

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

"PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS  
RESIDENTES DEL ULTIMO AÑO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR DEL DISTRITO FEDERAL"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**P R E S E N T A :**  
**DRA. MICHELLE REMEDIOS DIAZ VARGAS**

0352216

TUTOR: DRA. MARIA LUISA PERALTA PEDRERO

ASESOR: DR. AGLES CRUZ AVELAR

ASESOR: DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

GENERACIÓN 2003-2006.

2005





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: DIÁZ VAZGAS  
MICHQUE REMEDIOS  
FECHA: 28/09/08  
FIRMA: [Signature]

Vo. Bo.

[Signature]

DRA. MARIA LUISA PERALTA PEDRERO

**TUTOR DE TESIS**

Especialista en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 93  
del I.M.S.S. del Estado de México.  
Maestra en Ciencias.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Vo. Bo.



---

**DR. AGLES CRUZ AVELAR**  
**ASESOR**

Jefe del Departamento de Personal Docente  
y Alumnos, División de Estudios de Posgrado.  
Facultad de Medicina, UNAM.

Vo. Bo.



---

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**  
**ASESOR**

Jefe de Enseñanza e Investigación.  
Titular del Curso de especialidad en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No.20 Vallejo del I.M.S.S.

Vo. Bo.

A handwritten signature in cursive script, reading "Dra. Maria del Carmen Aguirre Garcia", written over a horizontal line.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

**PROF. ADJUNTO AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
DE MEDICINA FAMILIAR**

Especialista en Medicina Familiar  
de la UMF No.20 Vallejo del I.M.S.S.

## AGRADECIMIENTOS

**A DIOS:** Por cumplir sus promesas en mi vida al decirme: *“Mira que te mando a que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu DIOS estará contigo en dondequiera que vayas”* Josué 1:9.

**A mi esposo:** Mi mejor amigo, mi gran apoyo, mi brazo fuerte, mi aliento, gracias por estar a mi lado siempre, por creer en mí, por ser. Al verme reflejada en tus ojos me has hecho comprender el secreto más grande de la vida, el amor. Te amo.

**A mi madre:** Tu ejemplo, dedicación, responsabilidad y amor han hecho realidad mis más grandes sueños, a cada momento llevo tus enseñanzas en mi vida, brindándome el ánimo para continuar. Gracias mamita.

**A mi padre:** Al educarme con tanto amor, serenidad y paciencia fuiste forjando lo que ahora soy, gracias por decirme la palabra correcta en el momento preciso. Gracias papito.

**A mi hermano:** Mi complicidad a tu lado y tu gran compromiso a todo lo que realizas me inspiran para realizar mis proyectos. Tu madurez, honestidad y nobleza me dan la esperanza de saber que existen personas en las que aún se puede confiar. Gracias.

**A mis suegros:** Por su apoyo incondicional brindado siempre en mi vida, por el cariño, la fraternidad y todos los momentos felices que he vivido a su lado. Gracias.

**A mis cuñadas:** Por su gran ayuda en este proyecto, sin la cual no sería el mismo. A ti güerita por brindarme tu ayuda sin condiciones. A ti flaquita por tu tesón, ecuanimidad y seguridad las cuales son ejemplos a mi vida. Gracias por todo.

**A mamá Genia:** Su amor, cuidado y comprensión brindados a mi vida en el momento preciso permitieron recobrar en mí la fe y la esperanza. Gracias.

**A Alejandra:** Tu amistad en el momento más sombrío y gris me brindaron ese rayo de luz que necesitaba, las grandes amigas se reconocen en los momentos más difíciles. Gracias.

**A la Dra. María Luisa:** Por su paciencia, entrega, compromiso y responsabilidad en este proyecto y por darme la oportunidad de conocerla. Gracias.

**Al Dr. Agles:** Su entereza, empeño, constancia y tenacidad lograron hacer posible este proyecto. Gracias.

**A la Dra. Vicky:** Al brindarme el entusiasmo preciso para hacer mío este proyecto y otorgarme las armas necesarias para realizarlo, creo en mí la perseverancia para lograrlo. Gracias.

## INDICE

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS

ANTECEDENTES .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
OBJETIVOS .....	17
HIPÓTESIS .....	19
MATERIAL Y METODOS .....	20
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	23
VARIABLES DEL ESTUDIO .....	24
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	28
TABLAS Y GRAFICOS .....	32
DISCUSIÓN .....	39
ANEXOS .....	49
BIBLIOGRAFÍA .....	59



## PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL ÚLTIMO AÑO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DEL DISTRITO FEDERAL

Dra. Díaz-Vargas Michelle<sup>1</sup>, Dra. Peralta-Pedrero Ma. Luisa<sup>2</sup>, Dr. Cruz-Avelar Gales<sup>3</sup>, Dra. Pineda Aquino Victoria<sup>4</sup>.

### RESUMEN

**Antecedentes:** El síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por tres dimensiones interrelacionadas: a) Cansancio emocional, b) Despersonalización y c) Falta de realización personal, lo cual crea a un individuo emocionalmente agotado y con actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja. **Material y métodos:** De marzo de 2004 a febrero de 2005, se encuestaron las sedes de especialización en medicina familiar con reconocimiento de la UNAM del Distrito Federal. El diseño fue prospectivo, transversal descriptivo. Se incluyeron la totalidad de los residentes y se excluyeron los que se encontraban fuera del Distrito Federal. Se aplicó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, la de CAGE, el Apgar Familiar y la escala Maslach Burnout Inventory (en todos los casos se utilizó versiones validadas en español). **Resultados:** Total de 47 residentes adscritos, de los cuales, aceptaron participar 42 (89%). La prevalencia de síndrome de Burnout fue 21% IC<sub>95%</sub> 9 a 33%. La depresión y ansiedad es significativamente más frecuente en los residentes con síndrome de Burnout. **Conclusiones:** El síndrome de Burnout es muy frecuente en los residentes de medicina familiar que cursan su último año de instrucción. Es probable que la depresión y la ansiedad sean un factor de riesgo para la presentación de este síndrome. Aún en ausencia de este síndrome la proporción de residentes que presentan datos de despersonalización y falta de realización personal es alta y es probable que se traduzca en deficiencias en su labor asistencial y en su formación profesional.

**Palabras clave:** Burnout, residentes, medicina familiar, estrés, prevalencia.

<sup>1</sup> Médico Residente de Medicina Familiar UMF No.20, <sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar 93, IMSS. Maestra en Ciencias, <sup>3</sup> Jefe del Departamento de Personal Docente y Alumnos, División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM. <sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar. Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS.

## ANTECEDENTES

El estrés se define como la situación de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que al exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo de enfermar.<sup>1</sup>

El síndrome de Burnout se conceptualiza como una respuesta al estrés crónico laboral, se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y actitudes negativas hacia las personas a las que presta sus servicios.<sup>2,28</sup>

Estos elementos interactúan de tal manera que ocasionan que el individuo sienta cólera, ansiedad o depresión. El medio laboral que lo rodea, excede a sus propios recursos psicológicos y, por ello, pone en peligro su situación de bienestar. La relación se hace tan insoportable, que aparecen conductas de evitación, de ausentismo laboral y de importantes trastornos psicosomáticos o de personalidad.

Generalmente esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, actitud negativa y pérdida de la autoestima.

