



WAXAPA

Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit
Órgano de Divulgación Científica afiliada a la Asociación Mexicana de Revistas Biomédicas, A.C.





WAXAPA

DIRECTORIO

M.en C. Omar Wicab Gutierrez
Rector de la Universidad Autónoma de Nayarit

Dra. Xochitl Castellón Fonseca.
Secretaria de Docencia UAN

M. en C. Rosa Esthela González Flores
Comité Editorial de la UAN

C.P. Guadalupe Mendoza Guitierrez
Directora del Taller de Artes Gráficas

Dr. Mario Pérez Nuño.
Director de la Unidad Académica de Medicina

REVISTA "WAXAPA"

DIRECTOR:

M.C.S.P. José Horacio Barraza Salas.

DISEÑO:

Lic. Elvira Orlanda Yáñez Armenta
Sergio Ocampo Martínez

DOCUMENTACIÓN Y FORMATO ELECTRÓNICO:

Lic. I.E. Karla B. Olivares Martinez

COMITÉ EDITORIAL

M. en C. Sergio Ramón Olivares Jiménez (UAN) México.
Dr. Arturo Camarena Flores (UAN) México.
M. en C. Leopoldo Medina Carrillo (UAN-IMSS) México.
Dra. en C. Carolina Aranda Beltrán (UDG) México.
Dra. en C. Ma. Del Carmen López Zermeño (UDG) México.
M.E.S. Maria de Jesús Martínez Moctezuma (UAN) México.
Dr. Enrique Urrea (CINEP) Colombia.
Dr. en C. Luis B. Mata Guevara, (UNERMB) Venezuela.
MSc. Carolina Reynaldos, Univ. Católica del Maule
Dra. en C. Mari Angels Carrión, Presidenta AEPA, España.
Dr. en C. Manuel Pando, (UDG) México.
Dr. en C. Sergio Milano, UNE de Guayana, Venezuela
Dr. en C. Luis Flores Padilla, (CD. Juarez, Chihuahua)
México.
Dr. Jorge Román Hdez., (INST) Cuba.
Dr. en C. Aurelio Flores García, (UAM-UAN) México.
Dr en C. Hugo Mendieta Zerón es UAEM TOLUCA

CUERPO ACADEMICO DE SALUD PUBLICA

1. Dr. En C. Rogelio Fernández Argüelles (PTC)
2. M. En C. José Justo Romero Paredes (PTC)
3. M.C.S.P. José Horacio Barraza Salas (PTC)
4. Epidemiologo Carlos Heredia Quevedo (PMT)
5. Dr. Raúl Aguirre Hernández (PTC)
6. Dr. Antonio H. Hernández Filippini (PTC)

Índice

EDITORIAL

Editorial.....	5
Requisitos para publicar en Waxapa	6

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Expansión mundial de la Diabetes: Causas, impacto y acciones tendientes a frenar su desarrollo	9
El Síndrome de desgaste profesional y su relación con el estado de salud en internos del ISSTE en Tepic, Nayarit.....	17
Detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco.....	24
Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit.....	35
La mujer en las áreas laborales y en la investigación	42
Indicadores de salud mental y Síndrome de Burnout en Internos rotatorios en SSN en Tepic, Nayarit.	47
Impacto sanitario de la influenza en Nayarit	51
Enfermedades básicas neurológicas	55

CARTELES

Análisis de riesgos de trabajadores del transporte público en Guadalajara, México	57
Agentes químicos en bases de mantenimiento transporte público de Guadalajara, México	58

Factores de riesgo psicosociales en trabajadores de un medio de transporte urbano de Guadalajara, México	59
Riesgos biológicos en trabajadores del transporte urbano en Guadalajara.....	60
Factores de riesgo ergonómico en trabajadores de transporte urbano en Guadalajara, México.....	61
Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en trabajadores de una empresa de transporte público de México.....	62
Detección de factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad de la colonia Villas de la Cantera en Tepic, Nayarit	63
Determinación de reacciones adversas y efectos secundarios a expensas de tratamientos crónicos en habitantes Hipertensos de la colonia Villas de la Cantera en Tepic, Nayarit	64
Evaluación de la calidad de los sistemas de salud de derechohabientes de la comunidad Benito Juárez Ote de Tepic, Nayarit	65

ENSAYOS

La familia y los procesos de enfermar	66
---	----

CULTURAL

5to Encuentro Iberoamericano de investigadores en salud ocupacional (V EIISO)	72
Reloj de arena.....	74
Como tu.....	76

Editorial

Estimados lectores con le presente numero cerramos el 2009, con animo y con los mejores deseos de seguir adelante este 2010, el cual sin duda deberá ser muy importante para la vida de nuestra querida revista.

Primero porque tenemos la última versión de nombre de la revista HUMANITATIS para dar paso a su actual nombre WAXAPA. El cual significa investigador o investigadores. Derivado de la propuesta y aceptación realizada en convocatoria para tal fin emitida y cuyo autor es un estudiante indígena de la unidad académica de medicina el cual cursa su cuarto año del programa.

El presente número nos permite el seguir apoyando de manera eficiente la divulgación del conocimiento, en sus diversas temáticas enviados por investigadores de diferentes centros universitarios nacionales y extranjeros.

También se destaca la aportación de estudiantes quienes con su empeño y dedicación se encuentran motivados a construir una formación como investigadores.

Con el presente número estamos dándole una cordial bienvenida a los nuevos integrantes del comité editorial tanto nacionales como internacionales que amablemente solicitaron y fueron aceptados para acompañarnos en esta aventura.

Para finalizar reciban de los integrantes del equipo implicado en la revista nuestros mejores deseos para esta navidad y que el próximo año sea de gozo y salud.

Dirección Editorial
Revista WAXAPA

REQUISITOS PARA PUBLICAR REVISTA WAXAPA

La revista WAXAPA es un órgano de divulgación de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. Sus espacios están abiertos a los académicos, estudiantes e investigadores universitarios y a todo miembro de la comunidad científica que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos, cumpliendo con las políticas editoriales que a continuación se mencionan.

WAXAPA recibe manuscritos originales que de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser enviados de manera parcial o total a otra publicación. Los trabajos enviados deberán ser originales, y pueden ser ensayos, resultados preliminares y estudios de caso del área de la salud, dirigido a estudiantes, docentes e investigadores.

WAXAPA se reserva para si el uso dedicado a Editoriales, como principal fuente de información del acontecer de la revista. Los artículos, resultados y otros trabajos publicados son responsabilidad de los autores.

Los artículos de resultados de investigación deberán contener los siguientes apartados:

Página frontal

Título conciso e informativo del trabajo, de no más de 80 caracteres (contando espacios, letras y caracteres especiales) y las palabras clave para facilitar la inclusión en índices internacionales; nombre y apellido(s) del autor(es); departamentos e institucionales donde se realizó el trabajo, nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia; nombre y dirección del autor a quien se solicitarán los reimpresos. Se sugiere consultar la página del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (<http://www.wame.org/urmspan.htm>) para mayor información sobre la preparación de los manuscritos.

Resumen en español

Se presentará en un máximo de 200 palabras, e indicará el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de la muestra, de los métodos analíticos y observacionales); principales hallazgos (datos concretos y en lo posible su significancia estadística), así como las conclusiones relevantes y la originalidad de la investigación. Al final se anotarán 3 a 6 palabras claves, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del medical Subject Headings del Index Medicus mas reciente.

Resumen en Inglés

Será escrito en un máximo de 200 palabras con las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en el idioma inglés. También se señalarán de 3 a 6 palabras clave (key words) Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía.

Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la muestra. Los métodos empleados con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente.

Resultados

Deberá incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto.

Discusión

Deberán de contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.

Referencias

Se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) <http://www.wame.org/urmspan.htm>. las referencias se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, cuadros y pies de figuras con los números correspondientes.

En las citas con múltiples autores (más de seis autores), se deberá incluir únicamente a los 6 primeros autores del trabajo, seguido de et al. después de la abreviatura del nombre o nombres del 6º. Autor. En el caso de 6 o menos autores, se deberá incluir en la cita a todos ellos.

Los artículos publicados en revistas periódicas deberán aparecer en el formato siguiente:

- Welt CK, Chan JL, Bullen J, Murphy R, Smith P, DePaoli AM, et al. Recombinant human leptin in women with hypothalamic amenorrhhea. N Engl J Med 2004;351:987-997.

Las referencias a libros deberán incluir el nombre completo de la editorial así como la ciudad y país de la publicación y el año en que se publicó, de acuerdo al siguiente modelo:

- Arèchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas a la medicina moderna. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 1994

Las referencias a capítulos en libros deberán aparecer de la siguiente forma:

- Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-hill Inc. 12a. Edición, New York, EUA, 1994, pp 1066-1077.

Las contribuciones a manera de ensayos, reflexiones y notas de interés en el ámbito de las ciencias médicas y la salud podrán enviarse en formato libre, respetando únicamente la información requerida para los autores, instituciones y referencias bibliográficas.

Los trabajos que no cumplan los requisitos y lineamientos antes descritos serán rechazados.

Presentación del manuscrito

Los artículos pueden ser enviados a los correos: barraza28@hotmail.com , humanitatis.uan@gamil.com, y coordinacion.salud publica@gmail.com, marcando en el Asunto o Subject la palabra <artículo para waxapa> (sin comillas) además de un manuscrito original en sobre tamaño oficio, cerrado en la coordinación de salud pública de la Unidad Académica de Medicina de la UAN, Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”, Tepic, Nayarit, México. Tel. 311-211-88-00 ext. 8771.

Los trabajos se aceptarán para su publicación, después de una revisión por el Consejo Editorial de Humanitatis.

Los manuscritos se presentarán en original y dos copias y se incluirán también tres juegos de las tablas, fotografías y figuras, se deberá, sin excepción, enviar la versión electrónica a los correos-barraza28@hotmail.com, humanitatis.uan@gamil.com, coordinacion.salud publica@gmail.com (el documento contendrá tablas, fotos y figuras incluidas al final con sus respectivos pies de figura, en el texto sólo se indicará su ubicación).

Los textos deberán estar en procesador de textos compatible con PC (Word) en letra Times New Roman 12. Deberán estar escritos correctamente en lengua española (castellano). El texto deberá estar escrito a doble espacio, impresos en hojas de papel blanco bond tamaño carta, con márgenes de cuando menos 25mm. (1 pulgada), utilizando un solo lado de la hoja y comenzando en página nueva cada una de las secciones ya enunciadas. Se numerarán las páginas en forma consecutiva comenzando con la página frontal, y se colocará el número en el extremo superior de cada página, con una buena calidad de impresión.

Se ruega solicitar acuse de recibo y en tiempo oportuno se comunicará el dictamen del Comité Editorial ●

Expansión mundial de la Diabetes: causas, impacto y acciones tendientes a frenar su desarrollo

*C. Dr. en C. Pedro Aguiar García, Dr. en C. Juan Manuel Miramontes Carrillo,
Dr. en C. Aurelio Flores García, Dr. en C. Eduardo Wong-Ley Madero y
M. en C. Rogelio Sánchez Gutiérrez.*

Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit.

RESUMEN

El presente documento tiene el propósito de revisar las expectativas de expansión de la diabetes mundial con su impacto en salud, económico y social entre otros, a la vez que se destacan las acciones para prevenir esta epidemia. Este documento toma como base el Resolutivo 61/224 emitido por la ONU en el que se designa al día 14 de Noviembre como el "Día Mundial de la Diabetes", cuyo propósito es concienciar a los gobiernos y a las personas en general, para que se involucren y dimensionen el problema. Se hace énfasis en la expectativa de la diabetes en países con economías emergentes entre ellos México, ya que en éstos países radica cerca del 80% de diabéticos del mundo, en contraste, se destina sólo un 20% del gasto mundial para tratar la epidemia de la diabetes en éstos países más pobres. La perspectiva de la obesidad y la diabetes en los grupos de edades más jóvenes también es reconocida. Se revisan las acciones tendientes a frenar esta tendencia de expansión de la enfermedad, en donde se destaca la prevención por un cambio de estilo de vida, en tanto, a los afectados por la diabetes, se les recomienda una serie de programas de ejercicios adecuados. Se concluye que es necesario que los gobiernos del mundo junto con instituciones privadas y la sociedad, impulsen programas de prevención y tratamiento de diabetes más agresivos, en donde se involucre además, a la familia, la escuela, el lugar de trabajo y las comunidades.

Palabras clave: Expansión impacto diabetes; prevención obesidad.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus del tipo 2 (DM2), ha experimentado en los últimos años un incremento sin precedentes en el mundo, para ser considerada como una epidemia de nuestro tiempo, con una mayor presencia en los países emergentes, tan es así, que un 80% de los casos nuevos de DM2 en el orbe, corresponden a estos países (Silink, 2006). Actualmente esta enfermedad afecta a nivel global a cerca de 246 millones de personas adultas y las proyecciones estimadas para el año 2025 son de 380 millones (Yach et al., 2004; Diabetes Atlas 3ª Ed. FID, 2006). Con respecto a nuestra región (México, Centro y Sudamérica) para darnos una idea más precisa de estas cifras, habría en este año (2025) en el área más de 26 millones de diabéticos, es decir, más del doble de lo que hay actualmente (Silink, 2006; Diabetes Atlas 3ª Ed. FID, 2006).

La DM2 ocupa aproximadamente el 95% de todos los casos de diabetes y está asociada con complicaciones macrovasculares (ej. infarto al miocardio) y microvasculares (ej. nefropatía y retinopatía), estas complicaciones además de reducir la calidad de vida del paciente diabético, representan un alto costo, a la vez que propician condiciones amenazantes para la vida y contribuyen con un 85% de los costos acumulados en los primeros años después del diagnóstico (O'Brien, Patrick y Caro, 2003; Bazzano, Serdula y Liu, 2005). Una prevención aunque en pequeña proporción, ahorraría miles de vidas y millones de dólares en lo que respecta a costos de cuidados de salud, así como un ahorro importante a la vez, de pérdidas económicas por

productividad. No obstante que se han hecho muchos estudios en torno a identificar estilos de vida y factores de dieta asociados a la diabetes, las bases científicas para prevenir y controlar la enfermedad así como el establecimiento de programas para evitar su progresión, representan un desafío importante (Bazzano et al., 2005).

A pesar de la importancia que tiene como problema de salud pública la DM2 tanto a nivel mundial como en México, hasta ahora, no se ha hecho lo suficiente para frenar el gran impacto económico, social y político, que representa para los países este importante problema de salud, no obstante, en países como la India, Gran Bretaña, Canadá y Estados Unidos (EE.UU.), en los últimos años, han sido diseñados programas agresivos de prevención de la obesidad y la diabetes, en regiones o en grupos étnicos con una alta incidencia de diabetes, sin embargo, con excepción de estos casos, en el mundo en general, no han sido aplicadas políticas y/o estrategias que permitan un control más efectivo de la proyección de la DM2. Ante esta situación, la ONU emitió un resolutive (61/224) para designar el día 14 de Noviembre como el “Día internacional de la Diabetes”, este resolutive trata de impulsar acciones dirigidas a concienciar a los gobiernos y a la sociedad en general para que se involucren y asuman compromisos más determinantes en la lucha contra la progresión de la diabetes (Naciones Unidas, 2007).

El propósito de esta revisión, es dar un panorama de las expectativas de expansión mundial de la diabetes, su impacto en la salud, así como en el ámbito social y económico entre otros, con énfasis en los países con economías emergentes como México, se revisan además algunos programas preventivos tendientes a frenar el desarrollo de la diabetes.

EXPECTATIVAS DE EXPANSIÓN DE LA DIABETES MUNDIAL Y EN PAÍSES CON ECONOMÍAS EMERGENTES.

Si tomamos en cuenta las tendencias que se muestran en los Cuadros 1 y 2 con respecto a las tasas de prevalencia y al número de personas con diabetes actual y en una perspectiva al año 2025, observamos que la mayor parte de personas con diabetes se localiza en países en vías de desarrollo, y si se considera que además, alrededor del 80% de los 246 millones de personas diabéticas que existen en el mundo actualmente, viven en estos países, podemos inferir que esta enorme carga de atención diabética, se convierta en una seria amenaza que llegue a causar un deterioro importante de los beneficios de educación, nivel de vida y crecimiento económico de estas economías emergentes (Silink, 2006). No obstante lo anterior, con frecuencia, los gobernantes y políticos no son plenamente conscientes del enorme desafío en materia de salud que tienen en puerta, lo que empeora el panorama (<http://www.eatlas.idf.org/media>).



El glucometro es una herramienta importante en la detección y el control de la Diabetes Mellitus del tipo 2

Cuadro 1. 10 principales países en prevalencia de diabetes (grupo de 20-79 años).

Países	Prevalencia (%)	Países	Prevalencia (%)
Nauru	30.7	Nauru	32.3
Emiratos Árabes Unidos	19.5	Emiratos Árabes Unidos	21.9
Arabia Saudita	16.7	Arabia Saudita	18.4
Bahrein	15.2	Bahrein	17.0
Kuwait	14.4	Kuwait	16.4
Omán	13.1	Tonga	15.2
Tonga	12.9	Omán	14.7
Mauricio	11.1	Mauricio	13.4
Egipto	11.0	Egipto	13.4
México	10.6	México	12.4

Cuadro 2. 10 principales países en número de personas con diabetes (grupo de 20-79 años).

Países	Personas (millones)	Países	Personas (millones)
India	40.9	India	69.9
China, República Popular	39.8	China, República Popular	59.3
EE.UU	19.2	EE.UU	25.4
Rusia	9.6	Brasil	17.6
Alemania	7.4	Pakistán	11.5
Japón	7.0	México	10.8
Pakistán	6.9	Rusia	10.3
Brasil	6.9	Alemania	8.1
México	6.1	Egipto	7.6
Egipto	4.4	Bangladesh	7.4

FACTORES RESPONSABLES DEL INCREMENTO DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES.

La obesidad es considerada por Marshall et. al. (2003), Mokdad et al. (2003), Meigs et al. (2006) y Grundy (2008) entre otros autores, como el primer factor de riesgo para DM2, enfermedades cardiovasculares (ECV) y el síndrome metabólico

(SM) además de otras enfermedades crónico-degenerativas. El aumento de las tasas de obesidad en años recientes, se debe por un lado al incremento significativo de las expectativas de vida registradas en las últimas décadas – propiciadas por una tran-

sición demográfica y epidemiológica - tanto a nivel mundial como en México, en donde ésta ha pasado de 61 años en 1970 a 74.3 (promedio para ambos sexos) en el 2005 (INEGI, 2006), el hecho de que la expectativa de vida haya aumentado, significa que cada vez habrá más personas mayores de edad, lo que propicia que al vivir más tiempo, contribuyan de manera importante para elevar las tasas de obesidad y diabetes. Por otra parte, el cambio en el estilo de vida de las personas, en donde a la vez que aumentan la disposición de alimentos en general, disminuyen el nivel de actividad física, aunado a que una buena parte de los alimentos provienen de países occidentales, mismos que tienen un alto contenido de calorías y grasa, con poca fibra, lo cual propicia que la población (principalmente jóvenes y niños) de muchos de los países emergentes como el nuestro, sean afectados con elevadas tasas de obesidad como resultante del desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético.

En este tenor, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2006), en México, cerca del 70% de personas de entre 30 y 60 años de edad tienen sobrepeso y obesidad (índice de masa corporal [IMC] mayor a 25) con 71.9 % en mujeres y 66.7 de hombres, en cuanto a la obesidad (IMC mayor de 30), se reportó un 30% en adultos mayores de 20 años con predominio de las mujeres (34.5 % en mujeres contra un 24.2 % en hombres). La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de cinco a 11 años fue de 18.6 % según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (2000), en comparación con alrededor de 26% en el año 2006. Sin embargo, el aumento más alarmante fue el incremento en la obesidad en niños que pasó del 5.3 al 9.4 % (77%) contra el 5.7 al 8.9 % en niñas (47%) en tan solo siete años (ENSANUT, 2006).

IMPACTO ECONÓMICO DE LA DIABETES

Los enormes gastos generados a nivel mundial por concepto del tratamiento y prevención de la diabetes y sus complicaciones, llegan a sumar

cientos de miles de millones de dólares por año. Es un hecho además, que éstos costos crecen más rápido que la población. No obstante, lo que genera más costo son los fallecimientos prematuros y las discapacidades debidas a sus complicaciones, que son susceptibles de prevenir, como las cardíacas, renales, la enfermedad del pie diabético y las visuales. Existe una gran disparidad en cuanto al gasto en atención médica a la diabetes en los países desarrollados y las economías emergentes, dado que se estima que más del 80% de este gasto se da en los primeros, a diferencia de los países más pobres (con menos del 20% de gasto) que es en donde prácticamente vive el 80% de los diabéticos, por lo que en éstos últimos no se gasta lo suficiente como para proporcionar al menos los medicamentos menos caros que se requieren para la supervivencia. Para ilustrar lo anterior, la prevalencia de los EE.UU., representa el 8% de la población mundial que vive con diabetes y gasta más del 50% del total de gasto mundial en atención diabética (Diabetes Atlas 3ª Ed. FID. 2006; Meyrowitsch y Bygbjerg 2007).

A diferencia de los países industrializados, en donde el gasto destinado a tratar la diabetes se distribuye entre la compra de medicamentos para controlar los niveles de glucosa sanguínea (25%), complicaciones a largo plazo (25%) y otros rubros, en América Latina y el Caribe, se destina alrededor del 50% en la compra de medicamentos, descuidando otros rubros tan importantes como la atención a las complicaciones y gastos en general como cuidados de enfermería, servicios de salud, entre otros (Diabetes Atlas 3ª Ed. 2006).

LA DIABETES EN GRUPOS DE EDAD MÁS JÓVENES.

La diabetes ya no es como en el pasado, que era más exclusiva de personas mayores de edad, por el contrario, actualmente ésta mantiene una fuerte tendencia a manifestarse en personas más jóvenes, por lo que se estima que ha descen-

dido una generación y desafortunadamente, afecta cada vez más, a muchas personas durante sus años más productivos económicamente. En Europa, el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de entre 60 a 79 años, en contraste, en regiones como América del Sur y Central, el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental, el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de entre 40 a 59 años. Lo anterior, representará una carga adicional sobre los presupuestos sanitarios, además de impactar al total de la sociedad, especialmente porque sucede que los riesgos de complicaciones diabéticas aumentan con el tiempo (<http://www.worlddiabetesday.org>).

En congruencia con lo anterior, la DM2 en niños y adolescentes tiende a incrementarse y afecta a niños tanto de países desarrollados como de economías emergentes. No obstante que no hay estudios suficientes en esta área, hoy se reconoce que la DM2 en niños se está convirtiendo en un problema de salud pública mundial, con resultados potencialmente graves para la salud. La prevalencia de obesidad en los niños, esta estrechamente vinculada al riesgo para adquirir la DM2. La obesidad además, va asociada a un cambio de dieta y de estilo de vida más occidentalizado, mismo que se caracteriza entre otras cosas por una dieta hipercalórica a la vez que hay una disminución de la actividad física, esto sucede tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, con más frecuencia en áreas urbanas. Estudios recientes han mostrado que los jóvenes con DM2 corren el riesgo de padecer complicaciones micro y macrovasculares a edades más tempranas, lo que significa que se requerirá una mayor carga presupuestal sanitaria y sobre el total de la sociedad (Pavkov et al., 2006; Diabetes Atlas 3ª Ed. FID. 2006).

Con respecto a la incidencia de diabetes tipo 1 (DM1) es cercana al 3% anual. Se tienen registrados alrededor de 440,000 casos en niños menores de 14 años, de estos casos, el 25% procede

de la Región del Sudeste Asiático y más del 20% de la Región Europea (Diabetes Atlas 3ª Ed. FID. 2006).

ACCIONES PARA PREVENIR LA DIABETES.

Los cambios en el entorno vital, la detección precoz y la adopción de medidas de eficacia demostrada para prevenir la DM2 como es la adopción de un estilo de vida saludable con dieta y ejercicio, además de reducir el estrés, pueden disminuir de manera importante el riesgo de desarrollar DM2 hasta en un 80% de los casos, retrasar su aparición o al menos, reducir su impacto. En el caso de las personas con DM1, aún no es posible prevenir la enfermedad. Sin embargo, se puede hacer mucho por prevenir o retrasar las complicaciones diabéticas si las personas tienen acceso a una atención, una medicación y un equipo de monitorización adecuados (Diabetes Atlas 3ª Ed. FID. 2006).

En países como el Reino Unido, EE.UU., Canadá, y la India entre otros, se han implementado programas tanto en adultos como en niños de grupos étnicos de alto riesgo, con educación y filosofía holística para atacar el problema que representa la progresión de la DM2 de manera más integral y efectiva, (Otsehtoken, Macaulay y Stalk, 2006; Kalra y Kalra, 2006), sin embargo, algunos programas de este tipo, sólo se han llevado a la práctica en zonas o regiones de éstos países en donde las tasas de obesidad y diabetes han experimentado un incremento notorio, o como en el caso de la India en regiones que han registrado altas tasas de diabetes en los últimos años, además de que no hay personal suficiente para atender la gran demanda. También han sido enfocados para atender solo a grupos de alto riesgo en particular

Está bien documentado que una pérdida de peso junto con una actividad física moderadas, pueden prevenir o retardar el desarrollo de la DM2 en sujetos de alto riesgo, tales como aquellos que tienen intolerancia a la glucosa (IG) o prediabetes.

