

## SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE FAMILIA DEL ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA. AÑO 2007

Irma Volcanes<sup>1</sup>, Fernando Rivas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Postgrado de Medicina de Familia. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

### Resumen

El objetivo de la Investigación fue determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en los Médicos de Familia que laboran en los diferentes establecimientos de la red ambulatoria de salud del estado Mérida, Venezuela, en el año 2007. La investigación fue de tipo descriptiva y transversal. La población de estudio fueron 120 médicos de familia en los Distritos Sanitarios Metropolitano, El Vigía, Lagunillas, Mucuchíes y Tovar. Se encontró un nivel bajo de burnout (4.9%). Los valores obtenidos en las dimensiones del síndrome fueron de  $11.9 \pm 9.8$  en Cansancio Emocional,  $2.3 \pm 4.2$  en Despersonalización y  $44.7 \pm 5.8$  en Realización Personal. Al integrar los niveles medio y alto en Cansancio Emocional y Despersonalización y los valores medio y bajo en Realización Personal se obtuvieron valores de 23.4%, 16% y 11.1% respectivamente. Se concluye que el síndrome de burnout no es una patología prevalente en los médicos de familia estudiados, aunque está presente un riesgo epidemiológico importante caracterizado de la siguiente manera: personal con menos de 20 años de servicio que trabaja en una sola institución, que realizan labora en el hogar y permanecen más de 4 horas en contacto con paciente. Se obtuvo una relación baja entre las variables socio demográficas y las dimensiones de éste síndrome.

**Palabras clave:** Burnout, estrés, médicos de familia, Venezuela

### Abstract

#### Burnout Syndrome of family physicians of the state of Mérida, Venezuela, in the year 2007.

The purpose of the research was to determine the frequency of the Burnout Syndrome of Family Physicians working at different establishments of the ambulatory health net of the state of Mérida in the year 2007. The research was of the descriptive and transversal type. The study population was formed by family physicians the Metropolitan Sanitary Districts El Vigía, Lagunillas, Mucuchíes and Tovar. A low level of Burnout was found (4.9%). The values obtained in the dimensions of the syndrome were  $11.9 \pm 9.8$  for Emotional Tiredness,  $2.3 \pm 4.2$  for Depersonalization and  $44.7 \pm 5.8$  for Personal Fulfillment. On integrating the high and medium level of Emotional Tiredness and Depersonalization and the medium and low levels for Emotional Tiredness and Depersonalization values of 23.4%, 16% and 11.1%, respectively, were obtained. It is concluded that the burnout syndrome is not a prevailing pathology in the family physicians studied, although there is an important epidemiological risk present characterized as follows: personnel with less than 20 years of service who works at a single institution, performing work in the home and staying more than four hours in contact with patient a weak relation was obtained between the social and demographic variables and the dimensions of this syndrome.

**Key Words:** Burnout, stress, family physicians, Venezuela.

### INTRODUCCIÓN.

El médico de familia es el profesional de la medicina más calificado y eficiente para el desarrollo de la atención primaria. McWhinney en 1995, y la Organización Mundial de la Salud en 1994 OMS-WONKA manifestaron que su meta básica es restablecer el vínculo médico-paciente-familia para hacer más integral la comprensión de los problemas y eficaz la interacción del trinomio, a través de la continuidad.

A nivel profesional ha ido aumentando la competencia, el individualismo, la falta de solidaridad y cooperación dentro de los equipos de salud, actuación que se agrava cada día más. Así mismo, hemos presenciado inestabilidad laboral, devaluación en su trabajo, aumento en la cantidad de pacientes que debe atender, exigencias a las que deben someterse, lo cual hace que los estresores se

multipliquen y faciliten la aparición del burnout o síndrome de agotamiento profesional.

El rol profesional y social del médico de familia no es fácil y la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes sin tener una base emocional adiestrada puede generar situaciones de estrés crónico que se ven agravadas por las altas demandas en el trabajo. Este cuadro general de tensión emocional se traduce en malestar subjetivo y en síntomas somáticos, instaurándose un síndrome que trascurre y se instala por etapas como respuesta al estrés laboral crónico, nos referimos al síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Maslach y Jackson, 1982, lo describieron como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas

respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización personal.

