

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO**



**FACULTAD DE MEDICINA**



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN  
EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL  
NÚMERO UNO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE  
SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO**

**TÉSIS**

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**MÉDICO GENERAL**

**PRESENTA**

**ADRIANA LÓPEZ CABRERA**

**DIRIGIDA POR**

**DR. ADRIÁN HERNÁNDEZ LOMELÍ**

**CENTRO UNIVERSITARIO  
QUERÉTARO, QRO. MÉXICO**

**2002**

No Adq

H66556

No. Título

75

Clas.

614.4

1864p.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA

NOMBRE DE LA TESIS

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL  
PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO  
UNO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO”**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de:

MÉDICO GENERAL

Presenta :

ADRIANA LÓPEZ CABRERA

Dirigido por:

DR. ADRIÁN HERNÁNDEZ LOMELÍ

Dr. A. Jesús Vega Malagón

Presidente

Firma

Dr. Benjamín Moreno Pérez

Secretario

Firma

Dr. Adrián Hernández Lomelí

Vocal

Firma

Dr. Miguel Angel Rangel Alvarado

Suplente

Firma

Dr. José Luis Romero Martínez

Suplente

Firma

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
México

## DEDICATORIA

*A DIOS por todo.*

*A mis padres, por su apoyo.*

*A mis hermanos.*

*A mis abuelos.*

*A mis tías.*

*A mis primas.*

*Al recuerdo de mi tía Lulú.*

*A mis amigos y amigas.*

*A mis maestros.*

*A mis pacientes.*

## AGRADECIMIENTOS

*Al Dr. Adrián Hernández Lomelí, por su dirección y apoyo en la realización de ésta tesis.*

*Al Dr. Miguel Ángel Rangel.*

## ÍNDICE

- I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN
- II. RESUMEN
- III. INTRODUCCIÓN
- IV. MATERIAL Y MÉTODOS
- V. RESULTADOS
- VI. DISCUSIÓN
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- IX. ANEXOS
- X. FIRMAS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DE LOS DIRECTORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

## II. RESUMEN

El síndrome de Burnout se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y disminución o pérdida de realización personal. Es frecuente en los profesionales asistenciales y de contacto interpersonal y en su génesis intervienen, entre otros, los factores laborales. El objetivo fue determinar su prevalencia entre los médicos del Hospital General Regional No. 1 del IMSS y del Hospital General de SESEQ del Estado de Querétaro. Se estudiaron 332 médicos de los hospitales anteriormente mencionados y se utilizó un cuestionario que contenía preguntas generales sociodemográficas y el cuestionario Maslach Burnout Inventory de forma autoadministrada. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, y se determinó el número de casos, porcentaje y tasa de prevalencia. En el síndrome de Burnout se observaron tasas de prevalencia bajas en escalas de agotamiento emocional (56.9%) y despersonalización (50%) y altas en realización personal (80.7%). Se obtuvieron diferencias, en función del género, edad, estado civil, presencia o no de hijos y el número de los mismos, categoría, especialidad médica, antigüedad laboral y en el centro de trabajo y horas de trabajo semanalmente. Como conclusión, el perfil epidemiológico obtenido sería: mujer de 20 a 24 años de edad, soltera, sin hijos, médico interno de pregrado, con una antigüedad laboral y en el centro de trabajo de 1 a 4 años y con una jornada laboral mayor de 40 horas semanales.

**Palabras clave:** Desgaste profesional, burnout, Maslach Burnout Inventory, estrés laboral, satisfacción laboral.

## II. INTRODUCCIÓN

El síndrome de agotamiento profesional o el síndrome de Burnout fue definido por primera vez en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes<sup>1,2</sup>. Freudenberger lo definió como: *"un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce lo esperado"*.<sup>1</sup>

Posteriormente en 1976, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de presentar **"un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal"** y eligió también el término Síndrome del Burnout (quemado) y fue quien primero empleó públicamente este concepto para referirse a una situación que cada vez se hacía más frecuente entre aquellas personas que por su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente, y que después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente<sup>3,4</sup>.

Actualmente la definición más conocida del Síndrome de Burnout es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986: *"Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas"*.<sup>5,6,7</sup> Incluye las tres dimensiones básicas descritas en la anterior definición. **Agotamiento emocional (AE)**, que comienza cuando el profesional se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas; **despersonalización o deshumanización (DP)**, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado, y por último la **falta de realización personal (RP)**, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal, en este

momento la persona comienza a dudar de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos.

El cuadro clínico es polifacético y plurisintomático y aparece progresivamente como reflejo de un *esfuerzo de adaptación inadecuado*. Este síndrome debe entenderse como una respuesta al estrés laboral que aparecen cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto. El síndrome de Burnout es un tipo específico de trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua.<sup>8,9,10</sup>

Pueden identificarse tres tipos de causas diferentes:

1) **Personales.** Por ejemplo, tener aspiraciones nobles y un elevado idealismo inicial, falta de criterio para medir logros, sobrecarga de trabajo autoimpuesta y algunos rasgos de personalidad.

2) **Institucionales.** Incluyen sobrecarga de trabajo, discriminación sexual, falta de autonomía y de apoyo institucional, ambigüedad y conflicto de rol, y falta de apoyo y de retroalimentación por parte de los jefes y compañeros.

3) **Características de los pacientes.** Esto se refiere al paciente dependiente, al difícil, al que no da una retroalimentación positiva, al que tiene problemas desgastantes y al recurrente o que no presenta mejoría.<sup>11,12,13,14,15</sup>

Además, se han diferenciado los siguientes síntomas físicos, psicológicos y conductuales, asociados al síndrome de Burnout. Dentro de las **manifestaciones físicas:** cefaleas, insomnio, agotamiento físico, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales como la enfermedad ácido-péptica, síndrome del intestino irritable; taquicardia, hipertensión, susceptibilidad a infecciones, alteraciones del apetito, disfunciones sexuales, etc.

**Manifestaciones psicológicas:** sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal, irritabilidad y enojo excesivo, ansiedad, rasgos depresivos, labilidad emocional y sentimiento de frustración laboral. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia. **Manifestaciones conductuales:** predominio

de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, tabaco, fármacos y drogas ilegales, llegadas tarde, salidas anticipadas, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, comunicación no verbal, actitud cínica, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.<sup>16,17,18,19</sup>

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

**La edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada. Los individuos de 16 a 28 años de edad son los que experimentan mayor agotamiento emocional y los de 50 a 70 años son los que presentan menores niveles de agotamiento emocional, según lo reportado en el personal médico en nuestro país.<sup>11,20,21</sup>

Según **el sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. Aunque se ha encontrado que las mujeres tienden a presentar mayor y más intenso agotamiento emocional, mientras que los hombres son más susceptibles a la despersonalización.<sup>22,23,24,25</sup>

**El estado civil**, se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, aunque tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables, aunque según lo reportado en el personal médico mexicano, las personas que

viven en unión libre presentaron el nivel más alto de agotamiento emocional, y las que presentar un nivel más bajo de agotamiento emocional fueron los viudos.<sup>21,23</sup> En este mismo orden la **existencia o no de hijos** hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.<sup>11,24,45</sup>

**La turnicidad laboral** y el **horario laboral** de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo la enfermera donde esta influencia es mayor.<sup>21,26,27,28</sup>

En lo que se refiere al tipo de **profesión o categoría**, existen diferencias significativas en el factor de realización personal, encontrándose las enfermeras con un nivel alto de burnout en realización personal, seguidas de los médicos y paramédicos.<sup>21,29,30</sup>

Sobre la **antigüedad profesional** algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más síndrome de Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos síndrome de Burnout presentaron y por ello siguen presentes.<sup>11,31,32</sup>

Es conocida la relación entre síndrome de Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición del síndrome de Burnout, si bien si es referida por otros autores.<sup>32,33,34</sup>

También el **salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de síndrome de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura actual.<sup>11,35</sup>