Datos del Programa de Prevención de Diabetes (DPP por sus siglas en inglés), demostraron que una pérdida de peso del 7% en el primer año y 150 min por semana (30 min diarios o cada tercer día sin dejar dos días seguidos sin actividad física) de ejercicio aeróbico como caminar, redujo en cuatro años la incidencia de DM2 en un 58% en hombres y mujeres con IG o prediabetes. Los cambios en el estilo de vida en este estudio reportaron cerca del doble de beneficios que con una terapia en donde se utilizó Metformina, con un 31% de reducción de incidencia de diabetes (Klein et al., 2004).

Por lo anterior, se deben diseñar programas sistemáticos de prevención tanto a nivel primaria como secundaria para ser dirigidos no tan sólo a los individuos afectados, sino que también se deben de involucrar las familias, lugares de trabajo, escuelas y comunidades. Por tanto, para hacer una prevención eficiente de esta enfermedad devastadora, se hace un llamado a identificarse con una cultura sensible a las medidas aplicables tanto a la población general, como a algunos grupos minoritarios de alto riesgo en particular (Bazzano et al., 2005).

Por su parte, la ONU emitió un resolutive que se dio a conocer al mundo el 14 de Noviembre del 2007, para coincidir con el "Día Mundial de la Diabetes". Esta resolución obedece a que existe la percepción de que la mayoría de los países no están haciendo lo necesario para frenar la expansión de la diabetes, por lo que se espera que la misma contribuya para que los países en general, se involucren más en este gran problema de salud y tomen acciones más determinantes con la participación de los gobiernos de las naciones, instituciones internacionales como la OMS, y la Federación Internacional de Diabetes (FID) así como nacionales, tanto públicas como privadas y de grupos de ayuda, para hacer un frente común a la pandemia de DM2 en el mundo (<http://www.worlddiabetesday.org>).

En consecuencia con esta iniciativa de la ONU, las autoridades sanitarias de nuestro país de-

berán reencauzar las políticas en materia de prevención de la obesidad y la DM2 con programas en donde se involucren las instituciones de salud, centros educativos, padres de familia, organizaciones no gubernamentales (ONGs), la iniciativa privada, entre otras, para hacer un frente común para establecer la cultura del auto cuidado, al contar con información más accesible sobre las ventajas que da el adoptar un estilo de vida saludógeno que contribuya a mejorar la calidad de vida y a alejar la posibilidad de adquirir la DM2, además de tener un efecto benéfico similar para las ECV, el cáncer y otras enfermedades crónico-degenerativas.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 Y EL SÍNDROME METABÓLICO

Además de la dieta y la medicación, el ejercicio es considerado uno de los tres pilares de un buen tratamiento de la DM2. Tanto el ejercicio a base de resistencia como una moderada resistencia tienen igual control terapéutico en pacientes con DM2. Existen una variedad de modalidades de intervenciones efectivas de ejercicio en el tratamiento de la DM2, sólo que antes de elegir el tipo de actividad física, los pacientes enfermos serían bien caracterizados y se les deberá realizar una prueba de ECG-estrés. Basados en un acondicionamiento aeróbico, nivel de comorbilidad, masa músculo-esquelética y fuerza/resistencia, los pacientes serían incluidos en un programa apropiado de intervención con ejercicios para optimizar su valor terapéutico. Se recomienda además hacer combinaciones de programas por períodos en la medida en que el paciente incrementa su nivel de forma física. Un ejercicio más vigoroso en una resistencia a la insulina no complicada, irá más allá de mejorar un control glucémico, sino que incrementará además, el acondicionamiento cardiorespiratorio y la función microvascular. Algunos pacientes diabéticos encuentran dificultades para adherirse a un programa de intervención de ejercicio, sin embargo, pueden ser asesorados por un equipo multidisciplinario y continuar

así acondicionamiento físico bajo una supervisión estricta y personal (Praet y van Loon, 2007).

El SM es un factor de riesgo cardiovascular múltiple que consiste en la correlación de varios riesgos de origen metabólico. En adición a dislipidemia, hipertensión e hiperglucemia (diabetes), el SM se caracteriza por mantener un estado protrombótico y proinflamatorio, por lo que personas con este síndrome, tienen el doble de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular que una persona normal. Además, este estado incrementa el riesgo de diabetes hasta por cinco veces, desafortunadamente, y dado el incremento mundial en obesidad y la falta de ejercicio (sedentarismo), esto contribuye en buena medida a la presencia de este síndrome. Según evidencias estadísticas, entre el 20 y el 30% de las personas adultas en la mayoría de los países del mundo, padecen este desorden metabólico (Grundy, 2008).

Por lo visto hasta ahora, la adopción de un estilo de vida saludable reporta muchos beneficios tanto en la prevención de la obesidad, la DM2 y el Síndrome Metabólico (SM), entre otras enfermedades crónico-degenerativas, como en el tratamiento, aunque para este último, es necesario adecuar los programas de ejercicio bajo recomendación de personal calificado (médicos, enfermeras, instructores, etc.), para optimizar dichos programas y evitar riesgos innecesarios, pero de cualquier forma, vale la pena entonces, buscar alternativas para evitar el sedentarismo, las dietas hipercalóricas y hasta donde sea posible, evitar el estrés. Si no adoptamos estas medidas, se incrementará el riesgo de adquirir la diabetes y los que ya la hayan adquirido, evitar o postergar la presencia de complicaciones diabéticas con el deterioro de órganos y tejidos, lo que redundará en una baja importante de la calidad de vida y en una carga tanto psicológica como económica para las familias y a la postre para los sistemas de salud y el país mismo.

CONCLUSIONES

Después de haber revisado las expectativas de expansión de la diabetes tanto mundial como en los países con economías emergentes como México, y haber reconocido el gran impacto que puede tener sobre el área de la salud, económica y social, se concluye que la DM2 representa una seria amenaza para el mundo y en especial para los países en vías de desarrollo como México, ya que de no tomar acciones contundentes para frenar esta progresión, el impacto en las áreas antes mencionadas, será devastador, ya que se corre el riesgo de que las instituciones de salud colapsen al enfrentar este gran problema de salud con escasos recursos, lo cual puede repercutir en la disminución de la atención a otros rubros importantes como la educación, servicios, etc., por lo que, con la perspectiva del resolutivo (61/224) de la ONU sobre la expansión de la diabetes, se espera por un lado, que los gobiernos a través de las instituciones de salud y educación entre otras, tomen más conciencia y destinen un mayor presupuesto a programas de prevención de la obesidad y la diabetes, ya que actualmente el presupuesto es raquítico y no bastaría para emprender campañas más agresivas en torno a promover estilos de vida saludables y sobre recomendaciones sobre tratamientos. Por otra parte, con respecto a la participación de las instituciones privadas, grupos de ayuda y la sociedad en general, estos deberán involucrarse para facilitar la implantación de los programas a través de su ámbito; familiar, escolar, laboral, entre otros. Con respecto a las personas en general, deberán adoptar la cultura del auto cuidado con la premisa de que el 80% de los casos de diabetes se pueden evitar con un cambio de actitud y en cuanto a las personas con DM2 o el SM, deberán hacer conciencia de su enfermedad y colaborar más con las indicaciones de su médico y/o del personal de salud para lograr un mejor control de la enfermedad que repercutirá a la vez en una mejor calidad de vida ●

BIBLIOGRAFÍA

- Bazzano, L., Serdula, M. y Liu, S. (2005). Prevention of Type 2 Diabetes by Diet and Lifestyle Modification. *Journal of the American College of Nutrition*, Vol. 24, No. 5, 310–319.
- Diabetes Atlas. 3ª Ed. (2006). Federación Internacional de Diabetes. Recuperado el día 20 de marzo de 2008 de <http://www.worlddiabetesday.org>
- Encuesta Nacional de Salud. (2000). Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. Cuernavaca, México.
- Encuesta Nacional de salud y Nutrición. (2006). Instituto Nacional de Salud. Cuernavaca, México.
- Grundy, S. M. (2008). Metabolic Syndrome Pandemic. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. 828:629.
- INEGI. (2006). *Esperanza de vida en México*. Recuperado el 25 de marzo del 2008 de <http://www.inegi.gob.mx/lib/buscador/busqueda.aspx?s=inegi&textoBus=esperanza%20de%20vida%20Mexico&i=&e=&seccionBus=docit>
- Kalra, B., y Kalra, S. (2006). Cómo responder a la urgente necesidad de personal sanitario en el Norte de la India. *Diabetes Voice*. 51:2 11 – 13.
- Klein, S., Sheard, N., Pi-Sanyer, X., Daly, A., Wyle-Rosett, J., Kulkarni, K., y Clark, N. (2004). Weight Management Through Lifestyle Modification for the Prevention and Management of Type 2 Diabetes: Rationale and Strategies. *Diabetes Care*. 27:2067-2073.
- Marshall, K. Tulloch-Reid, D. E., Williams, H. C., Looker, R. L., Hanson, and Knowler, W.C. (2003). Do Measures of Body Fat Distribution Provide Information on the Risk of Type 2 Diabetes in Addition to Measures of General Obesity?: Comparison of anthropometric predictors of type 2 diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care*, 26: 2556.
- Meigs, J. B., Wilson, P. T., Fox, c. s., Vasan, R. S., Nathan, D. M., Sullivan, L. M., y D'Agostino, R. B. (2006). Body Mass Index, Metabolic Syndrome, and Risk of Type 2 Diabetes or Cardiovascular Disease. *J Clin Endocrinol Metab* 91: 2906–2912.
- Meyrowitsch, D. W., y Bygbjerg, I. D. (2007). Global burden of disease a race against time. *Dan Med Bull*. February 1, 54(1): 32-4.
- Mokdad, A.H., Ford, E.S., Bowman, B.A., Dietz, W., Vinicar, F., Bales, V.S. y Marks, J.S. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors. *JAMA*. 289:76-79.
- Naciones Unidas. (2007). *Día Mundial de la Diabetes. Resolución 61/225*. Disribución General; 18/01/2007. Recuperado el 22 de marzo del 2008 de <http://www.worlddiabetesday.org>
- O'Brien, J. A., Patrick, A. R., y Caro, J. (2003). Estimates of direct medical costs for microvascular and macrovascular complications resulting from type 2 diabetes mellitus in the United States in 2000. *Clin Ther* 25:1017–1038.
- Pavkov, M.E., Bennett, P. H., Knowler, W. C., Krakoff, J., Sievers, M. L., y Nelson. R. G. (2006). Effect of youth-onset type 2 diabetes mellitus on incidence of end-stage renal disease and mortality in young and middle-aged Pima Indians. *JAMA* 296: 421–426.
- Otsehtokon, A., Macaulay, A., y Stalk, R. (2006). Diabetes prevention in community Mohawk. *Diabetes Voice*. 51:2. 8 – 10.
- Praet, S.F., y van Loon, L.J. (2007). Optimizing the therapeutic benefits of exercise in Type 2 diabetes. *J Appl Physiol* 103: 1113–1120.
- Silink, M. (2006). Unidos por la diabetes: la campaña por una Resolución de la ONU. *Diabetes Voice*. 51:2. 27-29.
- Yach, D. *et al* (2004). The global burden of chronic diseases. *JAMA*.

El síndrome de desgaste profesional y su relación con el estado de salud en internos del ISSSTE en Tepic, Nayarit

J. Horacio Barraza Salas¹, J. Justo Romero Paredes¹, Luis Flores Padilla², Karla Castellanos Mariscal³, Dulce Y. Romero Pérez.³

¹Cuerpo Académico de Salud Pública, UAN ² Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Chihuahua.

³Médicos internos del ISSSTE.

¹Unidad académica de Medicina U.A.N.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Desgaste profesional o Burnout ha sido estudiado desde hace escasas tres décadas, inicialmente por Freudenberg, seguido de Maslach y Jackson, Gil-Monte, etc. entre los más destacados. Se ha despertado un gran interés por investigar este síndrome en poblaciones vulnerables como personal de la salud, educación, administrativos, policías, etc. Este síndrome afecta el estado de salud del sujeto y con ello su desempeño, Maslach y Jackson plantearon al Burnout como un síndrome tridimensional que se caracteriza de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para Gil-Monte es una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja. **Objetivos:** Identificar la relación del Síndrome de Desgaste profesional en los médicos internos con su estado de salud general y las características personales y generales.

Material y métodos: Población de 18 estudiantes de medicina, internos en un Hospital de una Institución para los trabajadores del Estado en Tepic, Nayarit. Estudio transversal, descriptivo. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de datos generales, escala de Maslach Burnout Inventory versión corta y Cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28. La información se procesó en el programa Epi Info 6.04.

Resultados: Tienen un promedio de 23 años, el 77.8% sexo masculino, 100% solteros, obtienen en promedio 1,150 pesos mensuales para su manutención. En promedio laboran 6 horas por turno y en guardias de 24 a 36 hrs., atienden en promedio 17 pacientes por jornada. La mayoría considera sobrecarga de trabajo y falta de equipo y material al ejecutar su trabajo. Un 61.1% es probable caso en el cuestionario de salud general de Goldberg y en el MBI: Agotamiento Emocional (EE) 83.3% obtuvieron nivel alto, 5.6% nivel medio, en Despersonalización (D) 83.3% nivel alto; en Baja Realización Personal (PA) un 50% tienen nivel medio, 5.6% nivel alto. Un 88.8% (16 internos) obtuvieron 2 y 3 dimensiones quemadas. Resultaron asociadas significativamente la sobrecarga de trabajo con el sentirse emocionalmente agotados y con despersonalización; el sentirse presionado con: sí caso (Goldberg), agotamiento emocional y despersonalización.

Palabras clave: Síndrome de Desgaste Profesional, estado de salud general, médicos internos.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud, en este caso los médicos requieren mantener un estado óptimo de salud mental, mas esto lejos de ser real solo es un estado ideal, los médicos desarrollan su trabajo en Instituciones con sobrecarga de trabajo, una alta exigencia física, intelectual y emocional, donde el factor tiempo es una constante, un sinnúmero de

llenado de requisitos en papel, pacientes difíciles, remuneraciones bajas, incompatibilidad de caracteres con sus compañeros de trabajo y un ambiente físico a veces no tan grato, todo esto aunado a los aspectos familiares y propios crean un ambiente idóneo para desarrollar malestar psicológico.

El síndrome de desgaste profesional ó síndrome de Burnout ha sido un tema frecuentemente estudiado en los últimos años, este síndrome fue descrito inicialmente en 1974 por Freudenberger en New York, quien al trabajar como voluntario en una clínica para toxicómanos, observó que algunos de sus compañeros padecían de una sintomatología muy similar, en la cual se manifestaban un agotamiento físico, emocional y mental progresivo, sentimientos de desamparo y desesperanza, así como insensibilidad hacia las personas que atendían, dándoles un trato despersonalizado, se trataba de un tipo de estrés laboral generado por las relaciones constantes y directas con otras personas, al cual denominó Burnout, mas si embargo se atribuye el acuñar este término a la psicóloga social Cristina Maslach, quien realizó estudios con diferentes profesiones que tienen que ver con el servicio y contacto constante con la gente y junto con Susan Jackson en 1981, plantearon al Burnout como un síndrome tridimensional que se caracteriza de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, ellas aportaron uno de los instrumentos más utilizados para identificar al síndrome de Burnout: el MBI (Maslach Burnout Inventory), el cual consta de 22 ítems y en el cual se identifican tres niveles de identificación: alto, medio y bajo. Cristina Maslach, utilizó el término del "Síndrome del quemado", en base a un sentido utilizado por abogados de California que describían un proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés clínico entre sus colegas profesionistas.

El sujeto "quemado" manifiesta sentimientos de insatisfacción, de cansancio, de frustración e indiferencia a los problemas que se le presentan, sus relaciones cercanas laborales, de amistad y fa-

miliares se ven afectadas y minimiza a las personas que requieren de sus servicios a simples números, cosas o enfermedades en el caso del personal de la salud (paciente 202, paciente cardiaco, paciente quejumbroso, etc).

Preciado (2006), define el síndrome de Burnout como el estado final de una progresión de intentos fracasados por manejar el estrés laboral percibiéndose de manera crónica bajo la relación individuo-organización. En esta aceptación queda de manifiesto los recursos necesarios para la percepción del estrés laboral: evaluación y afrontamiento. Pero también, las variables situacionales y sus determinantes significativos.

El Síndrome de quemarse por el trabajo visto desde la perspectiva psicosocial conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja (Gil-Monte, 1999). Pese a que las consecuencias de este síndrome son devastadoras, suele pasar desapercibido, siendo más fácil de reconocer en otra persona que en uno mismo.

El Burnout se ha venido conceptualizando desde su inicio de diversas maneras y enfoques, a la par de los cambios sociales, políticos y económicos de la cual somos objeto como sociedad, Moreno (1998) nos dice que finalmente, el burnout está pasando a ser sinónimo de los procesos de distanciamiento frente al propio trabajo, un elemento que implica los procesos de estrés, pero que se prolonga más allá con resonancias no sólo psicológicas, sino sociales, económicas, propias e indicativas de nuestra cultura, ese tipo de cultura que estamos llamando postmoderna. Por ello, el estudio del burnout se ha convertido en un paradigma de los estudios del estrés. Ha pasado de ser algo secundario a ser algo nuclear al mismo proceso. Ya no

es el trabajo asistencial el que genera burnout, es cualquier trabajo, es nuestro propio modo de vida.

Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios (Ortega, 2004). El síndrome de desgaste profesional o Burnout se puede definir como el momento en que estamos tan crónicamente hundidos que se resiente nuestra vida en lo personal y laboral (Goday, 2002).

Un ejemplo del desgaste que se produce en la labor asistencial, dadas sus características particulares, son las unidades de cuidados paliativos. Se centran en proporcionar una atención digna y humana, siendo su objetivo paliar o aliviar los efectos de una enfermedad para proporcionar el máximo confort posible al paciente con enfermedad terminal. De ella se derivan múltiples y cambiantes problemas que aparecen durante la fase terminal que ocasionan un intenso sufrimiento en los pacientes y sus familiares, así como el personal encargado de su cuidado que se enfrenta a ambos, se exige un trato personal y adecuado a cada paciente por parte de sus cuidadores, que no pueden cambiar el tiempo que les queda pero si la calidad de éste; ello conlleva situaciones de gran responsabilidad, actividad laboral dura e impacto emocional que al mantenerse en el tiempo puede derivarse en el denominado síndrome de estar quemado o burnout. El paso de los internos de la adquisición de conocimientos a su praxis en su periodo de internado acarrea ya cierto grado de estrés, aunado a las vivencias personales, familiares, laborales y sociales (Ortega, 2004).

Tanto el Burnout como ansiedad, depresión y alteraciones psicológicas son aspectos que deben prevenirse y tratarse, más aún en profesionistas de

la salud, de cuyas acciones depende la vida de los que requieren de sus servicios.

OBJETIVO

Identificar la frecuencia y porcentaje del Síndrome de Desgaste profesional en los médicos internos, su estado de salud general y la relación del síndrome y su estado de salud general con características personales y generales.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población es de 18 estudiantes del último año de medicina, internos en un Hospital de una Institución para los trabajadores del Estado de la Cd. De Tepic, Nayarit. Es un estudio tipo transversal, descriptivo. Se aplicó a todos aquellos internos que voluntariamente aceptaran participar. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de datos generales, con datos de edad, sexo, estado civil, tiene hijos, es jefe de familia, cuenta con ingresos para su manutención, tiene aporte económico, quien aporta, trabaja en otro lugar, ingreso mensual, horas de trabajo por turno, promedio de pacientes que ve por jornada, etc. Otro cuestionario utilizado es la Escala del Maslach Burnout Inventory que evalúa agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo y el Cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28, el cual es sugerido para la valoración de la salud mental. Sus respuestas deben ser contestadas en base a las últimas semanas. Es un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididos en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). La información se procesó en el programa Epi Info versión 6.04.

RESULTADOS

En esta Institución participaron 18 internos, sus edades oscilan entre los 21 y los 25 años, la mayoría, un 38.9% (7 personas) tienen 23 años, segui-

das de un 22.2% (4 internos) con 22 años de edad. El 77.8% (14 internos) son hombres. El 100% son solteros y solo 1 persona dijo tener hijos y 2 dijeron ser jefes de familia. El 50% (9 internos) tiene ingresos para su manutención y un 72.2% (13 individuos) obtiene otro aporte económico, dicho aporte es principalmente por ambos padres en un 53.8% (7 individuos), por el papá 30.8% (4 personas) y el resto por la mamá. Ninguno tiene otro trabajo. Sus ingresos varían desde un mínimo de 460 pesos a los 4,000 pesos mensuales, un 18.8% (3 personas) obtienen 900 y 3,000 pesos respectivamente, con un promedio es de 1,150 pesos mensuales.

Respecto a las horas que laboran en cada uno de los turnos, en el turno matutino un 76.9% (10 internos) laboran 6 horas, el resto 7 y 5 horas; en el turno vespertino 6 horas el 69.2% (9 internos) prestan sus servicios 8 hrs. Y el resto 7 horas; en el turno nocturno un 63.6% (7 internos) prestan sus servicios 6 horas, u 18.2% 11 horas, en este turno el mínimo de horas fue 6 y un máximo de 13 horas. En las guardias laboran un mínimo de 24 horas y un máximo de 36 hrs, de los cuales un 58.3% (7 internos laboran 33 horas y un 16.7% 34 horas. El promedio de pacientes que revisan por turno fluctúa entre los 7 y los 40 pacientes, un 23.5% ve 10 pacientes por turno, un 17.6% revisa 12 pacientes por jornada, 11.8% ve a 15 pacientes por jornada, el promedio es de 16.8 pacientes por jornada.

Los que asisten a quirófanos reportan presencia por jornada de 2 a 4 cirugías (70.6%, $f=12$), en tóco-cirugía, un 72.7% (8 internos) presencian de 2 a 4 partos durante 1 jornada. El 77.8% (14 internos) consideran que existe una sobrecarga de trabajo. Un 88.9% (16 internos) dicen que solo algunas veces cuentan con el material y equipo necesario para realizar satisfactoriamente su trabajo. Un 77.8% (14 internos) dicen que algunas veces solamente tienen libertad para realizar su trabajo; en cuanto a si es reconocido su trabajo o desempeño por los mandos superiores, un 44.4% (8) de los internos dicen que solo algunas veces, para un

38.9% su trabajo no es reconocido por sus superiores, el 72.2%, (13 internos) no está de acuerdo con la manera como se evalúa su desempeño, el 72.2% (13 internos) consideran que el ambiente en el área laboral es regular. Un 61.1% (11 internos) dicen que no son tratados de forma respetuosa y justa por sus superiores. Solo un 28.7% (5) internos se han sentido presionados por el trabajo y han tenido que realizar algún procedimiento contra sus principios.

Un 50% (9 internos) se han incapacitado en el actual año, los cuales se han incapacitado en 2 ocasiones por un mínimo de 1 día y un máximo de 5 días, 28.6% (2 internos) por 3 y 5 días respectivamente, con un promedio de 3 días de ausencia. A la pregunta si padece alguna enfermedad degenerativa, solamente un interno contestó afirmativamente.

El peso de los internos osciló entre los 50 y 115 kg, con un promedio de 78 kg; estatura un mínimo de 1.58 y máximo de 1.86, con un promedio de 1.75, respecto a la circunferencia de cintura, el mínimo fue de 60 y el máximo de 97, con promedio de 73. El IMC obtuvo mínimo de 14 y máximo de 35 con promedio de 27.

En el cuestionario de salud mental de Goldberg-GHQ28, los resultados arrojan un preocupante índice de 61.1% (11 internos) con probable caso, es decir, con probable trastorno mental.

En cuanto al cuestionario MBI. en las dimensiones del Burnout tenemos que en Agotamiento Emocional (EE) 83.3% (15 internos) obtuvieron nivel 1, es decir, nivel alto, 5.6% (1 internos) nivel 2 o medio, lo que nos indica que en conjunto hacen un 88.9% de internos que se consideran con agotamiento emocional; en cuanto a Despersonalización (D) 83.3% (15 internos) tienen nivel 1 o alto de Despersonalización; en Baja Realización Personal (PA) un 50% (9 internos) tienen nivel 2 o medio, 5.6% (1) nivel 1 o alto, que en conjunto hacen un 55.6% de internos que consideran tienen una baja realización personal en su desempeño.

Un 88.8% (16 internos) obtuvieron 2 y 3 dimensiones quemadas.

En la asociación bivariable, tomando como referencia un valor de $p < 0.05$ y un $OR > 1$, resultaron significativa las siguientes:

El ingreso mensual, que en este caso es a menor ingreso mensual, con baja realización personal con un valor de $p = 0.04550$ y $OR = 1.54$. La misma variable de ingreso mensual con Dimensiones Quemadas, obteniendo un valor similar al anterior de $p = 0.04550$ y $OR = 1.54$. Las variables de existe una sobrecarga de trabajo con el sentirse emocionalmente agotados obtuvieron un valor de $p = 0.00638$ y un $OR = 2$. También la sobrecarga de trabajo y nivel de Despersonalización, con un valor de $p = 0.00056$ y un $OR = 4$. El sentirse presionado por el trabajo y probable caso de trastorno mental obtuvo un valor de $p = 0.03105$ y un $OR = 13.33$. Igualmente el sentirse presionado con agotamiento emocional con valor de $p = 0.01874$ y $OR = 1.67$, la misma sentirse presionado con nivel de despersonalización, valor de $p = 0.00294$ y $OR = 2.50$.