El síndrome de Burnout, está íntimamente relacionado con el estrés crónico experimentado fundamentalmente en el ámbito laboral.<sup>3</sup>

Algunos autores encontraron en médicos canadienses que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes.<sup>4</sup>

Se han realizado experimentos para crear situaciones de tensión y ansiedad en trabajadores en diferentes sectores y se ha observado que su desempeño tiende a ser menor. Se demostró que las perturbaciones emocionales producidas por las situaciones ambientales impedían la ejecución de tareas en forma adecuada.<sup>10</sup>

Al establecerse estrés crónico y por consiguiente síndrome de Burnout, se produce un estado relativo de fatiga mental, el cual es definido como el cambio en la regulación de los mecanismos fisiológicos, resultando diversos efectos físicos y mentales, posterior a las altas demandas de trabajo. En este sentido, el síndrome de Burnout es considerado como un estado mental posterior a una expresión extrema de un largo período de fatiga.<sup>11</sup>

Huibers MJH investigó las diferencias entre la fatiga, el síndrome de Burnout y el síndrome de fatiga crónica y encontró que estas tres se encuentran interrelacionadas. Reporta en su estudio que cada una tiene características propias, que la diferencia entre fatiga y el síndrome de fatiga crónica radica en el curso y duración de la fatiga y que el síndrome de Burnout se describe secundario a fatiga y complicaciones de la misma como ausentismos laborales y que tiene como característica cansancio emocional, acompañado por estrés crónico, despersonalización y falta de realización personal.<sup>20,21</sup>

Papp KK. et al. estudiaron el insomnio y la fatiga en médicos residentes, de las siguientes residencias: gineco-obstetricia, urgencias, medicina familiar, medicina interna, pediatría y cirugía, donde concluyen que estos dos síntomas se encuentran en personal médico durante su residencia, y que sólo el 16% de estos residentes entrevistados no presentaron estos síntomas.<sup>35</sup>

El concepto de síndrome de Burnout o de desgaste profesional fue acuñado en 1974 por Herbert Freudenberger, en referencia al resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo, que conduce al cansancio físico y emocional, debido a las condiciones laborales. Freudenberger fue un psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en la clínica Libre de Nueva York para toxicómanos. Observó que posterior a un año de trabajo, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión. Freudenberger describió como estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia de culpar a los pacientes de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la palabra Burnout.<sup>4,5</sup> Finalmente, en 1980 lo define como el resultado de desgastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables.<sup>6</sup>

Posteriormente, Catherine Maslach y Susana Jackson describieron el síndrome como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional.<sup>5,12</sup>

Maslach y Jackson describen que el síndrome de Burnout está caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas: a) Cansancio emocional que se refiere a la pérdida progresiva de energía o desgaste de recursos emocionales, es decir que el trabajador ya no puede dar más a nivel afectivo (anergia, sentirse emocionalmente agotado, fatiga, etc.), b) Deshumanización o despersonalización donde se desarrollan actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores (pacientes, familiares, compañeros, etc.), además de un endurecimiento afectivo (irritabilidad, pérdida de motivación hacia el trabajo) y c) Falta de realización personal la cual es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa (sentimientos de inadecuación y fracaso).<sup>3,4,6,7,8</sup>

Este síndrome se manifiesta por una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo, somático, conductual y emocional.<sup>8</sup> Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los síntomas emocionales, existiendo ansiedad, ánimo depresivo, estrés, irritabilidad, etc. Dentro del ámbito cognitivo puede haber falta de concentración, bajo rendimiento académico, disminución en la capacidad de resolver problemas, etc.

Puede producirse también alteraciones de conducta como ausentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de alcohol y drogas, etc., también se han descrito síntomas somáticos, como cefaleas, dorsalgias, insomnio, trastornos gastrointestinales (gastritis, colitis, úlceras) fatiga, etc.<sup>3,13,14,15,16,17</sup>

De Vente W. en una investigación realizada a personas con diagnóstico de síndrome de Burnout en comparación con personas sanas encontró que al existir una activación simpática ante diversos factores estresantes se produce un incremento en el ritmo cardíaco, la presión arterial y la liberación de catecolaminas. La elevación de la presión arterial puede ser considerado como un signo de falla en la regulación del eje simpático-adrenérgico-medular con hipersecreción del cortisol. Además otros autores han encontrado que el estrés crónico provoca daños en el sistema inmune y dificulta la reparación de los tejidos.<sup>18,19</sup>

Según Maslach, este síndrome se produce casi exclusivamente en los médicos, que se enfrentan muy frecuentemente al dolor del paciente y el sufrimiento de los familiares, sintiéndose muchas veces solos e impotentes para abordar las grandes demandas psico-afectivas del paciente.

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

Según el sexo, el grupo más vulnerable lo comprenden las mujeres, por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. El estado civil se ha asociado más con las personas que no tienen una pareja estable, en estudios se ha observado que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas personas casadas o con parejas estables.

La existencia de hijos hace que estas personas sean más resistentes al síndrome, debido a la tendencia encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales.<sup>7</sup>

La sobrecarga laboral se ha relacionado con el síndrome de Burnout, encontrándose que ha mayor número de horas de contacto con el paciente se puede generar la aparición del estrés. También el salario percibido ha sido otro factor controversial al no encontrar una clara relación con la aparición del síndrome de Burnout.<sup>12</sup>

Otros factores relacionados al síndrome de Burnout son la distancia desde la residencia al lugar de trabajo, las dificultades en el transporte, el tráfico, los problemas económicos, el turno horario, el tipo de actividad desarrollada, los años de convivencia con la pareja actual, etc.<sup>3,24</sup>

El instrumento para realizar la medición del síndrome de Burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual fue validado por Maslach y Jackson apareciendo su versión definitiva en 1986 y posterior a un estudio realizado por Gil-Monte se considero válido y confiable en la versión adaptada al castellano siendo publicado en el 2002.<sup>22</sup>

Este es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 22 ítems (con 7 opciones de respuesta: Escala de Likert de 0 a 6) Los grados de intensidad van desde: 0 = nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; hasta 6= todos los días en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y hacia los pacientes.<sup>26</sup>

Se evalúan tres subescalas las cuales son: a) *Cansancio emocional* el cual se compone de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,29) sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo; puede manifestarse física, psíquicamente, o una combinación de ambas, el cansancio emocional provoca falta de recursos emocionales, b) *Despersonalización* se compone de 5 ítems (5,10,11,15,22) los elementos de esta subescala describen una respuesta interpersonal fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional, acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo, desarrollando actitudes negativas, hostiles, distantes, críticas, etc. y c) *Falta de realización personal* que se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas, suponen una



serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima.<sup>22,23</sup>

Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. Los criterios seguidos fueron los siguientes: Para la escala de cansancio emocional, puntuaciones de 27 o más serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo de 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos. En la escala de despersonalización puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, 6-9 medio y menores de 6 bajo grado de despersonalización.

En contrapartida, la escala de falta de realización personal funciona en sentido opuesto a las anteriores, y así 0-33 puntos indicaría baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro. Altas puntuaciones las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. El cuestionario tiene una estructura tridimensional y a partir de ella se definen tres subescalas o dimensiones para designar un sujeto con Burnout.<sup>7,9,12,23</sup>

Sameer S et al. realizaron un estudio donde incluyen una revisión entre 1984 y 2001, donde usaron el MBI. Dentro de las investigaciones efectuadas encontraron que este síndrome es más común en los médicos, con un 46-80% de reporte de moderado a altos niveles de cansancio emocional, 22-93% reportaron moderados niveles de despersonalización y del 16-79% reportaron bajos a moderados

niveles de falta de realización personal. Estudios realizados a médicos residentes reportan resultados similares, entre otras cosas, porque se encuentran sometidos a estrés extremo mental y físico, lo que puede dar como resultado actitudes negativas en su práctica diaria.<sup>25,32</sup>

Shanafelt TD et.al. en su estudio para conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en el programa de residencia en medicina interna, encontraron los siguientes resultados: el síndrome de Burnout fue más común en residentes que cursaban el último año de la residencia donde se reportó que más del 75% de los entrevistados presentaron criterios para Burnout.

Este estudio reportó una prevalencia del 57% del síndrome de Burnout. Además el estudio sugiere que estos residentes son más susceptibles a presentar períodos de depresión, así como abuso de cualquier tipo de sustancias. Lo anterior lo confirman otros autores, donde aseveran que el síndrome de Burnout se encuentra estrechamente relacionado con el abuso a sustancias, principalmente al alcohol, además de encontrar una fuerte relación entre sujetos que padecen el síndrome y depresión o ansiedad.<sup>28,29,34,35</sup>

Gabbe et al encontraron en un estudio realizado a personal del departamento de Gineco-obstetricia demostraron niveles altos de cansancio emocional en el 56% de los entrevistados, niveles altos de despersonalización en el 36% y niveles bajos de realización personal en el 21% de los entrevistados. Así mismo estudios realizados por diversos autores (McCue JD, Cebria J, Sargent MC ) corroboran las investigaciones

realizadas por Gabbe, y afirman que un alto nivel de despersonalización se encuentra relacionado con sobrecarga de trabajo.<sup>30,31,33,35,36,37</sup>

Por otra parte, dado a la relación que varios autores han hecho con respecto a la ansiedad y a la depresión, existe una escala llamada de Goldberg que fue concebida para permitir la detección de estos dos trastornos psicopatológicos. La escala es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado. Es un indicador muy fiable para la prevalencia, la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez, representando una sensibilidad del 83.1%, especificidad del 81.8% y un valor predictivo positivo del 95.3%. La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de ansiedad y la otra para la detección de depresión.

Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.<sup>38</sup>

Así mismo, dado a la relación que tiene el síndrome de Burnout con la presencia de alcoholismo, existen varios cuestionarios para la detección del abuso de bebidas alcohólicas, dentro de los mejores, encontramos a la prueba de *Cutting down, annoyance by criticism, guilt, feeling, and eye-openers*, CAGE, la cual se derivó de un estudio clínico conducido en Carolina del Norte en 1968 para detectar sujetos alcohólicos mediante cuatro preguntas clave que tienen que ver con la crítica social, la culpabilidad individual, la ingestión matutina y la necesidad sentida de consumir alcohol.

Tiene una alta especificidad del 98%. Esta es una prueba discriminante (para tamizar) que se aplica a sujetos consumidores de alcohol, compuesta por cuatro preguntas que toman el valor de 0 cuando la respuesta es negativa, o de 1 si es afirmativa. Dependiendo del resultado de las respuestas se clasifica de la siguiente manera: a) Consumo social o bebedor social de 1, b) Consumo de riesgo de 2, c) Consumo perjudicial de 3 y d) Dependencia alcohólica de 4.

Además, dado a que la familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador del síndrome de Burnout, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medidas que cumpla con sus funciones básicas, es importante analizar la relación que existe con la aparición del síndrome de Burnout y la presencia de disfuncionalidad familiar, puesto que varios autores han corroborado que un factor protector para padecer dicho síndrome es el tener una pareja sentimental estable y tener hijos, dicho de otra manera el tener una familia. Para la exploración de la funcionalidad familiar se han creado varios instrumentos, de los cuales destaca el Apgar familiar, que fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia.

El Dr. Gabriel Smilkstein creó dicho instrumento en 1978. Este instrumento consta de 7 preguntas con 5 opciones de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. La puntuación final se clasifica de la siguiente forma: 1) Buena función familiar de 18 a 20, 2) Disfunción familiar leve de 14 a 17, 3) disfunción familiar moderada de 10 a 13 y 4) Disfunción familiar severa igual o menor a 9.<sup>40</sup>

Por otra parte es importante conocer el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) el cual consta de principios pedagógicos para la formación de especialistas médicos, contemplando cursos de especialización de dos a cinco años de duración, tiempo en el cual el médico residente debe dedicar 40 horas semanales para la realización de actividades académicas que lo conforman. La preparación de las mismas requiere un mínimo de 10 horas de estudio individual.

Los requisitos de permanencia en la especialidad de medicina familiar incluyen el dedicar tiempo completo a sus estudios de especialización, cumplir con el total de actividades académicas y créditos escolares establecidos, sustentar los exámenes departamentales que aplica la facultad, no rebasar los tiempos establecidos en el tiempo establecido según la duración de los estudios de especialización, presentar un trabajo escrito de investigación acerca de un problema significativo en la especialidad estudiada, con un período de duración de tres años.<sup>41</sup>

Las investigaciones realizadas permiten analizar el síndrome de Burnout en médicos residentes en medicina familiar, para crear en un futuro estrategias apropiadas para la prevención de este síndrome que cada vez aqueja más a la población médica.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El síndrome de Burnout se ha convertido en un problema de salud pública. Los estudios realizados en médicos residentes en medicina familiar a nivel internacional y nacional son muy pocos y conllevan varios sesgos como el hecho de que se ha analizado en una sola sede, sin seleccionar a los residentes por grado académico, o incluyéndolos al total del personal médico (trabajadoras sociales, odontólogos, laboratoristas, etc.). Esto nos crea un problema puesto que no se estaría obteniendo la prevalencia de este síndrome como causa de estrés crónico dentro de la residencia médica en medicina familiar, si no que se podrían estar evaluando otros factores asociados al síndrome. Además no hay un estudio realizado en nuestro país a los médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Por lo anterior nosotros nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

***¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES EN MEDICINA FAMILIAR QUE CURSAN SU ÚLTIMO AÑO DE LA RESIDENCIA DEL DISTRITO FEDERAL?***

## JUSTIFICACION

El síndrome de Burnout es motivo de preocupación, por las repercusiones personales que implica, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, por las repercusiones familiares y sociales, así como por la repercusión en el ámbito laboral u organizacional, como ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios y disminución de la productividad.

Los médicos residentes en Medicina Familiar se encuentran expuestos a diferentes factores estresantes que pueden originar el síndrome de Burnout. Estos factores estresantes pueden ser los horarios ilimitados de estancia en el área intrahospitalaria, la realización de diversos trabajos, traducciones de artículos, la necesidad de varias horas de estudio para la presentación de diversos temas, la distancia que deben viajar de su casa hacia los hospitales, el constante estrés que origina encontrarse entre la vida y la muerte, la alta competitividad con sus compañeros, entre otros factores, que conllevan a la afectación física y emocional, constituyendo factores de riesgo para padecer el síndrome de Burnout.

Por lo anterior, es importante conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes en medicina familiar puesto que se ha observado este síndrome cada vez con mayor frecuencia sobre todo en el personal que trabaja para la salud de los cuales resalta el personal médico.

La necesidad de estudiar este síndrome en los médicos residentes en Medicina Familiar viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral y a las repercusiones importantes como lo son el ausentismo, incapacidades justificadas e injustificadas, disminución del nivel académico, disminución de la calidad de atención hacia el paciente, etc. Así mismo, dado que los médicos residentes prestan una función asistencial o social, el deterioro de la calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general.

En nuestro estudio identificaremos la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes en Medicina Familiar, todo esto con el propósito de abrir la posibilidad de proponer en estudios posteriores estrategias para diagnosticar, prevenir o tratar este síndrome, dado a la alta prevalencia que se ha encontrado en las investigaciones efectuadas. Por lo que, es necesario conocer la prevalencia de el síndrome de Burnout en el último año de la residencia, si lo realizáramos en otros años podríamos sesgar nuestro estudio puesto que por definición se caracteriza, entre otras cosas, por estrés crónico y en los dos años anteriores se podrían estar evaluando otras condiciones del médico residente y no el síndrome desarrollado dentro de la realización del posgrado médico, y realmente no conoceríamos si se desarrollo el síndrome como consecuencia de la residencia médica o sí ya lo presentaba el médico residente por alguna otra situación.



Conjuntamente con esta evaluación y por presentarse como factores asociados en las investigaciones realizadas, efectuaremos una valoración para conocer de manera exploratoria trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión. Así mismo se realizará una escala para determinar si existe en el médico residente alcoholismo, por su asociación con el síndrome de Burnout.

Es por eso que nos parece importante reconocer primeramente el síndrome de Burnout, saber en que porcentaje de la población de médicos residentes en las diferentes sedes en que se imparte la especialidad de Medicina Familiar lo padecen para que en estudios posteriores se realicen estrategias para diagnosticar, prevenir y tratar esta entidad patológica que cada día afecta más y más a nuestra sociedad.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- ◆ Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de Medicina Familiar que cursan su último año de instrucción en las sedes académicas ubicadas en el Distrito Federal con reconocimiento de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional Autónoma de México

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ◆ Identificar el nivel de cansancio emocional en el síndrome de Burnout en los residentes que cursan el último año de especialidad en medicina familiar.
- ◆ Identificar el nivel de despersonalización en el síndrome de Burnout en los residentes que cursan el último año de especialidad en medicina familiar.
- ◆ Identificar el nivel de falta de realización personal en el síndrome de Burnout en los residentes que cursan el último año de especialidad en medicina familiar.

◆ Identificar la presencia de Ansiedad como factor asociado al síndrome de Burnout en los residentes que cursan su último año de la especialidad.