Al analizar la **especialidad médica** se han encontrado diferencias significativas en el factor de agotamiento emocional y despersonalización, encontrándose que los médicos generales son los que presentan mayores niveles de síndrome de Burnout y los que menos son los de dermatología. En cuanto al factor de despersonalización los oncólogos tienen un mayor nivel y los que menos lo presentan son los dermatólogos.<sup>21,36,37,38,39</sup>

La medición del síndrome de Burnout es realizada con el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)<sup>24</sup> que fue desarrollado por Maslach y Jackson en 1981.<sup>19,40</sup> Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado formado por 3 escalas independientes tipo Likert con siete niveles, que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Las tres subescalas han alcanzado valores de fiabilidad a de Cronbach aceptables: alpha = 0.90 para el agotamiento emocional, alpha = 0.79 para la despersonalización y alpha = 0.71 para la realización personal en el trabajo.<sup>41,42,43</sup>

El síndrome de Burnout o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar bajo, moderado o alto grado y no como variable dicotomizada que está presente o ausente.<sup>44</sup>

Jackson y Maslach han evidenciado que no existen puntos de corte válidos a nivel clínico para medir la existencia de síndrome de Burnout y poder separar los casos de los no casos. Cabe señalar que el presentar un nivel bajo de síndrome de Burnout es un mecanismo de defensa natural, comprensible e incluso necesario para poder llevar a cabo el trabajo que realiza el equipo de salud.<sup>41,44</sup>

El síndrome Burnout o de desgaste profesional es un problema social y de salud pública, desarrollar dicho síndrome puede repercutir no sólo en la vida personal del profesionista, sino también en sus relaciones con amigos o familiares, en el trato y la calidad de atención brindada al paciente, y en la misma institución.

Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. En los médicos, las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son superiores a las de la población general.<sup>19,45,46</sup> La principal dificultad para el tratamiento es la

resistencia de los médicos para admitir ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente (peores pacientes).

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado - elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas <sup>21</sup>.

Los estudios publicados <sup>11,21,23,47,48</sup> manifiestan un aumento progresivo de este fenómeno, especialmente en médicos de atención primaria y en determinadas especialidades como oncología o infecciosas. <sup>36,37,49,50</sup> Por lo anterior, nos hemos propuesto indagar cuál es la intensidad de este desgaste profesional entre los médicos de nuestra comunidad. Nuestra intención pretende ser un toque de atención ante el incremento de esta patología y la necesidad de estudio y posterior implantación de medidas preventivas.

### III. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo descriptivo y transversal, se realizó la encuesta Maslach Burnout Inventory descrita por Maslach y Jackson en 1981, del 15 de octubre al 15 de noviembre del 2001. Dentro de los criterios de inclusión tenemos a los médicos internos, médicos residentes de cualquier especialidad, médicos de base de cualquier especialidad, médicos suplentes de cualquier especialidad del Hospital General Regional número 1 del IMSS y del Hospital General de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, que aceptaron de manera informada responder el instrumento de medición. Fueron excluidos del estudio aquellos profesionales de la salud que no se encontraron presentes el día en que fue aplicado el cuestionario y aquellos que se negaron a responder al mismo y fueron eliminados aquellos cuestionarios que se respondieron de manera incompleta. El instrumento de medición consiste en: 1. Un cuestionario general, de elaboración propia, que hace referencia a datos de filiación y aspectos laborales: edad, sexo, número de hijos (con/ sin y número de hijos); estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo); categoría ( médico interno, residente 1°, 2°, 3°, 4° año, médico de base, médico suplente); especialidad ( medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología, cirugía general, medicina interna, otra: especificando); número de horas de trabajo a la semana, turno laboral, antigüedad laboral, antigüedad en el centro de trabajo e institución en la que trabaja (IMSS, SSA, ISSSTE). 2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que fue desarrollado por Maslach y Jackson (1981): diseñado para valorar el síndrome de Burnout o de agotamiento profesional en sus tres aspectos fundamentales: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). La subescala de AE, formada por 9 ítems, valora la sensación de saturamiento emocional por el trabajo. La subescala de DP, integrada por 5 ítems, mide la falta de sentimientos y la respuesta impersonal hacia los pacientes. La subescala de RP consta de 8 ítems y mide los sentimientos de competencia y consecución de logros en el trabajo.

Se trata de un cuestionario autoadministrado formado por 3 escalas independientes tipo Likert con siete niveles, que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Las tres

subescalas han alcanzado valores de fiabilidad a de Cronbach aceptables:  $\alpha = 0.90$  para el agotamiento emocional,  $\alpha = 0.79$  para la despersonalización y  $\alpha = 0.71$  para la realización personal en el trabajo.<sup>45, 46</sup>

### **Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)**

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento desinteresado por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Créo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

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

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Los 7 niveles son los siguientes:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Las puntuaciones de cada escala se obtienen al sumar los valores de los ítems que la componen. Las puntuaciones altas en AE y DP y bajas en RP se correlacionan con un mayor nivel de síndrome de Burnout. <sup>45, 46, 47, 48</sup>

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS OPERATIVOS

	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	$\leq 18$	19-26	$\geq 27$
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	$\leq 5$	6-9	$\geq 10$
<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>	$\geq 40$	34-39	$\leq 33$

El síndrome de Burnout o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar bajo, moderado o alto grado y no como variable dicotomizada que está presente o ausente.

Teniendo completa la recolección de la información, las variables en estudio fueron almacenadas en una base de datos D-Base IV y tratadas con el paquete estadístico SPSS<sup>®</sup> 9 para Windows. Se obtuvo número de casos, porcentaje y tasa de prevalencia.

#### IV. RESULTADOS

Se estudiaron 332 médicos del Hospital General Regional No. 1 del IMSS y del Hospital General de la SESEQ, con el propósito de obtener la prevalencia del síndrome de Burnout. En el cuadro 1 se presentan los resultados de la tasa de prevalencia (TP) del síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas; en lo referente a agotamiento emocional (AE) la TP más alta, se observó en la escala catalogada como baja con 56.9 por cada 100 encuestados, en despersonalización (DP), se observó un 50% en la categoría de baja, y en realización personal (RP) la TP más alta con 80.7 por cada 100 encuestados, fue considerada como alta.

En el cuadro número 2, en relación al AE, comparado en cuanto a edad y género, el sexo masculino presentó AE alto principalmente en el grupo comprendido de los 20 a los 24 años con una TP= 52.4%, seguido del grupo de 45 a 49 años con una TP= 26.9%, en relación a AE medio, el mismo grupo de 20 a 24 años fue el que registró TP más alta con un 33.3 por cada 100 encuestados, en contraste con AE bajo, donde las TP más altas fueron de 39 años en adelante; para el sexo femenino, se comporta de la misma manera que en el masculino, con marcado predominio AE alto y medio, en el grupo de 20 a 24 años y para AE bajo el predominio se observó de 45 años en adelante.

En el cuadro número 3, en relación a DP en cuanto a edad y género, el sexo masculino presentó DP alto, principalmente en el grupo comprendido de los 20 a los 24 años con una TP= 52.4%, seguido por el grupo de 25 a 29 años con una TP= 29.7%, en relación a DP medio, el grupo de 50 a 54 años tuvo la TP más alta con: 43.5%, seguido del grupo de 20 a 24 años con una TP de 38.1%, en cuanto a DP bajo, se encontró que el grupo de 35 a 39 años, tuvo la TP más alta con: 72.7%, seguido del grupo de 40 a 44 años con una TP de 72.7%. En lo que corresponde al sexo femenino el grupo de 20 a 24 años tuvo la TP más alta con 45%, seguido por el grupo de 45 a 49 años con TP=42.9%, en DP medio el grupo de 20 a 24 años tuvo la TP más alta y en DP bajo el grupo de 40 a 44 años tuvo la TP más alta con 66.7%, seguido por el grupo de 35 a 39 años con una TP= 61.1%.

