2): 103-109
- (10) Osuna Paredes M.K. Medina Carrillo L. Romero Paredes J.J. Álvarez Álvarez M. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.24 de Tepic, Nayarit, México. Aten Fam 2009; 16 (2):24-27
- (11) Mamami Encalada A. Obando Zegarra R. Uribe Malca A.M. Vivanco Tello M. FACTORES QUE DESENCADENAN EL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL EN EMERGENCIA. Rev Per Obst Enf 2007; 3 (1):44-50

- (12) SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo: guía del formador: /Oficina Internacional del Trabajo. - Ginebra: OIT, 2012 ISBN 9789223250294; 9789223250300 (web pdf); 9789223242817 (CD-ROM)
- (13) Velasco Rodríguez V.M. Martínez Ordaz V.A. Alemán Amezcua J. Córdova Cedillo S. Estrés laboral y síndrome de burnout entre el personal de enfermería de una unidad hospitalaria de especialidades. PARA INFO DIGITAL MONOGRÁFICOS DE INVESTAGACION EN SALUD ISSN: 1988-3439- AÑO V-N 11-2011 <http://www.index-f.com/para/n11-12/151d.php>
- (14) Vázquez Ortiz J. Vázquez Ramos M.J. Álvarez Serrano M. Reyes Alcaide M. Martínez Domingo R. Nadal Delgado M. Antonio Cruzado J. INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA GRUPAL INTENSIVA REALIZADA EN UN ENTORNO NATURAL PARA EL TRATAMIENTO DEL BURNOUT EN UN EQUIPO DE ENFERMERIA ONCOLOGICA. PSICOONCOLOGIA 2012; 9 (1):161-182
- (15) Calcines Castillo M.E. Ballesteros Hernández M. Valdés Utrera J.R. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD. Medicentro 2004; 8 (2):1-3
- (16) Palmer Morales L. Y. Gómez Vera A. Cabrera Pivanal C. Prince Velez R. Searcy Bernal R. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesestesiólogos de la ciudad de Mexicali. Gac Méd Mex 2005; 141 (3): 181-183
- (17) Borda Pérez M. Navarro Lechuga E. Aun Aun E. Berdejo Pacheco H. Racedo Rolón K. Ruiz Sará J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE. Salud Uninorte 2007; 23 (1):43-51
- (18) Vizcaino Casanova L.M. Rodríguez Méndez L. Silva Acevedo L. Multimedia Educativa sobre Síndrome de Burnout en médicos de familia Revista Digital Sociedad de la Información <http://www.sociedadelainformacion.com> 2013; 40:1-11
- (19) Barraza Macías A. Carrasco Soto R. Arreola Corral M.G. SÍNDROME DE BURNOUT: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PROFESORES Y MÉDICOS DE LA CIUDAD DE DURANGO. UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE DURANGO 2007; 6 enero: 63-73.
- (20) Moreno Jiménez B. Bustos R. Matallana A. Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 1997; 13 (2): 185-207

- (21) Aragón Paredes M.B. Morazán Pereira D. I., Pérez Montiel R. Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", León, 2007. *Universitas* 2008; 2 (2): 33-38
- (22) Dickinson Bannack ME. González Salinas C. Fernández Ortega M.A. Palomeque RP. González Quintanilla E. Hernández Vargas I. Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. *Archivos en Medicina Familiar* 2007; 9 (2):75-79
- (23) Arias Galicia F. Bilbao Marcos F. Juárez García A. González Zermeño M.E. Hernández Reyes L.T. Benítez Plascencia O. Zúñiga Hernández O.F. Fernández Sánchez A. Rivera Gutiérrez A. Arizmendi Jaime E.R. Terrazas Meraz A. UN ESTUDIO DE AGOTAMIENTO (BURNOUT) PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD EN EL ESTADO DE MORELOS. Primera Reunión de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo; Cuernavaca Morelos 12 al 14 de Octubre de 2006:1-3
- (24) Moreno Jiménez B. Bustos R. Matallana A. Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 1997; 13 (2): 185-207
- (25) Maslach C. Schaufeli W. Leiter M. JOB BURNOUT. *Annu. Rev. Psychol* 2001; 52:397-422
- (26) Carlin M. Garcés de los Fayos Ruiz. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010; 26 (1) enero: 169-180
- (27) Gil- Monte P.R. EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SINDROME DE BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA. *Revista Electrónica Inter Acao Psy* 2003, 1 (1): 19-33
- (28) Maslach C. y Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*, 1986. 2nd Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
- (29) Parada M.E. Moreno R. Mejias Z. Rivas A. Rivas F. Cerrada J. Rivas F. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005; 23 (1):33-45
- (30) Román Hernández J. ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE ATENCIÓN. *Rev Cubana Salud Pública* 2003;29(2):103-10