◆ Identificar la presencia de Depresión como factor asociado al síndrome de Burnout en los residentes que cursan su último año de la especialidad.

◆ Identificar la presencia de alcoholismo como factor asociado al síndrome de Burnout en los residentes que cursan su último año de la especialidad.

◆ Identificar la presencia de disfuncionalidad familiar como factor asociado al síndrome de Burnout en los residentes que cursan su último año de la especialidad.

## **HIPOTESIS**

No necesaria por diseño.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **Sitio del estudio**

Sedes de especialización en Medicina Familiar con reconocimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Distrito Federal.

### **Tiempo del estudio**

De marzo del 2003 a febrero del 2006.

### **Diseño del estudio**

Prospectivo, transversal descriptivo.

### **Propósito del estudio**

Estimar prevalencias y factores asociados.

## **Población del estudio**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Médicos residentes que se encuentren cursando su último año de la residencia medicina familiar.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Médicos residentes que no deseen participar

### CRITERIOS DE ELIMINACION

- ✓ Médicos residentes que se encuentren en "trabajo de campo y por lo tanto fuera de la ciudad."
- ✓ Médicos residentes que no se encuentren en la unidad sede el día en que se aplique la encuesta.

## **Tamaño de la muestra y tipo de muestreo**

No se requirió ya que se estudió toda la población.

## **Recursos**

**FISICOS:** Sedes de la especialidad en Medicina Familiar a entrevistar.

**HUMANOS:** El médico residente, el investigador y asesores.

**FINANCIEROS:** Computadora personal, fotocopias, encuestas, lápiz y goma. Será financiado por el investigador.

**Factibilidad:** Se considera factible por tener un tamaño de muestra adecuada, es abordable en cuanto a tiempo y dinero y es manejable en cuanto al alcance.

**Aspectos éticos:** Riesgo menor al mínimo. De acuerdo con los principios estipulados en el acuerdo de Helsinki. Se considera ético puesto que no se pone en riesgo al paciente, no se efectuara ninguna intervención y la información solicitada a los participantes será anónima y se manejara en forma confidencial.

## DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se registró y aprobó el protocolo en la UMF No. 20 por el Comité de Investigación y Ética correspondiente, se presentó a la autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de México en la División de Estudios de Posgrado e Investigación.

Contando con la aprobación y el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México se elaboraron los oficios correspondientes por sede, se solicitó al mismo departamento la lista de alumnos por sede, se fijó la fecha de encuesta en cada sede y se citó a los alumnos.

Se aplicó a los médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar de diferentes hospitales, reconocidos en la Universidad Nacional Autónoma de México en la División de Estudios de Postgrado e Investigación un cuestionario con preguntas sobre datos sociodemográficos, una escala de Maslach Burnout Inventory, la cual califica 3 dimensiones y cada una se estadifica en niveles alto, medio y superior una escala de alcoholismo de CAGE, una escala de ansiedad y depresión de Goldberg y el Apgar familiar.

Una vez que aceptaron a participar se les explicó en que consistía el estudio, y se solicitó el consentimiento informado por escrito.

Una vez terminados los datos se sometieron a análisis estadístico. Se analizaron con los programas estadísticos SPSS versión 10.0 y EPI-info versión 6.0.



## VARIABLES DEL ESTUDIO

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Síndrome de Burnout	Resultado de la combinación de factores estresantes en el entorno social y laboral que desencadenan un estrés crónico.	Síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, sobre todo en individuos que trabajan con otras personas.	Ordinal
Sede	Lugar donde tiene su domicilio una entidad educativa, deportiva, económica, etc.	Clínica donde se encuentra en formación el médico residente	Ordinal
Sexo	Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los machos de las hembras.	Si es hombre o mujer.	Ordinal
Estado civil	Conjunto de condiciones de nacimiento, convivencia, etc., de una persona, que determinan su capacidad civil.	Estado en el cual se encuentra actualmente el médico residente como: soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado.	Ordinal
Padre o madre	Hombre o mujer que engendran a un hijo.	Médico residente que cuida, protege y da aportación económica a un hijo	Ordinal

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Trabajo extra	Desarrollar un esfuerzo físico en una actividad determinada.	Realizar un trabajo fuera de la formación en medicina familiar	Ordinal
Fumar	Aspirar y despedir el humo del tabaco.	Fumar cigarrillos	Ordinal
Tomar bebidas alcohólicas	Ingerir bebidas alcohólicas	Ingerir bebidas alcohólicas con fines sociales o de autodestrucción.	Ordinal
Enfermedad	Conjunto de fenómenos que el organismo opone a toda acción morbosa que tienda a perturbar su estado fisiológico.	Estado de salud en el que se encuentra actualmente el médico residente en cuanto a un padecimiento crónico.	Ordinal
Horas de estudio	Ejercitar el entendimiento para comprender o entender algo.	Horas que dedica al estudio y realización de trabajos académicos en casa.	Ordinal
Actividad recreativa	Divertir, alegrar o deleitar.	Actividad recreativa que realiza el médico residente en su tiempo libre.	Ordinal
Transportarse	Trasladarse hacia un sitio determinado	Tiempo que invierte el médico residente en transportarse de su casa al hospital.	Ordinal

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Dormir	Permanecer en estado de reposo con suspensión de la actividad de los sentidos y de todo movimiento voluntario.	Número de horas por día que acostumbra a dormir el médico residente.	Ordinal
Guardias	Acción de guardar y vigilar.	Médico residente cumpliendo con actividad clínica complementaria.	Ordinal
Clases	Con junto de estudiantes que reciben un mismo grado de enseñanza	Promedio de horas de clase por día.	Ordinal
Comer	Tomar alimento	Cuantas comidas al día acostumbra realizar el médico residente.	Ordinal
Cansancio emocional	Causar fatiga al ánimo	Sentimientos del médico residente emocionalmente exhausto por su trabajo	Ordinal
Despersonalización	Separar conscientemente un problema, opinión, etc. de las características del hablante o actuante.	Respuesta interpersonal fría de parte del médico residente hacia los Pacientes.	Ordinal

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Falta de realización personal	Falta de autoaprecio o autoestimación.	Serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo.	Ordinal
Ansiedad	Estado de inquietud o zozobra del ánimo.	Trastorno psicológico asociado al síndrome de Burnout	Ordinal
Depresión	Estado psíquico de abatimiento.	Trastorno psicológico asociado al síndrome de Burnout	Ordinal
Alcoholismo	Conjunto de trastornos crónicos ocasionados por la ingesta excesiva de alcohol.	Enfermedad asociada al síndrome de Burnout	Ordinal
Funcionalidad familiar	Relacionado a las funciones principalmente vitales.	Capacidad de una familia para lograr un efecto de equilibrio entre factores estresantes y recursos y obtener, por tanto, un mejor equilibrio psicosocial.	Ordinal

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a la información proporcionada por el Departamento de Coordinación de Programas Académicos de la Subdivisión de las Especializaciones Médicas de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; en el área metropolitana, la residencia de medicina familiar se imparte en las siguientes sedes académicas: Unidad de Medicina Familiar # 21 “Francisco del Paso y Troncoso”, Unidad de Medicina Familiar # 33 “El Rosario”, Unidad de Medicina Familiar # 28 “Gabriel Mancera”, Unidad de Medicina Familiar # 94, , Clínica Gustavo A. Madero, Clínica Ignacio Chávez, Centro de Salud “Castro Villagrana”, Unidad de Medicina Familiar # 20 y Unidad de Medicina Familiar # 61 “San Angel”. Se excluyeron las últimas dos sedes por no contar con residentes de último año.

Las sedes participantes cuentan con un total de 47 residentes adscritos. Se encuestó a 42 (89%) residentes. Los 5 residentes restantes se encontraban realizando su año de campo fuera del Distrito Federal.

De los residentes encuestados el 76% fueron del sexo femenino y 24% del masculino, ninguno refirió desempeñar algún trabajo remunerado además de la residencia.

La prevalencia de síndrome de Burnout fue 21% IC<sub>95%</sub> 9 a 33%. (Cuadro 1). Con base en esto el resto del análisis compara las características de los residentes

en que se detectó este síndrome (n=9 residentes) y en que se descartó (n=33 residentes).

