

# Síndrome de Burnout y predisposición suicida en especialistas de medicina familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, Campeche 2017-2018



***Burnout syndrome and suicidal predisposition in family medicine specialists, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, Campeche 2017-2018.***

Fecha de presentación: Marzo 2019  
 Fecha de aceptación: Junio 2019

Betsaida Merari Padilla  
 CLEU a Distancia.

16

*Síndrome de burnout  
 OMS que deriva la  
 expresión  
 “estar quemado”*

**Resumen**

La competitividad e inseguridad laborales, las exigencias del medio ambiente de trabajo, los cambios en los enfoques de vida en su conjunto, generan sentimientos de angustia, agotamiento emocional, contribuyen a la aparición del síndrome de burnout, siendo un trastorno laboral frecuente entre profesionales que realizan actividades asistenciales. El presente trabajo aborda la detección del síndrome de Burnout en médicos especialistas en medicina familiar de una unidad de primer nivel de atención en Ciudad del Carmen, Campeche a efecto de proponer un programa con acciones preventivas a niveles individual, grupal y organizacional.

**Palabras clave**

Stress, salud pública, idea suicida, anhedonia, stress laboral.

**Abstrac**

Competitiveness and job insecurity, the demands of the work environment, changes in life approaches as a whole, generate feelings of anguish, emotional exhaustion, contribute to the onset of burnout syndrome, being a frequent work disorder among professionals who They carry out assistance activities. The present work deals with the detection of Burnout syndrome in medical specialists in family medicine of a first level care unit in Ciudad del Carmen, Campeche, in order to propose a program with preventive actions at individual, group and organizational levels.

**Keyword**

Stress, public health, suicidal behavior, anhedonia, work stress.

## Introducción

El estrés forma parte de nuestra cotidianeidad, al punto de poder considerarlo un problema social que afecta la salud y la satisfacción personal de los individuos que la conforman. Los estresores, de manera general, son abordados como acontecimientos vitales tales como la separación de la pareja, enfermedad del individuo o de un familiar cercano, muerte de un ser querido; de la misma forma, también se establecen factores como aquellas situaciones y acontecimientos socioculturales como la situación personal-afectiva, los aspectos biológicos-salud, la situación en el hogar-familia, preocupación por el futuro; en lo laboral podemos distinguir la excesiva carga académica, horarios laborales, la insuficiencia de las percepciones económicas para la satisfacción de necesidades básicas, choques culturales interpersonales.

De acuerdo a Pizzagalli (2014), aunque los estresores severos han sido ligados de manera general al incremento de riesgo de depresión, los estresores crónicos y los eventos caracterizados por la percepción de falta de control, incapacidad para escapar o resolver una situación adversa, o la pérdida del estatus (como la humillación) parecen ser particularmente depresógeno. Y en este sentido, el síndrome de Burnout se trata del producto de un campo que tiene sus raíces en el abordaje del estrés y la salud. Se cree que esta entidad clínica es el resultado de un estrés no resuelto. Sus síntomas depresivos constituyen las respuestas básicas al estrés del homo sapiens y en este sentido es esperable que el síndrome de Burnout se traslape con manifestaciones depresivas transitorias o formas subclínicas de depresión. El Burnout de hecho, ha sido asociado con todos los síntomas clásicos de depresión, incluyendo el más severo, es decir, la anhedonia y la ideación suicida.

Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas: cansancio emocional (CE) la cual estima la experiencia de fatiga emocional para las demandas del trabajo; la despersonalización (DP) que mide las respuestas de tipo interpersonal y las actitudes negativas hacia otros individuos; y la realización personal (RP), que refleja la satisfacción y realización personal en la práctica del trabajo diario. Estas tres dimensiones se conjuntan en el Inventario de Burnout de Maslach que es utilizado para la evaluación del Síndrome de Burnout. Dicho inventario consiste de 22 ítems. En aquellos casos en los que se detecta bajo nivel de cansancio emocional así como de despersonalización con un alto grado de realización personal, se descarta el síndrome de Burnout. Cualquier otra combinación,

da lugar al diagnóstico de Síndrome de Burnout.

Anualmente cerca de 800 000 personas del mundo, se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. No obstante es prevenible mediante intervenciones oportunas; tales como el uso de políticas de identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y con trastornos emocionales agudos y crónicos, así como a través de la evaluación y gestión de conducta suicidas.

Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación. De esta manera son muchos los potencialmente afectados entre los que destacamos: enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, profesores, policías entre otros. En relación a su frecuencia, diversos autores han señalado que en cuanto al personal médico, los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en un 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los especialistas en anestesiología en un 44%. En este contexto, resulta imperioso señalar que la literatura especializada reporta que todos los médicos en algún momento de su carrera presentan sintomatología de este síndrome.

## Planteamiento del problema

### Problematicación.

En México, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2016, ocurrieron 6, 291 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, lo que representa 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. El valor es menor al 2014 y 2015, años en que las tasas de suicidios fue de 5.2 por cada 100 000 habitantes. Dichas cifras varían de acuerdo a la región geográfica a la que se trate, así por ejemplo Chihuahua y Yucatán figuran con las mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes (11.4 y 10.2, respectivamente). A las entidades mencionadas le siguen Aguascalientes (9.6), Campeche (9.1) y Colima (8.5). Conforme a cifras del mismo Instituto, el grupo etario a nivel Nacional con mayor tasa de suicidio es el de 20 a 24 años con un 9.5. Le siguen el de 25 a 29 años con 8.2; el de 30 a 34 con 7.3; el de 35 a 39 años con 7.1; y el de 40 a 44 con 6.6.

Al cierre de los reportes epidemiológicos 2017 en el estado de Campeche, se registraron 76 suicidios, siendo los municipios con mayores prevalencias Carmen y Campeche con 24 y 20 casos, respectivamente e igualados con 7 casos cada uno, los municipios de Escárcega y Champotón (Ver Anexo, Tabla 1). En lo que va del año 2018, al cierre de la semana epidemiológica 43, la Secretaría de Salud Estatal, reporta una incidencia de 59 suicidios en toda la entidad, permaneciendo el Municipio de Carmen, a la cabeza con un total de 19 casos, seguido de la Capital del Estado con 16 casos (Ver Anexo, Tabla 2).

El síndrome de Burnout, es definido como un estado de fati-

ga crónica, depresión o frustración provocada por la devoción hacia una causa, una forma de vida o una relación que falla en entregar las recompensas esperadas y, en última instancia, conduce a menos logros en el trabajo.

En relación a la ideación suicida presente en los casos de depresión mayor, es de particular interés para el presente proyecto, la evaluación de los participantes a través de la Escala de Beck de Ideación Suicida (ver Anexo, Cuestionario 1). Beck, Steer y Ramieri afirman que los suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, diferente del de los individuos normales y de los que tienen perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio.

En la actualidad existe debate por el traslape entre síndrome de Burnout y Depresión, toda vez que muchos de los síntomas que experimentan los trabajadores son indistinguibles y aquí surge la cuestión respecto a la ideación suicida en los trabajadores que sufren de este síndrome.

A este respecto, se plantea el siguiente cuestionamiento como foco de la presente investigación, ¿existe síndrome de Burnout entre los médicos especialistas en medicina familiar de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad del Carmen, Campeche?, a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck, determinar si existe relación entre el mencionado síndrome en cualquiera de sus etapas y en dicha ideación suicida entre los médicos en estudio.