- (31) Juárez García A. Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. *Ciencia & Trabajo* 2004. 6 (14):189-196
- (32) Gil-Monte P.R. Peiró J.M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología* 1999; 15 (2): 261-268
- (33) Betancur A. Guzmán C, Lema C. Pérez C Pizarro MC. Salazar S. Uribe L. Vásquez EM. Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3 (2):184-192
- (34) Betancur A. Guzmán C, Lema C. Pérez C Pizarro MC. Salazar S. Uribe L. Vásquez EM. Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3 (2):184-192
- (35) Hernández Vargas C.I. Dickinson M.E. Fernández Ortega M.A. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51 (1) Enero-Febrero:11-13
- (36) Juárez A. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Rev Ciencia & Trabajo* 2004; 6(14): 189-196.
- (37) Pera G, Serrat-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16: 480-486.
- (38) Bernal A. Detección del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería de Clínicas de Medicina Familiar en tres Instituciones del Sector Salud. [Tesis de Especialista en Medicina Familiar]. Facultad de Medicina. UNAM/ISSSTE; México; 2001.
- (39) Cetina Tabares R.E. Chan Canul A.G. Sandoval Jurado L. Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (6): 535-540
- (40) Caballero Martín M.A. Bermejo Fernández F. Nieto Gómez R. Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria* 2001; 27 (5):313-317
- (41) Murillo J. Orozco V. Ramos M. Parra L. Prevalencia del Síndrome de Burnout y su Relación con Violencia Laboral en Médicos Generales de un Hospital Nivel I. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional* 2011; 1(3):18-20

⁽⁴²⁾ Martínez López C, López Solache G. Características del síndrome de *burnout* en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Medicina Familiar* 2005; 7(1):6-9.

XIV ANEXOS

ANEXO 1

XIV.1. HOJA DE CONSETIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA A REALIZARSE EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO

Lugar y Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

Cuyo objetivo del estudio es:

IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CHALCO.

**Se me ha explicado que mi participación Consistirá en:
RESPONDER 2 CUESTIONARIOS.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son las siguientes:

No existe ningún riesgo, y se espera como beneficio contar con evidencia científica que permita buscar medidas preventivas de eventos no deseados así como promover hábitos y mejoras en la salud laboral del personal del área de urgencias, en caso de resultar con un nivel medio ó alto en la escala MBI a solicitud mía, se me podrá canalizar al servicio correspondiente, para recibir atención especializada.

El investigador Responsable Dra. Adriana Patricia Roa Tejeda Residente de Tercer Año de Medicina Familiar se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi trabajo, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi situación de salud laboral.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi trabajo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA

TESTÍGO: NOMBRE Y FIRMA

ANEXO 2

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “DR. JOSÉ MARÍA RODRÍGUEZ”

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA .

El siguiente cuestionario anónimo tiene como fin conocer las variables sociodemográficas del personal de salud que labora en el área de urgencias del Hospital General de Chalco.

Instrucciones marque con una X la opción correcta.

1. Sexo

Masculino _____ Femenino _____

2. Edad

18-25 años _____ 26-34 años _____ 35-43 años _____ 44-52 años _____ 53-61 años _____

3. Estado civil

Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Divorciado _____

4. Escolaridad

Secundaria _____ Bachillerato técnico _____ Licenciatura _____ Especialidad _____

5. Profesión

Camillero _____ Enfermería _____ Terapia respiratoria _____ Médico _____ Trabajo social _____

6. Turno

Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____ Especial _____

7. Labora usted en otra institución

Sí _____ No _____

8. Tipo de contrato

Base _____ Seguro popular _____ Recursos propios _____

9. Antigüedad

1-5 años _____ 6-10 años _____ 11-15 años _____ 16-20 años _____ 21 a 25 años _____

ANEXO 3

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC "DR. JOSÉ MARÍA RODRÍGUEZ"
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Instrucciones: Para contestar el siguiente cuestionario primero lea la pregunta y posteriormente encierre en un círculo la respuesta correcta.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

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

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

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

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.

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

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.

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

5. Siento que trato a algunos de los pacientes como objetos impersonales.

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

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

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

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.

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

8. Me siento agotado por mi trabajo.

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

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.

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

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

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

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca personalmente.

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

12. Me siento muy activo.

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

13. Me siento frustrado en mi trabajo.

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

14. Creo que estoy trabajando demasiado.

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

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.

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

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

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

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

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

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.

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

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

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

20. Me siento acabado.

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

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con calma.

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

22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

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