En ambos grupos la proporción de residentes que refirieron contar con su pareja fue de 54%.

En cuanto a actividades académicas, de descanso y recreativas los residentes con síndrome de Burnout duermen mayor número de horas, tienen guardias más espaciadas y efectúan menos comidas al día, en comparación con los que fueron negativos al síndrome de Burnout. (Cuadro 2a).

En relación a la morbilidad, en el caso de los que fueron positivos a este síndrome ninguno refirió padecer enfermedad.

De los 33 residentes que fueron negativos al síndrome, 2 refirieron padecer hipertensión arterial sistémica, otros 2 asma alérgica y 2 depresión mayor. Los medicamentos que utilizaron son: enalapril, imipramina, loratadina, losartán y sertralina.

Con respecto al tiempo de consumo de medicamentos, uno de los residentes refirió de 1 a 3 meses, 2 de 4 a 6 meses y 3 más de 6 meses. Los 27 residentes restantes negaron la presencia de comorbilidad.

La proporción de residentes con y sin síndrome de Burnout que refirieron tener hijos fue similar (33 y 24% respectivamente).

Con respecto a las actividades recreativas en el tiempo libre las llevan a cabo tanto los residentes que fueron positivos a Burnout como los negativos. El tiempo que tardan en trasladarse de su domicilio a la sede es similar en ambos grupos. (Cuadro 2a)

Se exploraron algunos factores relacionados con la distribución del tiempo de descanso, actividades académicas y alimentos.(Cuadro 2b)

De acuerdo al análisis de las sub-escalas del cuestionario de "Maslach Burnout Inventory", de los 33 residentes que no reunieron la puntuación necesaria para diagnóstico de síndrome de Burnout, se encontró una puntuación alta en las siguientes dimensiones: despersonalización 6 (18%), cansancio emocional 3 (9%), y una puntuación baja en falta de realización personal 13 (39%)

Se exploró la ansiedad, depresión y disfunción familiar como factores asociados para el síndrome de Burnout, encontrándose que 8 (89%) residentes presentaron ansiedad en relación con el síndrome de Burnout y 21 (64%) residentes presentan dicha patología sin presentar el síndrome. Un residente (11%) que presenta el síndrome no presentó ansiedad y 12 (37%) residentes no presentan síndrome de Burnout ni ansiedad.(Cuadro 3a)

De los 9 residentes que presentaron el síndrome de Burnout, presentaron igualmente depresión (100%). De los 33 residentes restantes que no presentan el

síndrome, 16 (48%) presentan depresión y 17 (51%) residentes no presentan el síndrome ni depresión.(Cuadro 3b)

En cuanto a la funcionalidad familiar, los 9 residentes que presentaron el síndrome de Burnout, se encuentran en buena función familiar, 4 (12%) residentes que no presentan el síndrome, se encuentran en disfuncionalidad familiar y los 29 (88%) residentes restantes no presentan el síndrome y tienen buena funcionalidad familiar.(Cuadro 4)

Se exploró la presencia de alcoholismo encontrando que 3 (33%) residentes lo presentaron en relación al síndrome de Burnout, 6 (66%) no lo presentaron, teniendo el síndrome, 12 (36%) residentes lo presentaron sin tener el síndrome y los 21 (63%) residentes no lo presentaron. En relación con el tabaquismo se observó que 3 (33%) residentes lo presentaron fumando más de 10 cigarrillos al día, 1 (11%) fuma menos de 10 cigarrillos al día y 5 (55%) son negativos a tabaquismo. en relación al síndrome de Burnout, además 3(9%) residentes presentan tabaquismo fumando más de 10 cigarrillos al día, 1(3%) fuma menos de 10 cigarrillos al día, sin tener el síndrome y 29 (88%) son negativos al tabaquismo y al síndrome.(Cuadro 5)



Cuadro 1. Frecuencia de síndrome de Burnout en médicos residentes de Medicina Familiar en su último año de instrucción.

<b>SEDE ACADÉMICA</b>	<b>Residentes adscritos n =47(100%)</b>	<b>Residentes encuestados n = 42(100%)</b>	<b>Síndrome de burnout n= 9(100%)</b>
UMF No. 21	9(19)	7(17)	0
UMF No. 33	7(14)	6(14)	1
Clínica Ignacio Chávez	4(8)	4(9)	1
C.S. Castro Villagrana	7(14)	7(17)	2
Clínica Gustavo A. Madero	2(4)	2(5)	0
UMF No. 28	10(21)	8(19)	2
UMF No. 94	8(17)	8(19)	3

UMF: Unidad de Medicina Familiar

C: Clínica.

C.S.: Centro de Salud.

Cuadro 2a. Actividades académicas, recreativas y de descanso de los médicos residentes de Medicina Familiar en el Distrito Federal.

<b>SÍNDROME BURNOUT</b>		
	<b>Si n=9(100%)</b>	<b>No n=33(100)</b>
<b>ACTIVIDAD</b>		
<b>RECREATIVA</b>		
Deportiva	2(22)	13(39)
Cultural	2(22)	8(24)
Otra	5(55)	11(33)
Ninguna	0(0)	1(3)
<b>TIEMPO DE TRANSPORTE*</b>		
Menos de 30 minutos	3(33)	10(30)
30 minutos a 1 hora	4(44)	14(42)
Mas de una hora	2(22)	9(27)
<b>ESTUDIO EN CASA</b>		
Menos de 3 horas	5(55)	15(45)
Más de 3 horas	4(44)	18(54)
<b>SUEÑO</b>		
Menos de 6 horas	7(77)	31(93)
Más de 6 horas	2(22)	2(6)

\* Tiempo de transporte de su domicilio a la sede académica.

Cuadro 2b. Actividades académicas, recreativas y de descanso de los Médicos residentes de Medicina Familiar del Distrito Federal.

	<b>SÍNDROME BURNOUT</b>	
	Si n=9(100%)	No n=33(100)
<b>GUARDIAS</b>		
ABC O ABCD	0(0)	7(21)
ABCDE	9(100)	26(78)
<b>HORAS DE CLASE</b>		
≥ 3 horas	9(100)	31(93)
<3 horas	0(0)	2(6)
<b>COMIDAS</b>		
Dos	7(77)	19(57)
Tres	2(22)	14(42)
<b>TIEMPO DE COMIDA</b>		
<30 min.	6(66)	23(69)
≥30 min.	3(33)	10(30)

Cuadro 3a. Frecuencia de ansiedad en residentes de Medicina Familiar con y sin Síndrome de Burnout.

	SÍNDROME DE BURNOUT	
	Si n=9(100%)	No n=33(100)
<b>ANSIEDAD*</b>		
Si	8(89)	21(64)
No	1(11)	12(37)

\* Escala de Goldberg.

Cuadro 3b. Frecuencia de depresión en residentes de Medicina Familiar con y sin Síndrome de Burnout.

	SÍNDROME DE BURNOUT	
	Si n=9(100%)	No n=33(100)
<b>DEPRESION*</b>		
Si	9(100)	16(48)
No	0	17(51)

\* Escala de Goldberg.

Cuadro 4. Frecuencia de funcionalidad familiar en residentes de Medicina Familiar con y sin síndrome de Burnout.

	SÍNDROME DE BURNOUT	
	SI n=9(100%)	No N=33(100%)
FUNCIONALIDAD*		
Si	0	4(12)
No	9(100)	29(88)

\* Apgar familiar.

Cuadro 5. Frecuencia de adicciones reportadas por los residentes de Medicina Familiar del Distrito Federal.

		<b>SÍNDROME BURNOUT</b>	
		Si n=9(100%)	No n=33(100)
<b>TABAQUISMO</b>			
Positivo	≥10 cigarrillos/día	3(33)	3(9)
	<10 cigarrillos/día	1(11)	1(3)
Negativo		5(55)	29(88)
<b>ALCOHOLISMO*</b>			
Positivo		3(33)	12(36)
Negativo		6(66)	21(63)

\*Escala de alcoholismo de CAGE.