El burnout es una patología severa que suele derivarse de estrés laboral. Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización (Maslach y Jackson 1982):

Agotamiento emocional: cuando aparece una disminución y/o pérdida de los recursos emocionales.

Despersonalización o deshumanización: cuando aparecen actitudes negativas, de insensibilidad.

Falta de realización personal: suele evaluarse al trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

El desgaste profesional también fue descrito por Edewich y Brodsky 1980, como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, experimentada por los trabajadores en profesiones de ayuda como resultados de las condiciones de trabajo, frente a las demandas excesivas por parte de los usuarios. Describe cuatro etapas

- 1.- Fase de entusiasmo
- 2.- Fase de estancamiento.
- 3.- Fase de frustración.
- 4.- Fase de apatía.

De igual manera Cherniss, en el año 1989, consideró que el burnout está formado por diversos estados sucesivos que ocurren en el tiempo y que representan una forma de adaptación a las fuentes de estrés y propone que las características particulares del ambiente laboral interactúan con las características de los individuos que ingresan en el trabajo, y con sus expectativas y demandas, provocando situaciones de elevada tensión que los trabajadores experimentan en varios grados.

Castagna et al. señalaron en el año 2005, algunas características generales de este síndrome entre las cuales tenemos:

Aparición de forma brusca: aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.

Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

Irreversible: entre el 5 y 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención, ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del burnout es muy delgada.

El Síndrome de burnout presenta cuatro estadios de evolución de la enfermedad, a saber (Gil Monte 2003):

Forma leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.

Forma moderada: aparece insomnio, déficit de atención y en la concentración, tendencia a la automedicación.

Forma grave: mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo, abuso de alcohol y psicofármacos.

Forma extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

La necesidad de estudiar el síndrome de burnout se ha hecho particularmente intensa en los servicios de salud. Prevenir la enfermedad, curarla y rehabilitar al enfermo, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal de estos equipos, que suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociado a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos. El síndrome de burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para los equipos de salud, que hay que identificar oportunamente y manejar consecuentemente.

Por lo antes expuesto, se hace necesario determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos de familia en los diferentes establecimientos de la red ambulatoria del estado Mérida.

## **METODOLÓGIA.**

Se realizó una investigación de tipo descriptiva y diseño transversal. El área de estudio se efectuó en los 28 establecimientos de la red ambulatoria de salud del estado Mérida.

La población de estudio inicial estuvo conformada por 120 médicos de familia que laboran en los Distritos Sanitarios Mérida, El Vigía, Mucuchíes, Tovar y Lagunillas, de los cuales 39 se negaron a participar en dicho estudio y solo se obtuvo respuesta en 81 galenos de esta área.

Para la realización del estudio se solicitó el consentimiento informado de los médicos de familia. Para recabar los datos necesarios se utilizó un instrumento tipo cuestionario con dos partes. La primera consta de datos generales y laborales con variables como: edad, sexo, relación de pareja, números de hijos, situación laboral, turnos de trabajo, ingreso económico, tiempo en la profesión, número de instituciones donde trabaja, labores en el hogar, horas de contacto con los pacientes. En la segunda parte se utilizó un cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptación española por Seisdedos (1986), que mide los tres aspectos o dimensiones del Síndrome de Burnout: Cansancio

Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP). Se trata de un cuestionario constituido por 22 preguntas en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del trabajador en su trabajo y hacia los usuarios. Se utilizó la escala Lickert de siete puntos del 0 al 6. Para analizar la relación existente entre los componentes del síndrome de burnout se emplearon las siguientes técnicas estadísticas.

- 1) Análisis descriptivo de las variables estudiadas.
- 2) Las pruebas de Mann Whitney y de Kruskal Wallis permitieron comparar las medias de los componentes del síndrome de burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) que presentan las poblaciones clasificadas en base a las variables sociodemográficas.
- 3) Mediante un análisis factorial de correspondencia múltiple, (AFCM), se evaluó la relación existente entre las variables sociodemográficas y los valores ordinales de los componentes del síndrome de burnout, determinando un número reducido de variables no observables que expliquen el máximo de la varianza total. Esta técnica proporciona una representación multivariante de la interdependencia de datos no métricos.