DISCUSIÓN

Los resultados nos indican un alto porcentaje de cada una de las dimensiones del Burnout, así tenemos que un 88.9% de internos tienen agotamiento emocional, 83.3% padecen Despersonalización; un 55.6% de internos tienen una baja realización personal en su desempeño, al comparar estos resultados con otros estudio nos damos cuenta que están muy por arriba, por ejemplo, Borda y cols. (2007) en Colombia estudiaron el Síndrome de Burnout en 55 estudiantes del último año de Medicina en Internado rotatorio I y II en el Hospital Universidad de Norte en los resultados de este trabajo se mostró un porcentaje global de Burnout del 9.1%, de acuerdo a estos autores, es necesario tener en cuenta que en comparación a la población médica consolidada, la población de internos tiene menos factores de riesgo para el desarrollo de esta

patología, relacionados con la vinculación laboral y el desgaste profesional de instauración progresiva a lo largo de varios años de desempeño laboral exigente y estresante. Guevara (2004) en su estudio sobre Burnout en 150 médicos de Colombia (63 internos y 87 residentes) obtuvo como resultado que un 85.3% presentaban Síndrome de Desgaste Profesional entre moderado y severo, siendo el componente de agotamiento emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos.

En Argentina se evaluó el estado de salud mental en una población de médicos y enfermeras del servicio hospitalario de urgencias, utilizando el cuestionario de salud general de Goldberg con una muestra de 15 médicos y 14 enfermeros de un servicio de emergencia, 16.6% arrojaron datos de indicadores negativos de salud mental, aun cuando ellos hicieron su estudio en ambos sexos, el 100% de las afectadas son mujeres, de acuerdo a su discusión coincide con otros estudios donde el índice más alto en indicadores negativos de salud mental es en mujeres (Núñez, 2006).

En Chile se investigó el estado de salud mental con el cuestionario de Goldberg-12 (Benítez, 2001), la población a estudiar consistió en 457 estudiantes (la totalidad de estudiantes de medicina de la PUC de primero a quinto año en el plazo ya señalado). De estos, 171 (37%) eran mujeres y 286 (63%) varones. El porcentaje de alumnos en riesgo fue de 40,68% (124 alumnos) en el total de la muestra. El puntaje promedio para toda la muestra fue de 3,97. Se observó que mientras más avanzado era el curso, menor era su puntaje promedio. El 52% de los alumnos de primer año tuvieron Goldberg (+), comparado con cuarto año, donde 36% tuvieron Goldberg (+). En quinto año hubo un leve aumento del promedio, que no obtuvo significancia estadística.

En México se realizó un estudio (Delgado) cuyo objetivo fue determinar la presencia de síndrome de Burnout en una población de 32 residen-

tes que cursan el primer año de residencia, de los cuales un 8.3% padecen cansancio emocional, un 4.2% tienen despersonalización y un 79.2% tienen baja realización personal, en este mismo grupo de residentes también se investigó la presencia de algunos trastornos psicológicos (presencia de ansiedad y depresión), que nos ocupa también en nuestro estudio, como resultado se presentaron datos de depresión mínima en el 93.8% y leve en el 6.3%. La ansiedad se observó con datos mínimos en el 87.5%, leves en un 6.3% y moderados con 6.3%, estos datos comparados con los de nuestra población están por arriba ya que obtuvimos un 61.1% de probable caso.

CONCLUSIONES

La evaluación del estado de salud mental y física de un trabajador, en este caso de la salud, ha sido motivo de infinidad de investigaciones, en el presente estudio nos ocupó el evaluar precisamente el estado de salud mental e identificar la presencia y el grado de síndrome de desgaste profesional o Burnout en los aún estudiantes de Medicina que cursan por su último año en Internado y que desempeñan su labor en un Hospital de una Institución para los trabajadores del estado en la Ciudad de Tepic, Nayarit, México.

La mayoría laboral 6 hrs por cada turno y en promedio ven 17 pacientes por jornada, para ellos en su mayoría existe una sobrecarga de trabajo., la mayor parte dicen que solo algunas veces cuentan con el material y equipo necesario para realizar satisfactoriamente su trabajo y dicen que algunas veces solamente tienen libertad para realizar su trabajo, la mayoría dicen no estar de acuerdo con la manera como son evaluados, además de que consideran el ambiente de trabajo como regular, dicen no ser respetados, etc. lo que nos habla de que estos son indicadores que pueden contribuir a generar estrés, angustia, ansiedad.

Un alarmante 61.1% mantiene un probable trastorno mental, mientras que en el síndrome de desgaste profesional, un 89% tienen agotamiento emocional, un 84% despersonalización y un 56% baja realización personal. Estos resultados son poco gratos y encienden foco rojo para realizar una intervención de atención a la salud de los muy próximos a ser profesionistas médicos, consideramos necesario el diseñar programas de prevención de patologías psicológicas a desarrollarse durante la formación académica del estudiante, principalmente de estrés, ansiedad y depresión ●

BIBLIOGRAFÍA

- Benítez C. G., Quintero J. B., Torres R. B. Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. Revista Médica de Chile, Santiago. 2001;129(2).
- Borda P. M., Navarro L. E., Aun A. E., Berdejo P. H. síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. Barranquilla, Colombia. 2007; 23 (1): 43-51.
- Castaño I., García M., Leguizamón L., Novoa M., Moreno I. asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el cuidado de los pacientes. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia). 2006; 5(3): 549-561.

- Delgado C. M., Salazar J. C. M., López M. J. Estudio preliminar sobre la presencia de Burnout en médicos residentes. Estudio preliminar sobre la presencia de algunos trastornos psicológicos en los médicos residentes de primer año. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE. Trabajos libres: 67-68.
- Díaz A. H. R., Véliz S. M. I., Fernández O. R. Autoevaluación del estado de salud en estudiantes de tercer año de Medicina. Revista electrónica de Biomedicina. Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2008;2(en prensa). <http://biomed.uninet.edu/2008/n2/diaz.html>
- Gil-Monte P. y Peiro J. M. Perspectivas teóricas y Modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. Revista Anales de Psicología, 1999;15(2):261-268.
- Godoy R. M. A. Síndrome de Burnout. Revista Chilena de Pediatría. Santiago de Chile; 2002. 73(3).
- Guevara C. A., Henao D. P., Herrera J. A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Revista Colombia Médica, 2004. Vol. 34, No. 4:173-178.
- Moreno J. B. El estrés laboral asistencial y la salud: los procesos de la personalidad. Resúmenes de ponencias. XI Jornadas Internacionales Sobre Psicología Clínica y Salud "Empleo, estrés y salud", España;1998:7-11.
- Núñez I. Y., Czernik G. E., Almirón L. M., Moreira V. Indicadores de salud mental en una muestra poblacional de un Servicio Hospitalario de Emergencias. Resumen M-08. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas 2006, Argentina.
- Ortega R. C., López R. F. el Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004, 4(1):137-160.
- Preciado S. L., Aranda B. C., Pando M. M. "Estrés laboral y síndrome de Burnout". Libro "Factores psicosociales y salud mental en el trabajo", Editorial de la Universidad de Guadalajara, México, 2006:125-139.
- Quiceno J. M., Vinaccia A. S. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología, 2006;10 (2): 117-125.
- Sánchez R. F. R., Juárez P. C. A., Aguilar M. G. Occupational Health in México. Int J Occup Environ Health. 12(4),2006:346-354.
- Zárate M. B. Síndrome de Burnout y psicopatología en médicos residentes del Hospital Valentín Gómez Farías en Guadalajara, Jalisco. Tesis de grado de Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Universidad de Guadalajara, 2007.

Detección y tratamiento del Síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco

Lic. Psic. Heriberto Valdez Bonilla

Coordinador del Módulo de Atención Integral de la Dirección General De Prevención Y Readaptación Social Del Estado De Jalisco

RESUMEN

El personal de prisiones es señalado por la OMS como colectivo laboral vulnerable por la exposición a factores psicosociales de riesgo, considerando entre ellos, el Síndrome de Burnout. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue detectar y disminuir la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal del sistema penitenciario de Jalisco.

Material y Métodos: se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), a una muestra (n=1392) no aleatoria de empleados de 13 centros penitenciarios de Jalisco, México. Al encontrar que el 42% de sujetos de la muestra, presentaba al menos un factor “quemado”, se desarrolló un esquema de atención que incluyó: Terapia breve, asesoría psicológica y un monitoreo regular de los factores psicosociales asociados al trabajo. El departamento, nombrado como Módulo de Atención Integral (MAI), es el primero en su tipo en el sistema penitenciario mexicano.

Resultados: Una segunda aplicación, luego de un año de instituida la atención al personal, mostró una reducción de hasta un 19% en al menos un factor, mientras que la prevalencia del Síndrome pasó de 4.1% a 3.3 %.

Como conclusión observamos que el esquema de atención tuvo un impacto positivo en la reducción de la prevalencia del Síndrome de Burnout.

Palabras clave: Burnout, Factores Psicosociales, Maslach Burnout Inventory, Sistema Penitenciario.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) considers that prison employees are a vulnerable occupational group due to its exposition to psychosocial factors, among them, the Burnout Syndrome.

OBJECTIVE: To detect the prevalence of Burnout in Jalisco's penitentiary system employees.

MATERIAL AND METHODS:The Maslach Burnout Inventory (MBI) has been applied to a non aleatory sample (n=1391), employees of 13 readaptation centers in Jalisco, Mexico. As a 42% of the sample where found “burned” in at least one factor, a preventive attention scheme was developed conformed by: Brief therapy, psychological assesment and regular monitoring of psychosocial job – related factors. The department, named “Módulo de Atención Integral” (MAI) is the first of its kind in México's penitentiary system.

RESULTS: A second application revealed a 19% reduction in at least one factor, and a decrease from 4.1% to 3.3% in Burnout's Syndrome prevalence.

CONCLUSIONS: The developed attention scheme had a positive impact, reducing the prevalence of Burnout.

Key words: Burnout, Psychosocial Factors, Maslach Burnout Inventory, Penitentiary System.

INTRODUCCIÓN

En Octubre de 2005, con el apoyo del entonces Director General, se inició en DIGPRES (Dirección General de Prevención y Readaptación Social) en el Estado de Jalisco, un diagnóstico institucional mediante la aplicación de más de 1500 inventarios para la evaluación de el síndrome de burnout, como un acercamiento a un problema hasta entonces no identificado entre el personal que trabaja en el sistema penitenciario de Jalisco.

El discurso del personal estaba caracterizado por una serie de quejas comunes y recurrentes, que denotaban actitudes negativas hacia el trabajo, indefensión y pasividad ante los problemas, etc.

Tradicionalmente, esta situación se asocia a lo que en sistema penitenciario es llamado el fenómeno de la “prisonalización” del personal, es decir, a la contaminación del personal con pautas de conducta que referían directamente a los grupos para y antisociales (pautas referentes al uso de caló, actitudes hacia la institución y sus autoridades).

El considerar que la generalidad del personal del sistema penitenciario es “corruptible” nos hizo preguntarnos si tendría algo que ver con el desgaste laboral, pues en nuestra experiencia directa, son pocos los casos identificables como corruptos, con franca intención de serlo. Una gran parte presentaban una notable laxitud en su desempeño de una manera poco conciente y justificada por quejas, irritabilidad, etc.

Hasta entonces se perseguía al empleado, se le sancionaba o se le fincaba una responsabilidad penal o al menos era la amenaza más común. Creímos que la presencia generalizada de esas actitudes de aparente irresponsabilidad, tendrían más que ver con el desgaste del personal. Sin embargo se continuaba atendiendo solamente los casos que

pusieran en riesgo a la institución, permitiendo que la problemática fuera detectada solamente en situaciones de crisis. Era preciso generar alternativas para atender al personal en etapas más tempranas, conocer el impacto de las disposiciones generales de trabajo en la salud mental de las personas que laboramos en esta institución.

Parte de esta labor ha sido encomendada al Módulo de Atención Integral, conformado actualmente por tres psicólogos.

Consideramos que en el contexto del manejo de Centros de Reclusión, el preocuparse por atender este síndrome es un asunto de seguridad institucional.

El síndrome de Burnout o de “quemarse por el trabajo” ha sido considerado por investigadores como el Dr. Bernardo Moreno (1991)¹ y el Dr. Pedro R. Gil Monte (2006)², como un riesgo laboral emergente. Es decir, los factores psicosociales implicados en las actividades laborales destinadas a atender personas, derivan de la actividad misma, lo que pone al individuo en una situación vulnerable para su estabilidad emocional, para su homeostasis, al estar sometido a una carga de stress negativo constante.

El síndrome ha sido caracterizado por diversos autores como la presencia de síntomas tales como: Cansancio emocional, Cinismo y Realización Profesional Baja (Maslach, 1986)³ Indolencia ante los problemas de los demás, falta o pérdida del sentido de la labor desempeñada, sentimientos de culpa (Gil – Monte, 2006)⁴, generando en el trabajador desde baja autoestima laboral y sentimientos de impotencia ante los problemas organizacionales, hasta depresiones severas y cuadros psicósomáticos del tipo de la hipertensión.

Una rápida mirada a los equipos de trabajo en el sistema penitenciario, nos da la visión de la prevalencia de estas características en muchos

elementos de seguridad y custodia y en el personal administrativo, jurídico y técnico.

La actividad del servidor público, del profesionista y del directivo dentro del sistema penitenciario, enfrenta a la persona a situaciones que no se viven en ningún otro ámbito laboral, sea este en la iniciativa privada o en otras instituciones gubernamentales.

La Organización Mundial de la Salud, (Kortum, 2008)⁵ considera que el trabajador penitenciario conforma un grupo expuesto a riesgos psicosociales, por el hecho de estar en contacto con la conducta del delincuente, además de los sentimientos de amenaza e inseguridad, generados por la sobrepoblación penitenciaria, la insuficiencia de recursos materiales y humanos y el descrédito de la opinión pública hacia el sistema. Atender estos aspectos es también un asunto de seguridad que a la par de efficientar el trabajo, debe tender a constituir una visión ética y profesional que proteja al servidor público del sistema penitenciario con un “blindaje psicosocial”.

Específicamente en México, un estudio comparativo de varios colectivos laborales realizado por Juárez, A.(2008)⁶ mostró que: “los empleados de reclusorio y las enfermeras de cardiología tuvieron significativamente más hastío psíquico, menos autoeficacia y menos complacencia en relación a los demás grupos, mientras que los operativos fueron los de mayor ansiedad y los administrativos los de agotamiento significativamente más bajo”, confirmando con ello la apreciación general de la OMS en nuestro país.

En lo que respecta ya más específicamente al personal de prisiones, algunos estudios descriptivos han sido realizados principalmente en España. Topa Cantisano y Morales Domínguez (2005)⁷, consideran importante el estudio del burnout en funcionarios de prisiones afirmando:

“...se trata de funcionarios públicos, pertenecientes a un sector laboral fuertemente sindicalizado y ajeno a ciertas prácticas de gestión de los recursos humanos propias de la empresa privada. No obstante los funcionarios de prisiones desempeñan una tarea de notable dificultad, que puede exigir una implicación emocional continuada y no exenta de conflictividad. En este contexto tan peculiar, el estudio de fenómenos como el síndrome de quemarse en el trabajo y la percepción de ruptura de contrato psicológico podría aportar sugerencias de interés. Ya otros autores habían propuesto vinculaciones entre ambos fenómenos, de modo directo (Leiter, 1999) o indirecto, como lo hace Cherniss (1980) cuando en el marco teórico del síndrome habla de un colapso de la mística profesional.”

Por otra parte, Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F., Contador, I. (2006)⁸ coinciden en nuestra apreciación de las particularidades de este entorno de trabajo al afirmar: “Estos profesionales realizan su trabajo en un contexto laboral específico (penitenciario, distinto a muchos otros, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de crear criterios normativos de referencia en esta ocupación para clasificar mejor a los sujetos en un nivel de síndrome de burnout”); al estudiar una muestra de trabajadores penitenciarios de España, reportando una prevalencia del 43.60% de la muestra.

Mención aparte tiene el estudio de García, J. (2008)⁹ al realizarlo en personal que atiende pacientes psiquiátricos sujetos a una pena privativa de libertad. Dicho estudio buscó establecer que personal presentaba mayor riesgo, siendo el personal de vigilancia el más afectado y el factor despersonalización, el más elevado.

Otro estudio que refiere un panorama semejante a lo encontrado en el personal del sistema Penitenciario de Jalisco, es el realizado en la prisión de Alhaurín de la Torre, y referido por Gil – Monte P. (2006)², en una ponencia donde señala:

“En opinión de los trabajadores, la situación de las prisiones puede ser considerada pésima y sin visos de evolucionar. Los trabajadores se quejaron de la escasez de recursos humanos y materiales, lo que complicaba el desempeño de su trabajo por la gran masificación de las prisiones. En palabras del trabajador: «Hay que aumentar el número de funcionarios de interior, no deberían trabajar sólo dos funcionarios en un módulo de 140 internos. Es necesario aumentar la seguridad, aumentar el número de medios de trabajo, y que exista un reconocimiento profesional y social del funcionario»

Para algunos trabajadores la Administración, con sus leyes y normativas, es una de las principales fuentes del SQT, pues ha originado una crisis de identidad en el colectivo de trabajadores relacionada con la falta de consenso social sobre las funciones que deben desempeñar. Los trabajadores de prisiones deben compaginar las funciones de custodia y seguridad con las de tratamiento y rehabilitación, al tiempo que las denuncias por parte de los internos hacia los profesionales favorecen en éstos una actitud de recelo, desconfianza, desgana, cansancio, fatiga, y astenia. En ocasiones, perciben que la Administración se preocupa más por su imagen pública y por los internos que por ellos, que son sus empleados.

A esta visión contribuye el aumento de privilegios y derechos de los internos otorgados por los jueces. Tienen la sensación de estar entre la espada y la pared debido a algunas resoluciones judiciales”.

En esta ponencia sin embargo, las conclusiones solo proponen el abordar el problema en los niveles organizacional, interpersonal e individual de una forma integradora, pero no propone acciones específicas.

En un estudio realizado por la Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias (ACAIP) en el reclusorio de Villa-

bona, Asturias (2005)¹⁰, se encontró que el 74% del personal presentaba un nivel alto de Agotamiento Emocional, el 84.77% presentaba un índice alto de Despersonalización y el 97.35%, presentaba baja Realización Personal, sin embargo no menciona la prevalencia del Síndrome, sino se limita a decir: “Siendo del 65,56% el porcentaje de encuestados que presentaron niveles altos en las tres subescalas simultáneamente”, lo que contradice el dato proporcionado referente a la realización personal y la caracterización del síndrome consistente en altas puntuaciones en agotamiento y despersonalización junto a baja realización personal.

Por otra parte, la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO) en España, refirió en el año 2000, una prevalencia del 77% en los funcionarios de prisiones en su Gaceta Sindical¹¹.

Finalmente citamos dos estudios: uno centroamericano, aplicado solamente a Psicólogos del Sistema Judicial Salvadoreño, trabajo presentado por Turcios, L. (2008)¹², en donde solo se describen los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de Maslach y emite algunas recomendaciones del tipo: “Se deben Implementar políticas institucionales orientadas a prevenir o reducir el desarrollo de este tipo de problemáticas de salud mental entre los funcionarios del Órgano Judicial”, sin plantear acciones concretas.

Y por otra parte el estudio de Ruiz (2007)¹³ en donde hace un análisis muy amplio entre tiempo libre, burnout y otras variables describiendo sus correlaciones, sin establecer la prevalencia en sí de cada una de ellas. Este estudio fue hecho en un centro penitenciario de Bogotá, Colombia.

El estrés laboral es la causa mas frecuente de manifestaciones patológicas en la salud y en el bienestar de los trabajadores penitenciarios, situación que repercute en la calidad del desempeño del servidor público, quien trabaja de forma directa problemáticas tan complejas de abordar, tales como

violencia dirigida hacia los demás y hacia sí mismo, cuadros de ansiedad, falta de reconocimiento social, entre otras.

Considerando que el Síndrome de Burnout es una forma de enfrentar el estrés crónico, en el momento que aparece, no solo afecta al empleado que lo sufre, si no también a la institución para la cual trabaja. Ante la no intervención para abordar los componentes del síndrome para controlar tanto la exposición del personal y las fuentes de estrés, en la institución se percibirá un incremento del fenómeno de la prisionalización, la pérdida de control de los centros penitenciarios, el agotamiento de equipos de trabajo, la pérdida de salud de los que trabajan para la salud de otros y el aumento de incidencias de crisis y riesgos de intentos suicidas entre el personal. Es de importancia vital desarrollar estrategias a nivel individual, colectivo y organizacional que nos permitan afrontar el problema en este tipo de instituciones.

En este sentido se pronunció el Dr. Angulo Rosas (2007)¹⁴ en la Cuarta Sesión del Ier. Foro “El Sistema Penitenciario Actual y Alternativas Para el Cambio” en 2007, al afirmar que una de las tareas de una verdadera reforma del sistema penitenciario en México es: “darle al empleado reconocimiento en su labor que es fundamental, dado que pues ellos, en ellos está mucho no solo la readaptación del interno, sino el bienestar de una sociedad y el desarrollo de un país...”.

El objetivo de este trabajo fue establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout entre el personal penitenciario de Jalisco, diseñar e implementar un programa de intervención tanto preventiva como de tratamiento durante el lapso de un año, y volver a evaluar para observar si existían cambios en la prevalencia. Las primeras acciones implicarían la difusión de los conceptos y el proporcionar herramientas básicas a nivel individual e interaccional al personal, para enfrentar la exposición constante a situaciones de stress dentro del espacio laboral.

MATERIAL Y METODOS

Se hizo un estudio de tipo test – retest en una muestra conformada de manera aleatoria y compuesta de 1391 empleados del sistema penitenciario con un único criterio de inclusión, que tuvieran al menos un año de laborar en el sistema penitenciario. La muestra estuvo conformada en un 78% de personal Operativo (Custodios) y un 22% por personal administrativo, técnico, jurídico y directivo, adscritos a los 11 centros penitenciarios de adultos y menores y a las áreas de Dirección General, Dirección Técnica y Casa de Reinserción Social. Los criterios de exclusión fueron solamente que tuviera menos de un mes en el sistema penitenciario y/o ser trabajador de la empresa de alimentos contratada por la institución, dada su poca involucración en la institución y el reducido horario en que prestan sus servicios. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986)³ en su versión Catalana (Ferrando, J. y Pérez, J. 1996)¹⁵ que evalúa los ítems con una escala tipo lickert que va de 0 = nunca, a 6 = todos los días. Se aplicó además, un cuestionario de datos sociodemográficos y de sintomatología asociada al stress, desarrollado por el Módulo de Atención Integral en donde se le pide al empleado que señale si presenta los síntomas enumerados en la lista. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS, versión 0.5.

El Maslach Burnout Inventory, desarrollado por Maslach & Jackson (1986)³, es el primer instrumento estandarizado que utilizamos para evaluar y medir la presencia del síndrome de burnout y consta de en tres subescalas que corresponden a indicadores de la presencia de este problema:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización (cinismo)
- Falta de realización personal y en el trabajo.

SISTEMA PENITENCIARIO

El Sistema Penitenciario de Jalisco está conformado por diez centros para adultos y dos para menores, en donde las actividades se dividen a grandes rasgos en Directivas (Directores de Centro y Subdirectores de Vigilancia y Custodia), Operativas (Personal de Seguridad y Custodia), Técnicas (Profesionales de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Abogados, Maestros), Administrativas (Administradores, Jefes de Personal y Secretarías), Servicios Generales y Mantenimiento (Ingenieros, Electricistas, Afanadoras, Choferes), que suman 3,256 empleados al momento de la investigación (2006 – 2007). El colectivo formado por el personal operativo es el de mayor exposición a riesgos psicosociales, tanto por el tiempo de exposición como por la cercanía del trabajador hacia los internos, además de que recae en ellos la contención de hechos violentos.

La aplicación fue hecha en dos ocasiones, a un año de distancia, a una muestra aleatoria de 1500 empleados del sistema penitenciario de Jalisco, con al menos un año de laborar para la institución, de esta muestra solo fue posible revalorar a 1392 empleados en la segunda aplicación, conformándose así la muestra definitiva, a quienes se les proporcionó directamente el Inventario para que lo llenaran en grupos de 25 personas, dentro de los centros de trabajo. La muestra equivale al 45% del personal que labora en la Dirección General de Prevención y Readaptación Social.

Los individuos de la muestra presentaron una edad promedio de 38 años a la fecha de la segunda aplicación, la muestra estuvo conformada en un 58.11% de mujeres y un 41.9% de hombres, con una antigüedad promedio en el puesto de 9.6 años. Las funciones del personal se dividieron en dos grandes grupos: Operativos (personal de vigilancia y custodia) en el 83.17% de la muestra, y Técnicos (Incluyendo en este rubro personal administrativo, técnico, jurídico, directivos y mandos medios) para

el 16.83% de los encuestados. La escolaridad promedio de la muestra fue de Secundaria (50.79%), Estado Civil Casado (58.85%).