## DISCUSIÓN

La especialización en Medicina Familiar se encuentra reconocida como tal por la UNAM desde 1974 y tiene como principal objetivo formar especialistas que atiendan el primer nivel de atención médica. Actualmente esta especialización se lleva a cabo en 10 sedes ubicadas en la república mexicana, pero para fines de este estudio, solo se evaluaron las sedes reconocidas por la UNAM ubicadas en el D.F., sin embargo, no nada más la UNAM reconoce esta especialización, también lo hace el IPN y la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se consideran sedes académicas de Medicina Familiar reconocidas por la UNAM a las Unidades Médicas que atienden y resuelven entre el 80 y 85% de las patologías que se presentan en una población determinada y estas unidades médicas deben de contar, en cuanto a la organización e infraestructura, con lo siguiente: a) Instalaciones, servicios y áreas de atención médica y auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios, con equipo y material suficiente y adecuado, para el buen desarrollo del curso de especialización, b) Personal médico necesario para el desarrollo de las actividades académicas del curso de especialización, que reúna los requisitos para ser nombrado profesor, c) Promover la actuación de los comités de control de la práctica profesional que resulten mas pertinentes para el quehacer médico especializado, d) Disponer de espacios físicos con equipo suficiente y adecuado para la realización de las sesiones médicas propias de los servicios de la unidad sede, así como para la realización de los seminarios y actividades académicas establecidos en el programa de estudios, e) Tener archivos



de expedientes médicos codificados con acceso permanente durante el día, f) Disponer de bibliohemeroteca que, además de contener una amplia variedad de libros actualizados, publicaciones periódicas de reconocido prestigio relacionadas con la especialidad médica correspondiente, ofrezca servicios de búsqueda en bancos automatizados de información, de informática médica con conexión a Internet, y de recuperación de artículos y fotocopiado, g) Incluir en su estructura organizativa, una instancia responsable de la planeación y coordinación de las actividades de enseñanza y de programas de investigación, h) Contar con áreas de descanso y de servicios personales en condiciones adecuadas de higiene para uso de los médicos residentes.<sup>42</sup>

Los alumnos que se forman en las Unidades médicas de Medicina Familiar, avaladas por la UNAM, deben satisfacer al término de su formación médica, con lo señalado en el Plan Único de Especializaciones Médicas que contempla cuatro seminarios específicos, a saber: Seminario de Atención médica; Seminario de Trabajo de Atención Médica; Seminario de Investigación y Seminario de Educación. La duración de esta especialidad es de tres años y los alumnos que se quieren formar en esta disciplina, tienen que cubrir los siguientes requisitos: 1) Ser médicos cirujanos con el 100% de los créditos de licenciatura cubiertos, 2) Aprobar el Examen Nacional de Residencias Médicas que aplica la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, 3) Ser aceptado por la jefatura de enseñanza institucional a la que pertenece la Unidad médica sede, la cual, le otorga al residente, un documento donde se compromete a aceptarlo y formarlo como especialista en Medicina Familiar, con estos documentos se inscribe a la UNAM,

finalmente, esta Institución educativa, año con año lo examina a través de exámenes departamentales obligatorios para promoverse a los años subsecuentes así como, para concluir su residencia, no sin antes presentar a la UNAM un trabajo de tesis supervisado y avalado por sus profesores.<sup>43</sup>

Por otro lado, es bien conocido el hecho de que no se puede separar la mente del cuerpo puesto que cuya simbiosis es necesaria para un buen desarrollo humano, más aún si se es médico, por tal motivo es que nuestro estudio adquiere inverosímil relevancia, ya que a pesar de lo poco estudiado y mal valorado hablando de estudios, que tienen como finalidad relacionar o comprobar de que se necesita una mente sana para un buen desarrollo laboral, los resultados indican una asociación indudable de síndrome de Burnout con mal desempeño laboral, y en algunos casos esta inestabilidad psico-emocional no se queda únicamente en el ámbito laboral, teniendo repercusiones a nivel de socialización y desempeño familiar del individuo afectado.

De la misma manera, estudios previos han podido encontrar una relación significativa entre niveles elevados de estrés y el desarrollo de enfermedad mental y física, así mismo, es bien conocida la asociación que existe de una actitud negativa caracterizada por cólera, ansiedad o depresión, desarrollada por cansancio emocional ocasionado por un síndrome de Burnout, es entonces que podemos decir que el ambiente laboral excede los recursos psicológicos del individuo, reflejado muchas veces en ausentismo laboral, conductas de evitación, y muy particularmente en el caso de los médicos deficiencia de la atención médica brindada al paciente.

La fatiga mental ocasionada por el estrés crónico disminuye la eficacia para poder resolver problemas, tomando en cuenta lo anterior, adquiere relevancia el hecho de que el estrés puede sobrepasar los mecanismos de defensa psicológicos de un ser humano y ocasiona una disfunción de su estado emocional condicionando deficiencia en sus capacidades, tomándolo insatisfecho e inhumano.<sup>21</sup>

Nuestro presente estudio, tuvo la finalidad de encontrar la prevalencia del síndrome de Burnout y explorar algunas asociaciones del mismo con trastornos como la ansiedad y depresión, así como el uso de drogas, principalmente el alcoholismo y con la funcionalidad familiar.<sup>7,13,36</sup>

Se obtuvo una tasa de no respuesta de 0, ya que la mayoría de los médicos residentes a encuestar se encontraban en el momento del estudio y accedieron voluntariamente a participar.

Los aspectos socioeconómicos del país se reflejan en las características de los médicos residentes estudiados ya que observamos que en su mayoría son mujeres, la mitad cuenta con pareja y no desempeñan otras actividades laborales remuneradas. De acuerdo con la información del INEGI, del total de personas de 12 años y más que participan en la actividad económica, ascendió en los últimos años, a 35.5 millones de los cuales 67.9%, son hombres y 32.1% mujeres, lo que significa que una tercera parte de la fuerza de trabajo del país, es población femenina. Además, a medida que aumenta la escolaridad de las mujeres, su participación

económica se eleva, mientras que el efecto sobre la participación masculina es variable.

En las tres últimas décadas el promedio de estudios formales de los mexicanos aumentó más del doble, al pasar de 3.4 en 1970 a 7.6 años en el 2000.

El análisis de las relaciones que se establecen entre el trabajo doméstico y extradoméstico confirma que la escolaridad juega un papel importante para acceder al mercado de trabajo, en la medida en que la población alcanza un mejor nivel educativo y es uno de los factores que ha contribuido a disminuir las diferencias entre mujeres y hombres.

En nuestro estudio podemos observar que el nivel educativo es alto al encontrarse los médicos residentes realizando un posgrado, según cifras del INEGI para este punto la información recabada, arroja los siguientes datos: el 12.7% de la población carece de instrucción; el 24.7% tiene la primaria incompleta, el 18.5% sí completó la educación primaria; el 20.6% tiene el nivel medio básico; el 14.6% tiene el nivel medio superior; el 8.8% el nivel superior y el 0.3% no está especificado, por lo que podemos decir que es poca la población que se encuentra dentro de un nivel superior y si de esa población, realizando la especialidad de Medicina Familiar la mayor parte son mujeres, esto puede ser secundario a que los médicos que estudian la residencia solo perciben una beca y el tipo de actividades de la residencia exige tiempo completo y por lo regular el aporte económico al formar una familia viene del hombre. En conclusión podemos aseverar que, probablemente las exigencias económicas por la ideología de nuestro país condiciona una limitante para la

formación del médico residente hombre, o bien sea condicionado por el tipo de especialidad, que sea mas afín al sexo femenino.