### Delimitación del problema

**Delimitación temporal:** Se llevará al cabo un estudio transversal en el periodo 2017-2018.

**Delimitación espacial:** El estudio se realizará al interior de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad del Carmen, Campeche (ver Anexo imagen 1).

**Delimitación demográfica:** Se aplicarán los instrumentos de investigación a 20 médicos especialistas en medicina familiar.

**Delimitación analítica:** Se aplicará la escala de Maslach para determinar la existencia y etapa en su caso, del síndrome de Burnout en el grupo estudiado. Paralelamente, se aplicará el test de la Escala de Beck para delimitar la intensidad suicida en el mismo grupo de Médicos. Mediante análisis estadístico de riesgo relativo, se determinará la posible asociación causal entre el Síndrome de Burnout y el impulso suicida en el grupo de estudio.

**Delimitador Teórico:** En tanto que el síndrome de Burnout se asocia a estados de tensión emocional

como resultado de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo con repercusión a nivel afectivo en los individuos

### Justificación

El suicidio desde el punto de vista sociológico se ha convertido en un problema de salud pública, por ello, me preocupa el impacto familiar, social y económico. En cuando al síndrome de Burnout, este repercute en el desempeño profesional del médico afectado y su presencia impone el riesgo de daños a la salud de la población derechohabiente.

En este contexto, la detección juega un papel fundamental para el personal involucrado. Para ulteriormente instrumentar estrategias de intervención en materia de prevención primaria y secundaria. Además, se ha propuesto al suicidio como una situación multidimensional en la cual tienen coyuntura factores como el estado emocional individual, las situaciones familiares, la problemática económica, así como los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

## “Trastorno emocional y psicológico de unos trabajadores que viven en un estado de estrés y ansiedad.”

En tanto que el fenómeno social, el suicidio se vuelve objeto de estudio de la criminología. Dado que el trabajo constituye una actividad útil socialmente, y el individuo dedica al menos un tercio de su vida a tal actividad, también resulta indispensable conocer su impacto a nivel efectivo que en algunos casos se traslapa con trastornos depresivos que pueden generar conductas autolesivas con desenlaces fatales, por ello el presente estudio del suicidio no solo como un fenómeno vinculado a abuso de sustancias, violencia intrafamiliar o familias disfuncionales, sino también el trabajo como fenómeno socialmente útil y como hecho etológico del suicidio.

E. Durkheim sostiene que el suicidio es el resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto, según se vea comprometida su integración social o según sean las reputaciones impuestas por la sociedad al individuo. Con los resultados del presente estudio se determinará la existencia del síndrome de Burnout en personal médico para establecer medidas de intervención temprana, para favorecer un mejor entorno laboral, mejorar su desempeño y conforme a la determinación de intención suicida, derivar a las instancias pertinentes para la prevención de desenlaces fatales.

La identificación de casos de síndrome de Burnout asociados a la determinación del impulso suicida en médicos, siendo este el impacto a corto plazo, con ello efectuar las acciones pertinentes para aliviar el estrés en el grupo estudiado y hacer las interconsultas requeridas para evaluación psiquiátrica como mediano plazo y finalmente, en el largo plazo es controlar a la mejora de condiciones laborales, así como abatir la pulsión suicida entre médicos.

En este sentido el médico especialista en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social es particularmente vul-

nerable al exceso de trabajo por la carga de pacientes que a diario requieren atención médica al interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Además, dichos especialistas no solo cumplen con funciones clínicas asistenciales, sino con tareas administrativas impuestas por la propia naturaleza de su trabajo, como la expedición de incapacidad, recetas médicas, elaboración de formatos de referencia y contrareferencia, seguimientos de casos específicos, como casos de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y enfermedades crónicas degenerativas. Por ello, resulta de capital importancia identificar tempranamente sintomatología del síndrome de Burnout.

## Hipótesis

La presencia del síndrome de Burnout está asociada con la intención suicida en los médicos especialistas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Objetivos de la investigación

### 6.1.- Objetivo general

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos especialistas de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad del Carmen, Campeche y su asociación a la predisposición suicida.

### 6.2.- Objetivos específicos

1. Identificar mediante entrevista el grado del síndrome de Burnout para efectuar intervenciones preventivas de intento suicida.
2. Analizar la información recopilada, para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout.
3. Determinar las características sociodemográficas de los médicos en estudio para identificar factores de riesgo asociados al síndrome.
4. Implementar un programa que incluye medidas preventivas en relación al síndrome de Burnout para abatir la intención suicida.

## Limitantes de estudio

1. El periodo de tiempo de recolección de la información.
2. Disposición por parte de los entrevistados para brindar información.
3. Las respuestas no sean confiables y fidedignas.
4. El tamaño de la población estudiada, no obstante

este factor obedece a las características institución dentro del municipio en estudio.

5. La ausencia de un grupo comparativo de referencia.

## 8.- Antecedentes

Un médico de la especialidad de psiquiatría llamado Herbert Freudenberger en el año de 1974, trabajaba como asistente voluntario en Nueva York en la clínica Free Clinic, él observó que al cabo de un periodo entre uno y tres años, la mayoría de los trabajadores sufría una pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo hasta llegar incluso al agotamiento, en conjunto con algunos síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote Adán, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001). Su trabajo tenía las características de carecer de horario fijo, laborar más de ocho horas, un salario escaso y un ámbito social muy exigente. Freudenberger identificó que las personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas e incluso agresivas hacia el trato a sus pacientes, un tanto distanciados y cínicos en algunos momentos con tendencia de culpar al paciente por su propio problema de padecimiento.

Este padecimiento es en general el agotamiento físico, emocional y de actitudes, es decir, este síndrome es derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales (Pines y Kafry, 1978; Spaniol y Caputo, 1979)

Para nombrar este patrón conductual, Freudenberger eligió la palabra Burnout (estar quemado, consumido, apagado); teniendo gran aceptación social, los afectados, se sentían felices de este término descriptivo que no era estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986). Se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional, con alta exigencia adaptativa y baja posibilidad de ejercer un control sobre la situación. El Burnout es un problema característico de profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el servicio humano.

Existen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece Burnout, 1) en entusiasmo, 2) el estancamiento, 3) la frustración y 4) apatía; (Edelwich y Brodsky, 1980). Por otro lado, Freudenberger describe un estado de fatiga o frustración por la devoción de una causa, modo de vida o que no se produce la recompensa deseada.

El estrés y la tensión en el trabajo se destacan en tres momentos: a) desequilibrio entre la demanda laboral y los recursos, b) respuesta emocional ante el desequilibrio, generando ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y por último c) cambios y conductas como afrontamiento defensivo; según la perspectiva de Cherniss (1980).

Maslach y Jackson en 1981, lo definieron como una respuesta al estrés que se presenta en el trabajo de manera crónica, generalmente la vivencia constante es emocionalmente agotadora, en conjunto con el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia los compañeros con los que trabaja. Este síndrome es tridimensional por el agotamiento emocional, la despersonalización y

**“Individuos de entre 25 y 40 años son quienes más padecen.”**

la reducción de la realización personal.