En el cuadro número 4, en relación a RP en cuanto a edad y género, el sexo masculino presentó RP baja en el grupo de 20 a 24 años con la TP más alta de 19%, en RP medio la TP más alta fue en el grupo de 20 a 24 años con 19%, y en RP alto la TP más alta fue en el grupo de 25 a 29 años con 89.2%. En cuanto al sexo femenino RP baja con TP más alta fue en el grupo de 20 a 24 años con 15%, en RP media la TP más alta se observó en el grupo de 40 a 44 años con 33.3% y en RP alta, en el grupo de 45-49 años tuvo una TP de 100%.

En el cuadro número 5, en relación a AE, estado civil y género, el sexo masculino presentó AE alto en forma más importante en el grupo de solteros, mientras que en AE medio correspondió al viudo con una TP de 100%, seguido del grupo de solteros con una TP de 29.7, caso contrario fue en el AE bajo en donde los índices más altos fueron en los grupos de unión libre (TP de 100%), casados con TP de 77.9% y divorciados con TP de 66.7%. En el grupo de mujeres el AE alto y medio fueron más importantes en el grupo de unión libre con una TP de 50% para ambos casos, seguido por el grupo de solteros con una TP de 34.1% y 29.5% respectivamente mientras que en el AE bajo la tasa más alta se reportó en el grupo de divorciados con 100% y en el grupo de casados con una TP de 65.1%.

En el cuadro número 6, en relación a DP en cuanto a estado civil y género, el sexo masculino presentó DP alto en el grupo de los solteros con una TP de 40.6%, en cuanto DP medio el grupo de viudos presentó la TP más alta con el 100%, y con DP bajo el grupo de unión libre fue el más representativo con una TP del 100%. En el caso del sexo femenino en DP alto en el grupo solteros con una TP de 38.6%, con DP medio el grupo de unión libre con una TP de 50.0% y en DP bajo el grupo de divorciados tuvo una TP de 100%, seguida de los casados con 67.4%.

En el cuadro número 7, en relación a RP en cuanto a estado civil y género, el sexo masculino presentó RP bajo en el grupo de los divorciados con una TP de 50%, en cuanto RP medio el grupo de divorciados presentó la TP más alta con 25%, y con RP alto el grupo de unión libre al igual que el grupo de viudos tuvo una TP de 100%. En el caso del sexo femenino en RP bajo en el grupo solteros, la TP fue de 11.4%, y con RP

medio el grupo de solteros con una TP de 17% y en RP alto el grupo de divorciados junto con el de unión libre tuvieron una TP del 100%, seguida de los casados con 79.1%.

En el cuadro número 8, se presentan los resultados de la TP del síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas comparadas con la presencia o no de hijos y el número de los mismos. Con lo que respecta a la escala de AE alto, la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo de médicos que no tenían hijos con TP= 33.8%, seguida por los que tienen 4 hijos con TP=27.3%, en AE medio, los que no tenían hijos presentaron una TP=27.2% y en AE bajo, la TP mayor se observó en el grupo de los que tienen 3 hijos con TP=73.9%. En DP alta y media, el grupo con mayor TP fueron los que no tenían hijos correspondientes a 34.4% y 31.3%, en DP baja, el grupo con mayor TP fueron los que tienen 4 hijos con TP= 72.7%. En RP baja, el grupo que tiene 3 hijos tuvo la mayor tasa de prevalencia con 8.7%, seguida en RP media con el grupo de los que no tienen hijos con una TP=17.2% y con RP alta la mayor prevalencia se encontró en el grupo que tiene 4 hijos con TP= 100%.

En el cuadro número 9, se presentan los resultados de TP del síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas comparado con la categoría, en lo referente a AE alto y medio, la TP más alta, se observó en el grupo de médicos internos con una TP 42.1% en AE alto y TP de 35.5% en lo que respecta al AE medio, y el grupo de médicos de base se encontró con la TP más alta en AE bajo con 73.4%. Con respecto de DP alta, la TP mayor se encontró en los médicos internos con 52.6%, así como en DP medio con TP de 34.2%, y con DP bajo, el grupo de médicos de base con la mayor TP de 63.9%. En RP baja, el grupo de médicos de base tuvo la mayor TP con 9.5%, en RP medio, el grupo de los médicos internos tuvo la TP mayor con 19.7% y con RP alto, el grupo de el médico suplente tuvo la mayor TP con 93.5%.

En el cuadro número 10, se presentan los resultados de la TP del síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas comparadas con la especialidad médica. Comenzando por la escala de AE alto, la mayor tasa de prevalencia se encontró en los ginecólogos con TP= 25.7%, seguida por el médico familiar con TP=20%, en AE medio, el grupo con mayor TP fue radiología con una TP de 60%, seguidas de otorrinolaringología con TP=

25% y por pediatría y medicina interna con TP= 18.8%, con AE bajo el grupo de mayor prevalencia fueron oftalmología y otras (medicina del trabajo, medicina del deporte, medicina forense y epidemiología) con TP= 100%, seguidas por anestesiología con 88.2%. En la escala de DP alta el grupo con mayor prevalencia fue oftalmología con TP=100%, la escala de DP media, la TP mayor estuvo en el grupo de anestesiología con 35%, y DP bajo se encontró con TP mayor en el grupo de radiología con 80%. En la escala de RP baja, el grupo de mayor prevalencia fueron los radiólogos con TP=20%, en la escala de RP media el grupo de otorrinolaringología obtuvo una TP=25% y en la escala de RP baja, el grupo de oftalmología y otras especialidades (medicina del trabajo, medicina del deporte, medicina forense y epidemiología) obtuvieron una TP= 100%.

En el cuadro número 11, se presentan los resultados de la TP del síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas comparadas con la antigüedad laboral. Comenzando por la escala de AE alto, la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo de 1-4 años con TP= 15.4%, en AE medio, el grupo con mayor TP fue el grupo de 30 a 34 años con TP= 25%, en AE bajo, el grupo con mayor TP fueron los menores de 1 año con TP= 100%. En la escala de DP alta, la mayor prevalencia se encontró en el grupo de 15-19 años con una TP= 22%, en la DP media la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo de 25 a 29 años con TP= 53%, y en la escala de DP baja la tasa de mayor prevalencia se encontró en el grupo menor de 1 año con TP= 100%. En la escala de RP bajo, el grupo de 5-9 años tuvo la mayor TP con 12%, en la RP media, el grupo de 20 a 24 años tuvo una TP= 16%, y en la escala de RP alta el grupo de menores de 1 año y de 30 a 34 años tuvieron una TP de 100%.

En el cuadro número 12, se presentan los resultados de la TP en el síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas comparadas con la antigüedad en el centro de trabajo. En la escala de AE alto, la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo de 1-4 años con TP= 19.6%, en AE medio, el grupo con mayor TP fue el grupo de 25 a 29 años con TP= 37.5%, en AE bajo, el grupo con mayor TP fue el grupo de 30 a 34 años con TP= 100%, seguida por el grupo de 10-14 años con TP= 80.6%. En la escala de DP alta, la mayor prevalencia se encontró en el grupo de 15-19 años con una TP= 21%, en la DP media la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo de 30 a 34 años con TP=

100%, seguida por el grupo de 25 a 29 años con TP=63%, y en la escala de DP baja la tasa de mayor prevalencia se encontró en el grupo de 1-4 años y en el grupo de 10 a 14 años con TP= 71%. En la escala de RP bajo, el grupo de menores de 1 año tuvo la mayor TP con 13%, al igual que los de 25 a 29 años, en la RP media, el grupo de 10 a 14 años tuvo una TP= 26%, y en la escala de RP alta el grupo de 30 a 34 años tuvieron una TP de 100%, seguida por el grupo de 20-24 años con TP= 94%.

En el cuadro número 13, se presentan los resultados de la TP en el síndrome de Burnout en sus tres diferentes escalas comparadas con las horas laboradas semanalmente. En la escala de AE alto, la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo que trabajaba más de 40 horas con TP= 14.2%, en AE medio, el grupo con mayor TP fue el grupo que trabaja 40 horas con TP=14.3%, en AE bajo, el grupo con mayor TP fue el grupo con trabajo de 40 horas con TP= 72.7%, casi al igual que con los mayores de 40 horas con TP=72.4%. En la escala de DP alta, la prevalencia se encontró en ambos grupos por igual con TP= 13%, en la DP media la mayor tasa de prevalencia se encontró en el grupo que trabaja más de 40 horas con TP= 24% y en la escala de DP baja la tasa de mayor prevalencia se encontró en el grupo que trabaja 40 horas con TP= 65%. En la escala de RP bajo, el grupo que trabaja 40 horas tuvo la mayor TP con 10%, en la RP media, el grupo que trabaja 40 horas tuvo una TP= 13%, y en la escala de RP alta el grupo que trabaja más de 40 horas tiene una TP de 86%.