El software utilizado para la ejecución de las distintas técnicas de estadística fueron el sistema de análisis estadístico (SAS) versión 7.0 y el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 11.0.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El siguiente análisis descriptivo se efectuó con la información recopilada en 81 (67.5%) encuestas de las respuestas voluntarias del total (120) de los médicos de familia del estado Mérida y 39 (32.5%) que se negaron a realizar las mismas. Llama la atención el elevado porcentaje de no respuestas en algunos ítems, ya que el 19.75 % (16) de los encuestados no respondieron al menos a una pregunta referente a su condición socioeconómica, demográfica o laboral. Las variables más afectadas por el sesgo de no respuesta son género y labores en el hogar, ya que cinco (6.17%) personas no ofrecen información al respecto. Por el contrario, todos los encuestados (100%) respondieron ante las preguntas relacionadas con su situación laboral, turno que realizan y número de horas en contacto con pacientes. Tal situación es similar con los índices de respuestas logrados por Acámer et al. en 1997, y mayor a la participación en la investigación realizada por Caballero et al. en Madrid en el año 2001.

En la tabla 1 se presenta la composición sociodemográfica de los médicos de familia que participaron en este estudio. El perfil predominante es

Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos de familia.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Menor de 40 años	12	14,8
	Mayor o igual a 40 años	68	84,0
Sexo	No respuesta	1	1,2
	Masculino	13	16,0
	Femenino	63	77,8
Hijos	No respuesta	5	6,2
	Sin hijos	8	9,9
	Con hijos	73	90,1
Relación de pareja	Sin pareja		
	habitual	16	19,8
	Con pareja habitual	62	76,5
Situación Laboral	No respuesta	3	3,7
	Suplente no contratado	3	3,7
	Contratado	14	17,3
Turno	Fijo	64	79,0
	Mañana	48	59,3
	Tarde	9	11,1
	Noche	4	4,9
	Mixto	20	24,7
Salario	Menos de 1.000.000 Bs.	28	35,6
	Entre 1.000.000 y 1.999.999 Bs.	49	60,5
	Mayor a 2.000.000 Bs.	3	3,7
	No respuesta	1	1,2
	Menor a 20 años	61	75,3
Tiempo de Servicio	Mayor a 20 años	18	22,2
	No respuesta	2	2,5
	Una institución	52	64,2
Número de instituciones donde trabaja	Dos o más	26	32,1
	No respuesta	3	3,7
	Realiza	24	29,6
Labores en el hogar	No realiza	52	64,2
	No respuesta	5	6,2
	Menor o igual a 4 horas	19	23,5
Horas en contacto con pacientes	Mayor a 4 horas	62	76,5

Volcanes. 2010. Síndrome de burnout en médicos de familia. *MedULA* 19: 29-35

el siguiente: Grupo Etáreo:  $\geq 40$  años (84.0%); sexo: femenino (78.8%); con hijos (90.1%); con pareja habitual (76.5%); situación laboral fijo (79%); que trabajan en el turno de la mañana (59.3%); con salario entre 1.000.000 y 1.999.999 Bs. (60.5%); con menos de 20 años de servicio (75.3%); tienen actividades en una institución (64.2%); no realizan labores en el hogar (64.2%) y con más de 4 horas de contacto directo con el paciente (76.5%).

Tabla 2. Niveles de las Dimensiones del síndrome de burnout en médicos de familia.

Dimensión del Síndrome de Burnout	Magnitud	Frecuencia	Porcentaje
Cansancio Emocional	Bajo	62	76.5
	Medio	13	16,0
	Alto	6	7,4
Despersonalización	Bajo	68	84,0
	Medio	9	11,1
	Alto	4	4,9
Realización Personal	Bajo	5	6,2
	Medio	4	4,9
	Alto	72	88,9

La frecuencia de médicos de familia afectados por niveles bajos, medios y altos teniendo como referencia a los niveles establecidos en el marco metodológico y referido por Seisdedos (1982) fue de: 76.5%, 16% y 7.4% en Cansancio Emocional; 84%, 11.1% y 4.9% en Despersonalización y 6.2%, 4.9% y 88.9% en Realización Personal. (Tabla 2). Cuatro médicos de familia (4.9%) mostraron puntuaciones altas en Cansancio Emocional y Despersonalización y bajo en Realización Personal y un 7.4% (6) tuvieron niveles de burnout en al menos una de las tres dimensiones.