En 1987, Garden, menciona que la definición de Burnout es muy prematura, pues existe ambigüedad en la realidad del propio síndrome. En 1989, Shirom lo define como las consecuencias de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento. En 1989-1990, Hiscott y Connop, lo entienden como un problema de estrés relacionado con el trabajo. En 1991, Moreno, Oliver y Aragonés hablan de un estrés que solo se da en las profesiones que tienen una relación interpersonal intensa con los beneficios de las propias labores. En 1992, Leiter, lo asemeja a una crisis de autoeficacia.

En 1993, Burke y Richardsen proponen un proceso que ocurre de manera individual, que incluye una experiencia psicológica, con sensaciones, actitudes, motivos, expectativas y de una experiencia negativa que no genera confort. En 1996, Schaufeli y Buuk, interpretan este término como negativo en la organización, es decir afectando desde el individuo hasta la propia empresa.

Gil-Monte y Peiró (2000) desde la perspectiva psicosocial considera que en este proceso en el que intervienen componentes cognitivos y aptitudinales, emocionales y actitudinales. Peris (2002) es un trastorno caracterizado con sobrecarga por estructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad resolutoria de los humanos.

Según Aranda (2006) la palabra Burnout es un término común, que significa estar quemado, desgastado, exhausto y donde la ilusión por el trabajo se pierde. En el 2007, Molina Linde y Avalos Martínez, compara al Burnout como una paradoja para los profesionistas de la salud, es decir se enferma en la misma medida que sana a los pacientes.

Por ello, este síndrome es una consecuencia de los múltiples eventos estresantes que disponen al individuo a que lo pueda padecer. La interacción del individuo con los diversos condicionantes del trabajo, son la clave esencial para afectar positiva o negativamente a estos.

En el contexto organizacional de los autores antes mencionados, se han propuestos los principales síntomas:

- Síntomas Emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los pacientes, criticismo generalizado.
- Síntomas Cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción cinismo, criticismo generalizado.
- Síntomas Conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, autosabotaje, descon-

sideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

- Síntomas Sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- Síntomas Psicosomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

En un estudio transversal llevado al cabo por Román Hernández (2003), en Cuba, se aplicaron 287 encuestas a profesionales de la salud, de lo cual se estableció que el síndrome de burnout se asocia con el nivel de atención en el que se encuentre el profesional y se corroboró que la falta de reconocimiento se asocia significativamente a respuestas de estrés y de burnout, afectando tal síndrome predominantemente al sexo femenino en personal de atención primaria.

La revisión bibliográfica desarrollada por Cano Langreo y colaboradores en 2014, permitió establecer que el riesgo de suicidio es superior en el personal sanitario comparado con la población general y otras profesiones, encontrando entre los factores de riesgo al síndrome de Burnout. Siendo las especialidades médicas de anestesiología y psiquiatría las que mayores riesgos imponen para esta conducta. No obstante, es consistente con las fuentes la comentadas que la tasa de conducta suicida es mayor entre los individuos de sexo femenino y conforme se incrementa el grupo etario.

Milner y colaboradores (2016) examinaron la relación entre factores psicosociales en el trabajo tales como el control sobre el trabajo, las demandas del trabajo, inseguridad en el trabajo, apoyo del supervisor, y el bullying en el trabajo como factores de riesgo para la ideación suicida (ver Anexo, Tabla 3). Utilizando un modelo de regresión logística encontraron que tanto el bullying como el acoso se asocian hasta 1.4 veces más frecuentemente con la ideación suicida que cualquier otro factor de riesgo psicosocial, mientras que el menor riesgo de ideación suicida está asociado con un mayor control del trabajo y la seguridad en el mismo, lo cual en última instancia sugiere que las estrategias de intervención deben abordar temas como estresores psicosociales y el bullying.

## 9. Marco teórico.

### 9.1 Marco histórico.

Las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país influyen en los sistemas religiosos y filosóficos, por ello en la antigüedad estos eran parte causal del síndrome del quemado y del suicidio.

#### 9.1.1 Antigüedad y Edad Media.

El suicidio en el oriente era visto como un acto indiferente, inclu-

so elogiado, debido que la muerte solo era un cambio de forma. El gobierno del emperador Chi Koang – Ti, durante su gobierno de china, 500 filósofos se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de los libros sagrados. En Japón, los devotos de la Divinidad Amidas, se tiraban al mar o se enterraban vivos, como mártires, posteriormente el Seppuku y el Hara Kiri.

Entre los judíos (a.C.) por causa de honor o como sinónimo de derrota política o militar. El pueblo griego y el pueblo Romano tenían, incluso, lugares públicos como Leucade, Ceos y Marsella los cuales tenían como actividad principal consumir la muerte; era una forma de evitar la captura, mantener el honor, evitar la humillación y la muerte de manera infame.

## “Altos niveles de suicidio a nivel mundial.”

En la época del cristianismo, fue aceptado durante los primeros siglos, por motivo de martirio voluntario, vergüenza para sus opresores y para expiar culpas. San Agustín (345 – 430) atacó el tema, debido a que violaba el sexto mandamiento de Dios. El Concilio de Arles, en el año 452 d. C. declaró que el suicidio era inspirado por el demonio y en el Concilio de Orleans en el año 533 d. C. se determinó penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo, siendo el año 693 d. C. en Toledo en donde se impone la excomunión a quién lo realice.

“En la Edad Media se imponían tres castigos al cuerpo suicida: primero arrastrar el cuerpo cabeza abajo por la ciudad, segundo la inhumación del cuerpo se realizaba en tierra no consagrada y tercero se clavaba una estaca en el corazón y una piedra en la cabeza a fin de que su alma no resucitara. El Renacimiento opinaba que el suicidio mitigaba el dolor y el sufrimiento” (Baenza Zuñiga, 2005).

Esquirol en 1838 menciona que el suicidio como una concepción clínica y patológica, debido a que es un síntoma de un trastorno mental, se refirió a una crisis de afección moral que es desencadenada por múltiples incidencias de la vida: ambición, orgullo, ira, temor, remordimiento, amores contrariados, problemas familiares y dificultades económicas. Lo que generó que en esa época se investigaran anomalías morfológicas y funcionales de las personas que tenían intento de suicidio, incluyendo localizaciones cerebrales. Emil Kraepelin argumentó que estas ideas suicidas existen correlaciones neuroanatomopatológicas y da mayor interés al campo psiquiátrico y a los factores individuales que a los mismos de tipo psicosocial.

El tipo de estrés laboral e institucional en los pro-

fesionales de la salud que mantienen una relación directa y constante con ayuda a otras personas, hace referencia al término de Burnout. Su origen está basado en los estadios propios de estos profesionales ante la situación de crisis.

En esta línea, el psicólogo Herber J. Freudenberg en 1974 identificó a este síndrome como un estado caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, como consecuencia del trabajo diario de los profesionales dedicados al servicio y la ayuda, que no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo.

En 1976, la psicóloga Christian Maslach estudiando las respuestas emocionales identificó que este síndrome afecta a profesionales tanto del área de salud como la de educación. Maslach dio a conocer el término Burnout en el congreso anual American Psychological Association en 1977. En la ciudad de Filadelfia, E.U.A. Cuatro años más tarde realizó la primera conferencia nacional del término Burnout, teniendo como objetivo poner en un común los trabajos de investigación y aunar criterios para avanzar en la identificación del Burnout.