**CUADRO 1.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO  
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL  
HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO,  
QUERÉTARO.  
2001**

<b>SINDROME DE BURNOUT</b>	<b>ALTO</b>		<b>MEDIO</b>		<b>BAJO</b>	
	<b>NO.</b>	<b>T.P*</b>	<b>NO.</b>	<b>T.P*</b>	<b>NO.</b>	<b>T.P*</b>
<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	74	22.3	69	20.8	189	56.9
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	78	23.5	88	26.5	166	50
<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>	268	80.7	44	13.3	20	6.02

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

**CUADRO 2.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SU ESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL, DE ACUERDO A EDAD Y GÉNERO, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**

EDAD	AGOTAMIENTO EMOCIONAL											
	MASCULINO						FEMENINO					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
20-24	11	52.4	7	33.3	3	14.3	17	42.5	14	35	9	22.5
25-29	7	18.9	12	32.4	18	48.6	7	33.3	3	14.3	11	52.4
30-34	6	16.2	4	16	15	60	7	24.1	6	20.7	16	55.2
35-39	4	18.2	1	4.55	17	77.3	3	16.7	3	16.7	12	66.7
40-44	2	5.56	4	11.1	30	83.3	-	-	3	25	9	75
45-49	7	26.9	-	-	19	73.1	-	-	2	28.6	5	71.4
50-54	-	-	4	17.4	19	82.6	2	50	2	50	-	-
55-59	-	-	1	20	4	80	1	25	3	75	-	-
60-64	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>18.8</b>	<b>33</b>	<b>16.8</b>	<b>127</b>	<b>64.5</b>	<b>37</b>	<b>27.4</b>	<b>36</b>	<b>26.7</b>	<b>62</b>	<b>45.9</b>

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

**CUADRO 3.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SU ESCALA DE  
DESPERSONALIZACIÓN, DE ACUERDO A EDAD Y GÉNERO, EN EL  
PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1  
DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO, QUERÉTARO.**

2001

EDAD	DESPERSONALIZACIÓN											
	MASCULINO						FEMENINO					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
20-24	11	52.4	8	38.1	2	9.52	18	45	15	37.5	7	17.5
25-29	11	29.7	10	27	16	43.2	6	28.6	5	23.8	10	47.6
30-34	4	10.8	3	8.11	18	48.6	5	17.2	7	24.1	17	58.6
35-39	2	9.09	4	18.2	16	72.7	2	11.1	5	27.8	11	61.1
40-44	2	5.56	8	22.2	26	72.2	2	16.7	2	16.7	8	66.7
45-49	6	23.1	4	15.4	16	61.5	3	42.9	-	-	4	57.1
50-54	3	13	10	43.5	10	43.5	-	-	2	50	2	50
55-59	3	60	1	20	1	20	-	-	3	75	1	25
60-64	-	-	1	50	1	50	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	42	21.3	49	24.9	106	53.8	36	26.7	39	28.9	60	44.4

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

**CUADRO 4.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SU ESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL, DE ACUERDO A EDAD Y GÉNERO, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.**

2001

EDAD	REALIZACION PERSONAL											
	MASCULINO						FEMENINO					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
20-24	13	61.9	4	19	4	19	26	65	8	20	6	15
25-29	33	89.2	4	10.8	-	-	14	66.7	5	23.8	2	9.5
30-34	23	62.2	2	5.41	-	-	22	75.9	3	10.3	4	13.8
35-39	19	86.4	2	9.09	1	4.55	16	88.9	2	11.1	-	-
40-44	32	88.9	3	8.33	1	2.78	8	66.7	4	33.3	-	-
45-49	21	80.8	4	15.4	1	3.85	7	100	-	-	-	-
50-54	19	82.6	3	13	1	4.35	4	100	-	-	-	-
55-59	5	100	-	-	-	-	4	100	-	-	-	-
60-64	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	167	84.8	22	11.2	8	4.06	101	74.8	22	16.3	12	8.88

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

**CUADRO 5.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SU ESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL, DE ACUERDO A ESTADO CIVIL Y GÉNERO, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**

ESTADO CIVIL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL											
	MASCULINO						FEMENINO					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
<b>SOLTERO</b>	21	32.8	19	29.7	24	37.5	30	34.1	26	29.5	32	36.4
<b>CASADO</b>	14	12.4	11	9.73	88	77.9	6	14	9	20.9	28	65.1
<b>UNION LIBRE</b>	-	-	-	-	7	100	1	50	1	50	-	-
<b>DIVORCIADO</b>	2	16.7	2	16.7	8	66.7	-	-	-	-	2	100
<b>VIUDO</b>	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	37	18.8	33	16.8	127	64.5	37	27.4	36	26.7	62	45.9

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

**CUADRO 6.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SU ESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN, DE ACUERDO A ESTADO CIVIL Y GÉNERO, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**

ESTADO CIVIL	DESPERSONALIZACIÓN											
	MASCULINO						FEMENINO					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
<b>SOLTERO</b>	26	40.6	17	26.6	21	32.8	34	38.6	26	29.5	28	31.8
<b>CASADO</b>	15	13.3	27	23.9	71	62.8	2	4.65	12	27.9	29	67.4
<b>UNION LIBRE</b>	-	-	-	-	7	100	-	-	1	50	1	50
<b>DIVORCIADO</b>	1	8.33	4	33.3	7	58.3	-	-	-	-	2	100
<b>VIUDO</b>	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	42	21.3	49	24.9	106	53.8	36	26.7	39	28.9	60	44.4

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

CUADRO 7.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SU ESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL, DE ACUERDO A ESTADO CIVIL Y GÉNERO, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001

ESTADO CIVIL	REALIZACIÓN PERSONAL											
	MASCULINO						FEMENINO					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
SOLTERO	50	78.1	12	18.8	2	3.13	63	71.6	15	17	10	11.4
CASADO	106	93.8	7	6.19	-	-	34	79.1	7	16.3	2	4.65
UNION LIBRE	7	100	-	-	-	-	2	100	-	-	-	-
DIVORCIADO	3	25	3	25	6	50	2	100	-	-	-	-
VIUDO	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	167	84.8	22	11.2	8	4.06	101	74.8	22	16.3	12	8.89

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

**CUADRO 8.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A SU CATEGORÍA, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**

CATEGORÍA	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						DESPERSONALIZACIÓN						REALIZACIÓN PERSONAL					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
MEDICO INTERNO	32	42.1	27	35.5	17	22.4	40	52.6	26	34.2	10	13.2	58	76.3	15	19.7	3	3.9
MEDICO RESIDENTE	14	26.9	14	26.9	24	46.2	11	21.2	15	28.8	26	50	42	80.8	9	17.3	1	1.9
MEDICO DE BASE	22	13.9	20	12.7	116	73.4	22	13.9	35	22.2	101	63.9	125	79.1	18	11.4	15	9.5
MEDICO SUPLENTE	6	13	8	17.4	32	69.6	5	10.9	12	26.1	29	63	43	93.5	2	4.35	1	2.2
TOTAL	74																	
		22.3	69	20.8	189	56.9	78	23.5	88	26.5	166	50	268	80.7	44	13.3	20	6

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

CUADRO 9.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO AL NÚMERO DE HIJOS, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001

NUMERO DE HIJOS	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						DESPERSONALIZACION						REALIZACIÓN PERSONAL					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
UNO	6	14.6	6	14.6	29	70.7	6	14.6	6	14.6	29	70.7	31	75.6	5	12.2	5	12
DOS	11	13.3	13	15.7	59	71.1	11	13.3	18	21.7	54	65.1	72	86.7	10	12	1	1.2
TRES	3	6.52	9	19.6	34	73.9	6	13	17	37	23	50	39	84.8	3	6.52	4	8.7
CUATRO	3	27.3	-	-	8	72.7	3	27.3	-	-	8	72.7	11	100	-	-	-	-
NO TIENE	51	33.8	41	27.2	59	39.1	52	34.4	47	31.1	52	34.4	115	76.2	26	17.2	10	6.6
TOTAL	74		69		189		78		88		166		268		44		20	
		22.3		20.8		56.9		23.5		26.5		50		80.7		13.3		6

N=332.