Tales resultados son similares a los encontrados por Perú y Serra en Barcelona, España (2002). Aunque no existe desgaste profesional significativamente en los Médicos de Familia encuestados si podemos afirmar que presentan incremento en el riesgo epidemiológico, dado por valores del 23.4% (19) de niveles medio y alto en Cansancio Emocional; 16% (13) de valores medio y alto en Despersonalización y 11.1% (9) de valores medio y bajo en su Realización Personal.

Los resultados de las Dimensiones del MBI fueron  $11.9 \pm 9.8$  en Cansancio Emocional,  $2.3 \pm 4.2$  en Despersonalización y  $44.7 \pm 5.8$  en Realización Personal. Es decir, tenemos valores promedios bajos en Cansancio Emocional y en Despersonalización y altos en Realización Personal, resultados que sitúan a los médicos de familia participantes del estudio en un

nivel bajo de Agotamiento Profesional (Tabla 3). Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas por Cebriá et al. (2001) y por la investigación de Quiroz y Saco en 1999.

Tabla 3. Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal de los médicos de familia.

Variable	Rango	Media	Mediana	Desviación Estándar
Cansancio Emocional	0 - 54	11,9	9	9,8
Despersonalización	0 - 30	2,3	0	4,2
Realización Personal	0 - 48	44,7	48	5,8

Dada la falta de normalidad de las Dimensiones del síndrome de burnout se procedió a comparar las medias para cada una de las categorías socioeconómicas y demográficas mediante técnicas no paramétricas, también conocidas como de distribución libre. Para ello se utilizaron las pruebas de Mann Whitney y de Kruskal Wallis

En la tabla 4, no se aprecian diferencias significativas entre el Cansancio Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal de médicos de diferentes edades, sexo, ni entre aquellos que tienen o no tienen hijos o parejas habituales, entre los contratados y los fijos, entre los que trabajan en una institución o en varias, entre los que realizan labores del hogar y quienes no las realizan, ni entre los que están menos de cuatro horas en contacto con los pacientes y los que permanecen más de dicho tiempo en contacto con ellos. Sin embargo, la realización personal de los médicos que trabajan en una institución es menor a la de quienes trabajan en varias instituciones ( $p = 0,05$ ). Asimismo, dicha Dimensión es menor en el personal que trabaja en la mañana ( $p = 0,017$ ).

Para conocer el análisis factorial de correspondencia múltiple (AFCM) y su resultado se describe en un plano factorial conformado por ejes principales. Se utiliza particularmente en el estudio de Archivos de Encuestas: se cruza un conjunto de filas, con el conjunto de modalidades de respuesta a varias preguntas. Los datos de Encuestas incluyen respuestas en forma Disyuntiva Completa, es decir, las diferentes categorías de respuestas son mutuamente exclusivas y sólo se selecciona una categoría.

En la figura 1, el primer eje del plano factorial está asociado con la experiencia profesional, proyectando

en los cuadrantes 1 y 2 personal contratado, con ingresos menores a un millón y con turno nocturno, condiciones propias de personas con poca experiencia profesional y pocos años de servicio, mientras que en los cuadrantes 3 y 4 se proyectan las situaciones opuestas. Por otra parte, el segundo eje está asociado a las actividades desarrolladas por el personal encuestado. En los cuadrantes 1 y 4 se proyectan las categorías labora en más de una institución, con más de 20 años de servicio, no labora en el hogar y con menos de cuatro horas de contacto con pacientes, en contraste con las categorías proyectadas en los cuadrantes 2 y 3.

Tabla 4. Comparaciones de Media para las Dimensiones del síndrome de burnout.