Sin embargo, ambos observaron que pese que los profesionales tenían un futuro exitoso e incluso satisfactorio en su trabajo, al paso del tiempo algunos de ellos terminaban agotándose o quemándose después de meses o años de dedicación al trabajo, generando una insatisfacción mayor al relacionarla con una mala calidad en la atención a sus pacientes. (Joffre Velazquez, 2009)

### 9.2 Marco conceptual.

Para una clara comprensión del síndrome de Burnout y del suicidio, se mencionan algunos conceptos y definiciones.

“Una respuesta a la estresante situación laboral crónica que se produce, principalmente, en el marco del mercado laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios” (Tonon, Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada del síndrome del Burnout., 2003).

“Un estado mental persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos normales, caracterizado principalmente por agotamiento, acompañado por distrés, sensación de competencia reducida, disminución de la motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo” (Schaufeli, 1998)

“Una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional” (Maslach, 2001).

“Es un proceso interaccionista entre las características del entorno laboral y de orden personal que cursa en forma crónica” (Maslach y Leiter, 1997).

“Es un mecanismo particular de afrontamiento al estrés laboral y que a medida que se hace crónico y fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, manifiesta el síndrome. Es por lo que el síndrome tiene un curso insidioso que avanza en gravedad, arrojando en las fases finales, los peores resultados de desempeño” (Grau y otros, 1998).

“El síndrome de desgaste profesional también es referido como síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza quemada y colo-

quialmente síndrome del profesional quemado, síndrome del quemado y síndrome del trabajador quemado. En francés es conocido como *surmenage* (estrés), pero es una construcción del que se pueden desprender un sinnúmero de definiciones, por lo que es posible indicar la inexistencia de una única conceptualización (Campbell, Prochazka, & Gopal, 2011) (Davis, 2010) (Simbula & Guglielmi, 2010) y que han incidido también en la aparición de diferentes modelos explicativos (Lerma, 2003) (Leithwood, Menzies, Jantzi, Leithwood, & Huberman, 1999).

Donde suicidio es un acto biológico, psicológico y social que da como resultado la muerte autoinfligida intencionalmente en cualquiera de sus formas. (Baenza Zuñiga, 2005).

Algunos tipos de suicidios están divididos según: la motivación, la modalidad o método, el nivel de regulación e integración social, la presencia de planificación previa, el resultado y la implicación de otras personas (Capponi, 2000) (Durkheim, 2005)(ver Anexo tabla 4).

### 9.3 Delimitación teórica.

Existen diversos modelos explicativos del síndrome de Burnout, partiendo de los marcos más amplios de la teoría: la psicología social, la psicología clínica y la psicología de las organizaciones, pudiéndose al menos mencionar lo siguiente:

**Psicología clínica:** considera al burnout como un estado. Freudenberguer, en el 1974, estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y antes expectativas inalcanzables. Fischer, 1983, estado resultante del trauma narcisista que lleva a la disminución en la autoestima. (Tonon, Burnout, 2003)

**Psicología social:** basada en la teoría sociocognitiva del yo. Harrison, 1983, las personas que trabajan en profesiones de servicios están motivadas para ayudar a las demás. Si en su contexto laboral existen factores que obstaculizan su tarea y no la dejan conseguir sus objetivos, esto afecta su esperanza de conseguirlos y con el tiempo se genera el burnout, que, asimismo, retroalimenta negativamente su motivación para ayudar. Pines y Arosón, 1988, proceso de desilusión en una persona altamente motivada por su trabajo, que se caracteriza por fatiga emocional, física y mental; sentimientos de inutilidad, impotencia, sentirse atrapado y baja autoestima (Tonon, Burnout, 2003).

**Psicología de las organizaciones:** basada en las teorías del estrés laboral. Considera los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas para dar respuesta. Aplica-

da a todas las profesiones. Golembiński, 1983, el estrés laboral está generado por la sobrecarga laboral o por la denominada "pobreza de rol", que es una antítesis. Ambas situaciones producen en la persona: pérdida de autonomía, disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga (Tonon, Burnout, 2003).

Los modelos explicativos del síndrome de Burnout provinieron desde la teoría psicoanalítica y la social, pudiéndose al menos mencionar los siguientes:

- **Modelo Ecológico de Desarrollo Humano:** Desarrollado por Carroll y White en 1982, se basa en el conjunto de interrelaciones que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa y en los que debe asumir diversas normas y exigencias muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés.
- **Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda:** En este modelo el burnout se conceptualiza como un elemento que operacionalizaría el estrés docente, denominándolo como sentimiento de efecto negativo. Fue desarrollado por Kyriacou y Sutcliffe en 1978, (Kyriacou & Sutcliffe, 1978), como un modelo de burnout aplicado al mundo del profesorado que posteriormente fue ampliado por Rudow en 1999 y levemente modificado por Worrall y May en 1989 (van Dick & Wagner, 2001)
- **Modelo sociológico:** Este modelo considera que el burnout se presenta como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas y fue sugerido por Farber en 1991 y finalmente desarrollado por Woods en 1999. Para este modelo la globalización explica principalmente la epidemia de burnout.
- **Modelo opresión-demográfica:** propuesto por Maslach y Jackson en 1981, ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerable (los años, pertenecer al género femenino, estar soltero o divorciado, etc.) combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista.
- **Modelo de competencia social:** es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría sociocognitiva del yo y fue propuesto por Harrison en 1983 (Harrison, 1983).
- **Modelo demografía-personalidad-desilusión:** propuesto por EL Sahili en 2010, este modelo considera que el burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación, a saber: (a) estrés que presiona al organismo durante mucho tiempo y que se combina con varias fallas en la personalidad y diversos factores de riesgo y (b) la desilusión creciente que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca satisfacción laboral y pérdida vocacional. En este contexto, el estrés crónico no sería una variable explicativa significativa per se del burnout, sino que se necesitaría ser combinada con el desencanto que sufre el sujeto sobre las tareas realizadas. (El Sahili González, Psicología para el docente: consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial., 2010)



La teoría de la representación social permite escapar de la

imposición de ciertas lógicas que bajo la cobertura de la universalidad producirían una sola verdad principal y el rechazo de la diversidad de pensamiento. Esto implica para la psicología y la psicología social considerar que la salud mental es una construcción social e histórica, que por lo tanto, la prevención de esta y la promoción, no deben centrarse de manera individual, intrapsíquicas u orgánicas; sino que es preciso profundizar en una visión mucho más comprensiva del trasfondo del ser y del actuar de cada una de las personas. (Pilar Ballesteros, Gutiérrez-Malaver, & Sánchez Martínez, 2010)

#### 9.4 Casos de estudio.

“De acuerdo con Carlos Martínez Romero, policía preventivo y delegado de Ciudadanos Uniformados, A. C. en la Ciudad de México, en los últimos años se han incrementado los casos de policías que cometen suicidio, como resultado de las condiciones de estrés en las que trabajar en largas jornadas con poco o nulo descanso.

Desde hace cuatro años, Martínez Romero se ha dado a la tarea de investigar qué es lo que les pasa a los policías que se suicidan. Para él, la clave está en comprender qué es el Síndrome de Burnout, un trastorno psicológico que afecta a trabajadores que viven en un estado de estrés y ansiedad permanente.