Adicionalmente se les preguntó sobre algunas molestias o padecimientos asociados al estrés, siendo el síntoma más referido el de “Dolor de Cabeza” (29.57%), seguido de “Gastritis” (22.99%) y se efectuaron entrevistas no estructuradas acerca de aquello que más les estresaba en el trabajo.

Entre las dos aplicaciones, se implementó un modelo de atención que abordó el nivel individual del problema, mediante terapia breve, cognitivo - conductual y asesoría psicológica individual a personal considerado como apático o problemático que fue detectado durante la aplicación del MBI e invitados a participar voluntariamente por parte del personal del Módulo.

Se impartieron además tres talleres en todos los centros, denominados “Identificando Burnout y Mobbing”, “Asertividad” y “Motivación y estrés” para el personal, y para los directivos dos talleres denominados “Burnout” y “Habilidades de comunicación” a manera de sensibilización hacia el problema.

RESULTADOS

El diagnóstico inicial arrojó datos importantes respecto a la prevalencia de los componentes del Síndrome de Burnout dentro del sistema penitenciario. Nos dimos cuenta que los puntos críticos dentro del sistema, no siempre corresponden a los llamados “Centros Grandes”, pues centros pequeños presentaron niveles altos en alguna de las subescalas de Agotamiento Emocional o Despersonalización.

La comparación de resultados nos dieron una idea de la evolución del problema, de esta manera: en lo que respecta a Agotamiento Emocional, pudimos constatar que del nivel inicial de

42% del personal situado en niveles medio y alto, se pasó a 23%

En lo que respecta a los niveles de Despersonalización, estos pasaron de un 36% de la muestra, situado inicialmente en niveles medio y alto, a un 27% en la segunda evaluación.

En lo referente a la Realización Personal, inicialmente, un 42% se encontraba en los niveles medio y alto, mientras que en la segunda evaluación encontramos que se redujo a un 39%

En la evaluación inicial, un 4.1% de los casos presentó Altos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización con Baja Realización Personal, situación que define la presencia del Síndrome. En la segunda, solamente un 3.34% de la muestra reunió los criterios para Burnout, lo cual indica una reducción de 0.76% en la prevalencia del síndrome.

Si seguimos los criterios que manifiesta la Dra. Cristina Maslach (2008)¹⁶, en el sentido de que una sola de las categorías que se encuentre “quemada” es motivo suficiente para arrancar un programa preventivo, aún falta mucho por hacer, principalmente en el nivel interaccional y organizacional.

La presencia de esta problemática, a través de estas evaluaciones arroja algunos datos interesantes en los participantes: la presencia de Agotamiento Emocional fue más elevada en personas de sexo femenino y con funciones técnico administrativas. En lo que respecta al tiempo en la institución, la relación no sigue una proporción directa con la presencia del síndrome. Las personas con más antigüedad en la institución presentaron niveles más bajos que las personas con un promedio de 6 a 10 años de laborar en el sistema penitenciario.

A nivel organizacional, detectamos como principales fuentes de estrés en los establecimientos penitenciarios las siguientes: Multiplicidad de

autoridades (no existe una línea de autoridad, sino una red), multiplicidad de enfoques del ejercicio de la autoridad, enajenación del trabajo, falta de retroalimentación, falta de reconocimiento, falta de respaldo para el ejercicio de la autoridad y la toma de decisiones en los centros, falta de asertividad en el manejo de las relaciones de autoridad, sobrecarga de trabajo, programas externos y falta de personal, falta de manuales de procedimientos, y cultura de la sanción.

La dinámica del rumor, resulta ser la principal fuente de estrés a nivel interpersonal pues juega un papel de empoderamiento por el manejo de la información “de primera mano”, sin ser autenticada ni someterla a comprobación. Cambios de centro, de directivos, de carga horaria y de sanciones al personal, son los contenidos más recurrentes.

En el ámbito penitenciario, particularmente, es identificable como factor de riesgo, un fenómeno colectivo basado en el rumor, el cual basa su predominio en la mala comunicación, la falta de integración de equipo y un ejercicio no asertivo de la autoridad.

Los resultados hacen incapié en la característica colectiva que distingue este fenómeno en el sistema penitenciario, pues si bien la literatura existente resalta algunos tipos de acoso psicológico en los que una persona ejerce presión sobre otra, en nuestro medio el manejo del lenguaje jurídico en la rutina diaria, provoca un especial sentido de amenaza a las leyes, normas y reglamentos lo que las hace gravitar como guillotina sobre quienes trabajan en el sistema.

Otro efecto asociado a esto que señalamos es el que el personal comparte con el interno el sentimiento de ser sancionable y no es raro que se susciten conversaciones entre internos y personal en ese sentido, lo que denota cierto nivel de identificación que pasa desapercibido en la cotidianidad. En posteriores trabajos hablaremos ampliamente

de este proceso, baste aquí mencionarlo como un riesgo psicosocial característico de este contexto laboral, al parecer directamente relacionado con percepciones de inequidad.

DISCUSIÓN

El primer dato que llama la atención respecto a los resultados obtenidos, es la baja prevalencia del síndrome detectado en nuestra muestra, en comparación con los estudios de Hernández, L.,(2006)⁸ (prevalencia del 43.60%) la CCOO (2000)¹¹ (prevalencia del 77%) hechos con otras muestras de empleados de prisiones, mientras que la afectación de los factores que lo componen, presentan índices que se aproximan a los estudios citados.

Dentro de lo referido por Gil – Monte² respecto al personal de Alahurín, es evidente que la insuficiencia de personal, la falta de reconocimiento, la pérdida de sentido de la tarea y el sentimiento de inequidad son constantes que resulta interesante encontrar en los diferentes estudios citados, pues han sido realizados en contextos laborales en donde se cuentan con más recursos económicos y mejor soporte legal que en nuestro país, lo que nos hace centrar nuestra atención a un factor en común: La exposición del personal a las historias, confrontaciones y amenazas de los internos.

En ninguno de los estudios referidos se habla de un período de intervención, por lo que no existe un referente para hacer comparaciones. Sin embargo, en todos se llega a la necesidad de que exista una continuidad en acciones de intervención, sin proponer algunas en concreto.

Un punto en que coinciden los otros estudios hechos en personal penitenciario es en la especial atención que se debe poner a las características de la actividad que realiza el personal de prisiones y el peculiar contexto laboral en que se desenvuelve, de donde se infieren necesidades específicas del personal. En lo que respecta al modelo de inter-

vención, es pertinente afirmar que fue pensado en función de las necesidades detectadas durante el período de diagnóstico, sin embargo, tres años más tarde, Kawakami, N.(2008)¹⁷, al presentar una ponencia referente a las experiencias de intervención con más consistencia, haría referencia a un modelo propuesto en base a la evidencia de intervención con que se contaba hasta el momento: Grupos psicoeducativos (personal), asesoría psicológica de tipo cognitivo conductual, formación de los grupos directivos en materia de riesgos psicosociales

Comparando con el abordaje del MAI que consistió en terapia breve de corte cognitivo - conductual, asesoría psicológica, un monitoreo regular de los factores psicosociales asociados al trabajo y grupos informativo – formativos para personal, mandos medios y directivos se confirmó la pertinencia del mismo y se mantiene hasta ahora.

El objetivo de intervenir de manera tal que tuviera un impacto positivo en el problema se cumplió parcialmente, sin definir claramente sus alcances al no contar con instrumentos que evalúen precisamente la eficacia de las medidas adoptadas. Consideramos que es necesario que se construyan instrumentos que sean conceptualizados no como diagnósticos, sino que surjan de la construcción de estrategias de evaluación.

CONCLUSIONES

El MAI (Módulo de Atención Integral) fue creado con el fin de fortalecer la salud integral de quienes trabajan al servicio de la readaptación social, a través de la atención psicológica otorgada en el Módulo de Atención Integral; y la implementación de acciones preventivas al interior de los establecimientos penitenciarios, de forma permanente.

Lo anterior destacó en ese momento al Módulo como el primero en su tipo dentro del sistema penitenciario del país, ya que ningún otro Estado cuenta con este servicio para su personal a todos

los niveles (el estado de Colima consigna el servicio dirigido para los “empleados problema” detectados por instancias de mando).

Sin embargo, es importante apreciar las limitaciones metodológicas del estudio, no obstante haber sido una primera aproximación al problema. Estas limitaciones no solamente obedecen al desarrollo académico del autor, sino también a la tarea de contextualizar los diversos enfoques generados desde la salud ocupacional y el estudio de los factores psicosociales en el trabajo, a un espacio laboral regulado principalmente por leyes, normas y sanciones, que delimitan y algunas veces impiden abrir espacios saludables o replanteamientos de la organización del trabajo, ello en función de estrictos esquemas de seguridad.

Dentro del estudio faltaron algunas variables a considerar, tal es el caso de que un porcentaje significativo del personal penitenciario tiene otro trabajo extrainstitucional, o incluso labora en otras instituciones de gobierno. El análisis, por otra parte, cede el espacio a la descripción del contexto en que se realizó la aplicación del MBI, y en el que se trataron de distinguir sus componentes, esto debido a lo cerrado que ha sido hasta ahora el sistema penitenciario para esta clase de análisis.

Hace falta un sistema de monitoreo tal que permita delimitar el impacto real de las acciones emprendidas, puesto que la mayoría de las referencias son verbales, hechas por sondeos en los centros. Un instrumento de evaluación de rápido análisis daría cuenta objetiva de los resultados, sin embargo para la institución, los estudios simples de frecuencia y los datos estadísticos han sido fácilmente comprensibles por los directivos y encargados de área, de manera que nos han permitido continuar.

El compromiso es dar mayor consistencia metodológica al trabajo y desarrollar esos constructos que hacen falta para explicar las peculiaridades de este espacio laboral y los perfiles del colectivo al que pretende apoyar esta iniciativa.

Es preciso señalar que el Estado de Jalisco ocupa el sexto lugar en sobrepoblación penitenciaria, por lo que la sobrecarga de trabajo es evidente. La prevalencia obtenida puede obedecer a la existencia de problemas más agudos entre el personal, especialmente en lo que se refiere a estrés post-traumático y ansiedad – depresión.

Para la implementación de un programa como el MAI podríamos señalar algunas dificultades que deben preverse al inicio y que obstaculizan el objetivo de abarcar la totalidad del personal con la totalidad de la información:

Para la implementación de un programa como el MAI podríamos señalar algunas dificultades que deben preverse al inicio y que obstaculizan el objetivo de abarcar la totalidad del personal con la totalidad de la información:

- Deficiencia en la comunicación, omitiendo la información a algunas áreas o excluyendo a los mandos medios y jefes de personal de participar en los talleres.
- Asignación al personal de tareas simultáneas a la realización de los talleres
- Se le avisa al personal a última hora, aún cuando se procura enviar los oficios con quince días de anticipación
- No se le informa al personal de la procedencia real del personal que imparte los talleres y se tergiversa o descalifica la información acerca del contenido de los mismos, lo que confunde y desmotiva al personal de asistir.
- Suele verse como una confrontación al desempeño de los directivos, constituyendo ellos y los mandos medios, un grupo de alto riesgo difícil de acceder.
- Deben contextualizarse los temas, dado que las políticas estatales conforman un locus de control externo, donde es muy difícil encontrar puntos de enlace con las acciones de mejora al interior de los equipos de trabajo. No podemos hablar de aumentos de producción ni posicionamiento en el mercado pero asimismo, es urgen-

te hablar de la necesidad de exponerse al sistema penitenciario de una manera más segura, que no implique el deterioro del empleado.

En base a ello se puede observar que la actividad de un proyecto de este tipo depende principalmente de un factor elemental: La continuidad. Con ello se va logrando la confiabilidad que permite la intervención terapéutica. En nuestra experiencia, podemos afirmar que se han generado las condiciones para el inicio de una segunda etapa.

Al establecer contacto, mediante los talleres con centros penitenciarios, comienza a generarse un sentido de reconocimiento áreas o grupos que usualmente no se sentían apoyadas por la institución al dificultarse el diálogo directo.

El saber que se cuenta con el apoyo de un equipo serio de profesionales donde tendrían eco sus experiencias laborales genera una mayor empatía hacia la atención de esta problemática dentro del mismo sistema penitenciario. lo anterior favorece la disminución del stress laboral en los centros.

Por otra parte, este tipo de atención puede ser el inicio del rescate de los equipos de trabajo, rompiendo el esquema de que nadie puede abordar las problemáticas de DIGPRES sin ser acosado o sancionado. Esto recobra la confiabilidad y el compromiso hacia la institución, basándose en el sentido de pertenencia.

Se pueden establecer así, bases para propiciar una mejor comunicación entre los diversos niveles en base a un lenguaje común, lo que permite conciliar perspectivas de problemas que afectan a la generalidad, lo que permitirá a su vez la generación de soluciones consensuadas.

Este apoyo teórico – práctico para el manejo del personal nos ha permitido exponer a los directivos la situación de su personal y darles alternativas de cómo manejarlo.

La adecuación de temas al contexto penitenciario nos ha permitido mejorar la sensibilización de los equipos y canalizar sus propuestas de solución hacia planos más objetivos y productivos

Es importante para la salud de una institución penitenciaria, que se distinga como se ve el síndrome de burnout en el sistema penitenciario, sus fuentes específicas en este contexto y las medidas que pueden reducir el impacto de una labor altamente riesgosa, en lugar de generar nuevas sanciones para un equipo de personas que no cuentan con el reconocimiento social de su labor y de quienes existen muy pocos estudios que intenten comprender como es su desarrollo en la historia de la institución, para mejorar sustancialmente sus condiciones de vida laboral.

Nuestra intención de compartir esta experiencia es para llamar la atención hacia la parte medular de los sistemas penitenciarios: su personal ●

BIBLIOGRAFIA

1. Moreno, B., Oliver, C., Aragonese, A. (1991). El burnout, Una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo *Manual de Psicología Clínica Aplicada* pp. 271-284. Siglo XXI, Madrid
2. Gil-Monte, P. (2006). *Riesgos Psicosociales y Síndrome De Quemarse Por El Trabajo*. Conferencia dictada en el Ier. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Cuernavaca (Morelos).
3. Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

4. Gil-Monte, P. (2006). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (Burnout) Desarrollo y Estrategias de Intervención*. Trabajo Presentado en el Congreso Penitenciario Internacional: La función social de la política penitenciaria, Barcelona.
5. Kortum Evelyn, Leka Stavroula, Valdez Bonilla Heriberto (2008). *The Role of Psychosocial Hazards and Stress in Developing Countries*. Taller efectuado durante la Octava Conferencia de la Asociación Europea de Psicología y Salud Ocupacional. Valencia, España, 13 de Noviembre de 2008.
6. Juárez, A. (2008), Efectos psicológicos del trabajo: su concepción y hallazgos en algunos centros ocupacionales en México, *Revista Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, Volumen 9 No. 3 Julio-Septiembre 2008. Consultada el 4 de Diciembre de 2009 en http://www.respyn.uanl.mx/ix/3/articulos/efectos_piscolgicos.htm
7. Topa, G., Morales, J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 5, (1), pp. 71-81.
8. Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F., Contador, I. (2006). El Síndrome de Burnout en Funcionarios de Vigilancia de un Centro Penitenciario *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (6), 003, pp. 599-611.
9. García, J., Herrero, S., León, J. (2006), Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Consultado el 5 de Noviembre de 2009 en http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL25_2_4.pdf
10. ACAIP (2005), Estudio sobre la incidencia del síndrome de burnout en los funcionarios de vigilancia (v1) en el centro penitenciario de Villabona – Asturias. Consultado el 11 de Octubre de 2009 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33760306.pdf>
11. CCOO, (2000), *Gaceta Sindical*, periódico digital diario de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Num. 42, pag. 4, 24 de Noviembre del 2000. España. Consultado el 5 de Noviembre de 2009 en <http://www.ccoo.es/comunes/temp/recursos/1/852.pdf>
12. Turcios, L. (2008). Estudio exploratorio sobre el Síndrome de Burnout en psicólogos del Sistema Judicial Salvadoreño. “V Congreso Virtual de Psicología Jurídica y Forense” 01 de Abril de 2007. www.psicologiajuridica.org
13. Ruiz, J. (2007), Satisfacción laboral, clima emocional, burnout y relaciones familiares en empleados de prisiones: un estudio exploratorio. Consultado el 11 de Octubre de 2009 en <http://psicologiajuridica.org/psj266.htmlResumen>
14. Angulo, E. (2007). Participación en el foro “El Sistema Penitenciario Actual y Alternativas Para el Cambio” Cuarta sesión, México, D.F.
15. Ferrando, J. y Pérez, J. (1996). Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del «Maslach Burnout Inventory (MBI)». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23(1), 11-18
16. Maslach, C., (2008) *Entendiendo el Burnout Laboral*. Ponencia presentada en el Segundo Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Guadalajara, Jalisco, 22 - 25 de Octubre de 2008
17. Kawakami, N. (2008), *Investigaciones sobre Factores Psicosociales en el Trabajo*. Ponencia presentada en el Segundo Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Guadalajara, Jalisco, 22 - 25 de Octubre de 2008

Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit

Barraza- Salas José Horacio¹, Romero- Paredes José Justo¹, Iores Padilla Luis², Pérez- Reyes Berenice³, Piña- Jiménez Néstor S. ⁴, Romero-Pérez Dulce Yaneth. ⁴

¹Cuerpo Académico de Salud Pública, UAN. ²Unidad de investigación epidemiológica del IMSS ciudad Juárez Chihuahua

³Investigador externo. ⁴Médicos internos IMSS e ISSSTE.

RESUMEN

Introducción: Una de las manifestaciones comunes en los trabajadores de la salud es el estrés, este puede irse recrudeciendo poco a poco y rebasar la capacidad o los recursos del individuo para hacer frente a este fenómeno, dicha manifestación se transforma en crónica y la persona que lo padece manifiesta actitudes y sentimientos desfavorables para el mismo, ya que decae en su rendimiento, se siente agotado física y emocionalmente y las personas que le rodean sienten un trato despersonalizado para con ellas, a este nivel ya se habla del síndrome de Burnout. Los individuos están inmersos en instituciones demasiado demandantes carentes de atención a la salud mental de su propio personal, pudiendo así desarrollar síntomas psicosomáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión que son características que identifican el estado de salud mental del sujeto.

Objetivos: Determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en los médicos internos, el estado de salud mental que mantienen los médicos internos y la relación con características personales y generales.

Material y métodos: La población es de 25 médicos internos en una Institución de Seguridad Social de la Cd. De Tepic, Nayarit. Es un estudio tipo transversal, descriptivo. Se aplicó a todos aquellos internos que voluntariamente aceptaran participar. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de datos generales, escala de MBI versión corta y

Cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28. La información se procesó en el programa Epi Info 6.04.

Resultados: La mayoría pertenecen al sexo masculino, promedio de 23 años, en un 96% son solteros, poco más de la mitad obtiene un aporte económico por parte de la Institución en la cual laboran. Las horas que laboran por turno son muy variables, revisan en promedio 20 pacientes. La mayoría considera existe una sobrecarga de trabajo y por esta se sienten presionados. Un 28% de los internos padecen probable trastorno mental y respecto al Burnout, en Agotamiento Emocional (EE) un 56% nivel alto y con nivel medio un 40%, mientras que para Baja Realización Personal (PA) un 20% obtuvo nivel alto y nivel medio un 28% con sentimiento de baja realización personal, mientras que para Despersonalización (D), un 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, estado de salud mental, médicos internos e Institución de Seguridad Social.

INTRODUCCIÓN

El contexto en el cual desarrollan su trabajo los médicos les limita en funciones tan importantes para contrarrestar los efectos de su trabajo como son el dormir bien, alimentarse adecuadamente, tener tiempo de esparcimiento, de descanso, "los médicos tienen el rol social de atender la salud de

la población, pero la manera como están estructuradas las instituciones de salud dificulta que el propio personal que ahí labora siga pautas de auto cuidado de la salud" (Arenas, 2004). Para Masachs y cols (2006) los factores que pueden favorecer la aparición de estrés en los médicos internos son el cursar por un periodo de formación largo, la necesidad de actualización de conocimientos continua, el contacto con situaciones impactantes emocionalmente, elevada autoexigencia, falta de recursos individuales para enfrentar las situaciones, poco tiempo para tener actividades lúdicas o recreativas, relaciones familiares empobrecidas, incremento constante de los trámites burocráticos y la demanda asistencial, etc., convirtiéndose en profesionistas expuestos a un alto nivel de estrés laboral. Con el paso del tiempo esto se va recrudeciendo repercutiendo en el sistema individual, familiar y social del sujeto afectado.

En el ambiente hospitalario, la salud mental requiere una especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados, entre ellos: horarios de trabajo, atención a individuos enfermos que en ocasiones enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos. Dichos factores actúan directamente sobre el individuo y el grupo de trabajo, provocando un malestar que puede manifestarse en fuertes cargas negativas, estrés e insatisfacción entre otras, lo cual genera una deficiente calidad de la atención hacia el enfermo y en el trabajador de la salud puede producirse un estado de agotamiento por estrés, también llamado Síndrome del Burnout (Bianchini, 1997). El síndrome de Burnout afecta a aquellas personas que trabajan relacionándose con otras personas en servicios de gran demanda, interactuando directamente con quien requiere de sus servicios, decaen en su rendimiento, manifiestan un trato despersonalizado a quien atienden y tienen la sensación de sentirse agotados, desgastados emocionalmente.

Definitivamente las instituciones de salud ejercen gran influencia en el proceso salud-enfermedad del personal que labora en estas, además de que dichas instituciones carecen de programas, políticas, campañas dirigidas a su propio personal a fin de prevenir y/o tratar enfermedades provocadas por diversos factores como la sobrepoblación demandante de los servicios de salud, los innumerables llenados de formas de control intra e inter institución, la falta de material y equipo necesario para desempeñar su trabajo, conflictos con compañeros o superiores, para Arenas (2004) otro elemento de la vida institucional es el relacionado con las interrelaciones personales que se establecen entre los distintos integrantes de una organización en el espacio cotidiano de trabajo. El hecho de que en el ambiente laboral exista competencia desleal, envidias e intrigas, genera un clima de desconfianza y de incomodidad, lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal. La lucha constante contra el tiempo, etc. aunado a otros factores de tipo familiar e individual, que le generan estrés, el cual se convierte en crónico y ante lo cual el sujeto elabora respuestas, muchas veces inconscientes, las cuales pueden ser identificadas como es el síndrome de Burnout, síntomas psicossomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, que son los aspectos investigados en el actual estudio. Bianchini (1997) escribe que las tensiones que experimentan los trabajadores de la salud provienen de dos fuentes: externas e internas. En las internas tenemos aquellas que tienen que ver con la autoestima profesional y son personales: La percepción individual y la respuesta al trabajo y al estrés, la necesidad de dar un rendimiento sobresaliente, propia de algunas personas, la incapacidad de ser suficientemente eficientes en algunas cosas, una pobre autoimagen, expectativas inconsecuentes, atributos de personalidad que provocan tensión en la relación con colegas, parientes, amigos y pacientes, problemas familiares, aspiraciones insatisfechas, profesionales o de otro tipo y desilusiones y sentimientos de que no se están logrando los objetivos personales en cuanto al desarrollo de las capacidades propias y

de la autonomía. En las externas: Prácticas burocráticas, ambiente laboral inadecuado, sistemas de trabajo inadecuados o vagamente definidos: exceso de horas de trabajo, de carga de trabajo y rutinas repetitivas, pobres supervisiones, malas condiciones laborales, jefaturas disfuncionales, imposición de responsabilidades sin la correspondiente autoridad, demandas laborales, pacientes difíciles y de poca respuesta, conflictos entre empleados, insubordinación, descripciones ambiguas de roles y actitudes impersonales y falta de reconocimiento al esfuerzo y a los logros obtenidos, ausencia de estímulos.

El término de Burnout fue mencionado en 1974 por Herbert J. Freudenberger en Nueva York, en una clínica de desintoxicación, tras observar ciertos cambios conductuales en aquellas personas que trabajabas como voluntarias, entre la sintomatología manifiesta se encontraba una actitud de cooperación, buena voluntad, cooperación y buen servicio modificándose con el paso del tiempo en agotamiento, irritabilidad, trato cínico hacia las personas con las cuales trataban y una serie de síntomas similares que dieron pie a la definición del síndrome de Burnout, o también conocido como síndrome del quemado, de desgaste profesional, agotamiento profesional, etc. Freudenberger describe el síndrome de Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (Thomaé, 2006). Gil-Monte y Peiró (1997), definen el síndrome de Burnout como: una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales.

Para Trallero (2006) el burnout representa un estadio posterior al estrés, que surge por el mantenimiento de éste durante un tiempo prolongado y debido al uso de estrategias de afrontamiento inapropiadas o inexistentes, lo que conduce a una

situación crónica que desemboca en el síndrome. Para Gil-Monte (2006), el fenómeno ha sido definido como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional, o la baja realización personal en el trabajo; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en los médicos internos de esta institución.