La prevalencia del síndrome de Burnout observada en nuestro estudio es alta y concuerda con lo reportado en otros estudios. En nuestro estudio no solo se encontró que el síndrome de Burnout existe, sino que además es un problema de salud pública ya que afecta a más de la cuarta parte de los médicos residentes de Medicina Familiar del Distrito Federal.<sup>7</sup>

En nuestra investigación no encontramos una diferencia estadística en cuanto a la proporción de médicos residentes que presentaban síndrome de Burnout aún teniendo pareja contra los que no la tenían, por lo que no se puede mencionar que el no tener pareja sea un factor asociado para presentar síndrome de Burnout, a diferencia de lo que mencionan otros autores, al referir que el tener una pareja estable es un factor protector para no padecer el síndrome.<sup>2</sup>

Más sin embargo encontramos en cuanto al estado civil, que sólo la mitad de los médicos residentes se encuentra casado y si se mencionó anteriormente que la mayoría son mujeres, pues este es un dato alarmante ya que el INEGI nos presenta la siguiente información: de la población mayor de 12 años, el 45.7% se encuentra casada, ya sea por el civil, religiosamente o por ambas formas; el número de personas que viven en unión libre asciende al 0.07%; el 39.8% se encuentra soltero, el 7.3% se encuentra separado, divorciado o viudo; y el resto no esta especificado, siendo impactante pues estos datos han cambiado en los últimos tiempos y quizá,

por la superación a nivel profesional que ha presentado la mujer, estas cifras se han transformado drásticamente, ya que al realizar otra actividad se confirman que la carga de trabajo mayor, en cuanto a trabajo doméstico y extradoméstico, la soportan las mujeres comparada con la que tienen los hombres, y esto puede ser una condicionante para mantenerse soltera.<sup>44</sup>

En cuanto a la carga de trabajo, encontramos que no existe una asociación entre exceso de trabajo y desarrollo del síndrome de Burnout, como es comentado por algunos autores, sino que al contrario encontramos que los que presentaban el síndrome, tenían guardias más espaciadas, dormían más horas y realizaban menos comidas, esto último quizá debido a trastornos afectivos condicionados por sentimiento de falta de realización personal y desmotivación, condicionando así un factor fuertemente asociado como la depresión.<sup>25</sup>

De manera exploratoria investigamos si existía alguna relación de morbilidad con la presencia del síndrome de Burnout, sin embargo, no encontramos dicha asociación.

No encontramos diferencia estadística entre los médicos residentes que desarrollaron síndrome de Burnout y el ser padres, contra los que no tenían hijos, en contraparte a lo mencionado por algunos autores al referir que el tener hijos, proporciona madurez y equilibrio emocional, al tener mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.<sup>8</sup>

Por otra parte, podemos mencionar que ni la actividad recreativa ni el tiempo que tardaban en llegar al lugar de trabajo procedentes de su domicilio, demostraron tener relevancia estadística, contrario a lo esperado en donde considerábamos que el no realizar ninguna actividad recreativa y recorrer grandes distancias para llegar al hospital sede, serían factores asociados para desarrollar el síndrome de Burnout.

En los médicos residentes que no presentaban síndrome de Burnout, encontramos que el 18% tenían despersonalización, el 9% cansancio emocional y 39% falta de realización personal, lo cual es un dato alarmante ya que este porcentaje de residentes se encuentran en riesgo de padecer el síndrome, dado lo anterior resulta evidente la necesidad de poner en marcha diversos programas (programación de actividades deportivas y culturales entre los mismos residentes, sesiones otorgadas por especialistas para el manejo de las emociones frente al paciente, etc.) para manejar el estrés psico-emocional.

Encontramos una asociación significativa en cuanto a la presencia de ansiedad y el síndrome de Burnout, observando que la ansiedad puede ocasionar desmotivación, deterioro del rendimiento, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes, entre otros.<sup>7</sup>

Así mismo, encontramos una asociación significativa del 100% en cuanto a la presencia de depresión y el síndrome de Burnout, lo que puede concluir en incapacidad laboral, falta de realización personal y en graves disfunciones mentales (agresividad, irritabilidad, angustia, etc.). Igualmente, son frecuentes actitudes

negativas, sarcásticas y poco colaboradoras que entorpecen el trabajo en equipo. También es sufrido por el paciente, quien percibe frialdad e indiferencia en el médico. Además, pueden producirse alteraciones de conducta y síntomas psicosomáticos.<sup>2</sup>

La funcionalidad familiar no se vio afectada en aquellos médicos residentes que presentaron síndrome de Burnout, lo cual es totalmente contradictorio a lo esperado, ya que lo mencionado por otros autores indica que la disfunción familiar en muchas ocasiones se desencadena por el síndrome de Burnout o viceversa.<sup>40</sup>

En contradicción a lo encontrado en otros estudios no observamos una relación significativa entre el alcoholismo y el síndrome de Burnout, así mismo no se encontró diferencia en cuanto al tabaquismo.

En conclusión podemos decir que es innegable la existencia de síndrome de Burnout en los médicos residentes de Medicina Familiar y que el resto que no lo tienen se encuentran con altos niveles en alguna de las subescalas, lo que pudiera estar siendo un factor condicionante de bajo rendimiento académico y baja calidad de atención en nuestras instituciones, así como el penoso hecho de formar médicos desmotivados, frustrados y con presencia de trastornos psico-afectivos como la ansiedad y la depresión.



Resultaría interesante desarrollar un programa en el cual pudieran compaginar las actividades académicas con las actividades recreativas y culturales, para observar mejora en la calidad de atención y desempeño académico del médico residente.

Así mismo, pudiera implementarse el aplicar la escala del Maslach Burnout Inventory y las subescalas de ansiedad y depresión durante los tres años consecutivos de la residencia médica para evaluar el impacto de estrés emocional y académico en el médico residente.

Por último, nos gustaría puntualizar el hecho de que se le brinde al médico residente apoyo psicológico y cuando sea necesario psiquiátrico, periódicamente supervisado para evitar conductas patológicas en el mismo, así como favorecer una buena relación médico-paciente, pieza angular de la calidad de atención médica otorgada, del mismo modo conseguiríamos cada vez formar más médicos comprometidos con su trabajo pero sobre todo satisfechos y con un alto nivel de realización personal.

## **ANEXOS**

1. FORMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.
3. CUESTIONARIO.
4. ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY.
5. APGAR FAMILIAR.
6. ESCALA DE ANSIEDAD Y DE PRESIÓN DE GOLDBERG.
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

## 1. FORMA DE RECOLECCION DE DATOS.

Síndrome de Burnout	Nivel alto	1
	Nivel medio	2
	Nivel bajo	3
Sede	U.M.F. # 21	.1
	U.M.F. # 33	2
	Clínica Ignacio Chávez	3
	Centro de Salud "Castro Villagrana"	4
	Clínica Gustavo A. Madero	5
	U.M.F. # 28	6
	U.M.F. # 94	7
Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
Estado civil	Casado	1
	Soltero	2
	Divorciado	3
	Unión libre	4
	Viudo	5
Padre o madre	Si	1
	No	2
Trabajo extra	Si	1
	No	2
Fuma	Si	1
	No	2
Toma bebidas alcohólicas	Si	1
	No	2

Enfermedad	Si	1
	No	2
Horas de estudio	2 a 4	1
	5 a 8	2
	más de 8	3
	Ninguno	4
Actividad recreativa	Deportiva	1
	Cultural	2
	Otras	3
	Ninguna	4
Transportarse	Menos de 30 min.	1
	De 30 min. a 1 hora	2
	Más de 1 hora	3
Dormir	Menos de 4 horas	1
	De 4 a 6 horas	2
	Más de 6 horas	3
Guardias	AB	1
	ABC	2
	ABCD	3
	ABCDE	4
Clases	1 a 2 horas	1
	3 a 4 horas	2
	5 a 6 horas	3
	Más de 6 horas	4

Comer	1 comida	1
	2 comidas	2
	3 comidas	3
	Más de 3 comidas	4
Cansancio emocional	Alto	1
	Medio	2
	Bajo	3
Despersonalización	Alto	1
	Medio	2
	Bajo	3
Falta de realización personal	Alto	1
	Medio	2
	Bajo	3
Ansiedad	Si	1
	No	2
Depresión	Si	1
	No	2
Alcoholismo	Si	1
	No	2
Funcionalidad familiar	Funcional	1
	Disfuncional	2

## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado doctor:

El presente trabajo tiene como finalidad conocer las características emocionales y físicas del médico residente en su último año de formación.

Los resultados son confidenciales, las encuestas son anónimas.

El análisis se efectuará de los datos agrupados y solo se darán a conocer los resultados generales, para implementar estrategias para mejorar la formación del residente.

Por medio de la presente solicitamos su colaboración contestando las encuestas que en seguida se le proporcionaran.

---

FIRMA DE ACEPTACION

### 3. CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer las características emocionales y físicas que presenta el residente en su último año de la especialidad. Es muy importante que conteste "con la verdad", los resultados son confidenciales, sólo el investigador principal tendrá acceso a ellos.