Hay cifras de suicidios de los policías que muchas veces son maquilladas y ocultadas por el Gobierno, porque no conviene que salgan a la luz pública, pero mi comunidad está siendo afectada por este síndrome Carlos Martínez Romero

Por señalar cifras, el policía refirió que durante 2018, en Chihuahua se registraron 74 suicidios de policías, aunque señaló que el incremento se ha percibido en todo el país.

Además del suicidio, dijo que las condiciones de estrés del trabajo han llevado a los uniformados a tener problemas de alcoholismo y drogadicción, mientras que su personal también se ha visto mermado al grado de que cada vez son más los divorcios en el gremio”. (Ruiz, 2018)

## 10.- Conclusiones

En este proyecto de investigación se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos especialistas de la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad del Carmen, Campeche y su asociación a la predisposición suicida.

### 10.1 Plan de acción.

Las estrategias de intervención deben contemplar tres niveles: a) procesos cognitivos de autoevalua-

ción de los médicos especialistas, de igual manera desarrollar las estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés y neutralizar las consecuencias negativas; b) potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social a nivel grupal y c) eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome a nivel organizacional.

A nivel individual para prevenir el desarrollo del síndrome de burnout es empleando estrategias de afrontamiento de control o las centradas en el problema. De lo contrario, evitarlas o escapar de estos estresores aumenta la aparición del burnout. Fomentando la adquisición de técnicas que aumenten la capacidad de adaptación del individuo, como son: fisiológicas, conductuales y cognitivas.

Fisiológicas: reducir el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Mediante la relajación física, control de la respiración y la técnica biofeedback, entre otras. Conductuales: se domine un conjunto de habilidades y comportamientos para el afrontamiento de problemas laborales. A través del entrenamiento asertivo, en habilidades sociales, técnicas de solución de problemas y de autocontrol. Cognitivas: mejorar la percepción, interpretación y evaluación de los distintos problemas laborales y los recursos personales de cada individuo. Para ello, encontramos la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales.

Los apoyos sociales, por parte de los compañeros y jefes, brindando primeramente un apoyo emocional, rompiendo el aislamiento, mejorando la socialización, pero también con evaluación periódica de los médicos especialistas y retroinformando sobre su evolución. Con ello identificar factores de riesgo para la predisposición de la conducta suicida en el medio ambiente laboral y derivar oportunamente a los grupos de apoyo multidisciplinario.

A nivel organizacional crear un programa que incluya I reducir las situaciones generadas de estrés laboral, algunas estrategias son modificando el ambiente físico, la estructura organizacional, las funciones de puesto, con el propósito de crear estructuras horizontales, organizando un sistema eficiente de información y comunicación a todos los niveles; desde la tarea a realizar, competencias de cada profesional, organización de trabajo, actividades extralaborales, procedimiento y gestiones, entre otros. Dentro de este programa se debe incluir la socialización anticipada, es decir una inducción al puesto a los nuevos médicos especialistas de la realidad laboral, para evitar choques con expectativas irreales.

Evitando estilos de mando que sean autoritarios, coercitivos o que estén basados únicamente en las recompensas. Aumentar el interés por el trabajo actuando sobre la organización del trabajo, tal vez modificando la manera de realizarlo, modificando las fases, intercambiando tareas con otros médicos especialistas, realizando una mayor diversidad de tareas con otros trabajadores.

Formación en distintas técnicas que ayuden al trabajador a afrontar o superar las situaciones de estrés: relajación, meditación, autocontrol, yoga, entre otros.



### 11.- Anexos

Tabla 1. Suicidios por municipio comparativo 2017-2016.

Fuente: (INDESALUD CAMPECHE, 2017)

Municipios	2017		2016		Comportamiento	Cierre preliminar 2016
	Cierre	Acumulado	Cierre	Acumulado		
Calkini	0	3	0	1	100.00	1
Campeche	0	20	0	27	-25.93	26
Champoton	0	7	0	13	-46.15	13
Hecelchakan	0	1	0	1	100.00	1
Tenabo	0	0	0	1	100.00	1
Hopelchen	0	3	0	7	-57.14	7
Escarcéga	0	7	0	4	75.00	4
Candelaria	0	5	0	4	25.00	4
Calakmul	0	5	0	6	-16.67	7
Carmen	0	24	0	22	9.09	22
Palizada	0	1	0	0	100.00	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>**76</b>	<b>0</b>	<b>86</b>	<b>-11.63</b>	<b>86</b>

Tabla 2. Suicidios por municipio comparativo 2018-2017.

Fuente: (INDESALUD CAMPECHE, 2017)

Municipios	2018		2017		Comportamiento	Cierre preliminar 2017
	Sem. 43	Acumulado	Sem. 43	Acumulado		
Calkini	0	1	0	3	-66.67	3
Campeche	0	16	0	19	-15.79	20
Champoton	0	4	0	6	-33.33	7
Hecelchakan	0	0	0	1	-100.00	1
Tenabo	0	3	0	0	100.00	0
Hopelchen	0	2	0	2	0.00	3
Escarcéga	0	3	0	6	-50.00	7
Candelaria	0	4	0	4	0.00	5
Calakmul	0	6	1	5	20.00	5
Carmen	0	19	1	20	-5.00	24
Palizada	0	1	0	1	0.00	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>59</b>	<b>2</b>	<b>67</b>	<b>-11.94</b>	<b>76</b>

Tabla 3. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables.

Fuente: elaboración propia a partir de Suicidio y psiquiatría. (Bobes García J, 2011)

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno afectivo</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Trastorno de ansiedad</li> <li>• Abuso de sustancias</li> <li>• Trastorno de personalidad</li> <li>• Otros trastornos mentales</li> <li>• Salud física</li> <li>• Dimensiones psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heredabilidad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Edad: Adolescentes y adultos jóvenes / Edad geriátrica</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Situación laboral y económica</li> <li>• Creencias religiosas</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Conducta suicida previa</li> </ul>

Cuestionario 1. Escala de intencionalidad suicida de Beck.  
Fuente: (Macip, 2000)

CUESTIONARIO

ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

NOMBRE:

Fecha:

I.- CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES

1. Deseo de vivir. ( )  
0. Moderado a fuerte.  
1. Poco (Débil).  
2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir ( )  
0. Ninguno (No tiene).  
1. Poco (Débil).  
2. Moderado a fuerte.
3. Razones para vivir/morir. ( )  
0. Vivir supera a morir.  
1. Equilibrada (es igual).  
2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ( )  
0. Ninguno (inexistente).  
1. Poco (Débil).  
2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ( )  
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.  
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.  
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ( )  
0. Breves, periodos pasajeros.  
1. Periodos largos.  
2. Continuos (Crónicos), casi continuos.
7. Frecuencia. ( )  
0. Rara, ocasionalmente.  
1. Intermitente.  
2. Persistente y continuos.
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ( )  
0. Rechazo.  
1. Ambivalente, indiferente.  
2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ( )  
0. Tiene sentido de control.  
1. Inseguridad de control.  
2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ( )  
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.  
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.  
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ( )  
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.  
1. Combinación de 0-2.  
2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ( )  
0. Sin considerar.  
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.  
2. Detalles elaborados/bien formulados.
13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ( )  
0. Método no disponible, no oportunidad.  
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.  
2. Método y oportunidad disponible  
2ª. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. ( )  
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.  
1. No está seguro de tener valor.  
2. Está seguro de tener valor.
15. Expectativa/anticipación de un intento real. ( )  
0. No.  
1. Sin seguridad, sin claridad.  
2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.