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

CUADRO 10.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A SU CATEGORÍA, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.

2001

ESPECIALIDAD MEDICA	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						DESPERSONALIZACION						REALIZACIÓN PERSONAL					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
MEDICINA GENERAL	2	13.3	2	13.3	11	73.3	3	20	3	20	9	60	12	80	1	6.7	2	13
MEDICINA FAMILIAR	4	20	3	15	13	65	3	15	4	20	13	65	15	75	3	15	2	10
GINECOLOGÍA	9	25.7	3	8.57	23	65.7	5	14	5	14	25	71	27	77	4	11	4	11
PEDIATRIA	5	15.6	6	18.8	21	65.6	5	16	7	22	20	63	28	88	4	13	-	-
MEDICINA INTERNA	3	9.38	6	18.8	23	71.9	3	9.4	8	25	21	66	29	91	2	6.3	1	3.1
CIRUGÍA	4	11.4	3	8.57	28	80	2	5.7	11	31	22	63	29	83	3	8.6	3	8.6
ANESTESIOLOGÍA	1	5.88	1	5.88	15	88.2	1	5.9	6	35	10	59	12	71	2	12	3	18
RADIOLOGÍA	-	-	3	60	2	40	-	-	1	20	4	80	4	80	-	-	1	20
OFTALMOLOGÍA	-	-	-	-	3	100	3	100	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-
OTORRINOLARINGOLOGÍA	-	-	1	25	3	75	-	-	1	25	3	75	3	75	1	25	-	-
OTRAS	-	-	-	-	6	100	2	33	1	17	3	50	6	100	-	-	-	-
TOTAL	28		28		148		27		47		130		168		20		16	
		13.7		13.7		72.5		13		23		64		82		9.8		7.8

N=204\*\*

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

\*\* Excepto médicos internos de pregrado y medicos residentes.

CUADRO 11.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A SU ANTIGÜEDAD LABORAL, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001

ANTIGÜEDAD LABORAL	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						DESPERSONALIZACIÓN						REALIZACIÓN PERSONAL					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**	NO.	T.P**
MENOR DE 1 AÑO	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-	3	100	3	100	-	-	-	-
1-4 AÑOS	6	15.4	7	17.9	26	66.7	7	18	12	31	20	51	33	85	3	7.7	3	7.7
5-9 AÑOS	6	14.6	7	17.1	28	68.3	4	9.8	8	20	29	71	34	83	2	4.9	5	12
10-14 AÑOS	4	14.8	-	-	23	85.2	3	11	5	19	19	70	21	78	4	15	2	7.4
15-19 AÑOS	5	13.5	6	16.2	26	70.3	8	22	5	14	24	65	29	78	4	11	4	11
20-24 AÑOS	5	13.2	4	10.5	29	76.3	4	11	7	18	27	71	31	82	-6	16	1	2.6
25-29 AÑOS	2	13.3	3	20	10	66.7	1	6.7	8	53	6	40	13	87	1	6.7	1	6.7
30-34 AÑOS	-	-	1	25	3	75	-	-	2	50	2	50	4	100	-	-	-	-
TOTAL	28	13.7	28	13.7	148	72.5	27	13	47	23	130	64	168	82	20	9.8	16	7.8

N=204\*\*

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

\*\* Excepto médicos internos de pregrado y médicos residentes.

CUADRO 12.

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**

ANTIGÜEDAD EN EL CENTRO DE TRABAJO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						DESPERSONALIZACIÓN						REALIZACIÓN PERSONAL					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
MENOR DE 1 AÑO	1	12.5	1	12.5	6	75	1	13	2	25	5	63	6	75	1	13	1	13
1-4 AÑOS	11	19.6	7	12.5	38	67.9	6	11	10	18	40	71	50	89	4	7.1	2	3.6
5-9 AÑOS	5	13.9	7	19.4	24	66.7	5	14	9	25	22	61	30	83	-	-	6	17
10-14 AÑOS	3	9.68	3	9.68	25	80.6	5	16	4	13	22	71	20	65	8	26	3	9.7
15-19 AÑOS	3	9.09	4	12.1	26	78.8	7	21	9	27	17	52	25	76	6	18	2	6.1
20-24 AÑOS	5	16.1	3	9.68	23	74.2	3	9.7	7	23	21	68	29	94	1	3.2	1	3.2
25-29 AÑOS	-	-	3	37.5	5	62.5	-	-	5	63	3	38	7	88	-	-	1	13
30-34 AÑOS	-	-	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>148</b>	<b>73</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>130</b>	<b>64</b>	<b>168</b>	<b>82</b>	<b>20</b>	<b>9.8</b>	<b>16</b>	<b>7.8</b>

N=204\*\*

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

\*\* Excepto médicos internos de pregrado y médicos residentes.

**CUADRO 13.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A LAS HORAS LABORADAS SEMANALMENTE, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**

HORAS LABORADAS SEMANALMENTE	AGOTAMIENTO EMOCIONAL						DESPERSONALIZACIÓN						REALIZACIÓN PERSONAL					
	ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO		ALTO		MEDIO		BAJO	
	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*	NO.	T.P*
40 HORAS	10	13	11	14.3	56	72.7	10	13	17	22	50	65	59	77	10	13	8	10
MAS DE 40 HORAS	18	14.2	17	13.4	92	72.4	17	13	30	24	80	63	109	86	10	7.9	8	6.3
TOTAL	28	13.7	28	13.7	148	72.5	27	13	47	23	130	64	168	82	20	9.8	16	7.8

N=204\*\*

Fuente: Encuesta.

\* Tasa de Prevalencia por cada 100 encuestados.

\*\* Excepto médicos internos de pregrado y médicos residentes.

## V. DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout se ha catalogado como el probable responsable de la desmotivación que sufre en algún momento el profesional de la salud. Se ha implicado además como causa de ausentismo laboral y que lo llegue a presentar uno de cada dos médicos o 1 de cada 3 en forma importante o 1 de 4 en forma severa. Nuestro estudio realizado en 2 diferentes hospitales del Sector Salud, demuestra tasas de AE bajas, en DP muy similares y altas en RP; un estudio presentado por la psicoterapeuta Franco BX<sup>21</sup>, realizado en diferentes centros hospitalarios del Distrito Federal, reporta tasas bajas en AE alto y medio, lo contrario a lo reportado en nuestro estudio, con tasas altas en RP baja, con lo cual se demuestra una baja prevalencia del síndrome de Burnout y especialmente en la escala de RP, esto refleja que en nuestro medio el personal médico ha logrado satisfactores importantes dados por el desempeño en su profesión y a su vez ha logrado una empatía con el paciente.

En cuanto a AE en relación a la edad, nuestros resultados son muy similares a lo reportado en el estudio mencionado anteriormente<sup>21</sup>, ya que quienes presentaron mayor riesgo en esta escala fueron los individuos jóvenes, en nuestro estudio principalmente el grupo de 20 a 24 años para ambos sexos y en comparación con el grupo de edad de 16 a 28 años de edad; este criterio ha sido considerado por Atance MJC<sup>48</sup>, el cual menciona que el factor edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome de Burnout, si se ha llegado a considerar al profesional de la salud vulnerable al riesgo de presentar la enfermedad, siendo principalmente en los primeros años de ejercicio profesional, en donde se produce que las recompensas personales, profesionales o económicas no son las prometidas, ni las esperadas.