Conocer el estado de salud general y mental que mantienen los médicos internos e Identificar la relación del síndrome de Burnout y el estado de salud mental con características personales y generales.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se realizó en Médicos Internos del IMSS, en la Ciudad de Tepic, Nayarit, con un total de participantes de 25 Internos. El estudio es de tipo transversal, descriptivo. Se procesó la información en el programa de cómputo estadístico EPI INFO versión 6.04, en el cual obtuvieron frecuencias, porcentajes y promedios, se realizó cruce de variables para conocer la relación significativa entre estas tomándose como asociación significativa cuando p sea menor de 0.05 y el OR (Factor de Riesgo) cuando este sea mayor a uno. Se utilizaron tres cuestionarios para tal fin, uno de datos generales, el Cuestionario de Salud general de Goldberg-GHQ28 y el MBI versión corta.

El Cuestionario de Salud General fue ideado en 1972 por David Goldberg, en Manchester Inglaterra en la década de los 70's; después de varias versiones de éste cuestionario, la más utilizada actualmente es la versión de 28 ítems, el denominado GHQ28, que da cuenta sobre cuestiones de salud mental en cuatro rubros con 7 preguntas para cada uno: síntomas psicossomáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión con 4 posibilidades de respuesta y cuyo puntaje obtenido una vez calificado el cuestionario indica un probable caso o no caso. La Escala del Maslach Burnout Inventory fue estructurada por Cristina Maslach trabajando en conjunto con Susan Jackson (1981) plantearon que el Burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por las dimensiones: Cansancio emocional (EE): sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo. Despersonalización (D): respuesta fría e impersonal hacia los demás y Realización personal (PA): sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. Las puntuaciones se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems con 5 opciones de respuesta en nivel alto, medio y bajo.

RESULTADOS

Las principales frecuencias obtenidas son:

La población fue de 25 internos participantes tenemos que un 48% (f=12) tienen 23 años, seguidas de un 44% (f=11) con 22 años de edad y por último un 8% (f=) cuentan con 24 años. En cuanto al sexo un 60% (15 internos) son hombres. Un 96% son solteros (f=24). Solamente 2 personas tienen hijos (8%), solo un individuo es jefe de familia. Un 64% (f=16) no tiene ingresos para su manutención y un 37.5% (f=9) obtiene otro aporte económico siendo este aporte principalmente por los padres. Sus ingresos varían desde un mínimo de 425 pesos hasta un máximo de 4000 pesos mensuales, de los cuales un 52.4% obtienen 850 pesos otorgados por el IMSS. Un 95.8% no trabaja en otro lugar.

Respecto a las horas que laboran en cada uno de los turnos, un 76.5% laboran entre 7 y 8 horas, con un mínimo de 6 hrs. y un máximo de 12 hrs. mientras que en el turno vespertino las mismas horas un 58.8%, con un mínimo de 3 hrs. y máximo de 78 hrs., en el turno nocturno un 50% labora 8hrs, el resto entre 10 y 12 hrs., un 52.9% reportó laborar 36hrs. Guardia con mínimo de 11 hrs. y máximo de 42 hrs. El promedio de pacientes que revisan por turno son de 20 pacientes según reportan un 45.8% (f=11) con mínimo de dos pacientes y máximo de 30 pacientes. Los que asisten a quirófanos reportan presenciar más de 4 cirugías (87.5%), así como en tóco-cirugía presencias más de 4 partos por jornada (88.2%).

Al preguntarles de si creen que hay sobrecarga de trabajo, un 88% respondió que sí. En la pregunta si cuentan con el equipo y material necesario, un 48% contestó que algunas veces. En cuanto a la libertad para realizar su trabajo un 54.2% (f=13) dice que algunas veces, un 25% de los internos dijeron que no. Un 54.2% de los Internos dice que algunas veces es reconocido su trabajo o desempeño por los mandos superiores y la gran mayoría (91.7%, f=22) no está de acuerdo con la manera como se evalúa su desempeño, además que consideran en un 54.2% que el ambiente laboral es regular, el resto bueno. Se les preguntó si consideran ser tratados de manera respetuosa y justa por sus superiores a lo que un 58.3% (f=14) dijeron que no.

Se sienten presionados por el trabajo un 58.3% de los internos, un 25% se ha incapacitado, de estos incapacitados, un 50% lo ha hecho en dos ocasiones el resto 1 o 4 veces por un promedio de 2 días en cada incapacidad.

El peso actual de los internos oscila entre un mínimo de 48kg y un máximo de 100kg con promedio de 62 kg. La estatura mínima es de 1.52m y la máxima de 1.87m, con promedio de 1.66m. La circunferencia de cintura mínima es de 62cm, con un máximo de 103cm, siendo el promedio 77cm. En

cuanto al IMC el mínimo el de 17.88 y máximo 27, como promedio 22.

Con respecto a los resultados del cuestionario del estado general de salud mental de Goldberg-HQ28, con n=25, un 28% (f=7) de los internos participantes padece probable trastorno mental.

En cuanto al cuestionario del Maslach Burnout Inventory con n=25, los resultados son alarmantes (cabe aclarar que para decir que se tiene Burnout se tomaron en cuenta el nivel 1 o alto y el nivel 2 o medio) ya que manifestaron con nivel alto

en Agotamiento Emocional (EE) un 56% y con nivel medio un 40%, que en conjunto suman un 96% de personas agotadas emocionalmente, mientras que para Baja Realización Personal (PA) un 20% obtuvo nivel alto y nivel medio un 28%, que suman un 48% de internos con sentimiento de baja realización personal, mientras que para Despersonalización (D), un 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio que suman un 64% (tabla 1). El total de Dimensiones Quemadas (DQ) tenemos que un 20% obtuvieron 1 dimensión quemada, un 40% 2 dimensiones quemadas y un 36% obtuvo 3 dimensiones quemadas.

Tabla 1. Encuesta directa, agosto 2008.

SINDROME DE BURNOUT	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Baja Realización Personal	
	%	f	%	f	%	f
Nivel Alto	56	14	28	7	20	5
Nivel Medio	40	10	36	9	28	7
Nivel Bajo	4	1	36	9	52	13

Tabla 2. Encuesta directa, agosto 2008.

RELACION DE VARIABLES SIGNIFICATIVAS	Dimensiones Quemadas	Agotamiento Emocional	Baja Realización Personal	Despersonalización	Caso Goldberg
Edad	p=0.02991 OR	-	-	-	-
Promedio de cirugías jornada	p=0.00230	-	-	-	-
Sobrecarga de trabajo	-	p=0.00676	-	-	-
Ambiente Laboral	-	-	p=0.0499	-	-
Sentirse presionado por trabajo	-	-	-	p=0.04483	-
Tiene otro aporte económico	-	-	-	-	p=0.03102

DISCUSIÓN

La población de estudio que nos ocupa obtuvo resultados similares, como por ejemplo, en Colombia se evaluó Burnout en 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos, residente clínicos y residentes quirúrgicos, de los cuales 128 médicos internos y residentes (85.3%) presentaban Síndrome de desgaste profesional entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional (EE) el más afectado tanto en médicos internos como en residentes (Guevara, 2004); y en otras por encima de investigaciones realizadas también a médicos internos y residentes, por ejemplo, en Colombia, con población de estudiantes de Medicina en el último año de la carrera en Internado rotatorio, de ambos sexos y que participaran voluntariamente (n=55), utilizando cuestionario de datos sociodemográficos y el MBI-HSS de 22 preguntas; en resultados, similar al nuestro la media de edad fue 23 años, 50.1% mujeres, 83.6% solteros, el 23.6% tenían hijos, solo que en promedio atendían 10 pacientes (en el nuestro 20), laboraban un promedio de 16 horas diarias, en cuanto al Síndrome de Burnout, la prevalencia fue de 9.1%, por categorías, el 41.8% de los estudiantes presentó un alto grado de agotamiento emocional, el 76.4% de los internos mostró un alto grado de realización personal y un 54.5% tiene una baja despersonalización (Borda, 2007).

Delgado realizó un estudio en nuestro país cuyo objetivo fue determinar la presencia de síndrome de Burnout en una población de 32 residentes que cursan el primer año de residencia, en los resultados se encontró cansancio emocional del 8.3%, despersonalización en el 4.2% y realización personal en el 79.2%, en este mismo grupo de residentes también se investigó la presencia de algunos trastornos psicológicos (presencia de ansiedad y depresión), que nos ocupa también en nuestro estudio, como resultado se presentaron datos de depresión mínima en el 93.8% y leve en el 6.3% de los residentes. La ansiedad se observó con datos mí-

nimos en el 87.5%, leves en un 6.3% y moderados con 6.3%, ante esto, ellos discuten que la detección temprana y de manera cíclica es necesaria para canalizar a aquellos que presenten datos severos de ansiedad y/o depresión con el especialista, logrando evitar complicaciones posteriores en su desarrollo académico, con lo cual concordamos enteramente, así como llevar seguimiento de aquellos casos con más afección.

CONCLUSIONES

Ante los resultados obtenidos, nos damos cuenta que los médicos internos se encuentran con un alto grado de Burnout y aunado a que un 28% padezca de probable trastorno mental, se convierte en foco rojo para elaborar programas de prevención y tratamiento a estas patologías. Existen aspectos propios del individuo que contribuyen a la formación el Burnout, al respecto la Doctora Godoy (2002), nos dice: existen expectativas propias de los médicos, las que aumentan el riesgo del Burnout, como: deseos de superación; ser fuerte, no mostrar sentimientos; saberlo todo; no equivocarse; complacerlos a todos (casa, trabajo, placeres); tener mucho dinero. Además los médicos tenemos características que nos hacen proclives a este síndrome y que son: perfeccionismo; necesidad de controlar; exagerado sentido de la responsabilidad; dificultad para pedir ayuda; excesiva e irreal sensación de culpa; negación de sentimientos; dificultad para tomar vacaciones y tiempo para divertirse. Por otro lado, se encuentran aquellos aspectos del contexto laboral que igual contribuyen al desarrollo de dicho síndrome.

Es importante preparar con los conocimientos necesarios al futuro médico a fin de que una vez en el ejercicio pleno de su profesión pueda hacer uso de herramientas que le permitan prevenir o combatir las enfermedades propias de los profesionistas de la salud, que son vulnerables al estrés, ansiedad, depresión y enfermedades psicosomáticas ●

BIBLIOGRAFÍA

- Arenas M. L., Hernández T. I., Valdez S. R., Bonilla F. P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Revista Salud Pública de México*. 2004; 46(4): 326-332.
- Bianchini M. M. el Síndrome del Burnout en profesional de la salud. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*. 1997; 2(1):13-14.
- Borda P. M., Navarro L. E., Aun A. E., Berdejo P. H. síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. Barranquilla, Colombia. 2007; 23 (1): 43-51.
- Castaño I., García M., Leguizamón L., Novoa M., Moreno I. asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interne, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el cuidado de los pacientes. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*. 2006; 5(3): 549-561.
- Delgado C. M., Salazar J. C. M., López M. J. Estudio preliminar sobre la presencia de Burnout en médicos residentes. Estudio preliminar sobre la presencia de algunos trastornos psicológicos en los médicos residentes de primer año. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ISSSTE. *Trabajos libres*: 67-68.
- Díaz A. H. R., Véliz S. M. I., Fernández O. R. Autoevaluación del estado de salud en estudiantes de tercer año de Medicina. *Revista electrónica de Biomedicina. Rev Electron Biomed / Electron J Biomed* 2008;2(en prensa). <http://biomed.uninet.edu/2008/n2/diaz.html>
- García V. C. R. Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg, adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999; 15(1):88-97.
- Gil-Monte P. R., García J. A., Núñez E. Validez factorial del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). *Revista Psiquiatría.com, Interpsiquis*, 2006.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España. 1997. Editorial Síntesis.
- Godoy R. M. A. Síndrome de Burnout. *Revista Chilena de Pediatría*. Santiago de Chile; 2002. 73(3).
- González G. E. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en los médicos internos residentes de un Hospital General. Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. España, 2006.
http://www.kriptia.com/ciencias_medicas/ciencias_clinicas/psicologia_clinica/1
- González M., Ibáñez I. E. Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales. España, 2001; *Psiquiatría.com*. 5(1).
- Guevara C. A., Henao D. P., Herrera J. A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Revista Colombia Médica*, 2004. Vol. 34, No. 4:173-178.
- Hernández V. C., Dickinson M. E., Fernández M. A. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 2008;51(1):11-14.
- Jiménez de la J. J. P. Estrategias de los médicos para hacer frente a la crisis de la profesión. *Revista Médica de Chile*. 2005; 133: 707-712.
- Masachs F. E., Arteman J. A. *La salud del MIR. Guía per a tutors i professionals dels centres sanitaris docents*. Fundació Galatea. Barcelona, 2007:9-41.
- Thomas E. N. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 2006. No. 153:18-21.
- Trallero C. F. Tratamiento del estrés docente y prevención del Burnout con musicoterapia autorrealizadora. *Revista Psiquiatría.com, Interpsiquis*, 2006.

La mujer en las áreas laborales y en la investigación

Dra. Carolina Aranda Beltrán
Investigadora del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional
Universidad de Guadalajara

RESUMEN

“Ser mujer supone disponer de una serie de cualidades y aspectos positivos, así como hallar una serie de barreras macrosociales y psicosociales diversas” Poal (1993).

El objetivo de estas letras que a continuación se disponen, son el de dar a conocer el panorama en un lapso no tan amplio pero significativos, de la participación de la mujer en las áreas laborales y en la investigación.

Como se menciona, el recorrido a través de los años es breve, sin embargo es tan vasto que permite concluir que las perspectivas de las mujeres en esta materia, serán muy difíciles de lograr si persiste el juicio tradicional que su principal tarea está dentro del hogar, cuidando a los hijos, no fuera de ella y que, si acaso trabaja recibiendo alguna remuneración salarial, éste será sólo de “ayuda” y “temporal”, por lo que no viene al caso que estudie o trate de destacarse. Las oportunidades de superación sean educativas o laborales deberían ser equitativas para ambos sexos, con iguales retribuciones.

Palabras clave: mujer, inserción laboral y educativa.

ABSTRACT

“Being a woman supposes to have a set of qualities and strengths; also, to find diverse psychosocial and macrosocial barriers” Poal (1993). The aim of these words available below, are to publicize the picture in a span not so wide but significant about the participation of women in the labor areas and research.

As mentioned, the journey through the years is brief. However, it is so vast, that it can be concluded that the prospects of women in this field will be very difficult to achieve if there is still a traditional view that women are responsible for tasks within the household, caring for children, not outside home; additionally, if women work to receive some salary compensation, it will be only for “help” and “temporary”. For these reasons, studying or trying to stand out is irrelevant. The labour and educational overcoming opportunities should be equitable for both genders with equal pay.

Keywords: woman, labour and educational inclusion.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la humanidad, la mujer fue considerada como símbolo de fertilidad por diferentes culturas, y sublimada como una diosa. En México, aún se sigue educando a la mujer para ser madre, percibiéndose por lo general como un elemento social ineficaz. Su educación restringida, cualquiera que sea el motivo, la exilia a posiciones poco calificadas, a trabajos con menor remuneración y, si logra superarse y llegar a puestos importantes, su ingreso salarial aunque no en todos los casos, es menor que la de del hombre (Aranda, 1994).

Como antecedentes de la mujer en el área laboral en nuestro país, se reconoció que anterior a los años cuarenta, el número de mujeres insertas en la industria de la transformación ocupaba una frecuencia menor de participación (Cooper et al, 1989), sin embargo grandes cambios se obser-

varon durante los años setentas y principios de los ochentas: la participación de las mujeres aumentó en más del 50%, sobre todo en las mujeres entre los 25 y 44 años de edad, ya sea casadas o con pareja y con hijos. Entre menor sea el número de hijos la participación se incrementa, de igual manera si el hijo rebasa los cinco años de edad. Con ello no se quiere decir que las mujeres con hijos pequeños y numerosa paridad no trabaje, sí lo hace, sólo que en actividades laborales diferentes y muy probablemente su ingreso salarial sea mínimo o ni lo reciba.

Ya para la década de los ochentas la población económicamente activa continuó aumentando pero en condiciones económicas diferentes. Muchas industrias cerraron sus puertas y además los avances tecnológicos y la reestructuración de muchas otras, obligaron al desempleo o al estancamiento de los mismos, o simplemente los trabajadores pasaron de un puesto a otro pero con menores ingresos económicos y con mayor inestabilidad; un gran porcentaje de la población inició sus laborales por cuenta propia en condiciones sumamente distintas, con menores oportunidades de superación, de cultura y hasta de salud.

En los noventas, 32% de la población trabajadora estaba representada por las mujeres contra un 68% de los hombres (Encuesta Nacional de Empleo / ENE, 1991), que en porcentajes significaba el 19% y el 11.5% respectivamente en cuanto al incremento de participación laboral. El 18.2% de la mujeres trabajaban en el sector secundario y un 11% lo hacía en el primario. Sin embargo el desempleo aumentaba, a tres veces más para los hombres y dos para las mujeres.

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007) entre los años de 1998 y 2006, se presentaron cambios importantes con respecto a la inserción de la mujer en las áreas laborales, sin embargo, las estadísticas siguen demostrando que continúan los hombres ocupando la mayoría de los puestos laborales (aun-

que se también se refleja un aumento de participación de los hombres en las tareas domésticas).

Por mencionar cifras, en los años setentas, la tasa de inserción de la mujer fue del 17.6%, pasando al 40.7% para el año 2006, lo que representa un aumento de 23 mujeres más de cada 100, colocándose principalmente en las áreas de servicios y de comercio, no así para las agropecuarias y las industriales, mostrando con ello el mismo esquema de participación entre las ocupaciones típicamente masculinas y femeninas. De igual manera y para estos mismo años, el salario que recibe la mujer sigue siendo menor que el del hombre.

En cuanto al tema de la educación, para 1995, 34 mujeres y 29 hombres de cada 100 no habían terminado la primaria. El 36.6% de las mujeres y 23.8% de los hombres tenían estudios superiores a la misma pero sin haber terminado la secundaria. Para 1999, el 20% de la población económicamente activa eran mujeres y sólo el 30% de ellas alcanzaba el nivel superior de educación. De 1980 al 2001, se reportó un incremento en la tasa anual del 8.7% desde el nivel técnico superior universitario hasta el posgrado. En 30 años se triplicó la inserción de mujeres en la educación superior. La media proporcional de la mujer en la ciencia en varios países y continentes no sobrepasa el 30 por ciento.

INEGI (2007) reporta que al 2005 los porcentajes para la población de más de quince años de edad con educación básica incompleta (menor a un grado aprobado en primaria, estudios técnicos o comerciales con antecedente de primaria y/o uno o dos grados de secundaria) es similar para ambos sexos, con cifras porcentuales de un 36.7 para las mujeres y un 35.8 en los hombres. Desafortunadamente este patrón no se comporta igual cuando se alcanzan niveles de estudio de secundaria (los tres grados aprobados, la balanza se inclina a favor de los hombres 21.9% y en contra de las mujeres 20.4%) y niveles terminados de bachillerato (16.2% para los hombres y 13.5% para las mujeres). Sin

embargo, se observan cifras no tan diferentes de 14.6% en hombres y de 12.2% para las mujeres, cuando se trata de estudios superiores.

En la actualidad, cada vez ingresan más mujeres a las diferentes áreas del conocimiento; los porcentajes mayores se observan en letras, humanidades y ciencias sociales. Las mujeres mexicanas han logrado avanzar tanto en materia de equidad como en educación. La titulación en estos niveles educativos aumenta la perspectivas de promoción social y, a pesar de la situación económica, las posibilidades de encontrar un empleo son diez veces mayor que en aquellas mujeres que no poseen un título, sin embargo aun sigue siendo limitada la participación activa de la mujer en el desarrollo educativo. Se supone que a un año de titularse las mujeres que logran insertarse en el área laboral ganan el 80% de lo que ganan los hombres y a diez años la diferencia es del 69%, es decir que el tiempo es un factor importante en el éxito profesional. Las primeras etapas de la carrera son decisivas, pues intervienen diversas razones para lograr el éxito.

Por un lado, la diferencia estriba en las decisiones propias de la mujer, pues es en ésta fase en que ellas están expuestas a lo que llamamos “la triple jornada”, muchas de ellas son esposas, madres y trabajan y, por otro lado se hacen presentes las decisiones que toman por cuenta propia los altos mandos al asumir que la mujer, si aún no lo es, llegará a ser madre, lo que hace más probable que abandone su puesto por lo que no tiene caso ubicarla en un “buen puesto” ni a un “buen sueldo”. Sin embargo cuando la mujer se decide por la superación pasado algún buen tiempo, las oportunidades se vuelven negativas, logrando en el caso de algunas mujeres y en el transcurso de los años una igualdad con los hombres. Afortunadamente también se dan casos en el que las mujeres adquieren inmediatamente su logro profesional y las diferencias con los hombres no se hacen visibles.

Por otro lado en México existe un programa denominado “Sistema Nacional de Investigadores - SNI”, el cual fue creado desde 1984 con la finalidad de reconocer la labor de las personas dedicadas a producir conocimiento científico y tecnológico. Su objetivo entonces es el de promover y fortalecer, mediante la evaluación, la calidad de la investigación científica y tecnológica así como la innovación, formando y consolidando investigadores que generan conocimientos científicos y tecnológicos de alto nivel, incrementando la cultura, productividad, competitividad y el bienestar social de todo el país. El reconocimiento concedido consiste en otorgar el nombramiento de investigador nacional acompañado de un estímulo económico según el nivel asignado.

Desde 1998 el nivel de estudios para el ingreso a este sistema, se enfocaba más hacia aquellos investigadores con el grado de doctorado, en menos proporción con maestría y aún menor con licenciatura y otros niveles.

La incorporación de las mujeres a este sistema es reducido, no por ser mujer, sino por lo que se ha analizado en párrafos anteriores; si en porcentaje es menor el número de mujeres que por situaciones diversas (la triple jornada, las menores oportunidades de colocarse en un puesto exitoso, el tiempo que le deben emplear a la investigación, incluyendo el tiempo para publicar y difundir los resultados de sus proyectos, la dificultad para asistir a congresos máxime si estos son fuera del lugar de residencia, etc.), alcanzan un grado máximo, por lógica serán menores también las mujeres que logren entrar a este estímulo, pese a ello, las tasas de inserción de la mujer en este ámbito van en aumento y, dentro de las áreas que evalúa el sistema, es en la de ciencias sociales y la de humanidades, donde se registra un mayor ingreso en lo que respecta a las mujeres, en proporción a otras áreas.

CONCLUSIÓN

En general, se continua observando que pese a que los hombres se insertan cada vez con mayor frecuencia en las tareas domésticas, las mujeres no logran insertarse con la misma proporción que los hombres en las áreas laborales y que en México, una circunstancia que hace distinta la oportunidad de estudiar es el tamaño del lugar donde se vive, es decir, mientras en las ciudades 18 de cada cien mujeres alcanzan un nivel superior, en las áreas rurales dos de cada cien aprueban al menos algún grado de este nivel.

A manera de conclusión, la presencia de las mujeres en los diferentes campos de la vida (económico, social, político, etc.) es cada vez mayor y trascendente, sin embargo sigue siendo insuficiente en lo que se refiere a su inmersión en la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

El Sistema Educativo Nacional en México, permite desarrollarnos individual, familiar y socialmente, determinando en gran medida el acceso al mercado laboral. El nivel de educación establece la definición y mantenimiento de funciones por sexo, apoya y refuerza las restricciones al desarrollo femenino, mediante la reproducción de patrones de relación y de poder desigual entre hombres y mujeres, así como la discriminación a las que se ha enfrentado la mujer.

Padilla en el 2000, argumenta que se le continúa asignando a la mujer el rol de ama de casa

y cuidadora de los hijos, mientras que a los hombres el del rol social y de independencia. Por su parte, la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LOGSE) en España, señala en su objetivo principal que la educación debe “proporcionar tanto a los hombres como a las mujeres formación plena, su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integra a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma”.

La Educación en los niveles Superiores incrementa la inteligencia individual y colectiva de la nación, refuerza el capital humano y social, enriquece la cultura, genera competitividad, entre otras cosas.

Mucho se ha adquirido con este sistema educativo, que si bien lo comparamos con el de países desarrollados, se requeriría entonces de un sistema de educación superior con mayor cobertura y mejor calidad, que satisfaga el desarrollo tanto científico, tecnológico, económico, cultural e individual y que brinde la equidad e igualdad de oportunidades a las que todavía en este siglo están sujetas las mujeres.

Los avances de la mujer en esta materia no se lograrán si se continúa pensando y, sobre todo, creyendo que la principal responsabilidad de las mujeres es el cuidado de los hijos, que el trabajo remunerado que realiza es sólo de “ayuda” y “temporal”, que no tiene para que estudiar ni superarse, porque, como mujer, su trabajo está dentro del hogar y no en la calle ●

BIBLIOGRAFÍA

- Poal MG. Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer-mundo laboral. Edit Siglo XXI. Madrid, 1993.
- Aranda BC. 1994. La mujer dentro del sistema de producción en la sociedad mexicana. Gaceta de Salud Pública 1994;1:10-12.