Variable sociodemográfica	Estadístico prueba	de Dimensión del síndrome de burnout		
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Profesional
Edad	U de Mann Witney	U = 364,0 p = 0,553	U = 396,5 p = 0,867	U = 376,0 p = 0,641
Género	U de Mann Witney	U = 327,0 p = 0,225	U = 345,5 p = 0,341	U = 304,5 p = 0,121
Hijos	U de Mann Witney	U = 272,5 p = 0,757	U = 244,5 p = 0,417	U = 291,0 p = 0,986
Relación Personal	U de Mann Witney	U = 488,5 p = 0,926	U = 473,5 p = 0,764	U = 465,5 p = 0,685
Situación Laboral	U de Mann Witney	U = 355,5 p = 0,228	U = 363,0 p = 0,233	U = 389,5 p = 0,415
Turno	H de Kruscal Wallis	H = 2,372 p = 0,305	U = 0,124 p = 0,940	U = 8,136 p = 0,017*
Salario <sup>1</sup>	U de Mann Witney	U = 567,0 p = 0,104	U = 594,0 p = 0,143	U = 722,0 p = 0,948
Tiempo de Servicio	U de Mann Witney	U = 538,5 p = 0,902	U = 441,0 p = 0,173	U = 475,0 p = 0,348
Número de instituciones <sup>1</sup>	U de Mann Witney	U = 519,0 p = 0,096	U = 609,0 p = 0,442	U = 506,0 p = 0,050*
Labores del hogar	U de Mann Witney	U = 452,0 p = 0,054	U = 547,0 p = 0,356	U = 590,5 p = 0,685
Contacto con pacientes	U de Mann Witney	U = 759,0 p = 0,702	U = 764,5 p = 0,721	U = 750,5 p = 0,125

\*1Diferencia significativa entre las medias con un 95% de confianza. Se comparan las Dimensiones del burnout entre ingresos mayores a un millón o menores.

Al proyectar las variables sociodemográficas sobre el plano factorial surgen relaciones interesantes entre las variables activas. Por ejemplo, existe una fuerte relación entre el personal con menos de 20 años de servicio, que trabaja en sólo una institución y permanece más de cuatro horas en contacto con pacientes. Estas personas tienden a efectuar trabajos en el hogar.

Al sobreponer la variable suplementaria Cansancio Emocional (CE) se observa que las categorías cansancio bajo se proyecta muy cerca de las coordenadas (0,0) del plano factorial, condición predominante entre los encuestados (Figura 2). Las categorías Cansancio Emocional medio y alto se proyectan junto con personal fijo, con sueldo superior a un millón, con menos de cuatro horas diarias en contacto con pacientes y en general con turnos diurnos, lo que plantea una asociación entre dichas categorías.

Al proyectar la Despersonalización sobre dicho plano, se observa que la baja Despersonalización se proyecta sobre el centro del plano factorial, mientras que niveles medios de Despersonalización se asocian a personas que laboran en más de una institución y la

alta Despersonalización con el personal fijo con turno diurno (Figura 3). No obstante estas dos últimas categorías son poco frecuentes en la encuesta, razón por la que las relaciones establecidas son débiles.

La condición dominante fue alta Realización Personal, por lo que esta categoría se proyectó cerca al centro del plano factorial (Figura 4). El nivel de Realización Personal media se proyecta con el personal fijo, con turno diurno y que labora en una institución. Mientras que la baja Realización Personal se proyecta ligeramente desplazada hacia la izquierda del plano factorial, muy cerca de ingresos mayores a un millón.

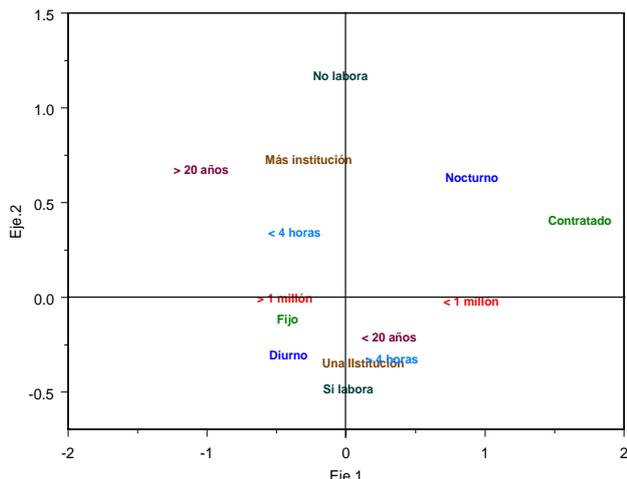


Figura 1. Plano factorial conformado por los dos ejes principales del análisis de correspondencia múltiple de las variables sociodemográficas.