En relación a la variable género y AE reportamos mayor predisposición para el sexo femenino en contraste con lo reportado por Franco BX<sup>21</sup>, en donde sus resultados son idénticos para ambos sexos, nosotros consideramos que la diferencia de resultados y la predilección por el sexo femenino de este síndrome sea debida principalmente a la doble carga de trabajo de la mujer, tanto en el hogar como en el aspecto profesional.

Con respecto a la variable estado civil y género, se reportaron tasa altas de prevalencia en las escalas de AE y DP en el grupo de solteros, tanto del sexo masculino como en el femenino, esto comparado con Franco BX<sup>21</sup>, en dónde se encontraron las tasas más altas en el grupo de unión libre, esto podría deberse según Atance MJC<sup>48</sup> a que el grupo de solteros tenga un mayor nivel de AE y DP a comparación con los casados porque refiere que la estabilidad emocional en la familia permite un mejor afrontamiento de conflictos y estreses laborales. Al mismo tiempo en el estudio se valoro la existencia o no de hijos y el número de los mismos, en este estudio se encontraron tasas altas en AE alto y DP alto en el grupo que no tenía hijos, esto comparado con los autores antes mencionados los cuales muestran los mismos resultados, explicándose que es debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos, hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y emocionales y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar, sin embargo en el grupo que se encontraba con 3 hijos, se encontró una tasa de prevalencia alta en RP baja, coincidiendo con lo publicado por Mingote AJC<sup>9</sup>, en donde considera un factor vulnerable para presentar el síndrome de Burnout el tener más de 3 hijos menores de 14 años, aunque en este estudio no fueron valoradas las edades de los mismos, por lo que sería un punto importante para próximos estudios.

En lo referente a la categoría, el médico interno fue el que presentó tasas más altas de AE y DP, esto coincidiendo con el grupo de edad (20-24 años), en el que se encontraron las mismas tasas altas de AE y DP, ya que en los primeros años de la práctica profesional en este caso hospitalaria, se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.

En cuanto a la especialidad médica, se encontraron tasas altas de AE alto en los médicos ginecólogos, seguido con una pequeña diferencia de los médicos familiares, esto podría sugerirse debido al gran número de pacientes que se ven en ambas especialidades en los dos hospitales encuestados a diferencia de las demás especialidades; comparando con los autores anteriormente mencionados<sup>21,48</sup>, oncología fue la especialidad que presentó tasas más altas de prevalencia. Se encontró con DP alta al grupo de oftalmólogos, esto

pudiendo deberse al número de encuestados de los mismos que solo se encontraba en número de 3.

Con respecto a la variable antigüedad laboral, se presentó con tasas altas de agotamiento emocional, el grupo que se encontraba de 1 a 4 años y los que menos presentaron fueron los de 30 a 34 años, esto coincidiendo con lo mencionado por Naisberg y Fenning<sup>11</sup> que mencionan que los sujetos que más síndrome de Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos síndrome de Burnout presentaron y por ello siguen presentes, lo mismo coincidiendo con tasas altas de AE, en la antigüedad en el centro de trabajo que se encontró en el grupo de 1 a 4 años.

En relación a la horas laboradas semanalmente, se observó mayor AE en el grupo que trabajaba más de 40 horas, no así en DP en donde las se observaron las mismas tasas de prevalencia, y con lo referente a RP baja los que presentaron tasas más altas se encontraron los que trabajan menos de 40 horas, esto coincidiendo con lo reportado por Atance MJC<sup>11,48</sup>, que además menciona que el AE alto en el personal que trabaja más de 40 horas, esta relacionado con la sobrecarga laboral, de manera que este factor puede producir una disminución de la calidad de los servicios ofrecidos por los médicos tanto cualitativa como cuantitativamente.

Estos datos descritos, nos permiten demostrar la presencia del síndrome de Burnout como estudio inicial, pero vale la pena profundizar con otros diseños de investigación que nos permitan explicar las causas de este fenómeno y que logremos diseñar mecanismos de intervención que corrijan los resultados y que redunde en la mejoría de la calidad del servicio prestado en las unidades médicas y hospitalarias.

## VII. CONCLUSIONES

1. Se observaron tasa de prevalencia bajas en escalas de AE y DP y altas en RP.
2. La prevalencia más alta registrada de síndrome de Burnout en cuanto AE se registro en grupos de edad jóvenes (20-24 años), en ambos sexos.
3. El síndrome de Burnout se reporta en forma más importante en el sexo femenino que en el masculino.
4. Se encontró la prevalencia más baja de síndrome de Burnout en cuanto AE en el grupo de edad de 45 años en adelante, en ambos sexos.
5. Se observó que la prevalencia más alta del síndrome de Burnout en su escala de DP alta y con RP baja , fue el en grupo de 20 a 24 años, en ambos sexos.
6. El síndrome de Burnout en cuanto a RP alta se encontró en el grupo d 25 a 29 años en el sexo masculino y en el grupo de 45 a 49 años en el sexo femenino.
7. La prevalencia del síndrome de Burnout más alta registrada en su escala de AE y DP altas, fue en el grupo de solteros en ambos sexos.
8. En cuanto a RP baja, se encontró la mayor prevalencia en el grupo de divorciados en el sexo masculino y en el grupo de solteros en el sexo femenino.
9. La prevalencia más alta registrada del síndrome de Burnout, en cuanto a AE y DP altas, se encontró en el grupo de médicos internos, no así la RP baja la cual se encontró en los médicos de base.
10. El síndrome de Burnout en cuanto a AE y DP, la prevalencia más alta, se encontró en el grupo de el personal médico que no tiene hijos y la prevalencia más alta en RP baja fue encontrada en el grupo de los tenían 3 hijos.
11. Con lo referente a la especialidad médica, el grupo de los ginecólogos fue el que obtuvo una tasa mayor de prevalencia del síndrome de Burnout en su escala de AE.
12. En la escala de DP, el grupo con mayor tasa de prevalencia con respecto a la especialidad médica fueron los oftalmólogos, y en RP baja la tasa de mayor prevalencia fue encontrada en los médicos radiólogos.

13. En cuanto a la antigüedad laboral, el grupo con 1 a 4 años se encontró con la prevalencia más alta en la escala de AE y en la escala de DP, en cuanto a la escala de RP baja, el grupo de 5 a 9 años fueron los que se encontraron con la mayor prevalencia.
14. La mayor prevalencia encontrada con respecto a la antigüedad en el centro de trabajo del síndrome de Burnout en su escala de AE fue en el grupo de 1 a 4 años y en la escala de DP alta fue el grupo de 15 a 19 años; en su escala de RP baja la mayor prevalencia se encontró por igual en los grupos de menor de 1 año y en el grupo de 25 a 29 años.
15. La mayor prevalencia del síndrome de Burnout comparada con las horas laboradas semanalmente, en la escala de AE se encontró en el grupo que trabaja más de 40 horas, en la escala de DP alta se encontró una tasa de prevalencia por igual en ambos grupos, y en el grupo de RP baja, el grupo que trabaja 40 horas se encontró con la tasa de mayor prevalencia.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freudenberger H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974; 30(1): 159-166.
2. Freudenberger H. The staff Burnout Syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 1975; 12(1): 73-82.
3. Maslach C. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues* 1978;34(4):111-124.
4. Maslach C Burned-out. *Hum Behav* 1976; 5: 16-22.
5. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1983; 2:99-113.
6. Maslach C, Jackson SE. Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *J Health Hum Res Admin* 1984; 7:289.
7. Maslach C, Jackson SE: Burnout in health professionals: a social psychological analysis, in Sanders G, Suls J (eds): *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1981.
8. Kahill S. Symptoms of professional Burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology* 1988; 29(3): 284-297.
9. Mingote AJC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Actualizaciones. Atención Primaria* 1998; 5 (8): 493-505.
10. Pines A, Aronson E. *Career Burnout, causes and cures*. Nueva York, The Free Press, 1988.
11. Atance Martínez JC Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71 (3): 293-303.
12. González PR, Suberviola GJF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 1998;22( 9): 580-84.
13. Bustinza A.A, et al. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Ped* 2000; 32 (3): 418-423.