- Cooper J, Barbieri T, Rendón T, Suárez E, Tuñon E. Fuerza de trabajo femenina urbana en México. Edit Porrúa. México, 1989.
- Encuesta Nacional de Empleo. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>. Último acceso 02 de octubre de 2009.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Mujeres y Hombres. Décimo Primera Edición. INEGI. México, 2007.
- Sistema Nacional de Investigadores. Disponible en http://www.conacyt.mx/SNI/Index_SNI.html
- Último acceso 02 de octubre de 2009.

Indicadores de salud mental y Síndrome de Burnout en internos rotatorios en SSN en Tepic, Nayarit.

J. Horacio Barraza Salas¹, J. Justo Romero Paredes¹, Luis Flores Padilla², Juana Trejo Franco³, Gerardo López Aviles³, Manuel Pando Moreno⁴, Luis Roberto Enciso Suarez⁴.

¹Cuerpo Académico de Salud Pública, UAN

²UIESS, IMSS de Ciudad Juárez Chihuahua, y Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

³Instituto de investigación en salud ocupacional U. de G

⁴Medico interno del Hospital General SSN.

RESUMEN

Introducción: El profesionista de la salud labora a la par de diversos factores que le afectan y que a la larga deterioran su salud física y mental, entre éstos se encuentran los propios de individuos, los de su lugar de trabajo, organizativos, todo esto contribuye a la aparición del Burnout, que es uno de los riesgos psicosociales con mayor incidencia.

Objetivos: Identificar los indicadores de salud mental y el Síndrome de Burnout en estudiantes de Medicina en Internado rotatorio en una Institución de salud en Tepic, Nayarit.

Material y métodos: Población 17 internos de Medicina que rotan en el hospital general de los servicios de salud de Tepic, Nayarit. El tipo de estudio: Observacional, descriptivo y transversal. Para la evaluación del estado de salud mental utilizamos el Goldberg-GHQ28 y la escala de Maslach Burnout Inventory que evalúa agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. La información se procesó en el programa Epi Info versión 6.04.

Resultados: En cuanto al cuestionario de Salud General de Goldberg, los resultados permiten observar un 94.1% de la población estudiada presenta algunos indicadores negativos de salud mental, A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Con respecto a burnout Un 58.8% obtuvieron 2 dimensiones quemadas y un 29.4% 3 dimensiones.

Palabras claves: Burnout. Internos. Indicadores Salud mental.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud mental del personal de la salud es un aspecto de gran peso dada su importancia en el desempeño profesional, la evaluación del mismo permitirá detectar oportunamente alteraciones mentales y de esta manera tratarlas a tiempo. Las enfermedades mentales van en incremento, según el Estudio Mundial de Carga de Enfermedades de la OMS se ha estimado que los desórdenes mentales y de adicción se encuentran entre los más severos en el mundo, y para el año 2020, la depresión mayor va a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo (WHO, 2001).

El profesionista de la salud labora a la par de diversos factores que le afectan en menor o mayor grado y que a la larga deterioran su salud física y mental, entre éstos se encuentran los propios de individuos (su personalidad, estilo de afrontamiento, tipo de apoyo social, etc.), los de su lugar de trabajo (burocratización, el tiempo, relaciones con sus compañeros y jefes, realizar su labor con pacientes difíciles o exigentes, trabajar en situaciones muy estresantes de vida-muerte, carencias de equipo y material necesarios para desempeñar su tarea, falta de espacios físicos adecuados, etc.) todo esto contribuye a la aparición del Burnout, que es uno de los riesgos psicosociales con mayor incidencia.

El Burnout es conceptualizado como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización cuando fallan las estrategias de afrontamiento del estrés. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, afectivo y físico, así como la aparición de conductas y actitudes negativas hacia los clientes y hacia la organización (cinismo, despersonalización o indolencia), (Gil-Monte, 2006).

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza (Ortega, 2004), por lo que los médicos son sujetos vulnerables a este tipo de fenómenos

El propósito de la investigación fue relacionar el estado de salud mental y presencia del Síndrome de Burnout en médicos de pregrado durante su Internado rotatorio en una Institución Pública de la Secretaría de Salud en Tepic, Nayarit.

MATERIAL Y METODOS

Participaron 17 médicos de pregrado egresados de la Universidad Autónoma de Nayarit, que realizaron su internado rotatorio en el hospital general de la Secretaría de Salud en Tepic, Nayarit. Estudio: Observacional, descriptivo y transversal. Se utilizaron instrumentos validados para medir el estado de salud; se utilizó el cuestionario de Goldberg-GHQ28 que contiene 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). En el caso del Síndrome de Burnout, se utilizó la escala de Maslach Burnout Inventory que evalúa tres subescalas; agotamiento emocional, despersonalización

y baja realización personal en el trabajo. Además se utilizaron variables de tipo sociodemográficas y para el análisis de la información se realizó en el programa Epi Info versión 2005.

RESULTADOS

Los médicos de pregrado participantes fueron mujeres en un 76.5% (13 internas), con edades de 21-24 años con un promedio de 22 años, el 100% son solteros, solo 1 persona tiene hijos y solo un interno se considera jefe de familia. El 50% cuentan con ingresos económicos para su manutención y un 93.8% (15 personas) tienen otro aporte económico, siendo el principal aportador el padre (72.7%, f=8) y con un 9.1% (1 persona) respectivamente: mamá, ambos padres y hermana.

Solo un interno trabaja en otro lugar, el ingreso mensual va de los 425 a los 4000 pesos. Respecto a los turnos, en el matutino un 50% labora 14 hrs diarias, 33.3% labora 16 hrs., en el turno vespertino un 50% labora 20 hrs. Diarias, un 25% 18 hrs. y el resto solo 5. En el turno nocturno un 66.7% 20hrs y el resto 16 hrs. las horas de guardia van de 17 a 32 hrs corridas., un 66.7% refieren que laboran hasta 36 hrs. corridas sin descanso por guardia, 16.4% laboran las 24 hrs.

El promedio de pacientes por jornada reportado es de 10-50 personas, un 53.3% (8 internos) ven 30 pacientes por jornada, mientras que un 13.3% (2 internos) ven 10 y 50 pacientes por jornada respectivamente. En quirófano el promedio de cirugías a las que asiste va de 2 a 4 con 64.3% (9 internos), el resto más de 4 por jornada; en el servicio de tóco cirugía el 100% más de 4 por jornada, cabe mencionar que algunos hasta 20 partos por jornada. El 100% consideran tener una sobrecarga de trabajo. Respecto al material y equipos necesarios para realizar satisfactoriamente su trabajo un 76.5% no cuenta con estos. En cuanto a la libertad para llevar a cabo el trabajo como mejor lo consideren dicen no la hay el 68.8%.

El 100% no están de acuerdo en la manera como se les evalúa. Consideran el ambiente del área donde trabajan como regular en un 68.8%. Se sienten presionados por el trabajo y ha tenido que realizar un procedimiento contra sus principios el 68.8%. Se han incapacitado en un 68.8% y 88.9% lo ha hecho 1 ocasión y los días que se han incapacitado son de 1 a 10 días, 33.3% 2 días y le siguen 1 y 4 días con un 22.2%.

Solamente 1 interno tiene una enfermedad crónica degenerativa. Y en el Índice de Masa Corporal el promedio fue de 20.60 - 25.40.

En cuanto al cuestionario de Salud General de Goldberg, los resultados alarman con un 94.1% consideraron tiene un algún tipo trastorno mental.

Con respecto a la escala MBI, el 64.7% reportan Agotamiento Emocional Alto y un 29.4% nivel medio, lo que nos da un 94.1% de agotamiento emocional (EE). En cuanto a Baja Realización Personal (PA), un 47.1% tienen nivel alto y medio un 23.5%, en conjunto fue el 70.6% una Baja realización Personal. Despersonalización, el 17.6% tuvieron un nivel alto y 23.5% nivel medio, dando en total un 47.1% de internos con despersonalización. Un 58.8% (10 internos) obtuvieron 2 dimensiones quemadas y un 29.4% (5 internos) 3 dimensiones, obtuvieron 0 y solo 1 dimensiones quemadas un 5.9% (1 interno) respectivamente.

DISCUSIÓN

En Argentina se evaluó el estado de salud mental en una población de médicos y enfermeras del servicio hospitalario de urgencias, utilizando el cuestionario de salud general de Goldberg con una muestra de 15 médicos y 14 enfermeros de un servicio de emergencia, 16.6% arrojaron datos de indicadores negativos de salud mental, aun cuando ellos hicieron su estudio en ambos sexos, el 100% de las afectadas son mujeres, (Núñez, 2006). De acuerdo a su discusión coincide con otros estudios

donde el índice más alto en indicadores negativos de salud mental es en mujeres, mas en este aspecto no coincide con nuestro estudio, ya que el número de casos no hay diferenciación con el ser hombre o mujer y en cuanto al porcentaje obtenido, estamos muy por encima con un 94.1% de si casos.

Fueron estudiados 49 estudiantes de tercer año de Medicina en Santa Clara, Cuba, con edad promedio de 22 años, como nuestra población, 55% pertenecían al sexo femenino y la gran mayoría solteros El 34.6% de la muestra calificaron con un puntaje que los ubica como portadores de trastornos físicos o psicológicos en alguna de las esferas evaluadas por el cuestionario; 32,6% fueron autovalorados como que presentaron dificultades en las funciones intelectuales y psicológicas; 14,2% de los alumnos aquejaron trastornos en las esferas que estima la autopercepción del individuo con problemas en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida o que presentaron problemas con enfrentamientos a las dificultades y solamente 8.1% manifestaron alteraciones del bienestar general. Por último, 12.2% de los alumnos fueron autoevaluados como que exhibieron un nivel de severidad grave (Díaz, 2008); nuevamente estamos muy por encima de estos resultados.

Agut realizó una investigación en 471 sujetos estudiantes de la Universitat Jaume I de Castellón (314) y trabajadores (167). En los resultados, el nivel de burnout en la muestra global es medio-bajo en sus tres dimensiones, lo cual contrasta con nuestros resultados, en los cuales tanto agotamiento emocional y baja realización personal superan el 60%, excepto despersonalización con cerca de 40%. Agut obtuvo que las mujeres presentan mayor agotamiento emocional que los hombres. Las estudiantes de primer curso presentan mayor agotamiento emocional y las de tercer curso un mayor nivel de cinismo.

En Colombia se estudió el Burnout en 150 médicos (63 internos y 87 residentes) del Hospital

Universitario del Valle, Cali, Colombia. (N=240). Los resultados indican lo siguiente: 76% presentaron desgaste emocional entre moderado y severo, 60% despersonalización y 50% alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residente clínicos o quirúrgicos, no mostró asociación significativa entre el síndrome de burnout y las variables sociodemográficas (Guevara, 2004). Los resultados son parecidos a los de nuestra población en cuanto a los niveles de las dimensiones del Burnout e igualmente no obtuvimos asociación significativa con alguna variables sociodemográfica ni con el cuestionario de salud general de Goldberg.

En España se analizó la prevalencia del Burnout en 244 médicos y pediatras con labor asistencial, así como la prevalencia de psicopatología entre facultativos de atención primaria y determinar su relación con aspectos sociodemográficos. En los resultados se presentaron niveles elevados: en al menos una de las 3 dimensiones un 69.2% de los encuestados, en dos dimensiones un 33.8% y en las tres escalas simultáneamente un 12.3%. La proporción de "posibles casos psiquiátricos" fue de 36.7%.

Como vemos estos resultados no son superados por los de nuestra población y en cuanto al análisis bivariable, ellos si encontraron asociaciones: se observó un aumento estadísticamente significativo de los niveles de psicopatología en aquellos profesionales con desgaste profesional entre los que el porcentaje de afectados aumentaba al 50%, observándose mayor psicopatología ($p < 0.001$) a mayor número de dimensiones de Burnout afectadas (Molina, 2003).

CONCLUSIONES

Resultan realmente preocupantes los altos índices de cada una de las dimensiones que conforman al Burnout y al estado de salud mental de los internos, esto nos habla que hay una gran labor a ejercer en cuanto a salud mental con los profesionales de la salud, la calidad de la atención que ellos proporcionan depende mucho de condiciones biopsicosociales del individuo y habrá que hacer una gran labor de prevención y atención a la salud mental ●

BIBLIOGRAFÍA

- Agut S., Grau R. y Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. Simposio "Aspectos psicosociales del estrés ocupacional". <http://www.salves.com.br/virtual/Burnout.es.mui.htm>
- Díaz A. H. R., Véliz S. M. I., Fernández O. R. Autoevaluación del estado de salud en estudiantes de tercer año de Medicina. Revista electrónica de Biomedicina. Revista Electrónica Biomédica. Electron J Biomed , Cuba, 2008;2(en prensa).
- <http://biomed.uninet.edu/2008/n2/diaz.html>
- Gil-Monte P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): desarrollo y estrategias de intervención. Congrés Penitenciari Internacional, Barcelona, 2006.
- González G. E. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en los médicos internos residentes de un Hospital General. Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. España, 2006.
- http://www.kriptia.com/ciencias_medicas/ciencias_clinicas/psicologia_clinica/1
- Guevara C. A., Henao D. P., Herrera J. A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Revista Colombia Médica, 2004. Vol. 34, No. 4:173-178.
- Guía sobre el síndrome del quemado (Burnout). Observatorio permanente riesgos psicosociales UGT. Madrid, 2006.
- Molina S. A., García P. M. A., Alonso G. M., Cermeño C. P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Revista Atención Primaria. España, 2003;31(9):564-574.
- World Health Organization. The World Health Report 2001. Geneva, 2001.

Impacto sanitario de la influenza en Nayarit

*Arellano Acosta Lara Janeth, Bañuelos Bueno Yadira Elizabeth, González Cabrales Tania,
Melina Marisol Abrego Rodríguez, Luz Esthela Puga Núñez*

Colaboración de los alumnos de la Unidad Académica de Medicina UAN

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La influenza o gripe fue reconocida hace varios siglos como una enfermedad respiratoria aguda, extraordinariamente contagiosa. A pesar de que a menudo es una enfermedad benigna, la alta morbilidad que origina y el impacto que produce sobre huéspedes debilitados tiene como resultado la muerte de miles de personas cada año.

El agente causal fue aislado por primera vez en 1933, a partir de secreciones respiratorias de casos humanos y fue denominado virus influenza tipo A. Desde entonces es quizá el virus humano mejor estudiado. Su estructura ha sido bien caracterizada y su genoma secuenciado; el desarrollo de vacunas y antivirales, sin embargo, no han podido resolver el problema sanitario de la gripe. Tres grandes pandemias de Influenza han aparecido durante el siglo XX. La primera fue la llamada "gripe española", que causó más de 20 millones de muertes en el mundo, donde los adultos (de 20 a 50 años) fueron afectados muy seriamente. Las pandemias de 1957 y 1968 afectaron a todos los grupos etáreos, con la mayor mortalidad en la población mayor de 65 años y en personas con condiciones comórbidas asociadas.

La pandemia de 1977 tuvo características diferentes a las anteriores. Por razones no bien definidas reapareció una forma del virus H1N1 visto por última vez durante epidemias cursadas en la década del 50. Aquellos que habían nacido antes de 1957, en la era de circulación de los virus del tipo A (H1N1)

estaban protegidos contra la infección o la enfermedad severa por el virus H1N1 que reapareció en 1977/78, por lo cual los adultos fueron en general mínimamente afectados mientras que los brotes de enfermedad típica de influenza con altas tasas de ataque ocurrieron en niños de edad escolar y jóvenes. Es importante conocer las características de este virus para poder entender el cómo y porqué suceden las pandemias y epidemias.

La gripe aviar es causada por un subtipo del virus A (H5N1) primariamente aislado en África del sur en 1961, que circula entre aves en todo el mundo. Este virus no infecta típicamente a humanos; sin embargo, en 1997 se demostró por primera vez un caso de transmisión ave-humano (H5N1) en Hong Kong. Esta cepa se aisló en 18 personas con una infección respiratoria aguda y severa, de las cuales 6 fallecieron. Desde 1997 se han reportado varios brotes de gripe aviar en Asia. En 2003 se comunicaron casos de gripe aviar (H7N7) en los Países Bajos con más de 80 casos, predominando infecciones respiratorias leves a moderadas e infecciones oculares, con baja mortalidad (1 caso). Entre el 15 y el 17 de abril de 2009 se reportaron casos atípicos de infección por virus influenza A en México y el sur de California. Para la tercera semana de abril estaba establecido que la enfermedad era producida por una cepa recombinante de virus influenza A con secuencias genómicas provenientes de virus porcino, humano y aviar (H1N1 virus S-OIV).

Estado actual mundial

Se cree que el nuevo virus de la influenza A (H1N1) se transmite de la misma manera que el virus de la influenza común de temporada, principalmente a través de la tos y los estornudos de personas que tienen el virus, pero también puede contagiarse al tocar objetos infectados y luego tocarse la nariz o la boca. Se informó que la infección por el nuevo virus H1N1 provoca una gran variedad de síntomas similares a los de la gripe incluyendo fiebre, tos, dolor de garganta, dolores corporales, dolores de cabeza, escalofríos y fatiga. Asimismo, algunas personas también han presentado síntomas como náuseas, vómitos y diarrea.

El primer caso de un paciente infectado por el nuevo virus de la gripe H1N1 en EE.UU fue confirmado por las pruebas de laboratorio realizadas en los CDC el 15 de abril de 2009. El segundo caso fue confirmado el 17 de abril de 2009. Rápidamente se determinó que el virus se estaba diseminando de persona a persona. El 22 de abril, los CDC abrieron las puertas del Centro de Operaciones de Emergencia para coordinar una mejor respuesta de salud pública. El 26 de abril de 2009 el Gobierno de EE.UU declaró una emergencia de salud pública y ha estado implementando de manera intensa y activa el plan nacional de respuesta a la pandemia.

Al 19 de junio de 2009, los 50 estados de los EE.UU, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU. habían informado casos de personas infectadas por el virus de la nueva influenza H1N1. A pesar de que los sistemas estadounidenses de vigilancia de la influenza indican que la actividad general de la enfermedad está disminuyendo a nivel nacional durante el verano, en ciertas partes del país se siguen informando brotes de la nueva influenza H1N1 y en algunos casos se presentan con una actividad intensa.

Estado actual en Nayarit

El 1 de mayo del 2009 de seis casos de influenza tipo A reportados en el estado, se informó que el número se incrementó a 13 que, sumados a seis de influenza tipo B, dan un total de 19. El funcionario indicó que 10 casos se encuentran en el municipio de Tepic, siete en Ixtlán del Río, uno en San Blas y otro en Bahía de Banderas. De los 19 infectados, ocho son niños menores de 10 años, nueve corresponden a personas de entre 20 y 40 años, y dos de 50 a 90 años de edad.

Durante una conferencia de prensa, se indicó que se ha incrementado en un 400 por ciento el número de brigadistas que recorren los barrios donde viven las personas que presentan los cuadros de influenza, en busca de más sospechosos. Se agregó que en el estado ya se cuenta con pruebas rápidas que en escasos 30 minutos arrojan resultados sobre casos de probables portadores del virus. Se recordó también el número 01-800-7147271 para que cualquier persona reciba información sobre la enfermedad. Se pidió a la población en general mantenerse el mayor tiempo en sus casas y sólo salir si es estrictamente necesario. En el hospital se ha incrementaron hasta en un 50 por ciento la demanda de pacientes en los hospitales.

En el llamado rebrote de la epidemia de influenza humana AH1N1, para marzo de 2010 se esperan más de 3300 casos y de 25 a 35 muertes por este mal, informó el secretario de Salud de Nayarit, Omar Reynoso Gallegos, quien además reconoció que tan sólo el 10% de la población estatal logrará ser vacunado contra el virus, dando prioridad a niños, ancianos, pacientes con enfermedades crónico degenerativas y personal de Salud. Tal Información, de suma importancia, no fue boletinada a los medios de comunicación quizá por no convenir a la estrategia publicitaria del gobierno estatal. Hasta el momento, hay 621 casos confirmados en todo el estado, de los cuales 435 se registraron en el municipio de Tepic, 26 en San Blas, 25 en Jala, 25 en Ixtlán y 23 en Xalisco. Dos pacientes son los que no lograron sobrevivir.

OBJETIVO DE LA PRÁCTICA

Dar a conocer a los habitantes de la comunidad de Villas de la Cantera la información necesaria acerca del virus de la influenza H1N1, sus características sintomáticas, su forma de propagación, los manejos adecuados, su impacto a nivel mundial, su importancia en nuestro estado.

Todo esto con el fin de poder proporcionar datos precisos y al nivel de los habitantes de la comunidad para poder favorecer el entendimiento total del tema.

Se espera que ya proporcionada la información necesaria y las medidas de cuidado sanitario, podamos disminuir en cierto grado la prevalencia de esta enfermedad en nuestro estado y de esta manera contribuir a la eliminación total mundial de la misma.

METODOLOGÍA

La práctica de comunidad de la unidad de aprendizaje de otorrinolaringología se llevo a cabo en la escuela primaria de la comunidad de Villas de la Cantera, para lo cual se llevo primeramente un oficio al director de ese plantel educativo informando el propósito de la práctica y pidiendo su autorización para llevarla a cabo el día 4 de noviembre de 2009. Posteriormente se preparó el material para realizar la exposición, como fueron, con lo que se les dio a conocer información general y preventiva acerca de la epidemia de influenza A H1N1.

Las prácticas se realizaron en cada salón, con la previa autorización de los maestros y en presencia de los padres de familia, los cuales fueron invitados con anticipación. Posteriormente se les pidió a los niños y padres de familia que expresaran sus dudas y preguntas acerca del tema, los cuales se mostraron muy atentos e interesados en la plática. Finalmente se les agradeció por habernos permitido llevar a cabo la actividad.

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

Considerando la gravedad del problema de la epidemia de influenza H1N1 en la población de la ciudad de Tepic, y tomando en cuenta la importancia que tiene una buena promoción de la salud en la población para la prevención de esta epidemia fue que el grupo de 3^{er} "A" decidió aprovechar la oportunidad de poder hacer una labor por el bienestar de la población e incorporar a su práctica de comunidad de la unidad de aprendizaje de otorrinolaringología, una plática de promoción de la salud en la escuela primaria de la comunidad de Villas de la Cantera. Los puntos que se tocaron en la plática de promoción de la salud fueron los siguientes:

Influenza

La influenza A (H1N1) es una enfermedad aguda de las vías respiratorias. El virus que la provoca se llama virus de influenza A (H1N1). Dicha enfermedad es curable y existen medicamentos para su tratamiento. A pesar de que todos somos susceptibles de contagiarnos, como ya se mencionó anteriormente, el grupo de población que está presentando esta enfermedad son los adultos de 20 a 50 años.

Trasmisión

La enfermedad se trasmite por medio del contacto con personas infectadas, ya sea de manera directa como el saludo de beso o mano o de manera indirecta teniendo contacto con objetos contaminados con el virus por medio de estornudos y gotas de saliva.

Signos y síntomas

- Inicio súbito de los síntomas.
- Fiebre superior a 39°.
- Dolor de cabeza.
- Dolor muscular y de articulaciones.

- Ataque al estado general y decaimiento.
- Tos.
- Escurrimiento nasal.
- Ojos irritados.
- Dolor de garganta.
- Puede presentarse diarrea.
- Dificultad para respirar.
- Dolor de Pecho.
- Flemas con sangre.
- Confusión o somnolencia.

Prevención

Para prevenir esta gripe se han recomendado varias medidas:

- Evitar el contacto directo con las personas enfermas o que tengan fiebre y tos.
- Lavarse las manos con agua tibia y jabón entre 10 y 20 segundos de manera frecuente. Lavarse también entre los dedos, y por último el pulso o la muñeca. Como alternativa, puede usar alcohol en gel o líquido para desinfectar.
- Tratar de no tocarse la boca, nariz y ojos.
- Ventilar los lugares habitados.
- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser con un pañuelo descartable o, si no tuviera, con el pliegue del codo.
- Usar mascarillas o barbijos (recomendable solamente en ambientes públicos o en cercanía a contagiados), recordando que tienen un deter-

minado tiempo de uso.

- Evitar los besos y dar la mano al saludarse. Además, evitar contactos muy cercanos, tales como compartir vasos, cubiertos y otros objetos que hayan podido estar en contacto con saliva o secreciones.