16. Preparación real. ( )  
0. Ninguna.  
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)  
2. Completa.
17. Nota suicida. ( )  
0. Ninguna  
1. Solo pensada, iniciada, sin terminar.  
2. Escrita, Terminada.
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ( )  
0. No.  
1. Solo pensados, arreglos parciales.  
2. Terminados.
19. Encubrimientos de la idea de realizar el intento suicida. ( )  
0. Revela las ideas abiertamente.  
1. Revela las ideas con reservas.  
2. Encubre, engaña, miente.
20. Intento de suicidio. Anteriores. ( )  
0. No.  
1. Uno.  
2. Más de uno.

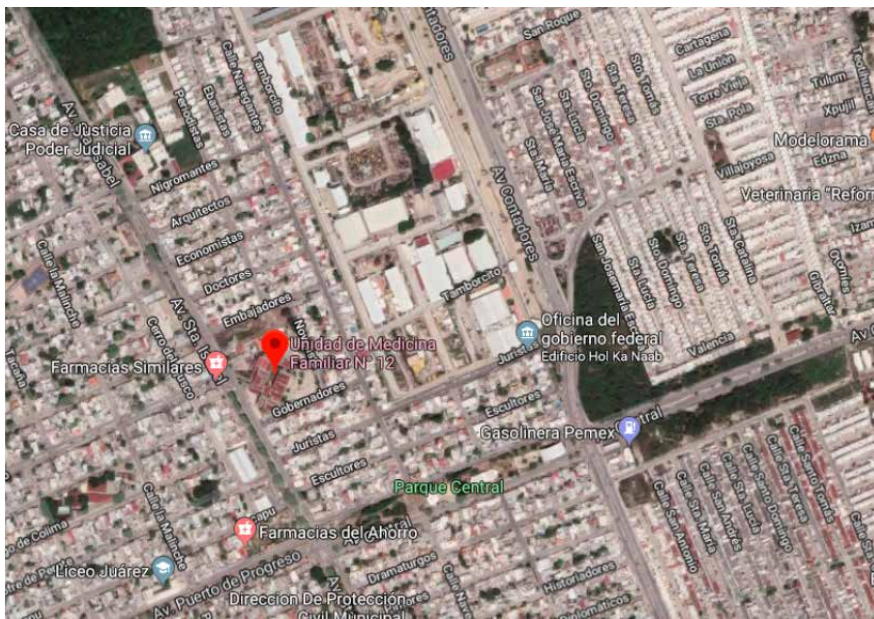


Imagen 1.- Ubicación geográfica de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 Ciudad del Carmen.

Fuente: Google maps. <https://goo.gl/maps/F4oiLtxhyGK2>

Tabla 4. Tipos de suicidio y sus características.  
Fuente: (Capponi, 2000) (Durkheim, 2005)

Tipos de suicidio	Características
La motivación	Uno de los principales aspectos a tener en cuenta cuando evaluamos un acto suicida es el motivo que ha impulsado a la persona a provocar su propia muerte.
Suicidio llamada de atención o grito de ayuda	Algunas personas recurren al intento de suicidio como mecanismo para llamar la atención hacia un hecho concreto o pedir ayuda ante hechos que no son capaces de controlar. Puede tener fines manipulativos y no suele quererse el deceso en sí a menos que la situación problema no cambie.
Con finalidad de muerte	El objetivo de este tipo de suicidio es lograr la propia muerte. Suele ser planificada cuidadosa y meticulosamente.
Como huida	La mayor parte de suicidios tienen como objetivo real el cese del sufrimiento y no la muerte en sí. El deceso es visto como la única alternativa al sufrimiento que causa un elemento concreto de la realidad (por ejemplo el acoso o las deudas), motivo por el cual el sujeto decide disponer de su propia vida. Generalmente se da de forma impulsiva y sin grandes planificaciones previas.
Finalista	Este tipo de suicidio suele estar dirigido a conseguir un objetivo determinado diferente a la muerte o a la huida. Tiende a no buscarse la propia muerte sino a fingir o aparentar dicha búsqueda con el fin de conseguir algún tipo de beneficio. Ejemplos de ello son el de grito de ayuda antes mencionado o el de venganza, aunque también puede perseguir beneficios de tipo económico como el hecho de que otros cobren seguros de vida.
Por verguenza	El suicidio por venganza o de tipo paranoide es un tipo de suicidio el cual se realiza con el propósito de provocar daños a otras personas, con el fin de hacer sentir culpabilidad y/o sufrimiento a alguien concreto.
De balance	Se considera como tal el suicidio llevado a cabo por personas que, en ausencia de psicopatología y tras un prolongado periodo de tiempo intentando hacer frente a una situación conflictiva y dolorosa, deciden tras hacer un balance que continuar viviendo no supone ningún tipo de ganancia ni para ellos mismos ni para el entorno. Suele observarse en casos de ancianos y personas con limitaciones serias.

Tipos de suicidio	Características
La modalidad o método	Las personas que eligen darse muerte recurren a diferentes medios para ello según la intencionalidad concreta de su acción, de su necesidad de tener el control de la situación, del nivel de sufrimiento que quieren padecer o simplemente de la disponibilidad de medios concretos. Si se clasifican los suicidios e intentos de suicidio por el método empleado para ello, podemos encontrarnos con diferentes tipos.
Blandas	Se trata de formas de suicidio que en principio no causan traumas evidentes y que tienden a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingestión de cantidades masivas de fármacos, como los barbitúricos. La persona suele tener un papel más pasivo en su propia muerte, esperando los efectos de su acción. Asimismo suponen una mayor probabilidad de arrepentimiento y salvación, y en muchos casos los efectos pueden ser revertidos antes de que causen el fallecimiento.
Duras	Dentro de esta clasificación se incorporan métodos que implican una mayor brutalidad, tales como el suicidio mediante el uso de armas (sean blancas o de fuego), electrocutarse, arrojarse al vacío o el ahorcamiento. Tienden a suponer una mayor probabilidad de muerte que las blandas y revestir cierta brutalidad. En comparación con las formas blandas de suicidio, es mucho más probable que causen algún tipo de sufrimiento. También suelen ser métodos que suponen una actuación directa del individuo a la hora de provocar su propia muerte.
Extrañas	Este tipo de suicidios suelen provocar un elevado nivel de sufrimiento antes de producir la muerte, revistiendo cierta crueldad hacia uno mismo. Suelen ser llevadas a cabo en situaciones de psicopatología, especialmente psicótica. Ejemplos de ello serían la ingesta de sustancias corrosivas o cortantes, ahogarse a sí mismo o prácticas autocaníbales.
Enmascaradas	Se trata de muertes que son provocados por la propia persona de una manera tal que pueden confundirse con muertes naturales o con homicidios. Suelen perseguir una intencionalidad concreta, como el cobro de seguros de vida por parte de allegados o inculpar a alguien de la propia muerte.
Nivel de regulación e integración social	Una de las clasificaciones realizadas tras varios estudios es la llevada a cabo por Durkheim, quien consideraba el suicidio un acto causado fundamentalmente por elementos sociales. En este sentido se encuentran cuatro posibles clasificaciones, relacionados con el nivel de integración del individuo en la sociedad o la regulación de esta sobre la vida de las personas.
Suicidio egoísta	Se entiende como tal al tipo de suicidio que se realiza cuando las vinculaciones sociales del individuo son débiles y el individuo no se siente integrado en la sociedad. No es capaz de sentirse satisfecho debido a la falta de realización como ser social. Se siente desbordado, incapaz y sólo.
Altruista	Se trata de la muerte autoinfligida que se produce por un exceso de integración grupal, viendo la propia muerte como un sacrificio realizado en beneficio al grupo. Se valora más al grupo que al propio individuo.
Anómico	El suicidio anómico es el suicidio que llevan a cabo aquellas personas que tienen una regulación social insuficiente. La sociedad cambiante e inestable hace que no se tengan referentes, modificando los valores del individuo y pudiendo provocar una pérdida de la identidad.
Fatalista	Al contrario que el anterior, el suicidio fatalista es visto como aquel llevado a cabo por individuos sometidos a un control y regulación social excesivos, sintiéndose opresión e impotencia que pueden llevar a buscar la muerte como huida de tal situación.
Presencia de planificación previa	La autolisis puede clasificarse también según se haya planificado previamente o no.