14. Hidalgo RL, Díaz G R.J. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 408-412.
15. De las Cuevas C El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid: Monografía de Laboratorios Servier, 1997.
16. Lloyd S, Streiner D, and Shannon S: Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med* 1994;12:559-565.
17. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991;9:1916-21.
18. Epstein, D., Guttler, S., Nakashima, W. F., Rubenstein, W., Smith, M. I., Bellamy, P., Tillisch, J., Wachter, R. M., Goldman, L. The Role of "Hospitalists" in the Health Care System. *N Engl J Med* 1997; 336: 444-446.
19. Mingote AJC. Síndrome de desgaste profesional ("Burnout"). *Medicina y seguridad del trabajo* 1997;44(174):63-71.
20. Kirwan M, Armstrong D Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 259-260.
21. Franco BX. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Rev Mex de Puericultura y Pediatría* 1999; 6 (20): 252-260.
22. Atance JC Algunas aproximaciones al síndrome de burnout en profesionales sanitarios. *Medicina del Trabajo* 1996; 5: 337-343.
23. De Pablo González R, Suberviola González JF Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22 (9): 580-584 .
- 24 . Álvarez E, Fernández L El síndrome de burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991; 21: 257-265.
25. Olivar CC, González MS, Martínez SM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria* 1999; 24 (6): 352-359.
26. Levinsky NG. Recruiting for primary care. *N Engl J Med* 1993;328:656-660.

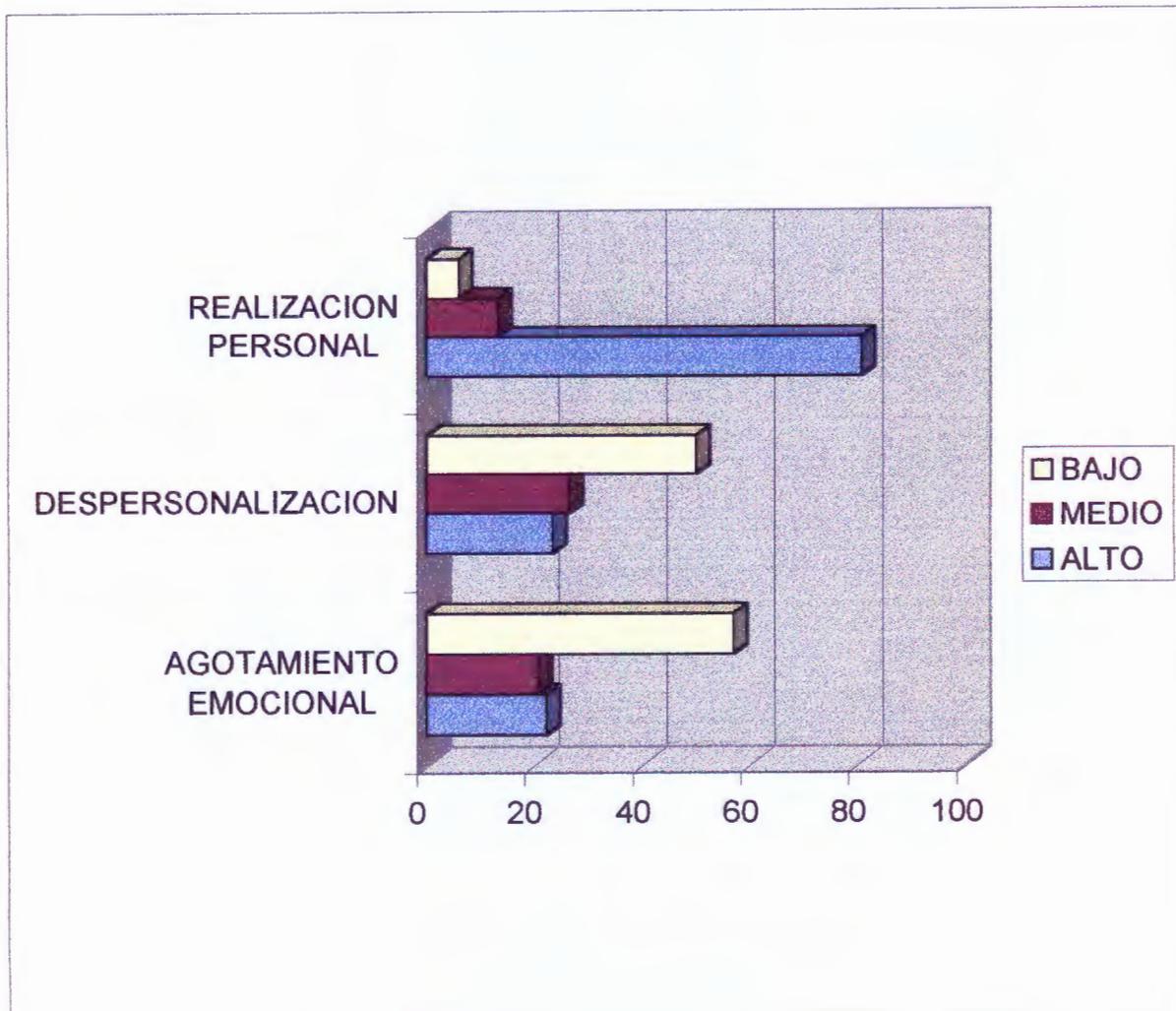
27. Grunfeld E, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J* 2000; 163 (2): 166-169.
28. Fields AI, et al. Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995; 23 (8): 1425-30.
29. Cooper Carmona, Luis Alberto. Síndrome de agotamiento en trabajadores de la salud *Rev. Mex. Pueric. Ped* 1999;6(34):239-251.
30. Belloch GSL, Renovell FV, Calabuig AJR, Gomez SL. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialities. *An Med Interna* 2000 Mar; 17 (3): 118-22.
31. Díaz RI, Hidalgo I El síndrome de burnout en los médicos del sistema sanitario público de un área de salud. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 670-676.
32. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724-728.
33. Lemkau JP, Purdy RP, Rafferty JP, Rudisill JR Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ* 1988; 63 (9): 682-691.
34. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education* 2000;34(6):430-6.
35. Uetz KM. 1989 Survey of burnout level y stress coping techniques among university and college Ombudsmen. *UCI Ombudsman: The Journal* 1993; 32: 56-93.
36. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS et al Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71: 1.263-1.269.
37. Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH The occurrence and Distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J Infect Dis* 1992; 165: 224-228.
38. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996 Jul; 22 (7): 625-30.
39. Gundersen L. Physician Burnout. *Ann Intern Med* 2001; 135 (2): 145-148.
40. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Nueva York, Prentice-Hall, 1982.

41. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1996.
42. Mitchell GW, Herbison RJ, Rando TA, Plante TG: The national EMS burnout questionnaire. JEMS 1983;8:55-58.
43. Capilla-Pueyo R. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. JANO EMC 2000; 58 (1334): 56-58.
44. Maslach, C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52:397-422.
45. Bass D. Surfacing after burnout. BMJ 2000;320:259.
46. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. Lancet 2000; 355: 533-38.
47. Keller KL and Koenig WJ: Management of stress and burnout in emergency physicians. Ann Emerg Med 1989;18:42-47.
48. Atance MJC. Estudio del síndrome de burnout en profesionales sanitarios en un área de salud : aspectos causales y explicativos. Medicina y seguridad del trabajo 1997;44(172):87-96.
49. De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviana M, Ruiz-Benítez A. Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. Bol Dig Atención Primaria 1995; 8: 45-62.
50. Johnstone C. Strategies to prevent burnout . BMJ 1999; 318: 155-57.