CONCLUSIONES

Consideramos que es de vital importancia que la población en general tenga un buen conocimiento de las principales enfermedades endemias y pandemias que las aquejan, para lo cual se deben de tomar las medidas necesarias y hacer una buena labor de prevención de la salud por medio de campañas y platicas. Podemos concluir que nuestra actividad fue de provecho y causó un gran impacto en la población de Villas de la Cantera debido al gran interés que mostraba la gente en cuando a la información que se les dio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las personas que nos apoyaron en la realización de esta práctica, como lo son el Dr. Gustavo Molina, el Dr. Mario Pérez y a la Dra. Jhoana. También agradecemos a los alumnos de la escuela primaria de Villas de la Cantera, a los maestros y a los padres de familia, que sin su ayuda no hubiera sido posible nuestra labor. Un agradecimiento a los alumnos de 3º "A" que trabajando en equipo llevaron a cabo esta actividad ●

BIBLIOGRAFÍA

- Secretaria de salud, INFORMACIÓN: Influenza A H1N1 (sede web). México: secretaria de salud; 2009 (actualizada el 10 de noviembre de 2009, acceso 10 de noviembre de 2009). Disponible en: [http://influenza.salud.gob.mx/News/Paginas/INFORMACI%C3%93NInfluenzaA\(H1N1\).aspx](http://influenza.salud.gob.mx/News/Paginas/INFORMACI%C3%93NInfluenzaA(H1N1).aspx)
- Wikipedia, Influenza H1N1 (sede web), México: Wikimedia; 2009 (actualizada el 9 de noviembre de 2009, acceso 10 de noviembre de 2009). Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/H1N1>
- - (sede web), World Health Organization; 2009 (actualizada el 21 de mayo de 2009, acceso 8 de noviembre de 2009). Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2009_05_21/en/index.html

Enfermedades básicas neurológicas

Sánchez Jasso Lesly Naylet
Unidad Académica de Medicina UAN.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del sistema nervioso ya sean central, periférico u autónomo son clínicamente importantes, puesto que en el área donde se elabore encontraremos enfermedades a nivel neurológico dependiendo de su localización cerebral. Ahora bien, es importante mencionar que, el sistema nervioso es la estructura más compleja de nuestro organismo y por tanto participa prácticamente en todas las funciones de nuestro cuerpo. Su integridad estructural y funcional es determinante para nuestro diario bienestar. El cerebro y la médula espinal son las estructuras centrales del sistema nervioso.¹

Los nervios y ganglios son los elementos involucrados en llevar y traer información a las estructuras centrales.¹

Todas estas estructuras originan, controlan y supervisan todo lo que sentimos o hacemos, incluyendo el pensar. Por tanto que, al haber un daño a nivel cerebral trae como consecuencias enfermedades neurológicas, tales como enfermedad de alzheimer, enfermedad degenerativa del cerebro sin recuperación alguna, con daño de las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades emocionales, reconocimiento de errores y patrones, coordinación de los movimientos y el reconocimiento de cosas o hechos.²

Epilepsia que no es considerado como una enfermedad sino un síntoma de una alteración neurológica que afecta el cerebro y que se manifiesta en forma de crisis. En definición, cortos circuitos de energía incontrolada en el cerebro³.

Enfermedad de parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, que afecta principalmente estructuras como la sustancia negra y el estriado, suele comprometer también la corteza cerebral, el sistema límbico y el hipotálamo, se asocia a rigidez muscular dificultades para andar, temblor y alteraciones en la coordinación de movimientos.⁴

Estas y otras alteraciones son el punto significativo de este artículo y tiene como objetivo establecer las enfermedades neurológicas esenciales y su posible conocimiento por parte de la sociedad, tal es el caso de la comunidad de jardines del valle, en el cual bajo una práctica comunitaria, nos dimos a la tarea de recabar información para un respectivo trabajo de investigación acerca del nivel de conocimiento de las enfermedades básicas neurológicas.

METODOLOGÍA

Días antes a la práctica comunitaria, se llevo a cabo la organización de quipos de cada unidad de aprendizaje, así asignándonos la unidad de aprendizaje de Neurología. En la fecha previa 16 de octubre del 2009, nos reubicamos en la comunidad Jardines del Valle, en el cual el equipo se dividió en subequipos y a cada uno se les asigno el área para la ejecución de la práctica. Una vez distribuidos los subequipos, se llevo a cabo la recaudación de datos mediante un cuestionario que se aplico casa por casa. Al finalizar, el grupo nuevamente ya en el aula recabamos todos los datos obtenidos para su posterior documentación.

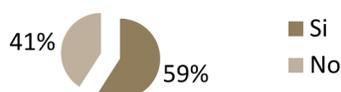
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de la obtención de datos de las encuestas, podemos observar que los resultados

son muy amplios por tanto las representadas gráficamente son varias, sin embargo las más importantes son la epilepsia y la migraña. Como la práctica fue a base de preguntas la primera de ellas es entonces si la sociedad conocía acerca de la enfermedad de Parkinson, los resultados fueron que de 22 personas encuestadas 13 contestaron acertadamente y 9 contestaron negativamente.

Gráfica 1

¿Conoce la enfermedad de Parkinson?

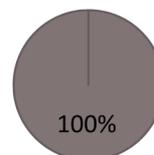


De acuerdo a la pregunta anterior, se pregunto a la persona entrevistada si algún familiar padecía de esta enfermedad y solo 1 persona de las 22 entrevistadas contesto que sí, por lo que posteriormente se le pregunto si el familiar estaba en tratamiento lo cual contesto desconocer si tomaba algún medicamento. De la misma manera se pregunto a la persona entrevistada si conocía acerca de la epilepsia, la información de las encuestas revelo que dentro de las enfermedades neurológicas que más conoce la comunidad de Jardines del Valle son la epilepsia y la migraña. Se hizo lo mismo con las preguntas de autismo, alzheimer, migraña y déficit de atención, que como se dijo anteriormente las principales enfermedades neurológicas en el que la comunidad tenía mas conocimiento es epilepsia y migraña ●

Gráfica 2

¿Conoce la enfermedad de la migraña?

■ Si ■ No



Gráfica 3

¿Conoce la enfermedad de la epilepsia?

■ Si ■ No



Agradecimientos. A la facultad de Medicina, a sus respectivos coordinadores y colaboradores. A nuestros asesores de las prácticas comunitarias. A los alumnos. Y para finalizar, a la comunidad .

BIBLIOGRAFÍA

- Centro de epilepsia y daño cerebral, Autor; Dr. Jesús Machado Salas
 - <http://lesioncerebralapoyo.org/>
- Enfermedad de Alzheimer: clínica, tratamiento y rehabilitación, Rafael Gonzalez Mas, Editor: Elsevier; España 2000
- Clinica especializada en epilepsia y sueño, Autor; Dr. Victor Pella
 - <http://www.epilepsia.com.mx/definicion-epilepsia.html>
- Enfermedad de Parkinson pdf, Autor; MBE Galicia, Guias Clínicas 2006
 - <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Parkinson.pdf>



Análisis de Riesgos de Trabajadores del Transporte Público en Guadalajara, México

Chacón González Jacobo^o
 Gonzáles Valencia Carlos M.^o
 Macías Ochoa Carlos D.^o
 Sanchez Granados Jesús A.^o
 Villaseñor Amezcua Julio C.^o
 Dra. Carolina Aranda^a
^oAlumnos / ^aDocente

Introducción mediante este trabajo se pretende analizar los riesgos laborales a los que se ven expuestos los empleados y usuarios en el sistemas de transporte urbano por los factores como son: el ruido, las vibraciones, tamaño de los espacios, el uso de protecciones adecuadas, la presencia de extinguidores, etc.

así , por medio del análisis de estos medios, pretendemos construir un medio de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas.

donde los empleados puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condicione de salud y seguridad.



Objetivo Evaluar las condiciones de seguridad laboral a los que se ven expuestos los empleados según los grupos de riesgos (incendio y explisones, mecánicos, eléctricos), con esto pretendemos cuantificar y cualificar los riesgos para gestionar a la empresa ideas de mejoras según lo encontremos.

MATERIAL RECURSOS Y MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
El tipo de Método utilizado es Obsarvacional-descriptivo los materiales fueron: Libreta Plumas Cámara Fotográfica Computadora	Lo que nos gustaría encontrar en las instalaciones es protección adecuada a los diferentes tipos de riesgos, como barandales, conchas protectoras, tapones para los oídos, ventilación adecuada, salidas de emergencia libres. Nos apoyaremos de Tablas para vaciar resultados y como método de comparación de datos	se planea sugerir a la administración todas las soluciones a las diferentes deficiencias el ña seguridad laboral que encontremos porque es muy importante estar trabajando en áreas adecuadas, seguras, amplias y con un ambiente agradable, ya que con esto se tiene un mejor desempeño laboral

AGENTES QUÍMICOS EN BASES DE MANTENIMIENTO DEL TRANSPORTE PÚBLICO DE GUADALAJARA, MÉXICO



Dayana Sarahí Gómez Amezcua¹, Rubén Armando Gaona Calderón¹, Gibrán Paúl Gutiérrez Campos¹, Cintia Alejandra Medina Guerrero¹, Dra. Carolina Aranda²

Universidad de Guadalajara

Departamento de Salud Publica. Medicina del trabajo

¹Alumnos ²Docente



Introducción:

Los agentes químicos son aquellos preparados utilizados en cualquier proceso incluido la producción, manipulación, almacenamiento, transporte o la evacuación, del tratamiento o que se produzcan como resultado de dicho trabajo en una actividad labora que por sus características puedan dañar directa o indirectamente a las personas, los bienes y/o medioambiente.

Objetivos Generales:

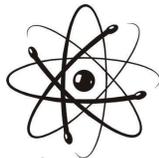
Identificar los agentes químicos en las bases de mantenimiento del transporte público, los riesgos y daños que representan a la salud del personal que labora en estas instalaciones.

Método:

Estudio descriptivo observacional realizado en bases de mantenimiento del transporte público de Guadalajara, México.

Material:

Lista de chequeo
Reglamento federal de seguridad, higiene y medio ambiente en el trabajo



Resultados:

Combustibles



Gases



Las graficas anteriores muestran los datos relevantes encontrados en las instalaciones específicamente de combustibles químicos y gases.

Conclusiones:

Los agentes químicos son los productos más difíciles de manejar, pero que comúnmente se les atribuye menor importancia.

El hallazgo mas importante que encontramos fue que los productos que ya se tiene identificados como potencialmente riesgosos yacían en envases que no se encontraban sellados correctamente dentro del área laboral. Además de esto, el personal que maneja agentes químicos no utiliza el equipo de protección adecuado. Por lo tanto se encuentran expuestos a accidentes de trabajo que se pudiesen evitarse si se tomaran las precauciones necesarias.



FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN TRABAJADORES DE UN MEDIO DE TRANSPORTE URBANO DE GUADALAJARA, MÉXICO



Laura Rocío Díaz Guzmán 1, Linda Mireya Froylán Orozco 1, Cecilia Olvera Montaña 1, Andrea Amairany García Núñez 1, Cynthia Paola Barajas Orozco 1, Dra. Carolina Aranda Beltrán 2
 Universidad de Guadalajara
 Medicina del Trabajo
 1 Alumnos 2. Docente

Introducción

Los factores psicosociales son elementos físicos, sociales y emocionales que intervienen en el desempeño laboral de la persona

Objetivo

Estudiar las condiciones psicológicas que rodean el ambiente laboral del trabajador para determinar la predisposición al síndrome de burn out.

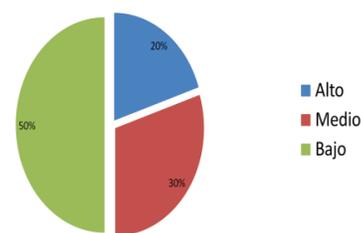
Materiales y métodos

Método transversal con investigación de campo por medio de encuestas.



Resultados

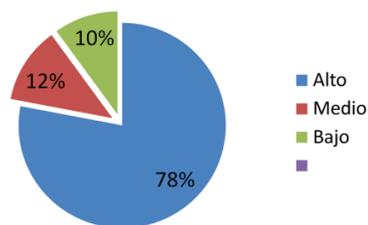
Baja realización en el trabajo



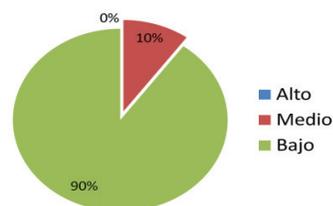
Conclusiones

Los factores psicosociales y el estrés afectan el rendimiento y desempeño laboral del trabajador.

Agotamiento emocional



Despersonalización





Riesgos biológicos en trabajadores del transporte urbano en Guadalajara



Aguilera García Ramses¹, Arana González Antonio¹, Fregoso Reynoso Miguel Angel¹, González Torres Francisco Javier¹, Dra. Aranda Beltran Carolina².

Universidad de Guadalajara.
Medicina del trabajo.

(¹: nombre de los alumnos, ²: nombre del docente)

Introducción.

El riesgo biológico consiste en la presencia de un organismo o la sustancia derivada de este que plantea una amenaza a la salud humana. Las personas que usan el transporte urbano, así como sus trabajadores, están expuestas a estos agentes, ya que el espacio de los trenes es reducido y el número de usuarios es impresionante.

Objetivo.

Identificar y analizar los riesgos biológicos en una empresa de mantenimiento de ferrocarriles que puedan poner en peligro la salud del trabajador y del usuario, además de sugerir medidas de corrección y control para su implementación y reducción de riesgos.

Resultados.

El área en que la empresa se enfoca no representa grandes peligros biológicos. Entre las cosas que se pudieron observar fueron acumulo de agua ya sea en charcos o en recipientes que podían servir de reservorio para algunas especies. También pudo observarse mucho excremento de aves en las áreas donde los trabajadores realizan sus labores y que crean un riesgo de una infección por zoonosis. A pesar que hay una área de comedor asignada los empleados no comen en este lugar lo que aumenta el riesgo de una infección por falta de higiene en los alimentos. Cabe destacar que hacen falta contenedores de basura mas grandes para los desechos que se generan al interior de la empresa y algunos contenedores no eran adecuados para almacenar los residuos.

Materiales y Métodos

Se realizó la visita a la empresa y un recorrido por sus diferentes áreas, para la identificación de riesgos de trabajo. El estudio es analítico-descriptivo de las áreas con posibles riesgos biológicos. El material utilizado fue: lista de chequeo, hojas de papel, lápiz, cámara fotográfica y una computadora portátil.

Conclusiones.

La empresa no se encuentra con muchos factores de riesgo de tipo biológico, ya que cumple con muchos requerimientos necesarios como para preservar la salud de los trabajadores y usuarios del tren ligero. Consideramos que se podrían tomar en cuenta las siguientes recomendaciones: Tomar en cuenta que las heces de ave son un foco importante de infecciones y por ende evitar la acumulación de estas dentro de las instalaciones. Tratar de tener contenedores de basura con tapadera debido a que durante el periodo de lluvias estos contenedores pueden servir como contenedores de vectores o de microorganismos patológicos. Cabe destacar que la empresa se encuentra en buen estado únicamente estos son los puntos que tiene que solucionar, debido a que es un servicio publico que usa miles de personas al día, por eso hay que controlar mejor estos focos de infección



FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS EN TRABAJADORES DE TRANSPORTE URBANO EN GUADALAJARA, MÉXICO.

Estefania Castro Gallegos¹, Rebeca Gildo Cárdenas¹, Paola Sánchez Panduro¹, Gabriela Tapia Villagómez¹,
Dra. Carolina Aranda²

Universidad De Guadalajara
Medicina del Trabajo

1 Alumnos

2 Docente



Introducción

La Ergonomía, también llamada ingeniería de los factores humanos, estudia las demandas físicas y cognitivas del trabajo que garantizan un ambiente seguro y productivo. Se tratarán los principios básicos de la ergonomía y su aplicación, así como las consecuencias del mal uso o no aplicación que traen a la salud de los trabajadores y a la empresa

Resultados

En general, la empresa cumple con casi todos los requerimientos señalados en la lista de chequeo.

En cuanto a ergonomía las condiciones no son las optimas; las posiciones que toman los trabajadores para mover, cargar o manipular objetos pesados son riesgosas y pueden sufrir luxaciones, hernias u otros padecimientos

Objetivo

Observar en la empresa la manera en que los factores de riesgo ergonómicos, repercuten en la salud de los trabajadores desarrollando ciertas patologías con respecto a su postura y a su ambiente laboral

Material y Métodos

Se utilizo una metodología cualitativa; un método observacional descriptivo

Material:

Computadora con acceso a internet
Papelería (Hojas, clipboard, lápiz, bolígrafos)
Check-list
Cámara Digital
Bibliografía Escolar: Diagnostico y tratamiento en medicina laboral., Joseph LaDou

Conclusiones

Es importante que haya una adaptación del trabajo hacia el hombre. Con aplicación de los principios ergonómicos se logra una mayor productividad de las empresas ya que el trabajador mejora su desempeño laboral.

Las medidas ergonómicas son indispensables para la salud física y mental, disminuye el estrés y enfermedades crónico degenerativas.



FACTORES PSICOSOCIALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UNA EMPRESA DE TRANSPORTE PÚBLICO DE MÉXICO

Camacho Romo Rafael, López Pérez Iván, Hernández Arenas Sally,
Rendón Lizárraga Ramiro Eduardo, Sánchez Torres José Luis.



Universidad de Guadalajara.

Alumnos del Diplomado en Salud, Seguridad e Higiene en el Trabajo y Protección al Ambiente

RESUMEN

Objetivos: Se estudió la prevalencia de los factores psicosociales y Síndrome de Burnout entre los diferentes turnos de trabajo de una organización de transporte público de una empresa de giro social en Guadalajara, estado de Jalisco, en México.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal y comparativo entre los trabajadores de los distintos turnos de jornada laboral.

Resultados: El número de sujetos entrevistados fue de 114. En relación a los trabajadores que presentaron el Síndrome de Burnout en alguna dimensión podemos observar que: 13.2% presenta agotamiento emocional (EE), calificado como alto, el 11.4% de los empleados también fue calificado en este mismo nivel en el aspecto de Baja realización en el trabajo (PA) y el 13.2% fueron evaluados como nivel alto en el área de despersonalización (D). En cuanto a los factores psicosociales en el trabajo las áreas con la categoría más alta fueron “exigencias laborales” con 21.1%, “Papel y desarrollo de la carrera” y “Condiciones del lugar de trabajo” con 13.2% cada una respectivamente. Solo se encontró una asociación significativa $p=0.01$ entre el agotamiento emocional y la interacción social y aspectos organizacionales.

Conclusiones: Se encontró una prevalencia alta de Síndrome de Burnout de 68.4% y de factores psicosociales en el trabajo negativos en categoría media y alta de 67.6% por lo que es necesario facilitar el acceso a una atención especializada a los afectados como la implementación de programas para la disminución de factores de riesgo.

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA COMUNIDAD DE LA COLONIA VILLAS DE LA CANTERA EN TEPIC, NAYARIT

Herrera Rodríguez Giselle Carolina, Unidad Académica de Medicina. UAN

Palabras clave: diabetes, villas de la cantera, endocrinología

Introducción: una de las enfermedades endocrinológicas que mas afecta a nuestro país y al mundo es la DM2, más de 194 millones de personas la padecen. La mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo. La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y 10 millones, con una prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años. México ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo, e impactantemente 13 de cada 100 muertes en este país, son provocadas por este padecimiento crónico.

El objetivo de esta investigación es detectar en cifras exactas la presencia de factores de riesgo y desencadenantes para esta enfermedad en la colonia Villas de la Cantera en Tepic, Nayarit; ya que se ha considerado que es la enfermedad endocrinológica mas frecuente a nivel nacional y la que más requiere medidas preventivas.

Metodología: se realizo un estudio cuantitativo de tipo transversal, descriptivo con encuestas de tipo respuestas cerradas para enfatizar la calidad de vida que llevan los ciudadanos; logrando detectar el alto o bajo riesgo de sufrir diabetes; basándonos en aspectos objetivos medibles como IMC utilizando procedimientos somatométricos para orientar el tipo de sobrepeso o grado de obesidad.

Resultados y discusión: se detecto el alto índice de prevalencia en dicha colonia analizada tanto de sobrepeso (37%) como de obesidad (27 %) [Fig.1]. Por otro lado, el sedentarismo es un considerado uno de los proyectiles más agresivos que inducen tanto a la obesidad como a la aparición de problemas cardiovasculares; haciendo referencia a esto, el 70% de la población de la colonia Villas de la Cantera proclaman que no realizan actividad física y en caso de hacerlo, lo hacen muy pobremente. De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio sólo 9 de los 66 encuestados tienen hermanos con DM, por lo que existe una predisposición genética muy baja para contraer esta patología.

Podemos inferir que en la población de Villas de la Cantera el principal misil que está afectándola es el sobrepeso y la obesidad y de no combatir esto, podría proseguir un daño verdaderamente serio, es decir,

podrían hacer presencia sin lugar a dudas las patologías crónicas degenerativas como la DM2.

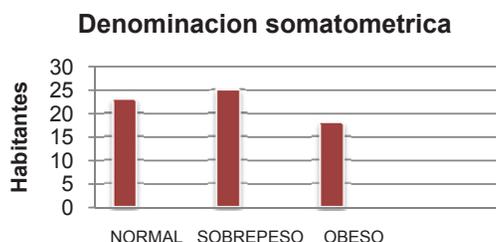


Fig. 1. Denominación somatométrica en base al IMC obtenido de la población total de la muestra

Conclusiones: la DM afecta de forma importante a la población de la colonia Villas de la Cantera, se ha demostrado que existe un gran número de personas que están encaminadas a sufrir de esta terrible enfermedad, para prueba basta un botón porque después de haber hecho un recuento de los resultados finales, se ha encontrado que en dicho lugar existe un porcentaje del 34% de IMC normal, un 37% sobrepeso y un 27% de obesidad, dos enfermedades que como ya sabemos son precedentes de la Diabetes Mellitus y de otras enfermedades mortales, además podemos percatarnos de que un 50% de esta población esta propensa a desarrollar esta enfermedad debido a que el perímetro de su cintura es alarmante.

Agradecimientos: queremos hacer énfasis en el apoyo del Dr. Mario Pérez Nuño por apoyar con la autorización y recursos para la elaboración de este proyecto. Al Dr. Horacio Barraza en conjunto con el Nutriólogo Gustavo Molina y la Dra. Johana Gabriela Granados Castro por el apoyo incondicional para este trabajo y por establecer estratégicamente la planeación y desarrollo en la realización de la actividad.

Bibliografía:

Vazquez Martinez y cols. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(1):13-26

García de Alba García y cols. Diabetes Mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Rev Med IMSS 2004;42 (5): 395-404

DETERMINACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS Y EFECTOS SECUNDARIOS A EXPENSAS DE TRATAMIENTOS CRONICOS EN HABITANTES HIPERTENSOS DE LA COLONIA VILLAS DE LA CANTERA EN TEPIC, NAYARIT

Herrera Rodríguez Giselle Carolina, Unidad Académica de Medicina. UAN

Palabras clave: reacciones adversas, villas de la cantera, hipertensión

Introducción: Las reacciones adversas a medicamentos (RAMS) se caracterizan como cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas¹.

Algunos antihipertensivos traen consigo algunos efectos secundarios como hipotensión ortostática o síncope, tos persistente y molesta que obliga en ocasiones a suspender el tratamiento.

Se pretende determinar cuáles son las reacciones adversas más comunes en el tratamiento antihipertensivo.

Metodología: Se desarrolló un estudio cuantitativo de tipo transversal, descriptivo con encuestas de tipo respuestas cerradas para especificar el tipo de reacción adversa y/o efecto secundario del tratamiento administrado, además de utilizar baumanometro y estetoscopio para medir la presión arterial y frecuencia cardiaca.

Resultados y discusión: Sólo 1 antihipertensivo ha causado reacciones adversas en una sola persona de las 19 encuestadas [Fig. 1], el fármaco que la causo fue el captopril y la RAMs fue tos. La mayoría de los hipertensos encuestados presentaron presión arterial normal alta [Fig.2]. 7 de los 19 presentaban cifras de TA de 130/80 mmHg, 4 de los 19 encuestados presentaron cifras de 140/90 mmHg, de allí en fuera tenemos que las demás cifras sólo las presentaron 1 persona cada cifra encontrada.

Efectos Secundarios y/o Reacciones Adversas

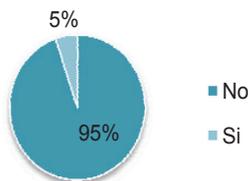


Fig. 1. Habitantes que presentaron efectos secundarios y/o reacciones adversas a hipertensos.

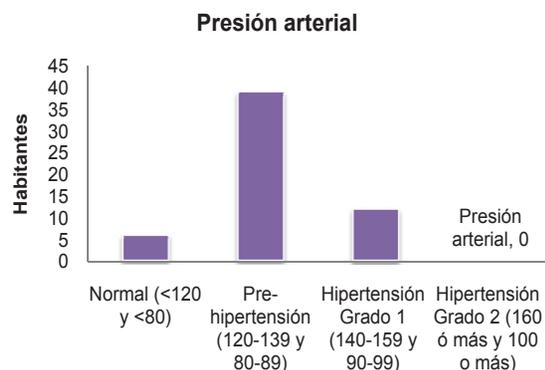


Fig. 2. Cifras de presión arterial de los habitantes hipertensos.

Conclusiones: Se observó un mínimo de reacciones adversas lo cual favorece el apego a los medicamentos. Entre los medicamentos de mayor consumo en la población: inhibidores de la enzima conversadora de angiotensina (ECA) que en este caso sería el captopril con un porcentaje de 52.63%, seguido de un antagonista de la angiotensina II: losartán 15.78%. Adicionalmente al estudio se detectó la mayor prevalencia de hipertensión arterial en hombres con un porcentaje de 52.56% frente a las mujeres 47.36%.