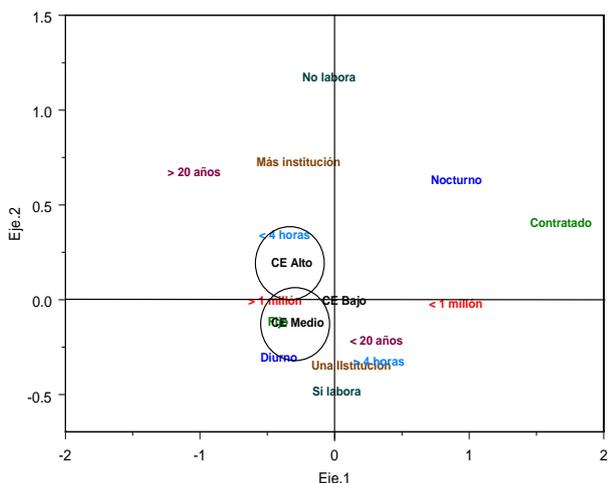


Figura 2. Proyección del Cansancio Emocional sobre el plano factorial generado en el análisis de correspondencia múltiple de las variables sociodemográficas.

De esta manera, el primer eje del plano puede asociarse a la magnitud de las dimensiones del burnout. Mientras menor es el valor del eje, mayor la probabilidad de padecer de dicho síndrome.

En resumen no se encontró diferencia significativa entre las dimensiones del burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal), con las siguientes variables: edad, género, hijos, pareja habitual, condición laboral, labores en el hogar y horas de contacto con los pacientes. Sin embargo, la Realización Personal de los médicos de familia que trabajan en una institución es menor a la de quienes trabajan en varias instituciones ( $p=0.05$ ).

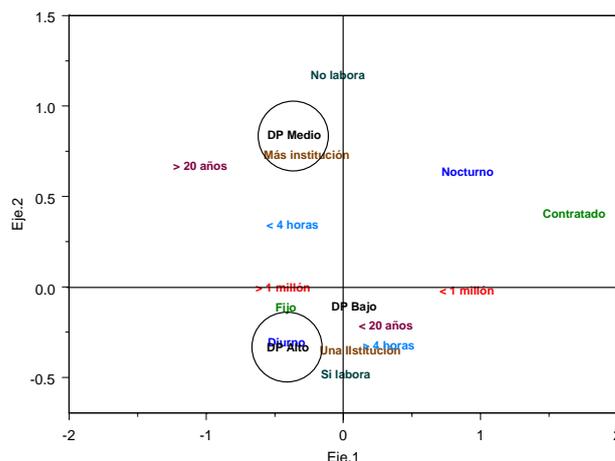


Figura 3. Proyección de la Despersonalización sobre el plano factorial generado en el análisis de correspondencia múltiple de las variables sociodemográficas.

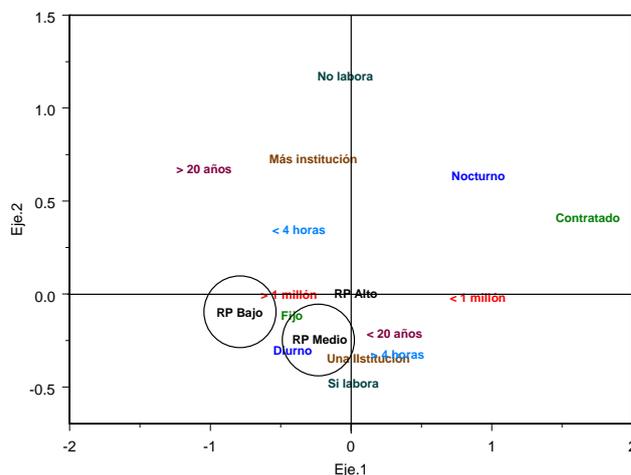


Figura 4. Proyección de la Realización Personal sobre el plano factorial generado en el análisis de correspondencia múltiple de las variables sociodemográficas.

Asimismo, la Realización Personal es menor en los médicos que trabajan en el turno de mañana ( $p=0.17$ ) (Tabla 4). Estos resultados son coincidentes con los hallazgos de Quiroz y Saco (1999).