## **VII. ANEXOS**

### GRÁFICA NO. 1

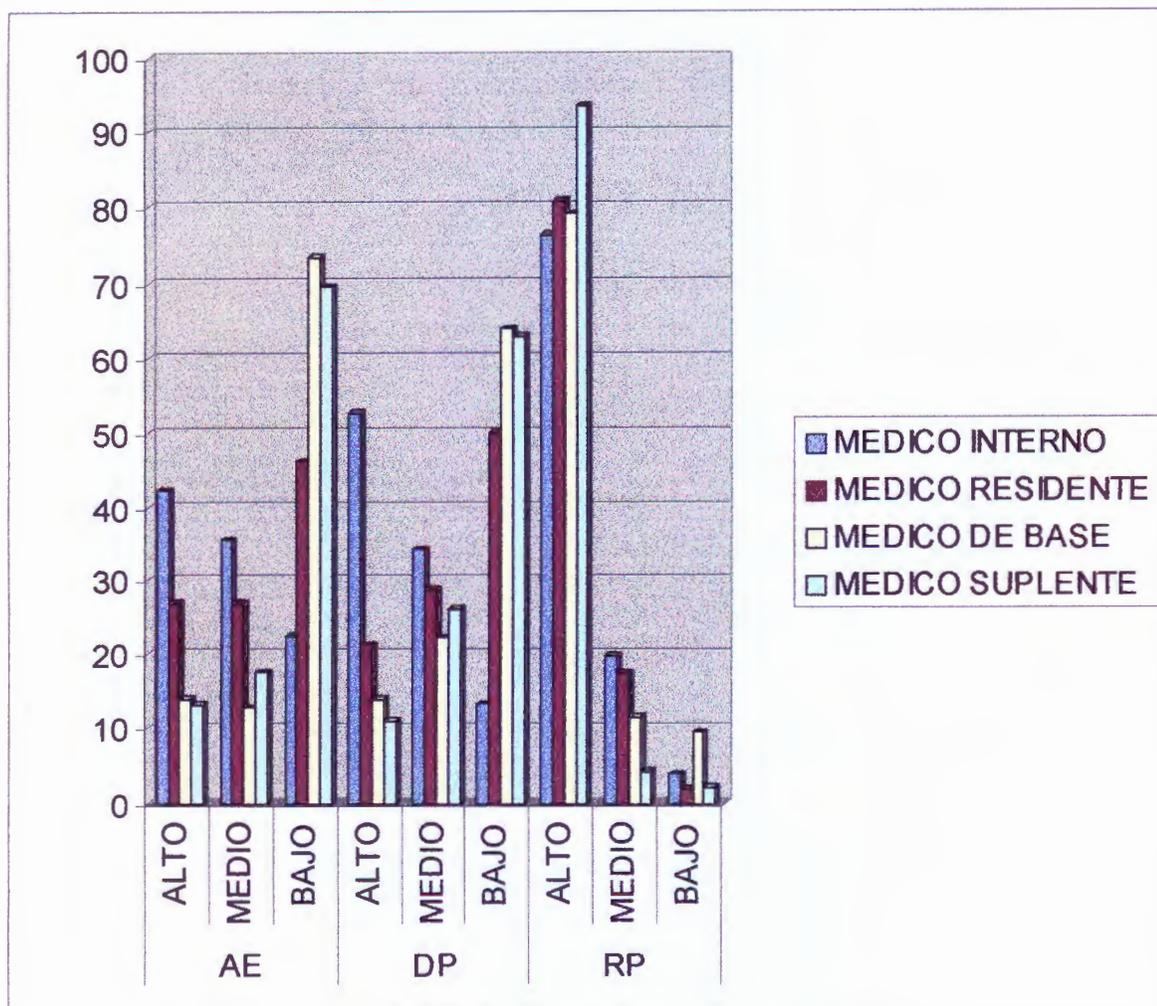
**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO  
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL  
HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO,  
QUERÉTARO.  
2001**



**GRÁFICA NO 2.**

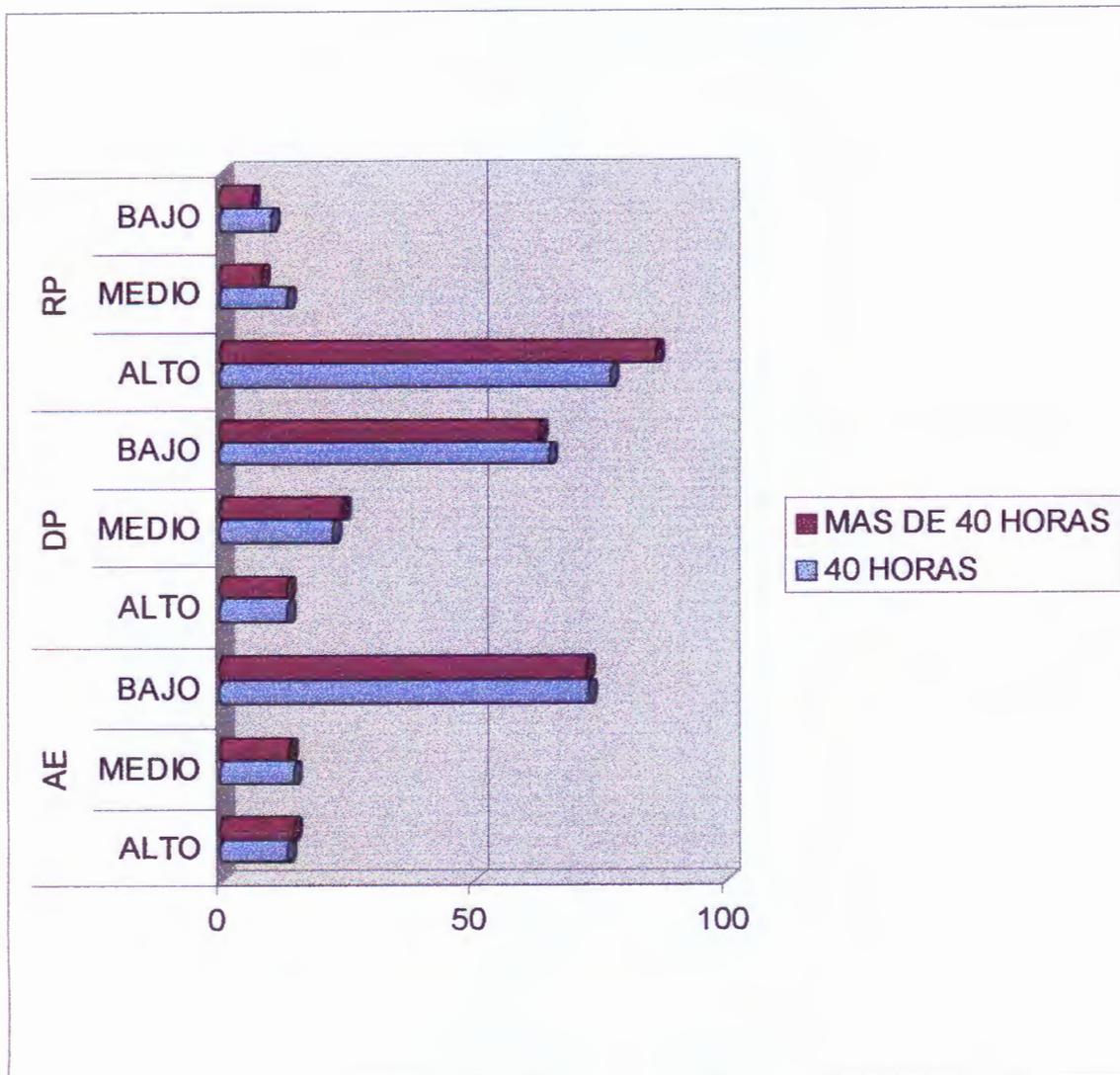
**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A SU CATEGORÍA, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.**

**2001**



**GRÁFICA NO 3.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN SUS TRES ESCALAS, DE ACUERDO A LAS HORAS LABORADAS SEMANALMENTE, EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 DEL IMSS Y DEL HOSPITAL GENERAL DE SESEQ DEL ESTADO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.  
2001**



**VIII. FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DE LOS DIRECTORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

**INVESTIGADORA:**

MPSS. ADRIANA LÓPEZ CABRERA

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

---

**FIRMA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

DR. ADRIAN HERNÁNDEZ LOMELÍ

A handwritten signature in black ink, featuring a large circular loop at the top and a series of smaller, connected loops below it.

---

**FIRMA**