Agradecimientos: al grupo de 3° A por su incondicional compañerismo. Al Dr. Horacio Barraza en conjunto con el Nutriólogo Gustavo Molina y la Dra. Johana Gabriela Granados Castro por el apoyo incondicional para este trabajo y por establecer estratégicamente la planeación y desarrollo en la realización de la actividad.

Bibliografía:

- Rodriguez Betancourt y cols. *Las reacciones adversas y el Programa Internacional de Monitoreo de los Medicamentos*. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 419-423
- Reverte Cejudo y cols. *Hipertension arterial: actualización de su tratamiento*. Inf Ter Sist Nac Salud 1998; 22: 81-94
- Meana Ibarra y cols. *Utilización de medicamentos antihipertensivos en pacientes con hipertensión arterial*. Revista de Posgrado de la Via Catedra de Medicina- No. 152- Dic 2005

“Evaluación de la calidad de los sistemas de salud en derechohabientes de la comunidad Benito Juárez Ote. de Tepic, Nayarit; 2009”

Dueñas Juárez Xieca Fernando, Esparza Piña Jorge Andrés, Tovar Manzo Leslie Alejandra. Emiliano Zapata 342. Col. Centro. Tepic, Nayarit, México. medicus2a@hotmail.com.
Compromiso, calidad y salud.

Introducción. Esta práctica nos permite conocer la opinión de los usuarios que habitan en esta comunidad, acerca de los servicios de salud en cuanto a calidad se refiere, un tema muy importante para la administración de los servicios de salud, porque no basta con servir simplemente, sino hacerlo con calidad, es decir de manera eficaz y eficiente, de tal modo que los usuarios al finalizar la atención sientan plena satisfacción, esto se logra mediante la coordinación de cada una de las partes de este sistema, porque una gran acción es el resultado de la suma de acciones pequeñas.

El objetivo general es conocer de manera detallada la opinión de los usuarios de los servicios médicos, enfocándose a la calidad, los usuarios calificaran los servicios recibidos en características de tiempo, calidez del personal, y resultado de la visita al centro de salud.

Metodología. El estudio es observacional descriptivo, ya que solo recauda la información sin hacer ninguna intervención ni provocar cambios. Para esto se elaboro una encuesta de opciones múltiples para poder limitar bien las respuestas y la interpretación del mismo.

Resultados y discusión. Los resultados totales nos indican respuestas:

Positivas 53%

Negativas 38%

No aplica 9%

Resultados en los que interviene el médico directamente:

Positivo 65%

Negativo 35%

En promedio 37% de las personas que utilizan el Seguro Popular no quedan completamente satisfechas con el servicio recibido en general.

Y 35% de todas las personas que utilizan el SP reciben atención de parte del médico por debajo de la calidad que esperaban. Los resultados reflejan que el médico es el mejor calificado, quedando debajo los demás componentes del servicio



Conclusiones: Se deben reforzar los mecanismos de los trámites administrativos implementando mejoras, el personal médico tiene su mayor reto en la relación médico-paciente (tiempo de la consulta, comunicación, confianza brindada, lenguaje utilizado) por una cifra que es superada por los casos positivos pero que no permite en la actualidad alcanzar la excelencia, lo que nos lleva a nosotros estudiantes de medicina a establecer una nueva meta, la calidad.

Agradecimiento. Agradecemos al departamento de salud pública de la unidad académica de medicina por su valiosa ayuda proporcionada, a nuestros maestros que nos ayudan a desarrollar día a día nuestras habilidades, y a nuestra familia que nos da el sustento para seguir estudiando.

Bibliografía. Munch G. Fundamentos de Administración. Edit. Trillas. 5ª edición. México 2001.

La familia y los procesos de enfermar

MTFS. Lucía Pérez Sánchez
MTFS. Martha X. Mercado Rivas
MTFS. Irene Margarita Espinosa Parra

Área de Ciencia de la Salud Unidad Académica de Medicina UAN

Si hacemos un análisis retrospectivo de las diferentes sociedades existentes podemos apreciar que el origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo y estilo de vida de cada época.

Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno.

Ello nos hace reflexionar acerca de la importancia de la familia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso Salud-Enfermedad.

La relación que se establece entre el profesional de la salud y el enfermo, así como, con la familia de éste, tiene una gran importancia. El encuentro está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos. El paciente deposita en el personal sanitario una serie de "productos" (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación) y espera del personal sanitario el reconocimiento de "su" enfermedad y de "él mismo" como persona enferma.

Es importante conocer las posibles reacciones del paciente y su familia ante su enfermedad y también cómo puede reaccionar el profesional sanitario, para con esta información realizar un abordaje específico.

El término familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes.

A partir de la década del 60, uno de los enfoques más utilizados para estudiar o comprender la familia, parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en a sus partes, y su función es más que la simple suma de ellas. Así entonces, la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa.

Otro aspecto que debemos considerar al estudiar el grupo familiar es determinar las características relacionadas con su composición según

el parentesco y el tamaño de la familia. Uno de los ejes de clasificación utilizados en el estudio de la familia es el de la consanguinidad, refiriéndose a la familia nuclear, la que está constituida por padres e hijos; y la familia extendida o ampliada, donde se incluyen más de 2 generaciones y otros miembros. Cada una de estas familias puede ser clasificada, a su vez, en completas e incompletas según la presencia de padres consanguíneos. Es de significar que en el caso de ser incompleta, otro eje de clasificación utilizado puede ser reconstituida, que es aquella que está formada por un matrimonio donde él o los hijos son sólo de uno de los cónyuges, el otro cónyuge cumple el rol de madrastra o padrastro, y la monoparental formada por uno de los padres o tutor y el (o los) hijo(s).

En estudio realizado por Revilla (1993) se expone una nueva clasificación de la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados). La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores.

Asimismo este autor refiere que existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa). Revilla considera que, clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso Salud-Enfermedad.

El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así existen familias clasificadas como grandes (7 y más miembros), medianas (4-6 miembros) y pequeñas (1, 2 y 3 miembros). Cono-

cer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etcétera. Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior.

Una de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales. Otra función es la biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia. Desde una perspectiva social es vista como la función que garantiza la reproducción poblacional.

No menos importante es la función educativa y de satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales, a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros. Esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidades propio de cada familia, y de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle.

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar.

Las crisis no sólo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del Ciclo Vital. Estas crisis llamadas normativas son derivadas del enfrentamiento con los eventos de vida

tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación, por mencionar algunos.

Otro tipo de crisis familiar son las para - normativas, que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales, tales como el desmembramiento, la desorganización, la desmoralización y el incremento. Estas crisis suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar, y en la mayoría de los casos las familias y/o sus miembros requieren de atención psicológica o psiquiátrica.

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas, y manifiestan desajustes, desequilibrios, que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar.

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.

El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

Otro enfoque, es el que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los

problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento.

De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede “desencadenar” la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia.

Estas consideraciones expuestas hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el Funcionamiento Familiar, ante la percepción del diagnóstico de una enfermedad crónico – degenerativa, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de los miembros y en sus relaciones, y por lo tanto, en el sistema como un todo.

La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo.
2. Molestias; dolor físico y psíquico.
3. Amenaza... Aislamiento; la enfermedad como tal, solamente la vive el enfermo que la padece, pero tiene resonancia en su contexto próximo y por lo tanto se vuelve un padecimiento relacional.
4. Anomalía; porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás.

5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
6. Ruptura del proyecto existencial.

Es de significar que también éste grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos.

En los casos de los miembros que necesitan rehabilitación puede contribuir a que el enfermo asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genera esta incapacidad. La enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, en función del tipo de enfermedad que se padezca.

Minuchin (2003) menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites; adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación.

La cohesión (unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación) ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida, se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsi-

bles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas (López, et. al., 2003).

Por ello la importancia de planificar estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada salud familiar. La intervención Psicológica familiar consiste en la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la familia desarrolle sus propios recursos psicológicos, se propicie la autoayuda, facilitando que ella, de manera independiente sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis, que se presentan en la vida cotidiana, tales como son los procesos en las enfermedades crónico degenerativas. Los problemas de salud-enfermedad, sus manifestaciones, explicación y modelos de atención son expresión de la forma como se reproducen los individuos y la sociedad en cada momento histórico.

El paradigma biologicista tradicional ha tenido necesariamente que dar paso a la incorporación de otras disciplinas (particularmente de las ciencias sociales), para el análisis o interpretación del fenómeno salud - enfermedad.

El cambio en los patrones de mortalidad en este siglo en las sociedades avanzadas: las enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, enfermedad coronaria) han sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con accidentes debidos a comportamientos inadecuados (por ejemplo, muertes en accidentes de tráfico).

Al 2008 de acuerdo con las estimaciones de Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que la esperanza de vida al nacimiento de la población nayarita es de 75.0 años; 77.3 las mujeres por 72.8 de los hombres. Para el mismo año, se estima que la tasa de mortalidad general es de 5.5 (defunciones ocurridas por cada mil habitantes).

En el año 2006, se registraron 4 mil 748 defunciones; 58.2% fueron de hombres. Las principales causas de la mortalidad general son las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes, enfermedades cerebrovasculares, hepáticas y pulmonares obstructivas crónicas, que en conjunto ocasionan 69.0% de los decesos.

Por sexo, aunque no necesariamente en el mismo orden, 68.6% de los fallecimientos de hombres y 69.6% de mujeres fueron ocasionados por el grupo de causas señaladas arriba.

Nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas, como afirma Knowles (1977).

Fruto de ello, los factores psicológicos han pasado a un primer plano, ya que los principales problemas de salud de nuestro tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta.

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad de hacer prevención, promoción e intervención en ámbitos de las conductas de salud de los individuos y de la comunidad en la que viven.

Y siendo la familia el punto de discusión en esta investigación, antes de que la inclusión se haya descubierto como tema de debate, la familia ya se sentía inevitablemente incluida en la enfermedad de uno de sus miembros. La discusión profesional ha comenzado cuando se ha hecho evidente su papel en el proceso mismo del enfermar, su desarrollo y en su recuperación.

Ante esto se ha planteado un proyecto de investigación que está en la etapa del procesamiento de resultados, próximo a ser divulgado y en el que participan las autoras de este ensayo, a continuación se hará una breve descripción del mismo:

Objetivo General:

Analizar la influencia del diagnóstico de la enfermedad crónica – degenerativa en la dinámica familiar desde la percepción de los integrantes del sistema familiar.

Objetivos específicos:

1. Reconocer la manera en que adquiere significancia el diagnóstico de enfermedad crónica en la vida familiar del enfermo.
2. Valorar los recursos de la familia (funcionamiento familiar)
3. Valorar los recursos de la comunidad o apoyo social con que cuenta la familia
4. Valorar la relación entre la familia y los profesionales de la salud
5. Identificar necesidades de intervención específica en la familia.
6. Identificar áreas potenciales de prevención de enfermedad crónica degenerativa en las siguientes generaciones de la familia.
7. Identificar estilos saludables dentro de la familia

DESARROLLO METODOLÓGICO

El trabajo se realiza desde el enfoque cualitativo, con 10 familias de clase media y que uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica degenerativa, quienes residen en la ciudad de Tepic Nayarit.

La investigación es etnometodológica, dado el tema y objeto de estudio, consistió en examinar los modos en que las personas aplican las reglas culturales abstractas y percepciones de sentido común a situaciones concretas, para que las acciones aparezcan como rutinarias, explicables y carentes de ambigüedad. En consecuencia, los significados

son un logro práctico por parte de los miembros estudiados (Taylor y Bogdan, 1987).

Además como lo define Hernández Sampieri (2006) el propósito consiste en describir situaciones, eventos y hechos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. El estudio es de tipo transversal porque se sitúa en un tiempo determinado por la recolección de los datos.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos la entrevista semiestructurada a profundidad de acuerdo al modelo de Patton (1980) citado en Rodríguez Gómez (1996). La entrevista se efec-

tuó en dos encuentros por cada una de las familias participantes respectivamente. El primer encuentro de entrevista profunda y el segundo para la aplicación de un cuestionario abierto de auto aplicación tomado de la reseña para la elaboración de genogramas (MacGoldrick y Randy; 1996). El muestreo fue no probabilístico (Hernández, 2006) utilizándose sujetos voluntarios de inclusión continua por conveniencia.

La unidad de estudio, fue el discurso, para analizar el material simbólico total obtenido a través de la entrevista a profundidad y los cuestionarios aplicados a las familias participantes ●

BIBLIOGRAFÍA

- Oblitas, L. (coordinador) (2006) Psicología de la salud y calidad de vida. (2ª ed.) México: Thomson
- Ardilla R. (2001). Psicología fisiológica. México: Trillas
- Arrivillaga Quintero, M., Correa Sánchez, D. y Salazar Torres, I. (2007). Psicología de la Salud. México: Manual Moderno
- Brannon, L. & Feist, J. (2000) Psicología de la salud. México: Thomson
- Buela-Casals, G. Caballo, V. y Sierra, J. C. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno
- Davis F. (2002). La comunicación no verbal. España: Alianza
- Gómez del Campo Estrada J. (2002). Psicología de la comunidad. México: Plaza y Valdez
- Hernández S. Fernández C. C. y Baptista P. L. (2003). Metodología de la investigación. (3era. Ed) McGraw Hill: México.
- Hernández S. R., Fernández C. C., y Baptista L. P. (2006). Metodología de la investigación. (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Kübler-Ross E. (2002). Sobre la muerte y los moribundos. México: Grijalbo
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (2005). Genogramas en la Evaluación Familiar. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, Salvador. (1982). Familias y terapia familiar. Gedisa. Barcelona.
- Nahoum, C. (1990). La entrevista psicológica. México: Kapelusz
- Navarro, G. J. (2004). Enfermedad y Familia. Barcelona: Piados
- Nieto Munuera, J. y Cols (2004). Psicología para Ciencias de la Salud. España: Mc Graw Hill
- Latorre Postigo JM, Beneit M, (1994). Psicología de la Salud. Argentina: Lumen.
- López L.S. Escudero C.V. (2003). Familia, evaluación e intervención. España: CCS Alcalá
- Rodríguez Gómez, G. et al (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Archidona, Málaga. Ed. Aljibe
- Revilla L. (1993). Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España Barcelona. Ed. Doyma D. L.
- Sherr L, (1992). Agonía, Muerte y Duelo. México: Manual Moderno
- Taylor S.J. -Bogdan R (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paidós: España.
- Velasco, M. L. y Sinibaldi J. F. J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno

5to Encuentro Iberoamericano de investigadores en salud ocupacional (V EIISO)

Santiago – Curicó y Talca (Chile) 20, 21, 22 y 23 octubre 2009.

Culminó exitosamente el V Encuentro Iberoamericano de Investigadores en Salud Ocupacional realizado en 3 ciudades de Chile. El encuentro se inició en Santiago el día Martes 20 con un Coloquio denominado “NUEVAS MIRADAS DE LA SALUD DE LAS Y LOS TRABAJADORES EN EL MARCO DE LA PROTECCION SOCIAL” y se desarrolló en el Auditorio Dr. Hernán Romero de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Al coloquio, convocado por la Escuela de Salud Pública, asistieron 70 profesionales de diferentes servicios públicos, universidades y mutualidades.

Además, expusieron los profesionales chilenos Pamela Eguiguren, el Dr. Rubén Alvarado y la Dra. Nella Marchetti.

El encuentro continuó en Curicó el día Miércoles 21 con la Mesa de Diálogo “Trabajo y Salud en el Cono Sur: Problemas Comunes” en el Centro de Extensión del Campus Nuestra Señora del Carmen de la Universidad Católica del Maule, la cual contó con la participación del representante de la empresa frutícola COPEFRUT Fernando Daza, los

dirigentes sindicales Verónica Concha de ANAMURI, agrupación nacional de mujeres campesinas e indígenas, y Jorge Alvarado, representante de FEOCON, Federación de Trabajadores Forestales de Constitución.

Por parte de Ripsol participaron en el diálogo el Dr. Gustavo Molina, la Trabajadora Social panameña Iraida Cano y los psicólogos David Olivares de Bolivia y Pablo Garaño de Argentina.

A este encuentro asistieron 45 personas entre dirigentes sindicales y funcionarios de la

Dirección del Trabajo, además de los coordinadores nacionales de los 10 países que conforman la Red Ripsol.

Finalmente en Talca, se desarrolló la parte expositiva de trabajos y conferencias de este encuentro. Se presentaron 30 trabajos científicos, además de 6 conferencias y diversos posters de varios países participantes. En la ceremonia inaugural hizo uso de la palabra el Vicerrector Académico de la Universidad Católica del Maule, quien subrayó la importancia de considerar los riesgos psicosociales en la salud de los trabajadores.



De izquierda a derecha: María Teresa Muñoz, miembro Ripsol Chile y organizadora del evento; Mariangeles Carrión, coordinadora Ripsol España; Manuel Pando, coordinador Ripsol México; Jorge Román, Coordinador Ripsol Cuba y Coordinador General de la Red.



Conferencia del Dr. Hernán Venturino del Instituto de Salud del Trabajo (IST)

Finalmente la Presidenta Provincial de la Central única de Trabajadores (CUT) Soraya Apablaza recalcó la importancia de abordar y resolver oportunamente los problemas de salud de los trabajadores para disminuir la morbilidad y mortalidad actual en nuestro país, que no se condice con los indicadores de desarrollo económico que muestra.

El encuentro culminó con muestras de satisfacción tanto de asistentes como de expositores que consideraron de gran interés tanto las presentaciones como las preguntas e intervenciones de los profesionales y estudiantes presentes.

Por su parte, el representante del Ministerio de Salud, Santiago Mancilla enfatizó la necesidad de trabajar no sólo en procurar un buen sistema de atención a los accidentes y enfermedades laborales sino también en fomentar la prevención y el abordaje de los factores psicosociales del trabajo. Para ellos se requiere la coordinación intersectorial de los servicios públicos y privados, junto con la participación de los propios trabajadores en todos los niveles del diseño de políticas y programas de salud para el ámbito laboral ●



Representantes y coordinadores nacionales de los 10 países que conforman la Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales (RIPSOL).

Reloj de arena

Fernando García Ramírez, escritor, integrante del club de lectura
"Al ritmo de la luz", institución civil. Tepic.

En una época muy lejana, cuando ya habían caído muchas diferencias individuales y prejuicios, y cuando la sociedad del mundo tenía motivos armónicos para funcionar, los hombres y las mujeres empleaban un sistema muy singular para la medición de su tiempo: una variante de los arcaicos relojes de arena.

En el centro de cada población, sus habitantes habían construido esculturas colosales, como de 30 m. de altura, con algunos conos reciclados de antiguos silos de material transparente, que habían recogido de las afueras de los pueblos. En el reacomodo de esos enormes objetos había participado gran cantidad de personas, quienes aportaban su trabajo físico y esfuerzo intelectual. Cuando los transeúntes pasaban cerca de la obra, los picaba la curiosidad, y algunos preguntaban qué era lo que se construía. Y su deseo de saber fue estimulado al máximo, cuando algunas poderosas grúas maniobraban con lentitud y sumo cuidado para elevar uno de los silos hasta invertir su posición original, de manera que la base presentara su cara hacia el cielo. Con gran precisión y derroche de energía, las puntas de los dos conos que habían sido cortadas previamente para formar un agujero, fueron contrapuestas. Para muchos, la nueva formación empezaba a tener sentido, pero en otros tantos permanecían grandes incógnitas. Finalmente, aquella descomunal escultura había sido concluida y ya corrían las invitaciones generales para su inauguración. La obra terminada, que era motivo de orgullo para sus artífices, lucía esplendorosa, expectante para funcionar.

Cuando llegó esa fecha tan esperada, que sería recordada hasta el fin del mundo en la dimensión témporo-espacial, los altoparlantes resonaron estruendosamente para dejar escuchar la voz de uno de los coordinadores del proyecto: "La vida personal y social llega ahora a su máximo nivel –se escuchó decir–, porque damos sentido a los productos que elaboramos con nuestro trabajo y que ponemos al frente para el disfrute común. Este enorme monu-



mento será representativo de los frutos del esfuerzo colectivo, de nuestra colaboración, participación social y puesta en común de nuestra riqueza... pero algo más importante –y aquí la voz vibró y se escuchó más fuerte–: que este movimiento representativo de nuestros logros nos servirá para valorar y amar nuestras vidas, a la vez que para dar sentido a nuestra existencia. Al terminar el día, semana, mes o año, cada habitante de este país y del mundo introducirá en la boca de estos silos reconstruidos en forma de reloj de arena, los granos de cacao, maíz, frijol, arroz, lentejas, ajonjolí, amaranto, mostaza o cualquier otro, como símbolo de su producción. Y los giros permanentes del artefacto serán la medida de nuestro tiempo, pero también la síntesis de nuestro trabajo, como género humano, convertido en riqueza para nuestro sustento –en ese momento, una voz ininteligible, surgida de la concurrencia, interrumpió aquella exposición; después, los altavoces siguieron repiqueteando–: para responder a la inquietud de quien acaba de hacer un cuestiona-

miento muy válido: este gran reloj de arena transformado, es un contador social de la población del mundo, pero funciona con los materiales que cada individuo aporta, solo así; por lo tanto, también es la medida en tiempo y en esfuerzo de cada persona. Claro que a la pregunta: ¿Va a vivir cada quien hasta que se acabe el mundo porque así lo marque este reloj de arena? Respondemos, porque así lo sabemos, que no, en lo físico; pero también sabemos que sí, porque sus obras y espíritu siempre estarán presentes aquí –y señaló el reloj–, sustentando la vida de los demás, de todas las generaciones venideras, aunque la persona desaparezca...”

La voz se apagó. En los semblantes había esperanza y alegría. El monumento, en cuanto fue alimentado y empezó a funcionar, giraba más lento, dependiendo de la cantidad cada vez mayor, que le era cargada de diversos ●

Para compartir...

Como tú

*Así es mi vida,
piedra,
como tú;*

*como tú,
piedra pequeña;
como tú,
piedra ligera;
como tú,
canto que ruedas por las calzadas
y por las veredas;*

*como tú,
guijarro humilde de las carreteras como tú,
que en días de tormenta
te hundes en el cieno de la tierra
y luego centellas bajo los cascós
y bajo las ruedas;*

*como tú,
que no has servido para ser ni piedra de una Lonja,
ni piedra de una Audiencia,
ni piedra de un Palacio,
ni piedra de una Iglesia;*

*como tú,
piedra aventurera;
como tú,
que, tal vez, estás hecha sólo para una honda,
piedra pequeña
y ligera ...*

León Felipe



A llevarse a cabo los días 3, 4 y 5 de Junio en el Centro Social María Magdalena de esta Ciudad de Tepic.

Contaremos con:

- Talleres
- Carteles
- Ponencias magistrales
- Presentación de trabajos libres
- Cocktail de bienvenida el día 2 de Junio
- Cena Baile
- Obras de teatro
- Bailables con el Ballet Folclorico de la UAN
- Noche Bohemia

Inscripciones en la Unidad Académica de Medicina y próximamente desde este sitio <http://www.medicina.uan.edu.mx/index.php?c=cegresados.html>

Fecha limite de inscripción: 21 de mayo

Cuota de recuperación:

Egresados: \$700.00

Estudiantes: \$300.00

Cd. de la Cultura “Amado Nervo”, Tepic, Nayarit, C.P. 63155, Tel.: +52 (311) 211 8800 ext 8817 | Webmaster Pepe



WAXAPA

RELACION DE MIEMBROS COLABORADORES DE LA REVISTA WAXAPA

- 1.- Dra. en Ciencias Teresa Margarita Torres López.
U de G.
- 2.- Dr. en Ciencias Ramiro Caballero Hoyos.
I.M.S.S. Jalisco.
- 3.- Dr. Jesús Malacara Muñiz
Universidad de N.L.
- 4.- Dra. Martha Villaseñor Farias.
U de G. E I.M.S.S Jalisco.
- 5.- Dra. en Ciencias. Carolina Aranda Beltrán
Departamento de salud pública. U de G.
- 6.- M en C. José Justo Romero Paredes
Medicina. U.A.N
- 7.- Leopoldo Medina Carrillo
Unidad académica de medicina e I.M.S.S.(Nay. Mex)
- 8.- Dr. Enrique Urrea.
Centro de investigaciones neurológicas y psicológicas
CINEP Bogota Colombia.
- 9.- Dr. Jorge Roman.
Instituto Nacional de Salud La Habana Cuba.
- 10.- Dr. e C. José Guadalupe Salazar Estrada.
Universidad de Guadalajara. (Mex).
- 11.- Dr. en C. Francisco López Barón.
Asociación de expertos en psicosociología aplicada.
Barcelona, España.
- 12.- Dr. en C. María Ange I Carrion.
Asociación de expertos en psicosociología aplicada
Barcelona, España.
- 13.- Dr. Jesús Malacara Muñiz
Facultad de Medicina U.A.N.L. (Monterrey- México)
- 14.- Dra. en C. Guadalupe Aldrete Rodríguez.
Universidad de Guadalajara. (Guadalajara-México).
- 15.- Dr. José Martín Torres Benítez.
Universidad autónoma de Tampico (Tamaulipas-México).
- 16.- Dr. en C. Luis Flores Padilla.
(CD. Juarez, Chihuahua) México)
- 17.- Dra. en C. Juana Trejo Franco (CD. Juarez Chihuahua, Mex)