Tipos de suicidio	Características
Suicidio accidental	Se trata del tipo de suicidio que se produce por accidente. El sujeto no quería realmente morir, pero su actuación genera una situación que acaba con su vida.
Reflexivo, intencional o premeditado	El suicidio premeditado es aquel en el que la persona que lo lleva a cabo ha planificado de antemano tanto la manera como el momento y lugar de su muerte. En algunos casos en que el motivo es la vivencia de hechos traumáticos o en que el sujeto manifestaba una gran ansiedad puede observarse un repentino estado de calma y serenidad previamente al acto, resultado de haber tomado la decisión.
Suicidio impulsivo	El suicidio impulsivo es aquel que se lleva a cabo sin premeditación previa. El sujeto puede haber pensado en quitarse la vida anteriormente, pero no lleva a cabo esta acción hasta un momento en que se siente altamente activado y desesperado. Puede ocurrir en situaciones generadoras de alta ansiedad, durante un brote psicótico o durante un episodio maniaco.
El resultado	Intentar quitarse la vida puede terminar generando diferentes resultados, según si el intento tiene o no éxito.
Autoagresión no suicida	En este caso no estamos ante un verdadero intento de suicidio. El sujeto se autolesiona por diferentes motivos pero sin que dicha acción suponga un riesgo real para su vida o bien sin que la autolesión pretenda este hecho. En ocasiones puede llegar a provocar la muerte.
Intento/Tentativa de suicidio	Se considera intento o tentativa de suicidio todo acto realizado voluntariamente con la intención de conseguir la propia muerte sin que dicha acción tenga éxito en su objetivo.
Suicidio consumado	Llamamos suicidio consumado aquel en el que la persona ha actuado con el fin de darse muerte y ha logrado su objetivo.
Suicidio frustrado	Se trata del tipo de intento de suicidio que se ha llevado a cabo con el propósito de lograr la muerte, empleando para ello métodos que por norma general provocan el deceso del individuo. Sin embargo la intervención de elementos circunstanciales e imprevisibles, como la aparición de otras personas, la rápida actuación de los servicios médicos, una mala planificación o un uso inexacto de los medios escogidos para darse muerte han impedido que se acabe provocando el fallecimiento.
La implicación de otras personas	En ocasiones el suicidio involucra, sea de forma voluntaria o involuntaria, a más de una persona. En este sentido podemos encontrar los siguientes tipos de suicidio. ha logrado su objetivo.
Suicidio colectivo o en masa	Se trata de un tipo de suicidio en el que más de una persona o un colectivo entero eligen y pacta propiciar su propia muerte de forma voluntaria. Los motivos para ello pueden ser varios, tales como la huida de un factor aterrador o bien el convencimiento de que tal acto les puede reportar algún tipo de beneficio. Este tipo de actos suelen ocurrir en contextos de situaciones de guerra o bien en sectas.
Ampliado	El suicidio ampliado se basa en la idea de que un individuo decide quitarse la vida pero, además de ello, considera necesaria o incluso compasiva la muerte de otros generalmente vinculados a él. Estas otras personas no han manifestado la intención de querer morir. El individuo da muerte primero a los demás, los cuales son generalmente familiares cercanos como hijos, pareja o familia, y posteriormente se quita la vida. Este tipo de situaciones suelen darse en entornos familiares en las que la persona que quiere suicidarse considera que quienes deja atrás van a sufrir en gran medida o no podrán sobrevivir sin ella.

Tipos de suicidio	Características
Suicidio asistido o eutanasia	La eutanasia o suicidio asistido supone la finalización de la vida de una persona mediante la participación de otra u otras, participación autorizada y demandada por el propio sujeto o bien por su entorno cercano en el caso de lesiones irreversibles que no permitan la toma de una decisión por parte del individuo.
Suicidio inducido	Se trata de un acto de autolesión con propósito de muerte que ha sido provocado o facilitado debido a la coacción o a la sugestión que otras personas han provocado en el individuo que se suicida. El sujeto puede ser amenazado u obligado a darse muerte, o bien se puede facilitar de forma activa que tenga ganas de morir.
Falso suicidio	En este caso no estamos ante un verdadero caso de suicidio. Se trata generalmente de un homicidio o asesinato que se ha realizado de tal manera que parezca que el sujeto en cuestión se haya quitado la vida por sí mismo.

## 12. - Referencias bibliográficas

### Libros

- Bobes García J, G. U. (2011). Suicidio y Psiquiatría. En Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. En R. T. Golembiewski (Ed.), Handbook of organizational behaviour (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- Campbell, J., Prochazka, A., & Gopal, R. (01 de 06 de 2011). The Need for a Uniform Use of the Construct of Burnout. *Academic Medicine*, 86. doi:10.1097/ACM.0b013e318218858f
- Capponi, R. (2000). Psicopatología y Semiología psiquiátrica. (Santiago, Ed.) Universitaria.
- Davis, B. (2010). Dissertation Presented to the Faculty of the Department of Professional Psychology Chestnut Hill College In Partial Fulfillment of the Requirements of the Degree Doctor of Psychology. En Preventing clergy Burnout: Assessing the value of a mindfulness-based intervention as part of a holistic clergy wellness program (pág. 126). Department of Professional Psychology, Chestnut Hill College. Recuperado el 10 de febrero de 2019.
- Durkheim, E. (2005). Suicide. A study in sociology, 2. (T. a. Hoboken., Ed.)
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. Nueva York: Human Sciences Press.
- El Sahili González, L. F. (2010). Psicología para el docente: consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial. 337. Guanajuato: Univesidad de Guanajuato. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- El Sahili González, L. F. (2011). Docencia: Riesgos y desafíos. 207,208, 209. D.F., México: Trillas.
- Garden, A. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40(9), 545-560.
- Gutiérrez Aceves GA, Celis López MA, Moreno Jiménez S, Fariás Serratos F, Suárez Campos JJ. Síndrome de Burnout. *Arch neurol (Mex)*. 11 (2006): 305-309
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. *Stress and burnout in the human services professions*, 256. New York: Pergamon Press. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- Hiscott, R. y Connop, P. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.
- Kyriacou, C., & Sutcliffe, J. (1978). A model of teacher stress. *Educational Studies* (1), primer. Doi: 10.1080/0305569780040101
- Leiter, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107-116.
- Macip, S. G. (2 de Abril de 2000). Característica psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. 23(2), 21-30. Recuperado el 17 de febrero de 2019
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the Burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry* 15 (2016): 103-111
- Maslach, C. S. (2001). Job Burnout.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory, 2nd Ed. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Milner, Allison PhD; Page, Kathryn D ClinPsych; Witt, Katrina D Phil; LaMontagne, Anthony D. ScD. Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence From a Cross-Sectional Survey of Working Australians. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*: June 2016 - Volume 58 - Issue 6 - p 584-587
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493-508.