La Dimensión Cansancio Emocional presenta predominantemente niveles bajos. Los niveles medio y alto tienen una asociación con la condición laboral de estable o fijo, con sueldo superior a 1.000.000 de Bolívares con turnos diurnos y con menos de 4 horas en contacto con los pacientes (Figura 2).

Lo anterior se explica porque el agotamiento emocional es una reducción de los recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los otros.

*Volcanes. 2010. Síndrome de burnout en médicos de familia. MedULA 19: 29-35*

En relación con la Dimensión Despersonalización los niveles medios y altos se asocian con el personal de condición fija, con turno diurno y que laboran en más de una institución, (Figura 3), lo cual tiene que ver con el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios del servicio así como también hacia los colegas sobre todo cuando se labora en más de una institución y en turnos diurnos en donde el volumen de pacientes es mayor.

En cuanto a la tercera dimensión del burnout (Realización Personal) la misma fue alta, asociándose a un personal de condición fija que labora en una institución y con turno diurno (Figura 4) lo que refleja una percepción en el personal encuestado de unas posibilidades altas de logro y sentimiento de elevada autoestima.

Podemos proponer un perfil teórico de riesgo epidemiológico de burnout en los médicos de familia estudiados, de la siguiente manera: personal con menos de 20 años de servicio que trabaja en una sola institución, que realizan labores en el hogar y permanecen más de cuatro horas en contacto con paciente.

Estos resultados son similares a los encontrados por Núñez 2002, Castillo et al. 2004, Garnier et al. 2001.

## CONCLUSIONES.

A la luz de los resultados de este estudio se infiere que existe un nivel bajo de burnout en los médicos de familia del estado Mérida, aunque está presente un riesgo epidemiológico importante dado por los valores de los niveles medio y alto encontrados en Cansancio Emocional y Despersonalización y por los valores bajo y medio en la Realización Personal, permaneciendo dicho riesgo como una amenaza latente y concreta.

## REFERENCIAS.

Acámer F, López C, López J 1997. Satisfacción laboral de los profesionales Sanitarios en atención primaria. *Atención Primaria*. 20: 401-407.  
Caballero M, Bermejo F, Nieto R et al. 2001. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 27:5, Madrid-España.  
Castagna A, Bruschi MC, Sánchez M et al. 2005. Síndrome Burn Out. Universidad de Morón. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://www.monografia.com>. [Consulta: Noviembre de 2005].

Castillo VJ, Rabazo MJ, Bartolomé S. 2004. Estudio exploratorio sobre Burnout en un servicio de urgencias de Badajoz. *Desarrollo Profesional* 3 año; 8. España.

Cebriá J., Segura J., Corbella S et al. 2001. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Aten. Primaria*. 27: 459-68.

Cherniss C. 1989. *Professional Burnout in human Services Organizations*. New York; Praeger.

De Canales F. 2002. *Metodología de la Investigación Manual para el Desarrollo del Personal de Salud*. México. Editorial Limusa. 154-55.

Edewich J, Brodsky A. 1980. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human services Press.

Garnier AF, López, RJ, Mira, JJ et al. 2001. Burnout en Médicos de Urgencias. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://copsa.cop.es/congresoiberia/base/trabajo/org59.htm>. [Consulta: 19 Agosto del 2007]

Gil-Monte P. 2003. El Síndrome de quemarse por Maslach C, Jackson SE. 1982. *Burnout in Health Professions: a social psychological analysis*. En: Sanders GS, Sulz J. (Eds) *social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.  
McWhinney IR. 1995. *Medicina de Familia*. Barcelona España. Mosby. Doyma Libros.

Núñez R. 2002. Frecuencia del Síndrome Burnout en el personal de enfermería en las áreas críticas del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto. Venezuela.

OMS-WONCA. 1994. *Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia*. London, Ontario, Canadá.

Pera G, Serra M. 2002. Prevalencia del Síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac. Sanit*. 2002; 16; 6. Barcelona- España.

Quiroz VR, Saco MS. 1999. Factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeros del Hospital Nacional Sureste de ESSALUD del Cuzco. *Boletín de ESSALUD*. Perú.

Seisdedos N. 1986. *Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por el estrés laboral asistencial*. TEA. Madrid. España.

Recibido: 7 sept. 2009. Aceptado: 20 mayo 2010.