1. **Sede:** \_\_\_\_\_

2. **Especialidad:** \_\_\_\_\_

3. **Sexo:** Femenino  Masculino

4. **Estado civil:**

Casado  Soltero  Divorciado  Unión libre  Viudo

5. **Tiene hijos**

Si  No

6. **Tiene otro trabajo, además de la residencia:**

Si  No  (pasa a la pregunta 9)

7. **¿Que trabajo?:** \_\_\_\_\_

8. **¿Cuantas horas a la semana?** \_\_\_\_\_

9. **¿Fuma?**

Si  Cuantos cigarrillos \_\_\_\_\_ No

10. **¿Toma bebidas alcohólicas?**

Si  No  (pasa a la pregunta 11)

**¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? ESCALA DE CAGE**

Si  No

**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**

Si  No

**¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?**

Si  No

**¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios, o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**

Si  No

11. **Padece alguna enfermedad**

Si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No  (pasa a la pregunta 16)

**12. ¿Actualmente toma algún medicamento?**

Si  ¿Cuál?

No  (pasa a la pregunta 14)

**13. ¿Desde cuando toma ese medicamento?**

1 a 3 meses

3 a 6 meses

más de 6 meses

**14. ¿Cuántas horas dedica por día al estudio y a la realización de trabajos académicos en casa?**

1 a 2 horas

3 a 5 horas

más de 5 horas

**15. ¿Cuál es la actividad recreativa que realizas con más frecuencia en tu tiempo libre?**

---

**16. ¿Cuanto tiempo inviertes en el transporte de tu casa al hospital?**

menos de 30 min.

de 30 min. a 1 hora

más de 1 hora

**17. Número de horas por día que acostumbras dormir, generalmente:**

menos de 4 horas

de 4 a 6 horas

más de 6 horas

**18. Tipo de guardia:**

AB

ABC

ABCD

ABCDE

**19. Promedio de horas de clase por día:**

1 a 2 horas

3 a 4 horas

5 a 6 horas

más de 6 horas

**20. ¿Cuántas comidas al día acostumbras tomar?**

1 comida

2 comidas

3 comidas

más de 3 comidas

**21. ¿Tiempo promedio que tardas en tu comida principal?**

15 a 30 min.

30 min. a 1 hora

más de 1 hora



#### 4. ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

	Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
--	-------	---------------------------	------------------------	---------------------	---------------------	--------------------------	----------------

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas a las que tengo que atender.							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Siento que el trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8. Siento que mi trabajo me esta desgastando.							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado con mi trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades.							
21. Creo que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

## 5. APGAR FAMILIAR

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Está satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema?					
¿Le satisface la manera con que su familia discute sus problemas y como participa con usted en la resolución de ellos?					
¿ Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades en su estilo de vida?					
¿Está satisfecho en la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos ya sea de bienestar o malestar?					
¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?					
¿Esta satisfecho con el soporte que recibe de sus amigos (as)?					
¿ Tiene Ud. un amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

## 6. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG

	SI	NO
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		

	SI	NO
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido Ud. enlentecido?		
¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		



## BIBLIOGRAFIA

1. García-Gómez E., Lapesa R, Laín P, Calvo-Sotelo J, Cela CJ, Rosales L, y cols. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 1992;649.
2. Gil-Monte PR, Peiro JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*. 1999; 15:261-268.
3. Florez JA. Salud mental del médico: prevención y control del Burnout. *Aten Primaria*. 2003; 1-7.
4. Méndez J. Estrés laboral o síndrome de "Burnout". *Acta Pediatr Mex*. 2004; 25:299-302.
5. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003;29:103-110.
6. Mireles AB, Pando M, Aranda C. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil en Guadalajara, México. *Investigación en Salud*. 2002: 1-12.
7. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M. et al. Personality traits and burnout in family doctors. *Aten Primaria*. 2001; 27:459-468.
8. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 7:292-303.
9. Pardo J, López F, Macías M, Pérez M, Freire P, Fernández R. ¿Estamos quemados en atención primaria? *Medicina de Familia*. 2002; 4:245-250.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

10. Díaz RM, Lartigue T, Acosta ME. Síndrome de Burnout. *Revista ADM*. 2001; 53:63-67.
11. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, HaesHC. Stress, satisfaction and burnout Dutchmedical specialists. *CMAJ*. 2003; 168:271-275.
12. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en un Hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78:505-516.
13. Henry K. Physician Burnout. *Ann Intern Med*. 2001; 135:145- 148.
14. Beurskens AJ, Bultmann U, Kant IJ, Vercoulen JH, Bleijenberg G, Swaen G. Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. *Occup Environ Med*. 2000; 57:353-357.
15. Huibers MJ, Kant IJ, Knottnerus JA, Bleijenberg G, Swaen G, Kasl SV. Development of the chronic fatigue syndrome in severely fatigued employees: predictors of outcome in the Maastricht cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 877-882.
16. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wrigth D. The prevalence and Morbidity of Chronic Fatigue and chronic Fatigue Syndrome: A Prospective Primary Care Study. *Am J Public Health*. 1997; 87:1449-1455.
17. Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *CMAJ*. 2004; 170:965-970.
18. Worthington K. The Health Risks of Mandatory Overtime. *AJN*. 2001; 101:96.

19. Vente WD, Amsterdam JG, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occup Environ Med* 2003; 60:54-61.
20. Huibers MJ, Beurskens AJ, Prins JB, Bazelmans E, Schayck CP, Knottnerus JA. et al. Fatigue, burnout and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occup Environ Med* 2003; 60:26-31.
21. Kant IJ, Bultmann U, Schroer KA, Beurskens AJ, Amelsvoort LG, Swaen GM. An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht Cohort Study. *Occup Environ Med* 2003; 60:32-39.
22. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex.* 2002; 44:33-40.
23. Del Río O, Perezagua MC, Vidal B. El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Rev Enferm Cardiol* 2003; 28:24-29.
24. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un Hospital comarcal. *Gac Sanit* 2002; 16:480-486.
25. Chopra SS, SotileWM, Sotile MO. Physician Burnout. *JAMA.* 2004; 291:633.
26. Gelfand DM, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. Effect of the 80-hour Workweek on Residents Burnout. *Arch Surg* 2004; 139:933-940.

27. Hastings RP, Home S, Mitchell G. Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *J Intell Disability Research*. 2004; 48:268-273.
28. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med*. 2002; 136:358-367.
29. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Do Medical Residents Experience Burnout? *Ann Intern Med* 2002:29.
30. Gabbe SG, Melville MJ, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:601-612.
31. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents coping skills. *Arch Intern Med* 1991; 151:2273-2277.
32. Hawes L. Who is Sicker: Patients-or Residents? Resident's Distress and the care of Patients. *Ann Intern Med* 2002; 136:391-393.
33. Cebria J, Sobreques J, Rodriguez C, Segura J. Influence of Burnout on pharmaceutical among primary care physicians. *Gac Sanit* 2003; 17:483-489.
34. Mareiniss DP. Decreasing GME training stress to foster resident's professionalism. *Academic Medicine* 2004; 79:825-831.
35. Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A. et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Academic Medicine*. 2004; 79:394-406.



36. Barrios AE, Sánchez AR, Alvarez AM, Arce ML. Síndrome de Burnout en Médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes. Rev Cat Med 2005;141:27-30
37. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? Ann Intern Med 2002; 136:384-390.
38. Carius M. Resident's Perspective. Ann Emerg Med 2001; 38:596-597.
39. Cano E. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. El Médico Net. 1998:234-246.
40. Herrán OF, Ardila MF. Validez interna y reproducibilidad de la prueba CAGE. Biomédica 2005;25:231-241.
41. Arias L, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia Médica 1994;25:26-28.
42. Plan Único de Especialidades Médicas 3ª edición, 2003. Centro colaborador de la OMS para la formación de recursos humanos. Méx. 2003. <http://www.facmed.unam.mx/posgrado/especialidades/home.htm>
43. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Examen Nacional para Aspirantes Nacionales y Extranjeros a Residencias medicas, Comité de Enseñaza de Posgrado y Educación Continua. [www.cisrhs.org.mx](http://www.cisrhs.org.mx).
44. <http://inegy.com.mx>.