Journal of Educational Psychology (71), 243-259. Doi: 10.1348/000709901158505

### Revistas

Aranda, C. "Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud", Guadalajara, México. En Revista Costarricense de Salud Pública, 15 (2006), Pp. 1-7.

Baenza Zuñiga, A. S. "Los trastornos del estado de ánimo". R En: Revista Digital Universitaria, núm. 6 Vol. 11, (11 de noviembre de 2005).

Díaz Romero RM, Lartigue Becerra T, Acosta Velasco ME. "Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas". En: Rev Asoc Den Mex. 2001; núm.LVIII, Vol. (2): Pp.63-67

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. "Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España". En: Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, núm. 2. Vol.16, (2000) Pp.135-149.

Molina Linde, J. M. y Avalos Martínez, F. "Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería". En: Revista Tesela. (2007) Consulta: 6 de Mayo de 009.

Roselló, Y., Morales Almaguer, I., & Aranda Almaguer, D. "El suicidio: Una perspectiva teórico-doctrinal a partir de la criminología. En: Revista Caribeña de Ciencias Sociales". (Octubre de 2016). Recuperado el 26 de Febrero de 2019, de <http://www.eumed.net/rev/caribe/2016/10/suicidio.html>

Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), Empleo, Estrés y Salud (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.

Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), Manual de Psicología Clínica Aplicada (pp. 271-285). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Pereda Torales L, Márquez Celedonio FG, Hoyos Vázquez MT, Yáñez Zamora MI. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Salud mental. 32. (2009): 399-404.

Pilar Ballesteros, M., & Gutiérrez-Malaver, M., & Sánchez Martínez, L., & Herrera Medina, N., & Gómez Sotelo, Á., & Izzedin Bouquet, R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39 (3), 523-543.

Van Dick, R., & Wagner, U. (2001). Stress and strain in teaching: A structural equation approach. British

### Artículos

Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P, Relationship between Burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. Burnout res. 2014; 1: 29-37

Bianchi R, Schonfeld LS, Vandel P, Laurent E, On the depressive nature of the "Burnout syndrome": A clarification. European psychiatry. 41 (2017): 109-110

Cherniss, C. (1980). Staff Burnout. London: Sage Publications.

González Macip S, Díaz Martínez A, Ortiz León S, González Forteza C, González Núñez J de J. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Salud Mental. 23 (2000): 21- 30

INDESALUD CAMPECHE. (27 de Octubre de 2018). Boletín para la vigilancia epidemiológica de los suicidios 2018. Informe semanal de los suicidios, intentos y consultas otorgadas., 4. (D. R. Cabrera, Ed.) San Francisco, Campeche, México: Comité editorial

INDESALUD CAMPECHE. (30 de diciembre de 2017). Boletín para la vigilancia epidemiológica de los suicidios 2017. Informe semanal de los suicidios, intentos y consultas otorgadas., 4. (D. R. Cabrera, Ed.) San Francisco, Campeche, México: Comité editorial

- gadas., 4. (D. R. Cabrera, Ed.) San Francisco, Campeche, México: Comité editorial.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa número 410/18 de fecha 7 de septiembre de 2018. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales)
- Joffre Velázquez, V. M. (2009). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el Hospital General Dr. Carlos Canseco. Tesis Doctoral, primera, 87. Tampico, Tamaulipas, México: Universidad de Granada. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- Leithwood, K., Menzies, T., Jantzi, D., Leithwood, J. V., & Huberman, M. (1999). *Teacher Burnout: A Critical Challenge for Leaders of Restructuring Schools*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- Lerma, F. (2003). El síndrome de sobreentrenamiento: Una visión desde la Psicobiología del Deporte. Barcelona: Paidotribo. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- M. Cano-Langreo<sup>1, 3</sup>, S. Cicirello-Salas<sup>1, 3</sup>, A. López-López<sup>1, 3</sup>, M. Aguilar-Vela<sup>2, 3</sup> Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med. segur. Trab.* vol.60 no.234 Madrid ene. /mar. 2014
- Peris, M. D. (2002). El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaume I de Castellón.
- Pines, A. y Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto: Canadá.
- Román-Hernández J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2003; 29 (2).
- Schaufeli, W. B. y Buunk, B. P. (1996). Professional burnout. En J. A. Schabracq; M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd
- Schaufeli, W. y. (1998). *The Burnout companion to study and research. A critical analysis*. Londo: Taylos and Francis. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Simbula, S., & Guglielmi, D. (06 de marzo de 2010). Depersonalization or cynicism, efficacy or inefficacy: what are the dimensions of teacher burnout? (S. P. Bajos, Ed.) *European Journal of Psychology of Education*, 25(3), 301-314. doi:<https://doi.org/10.1007/s10212-010-0017-6>
- Spaniol, L. y Caputo, G. (1979). *Professional burnout: a personal survival kit*. Levington, MA: Human Services Associates.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada del síndrome del Burnout*. (Primera ed.). Buenos Aires: Espacio. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- Tonon, G. (Diciembre de 2003). El Burnout en los trabajadores sociales. *A/801*, 1(1), primera, 55. Mar de Plata, Córdoba y Santiago del Estero, Argentina. Recuperado el 10 de febrero de 2019
- Veysseyer-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *La Revue de médecine interne*. 36 (2015): 233-236

### Artículo de Periódico

- Ruiz, E. (18 de diciembre de 2018). El Sol de Cuernavaca. Recuperado el 10 de febrero de 2019, de *Policías, presas del suicidio*: <https://www.elsoldecuernavaca.com.mx/policia/policias-presas-del-suicidio-2818080.html>

### 13. Glosario

- Actitud:** estado de ánimo que se expresa de una cierta manera, estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.
- Depresión:** abatido o derribado, trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.
- Estrés:** estado que se produce a partir de hechos que generan agobio o angustia.
- Factores de riesgo:** hecho o circunstancia que incrementa las probabilidades de que un individuo sufra determinado problema o contraiga una enfermedad.
- Fatiga:** alude al agotamiento, la extenuación, la debilidad o el tedio; molestia o cansancio que provoca un esfuerzo físico o mental.
- Frustración:** dejar sin efecto o malograr un intento. Sentimiento desagradable que se produce cuando las expectativas de una persona no se ven satisfechas al no poder conseguir lo pretendido.
- Predisposición:** en el ámbito de salud, es una persona que cuenta con mayores probabilidades que el resto de la gente a desarrollar el trastorno de salud en cuestión.
- Síndrome:** grupo de síntomas que caracterizan a una determinada enfermedad; grupo de fenómenos propios de una situación específica.
- Síntoma:** señal o indicio de algo que está sucediendo, en el ámbito médico es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo.
- Trastorno de personalidad:** conjunto de afecciones psiquiátricas que modifican el desarrollo de las relaciones interpersonales.