

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,
PSICOLOGÍA MÉDICA E HIGIENE MENTAL.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 94 DEL IMSS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

**PSIQUIATRÍA
P R E S E N T A:**

DRA. SOL ESTHER DOMÍNGUEZ MENDEZ

ASESORES:
DR. JONATHAN CEVALLOS RIVERA.
DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO.

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2004



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,
PSICOLOGÍA MÉDICA E HIGIENE MENTAL**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 94 DEL IMSS**

TUTOR METODOLÓGICO

DR. JAIME JONATHAN CEVALLOS RIVERA

TUTOR TEÓRICO

DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO

**PRESENTA
DRA. SOL ESTHER DOMÍNGUEZ MÉNDEZ**

- Los delirios, las fantasías y los sueños reinventan el universo, lo recrean y engrandecen...

Volpi, El fin de la locura.

Gracias...

A mis padres y a mi abuela:

Por darme la vida y sembrar en mi el sueño del conocimiento.

A Víctor, César y Giselle:

Por su amor y comunión.

A Mariana, Andrea y Ana Beatriz:

Que con su sola presencia hacen mejor mi vida.

A Berenice, Laura, Patricia, Vanesa y Yolanda :

Por acompañarme estos años.

A Manuela y a los Méndez Viveros:

Por compartir todo conmigo.

A la Dra. Ayala, Dra. Martínez, Dr. Mendoza, Dr. López Elizalde, Dr. Padilla, Dr. Pérez Marroquín, Dr. Ruiz y al Dr. Villalobos:

Por su paciencia y bondad al compartir tiempo y experiencia conmigo.

A mis Tutores:

Dr. Jonathan Cevallos Rivera y Dr. Wazcar Verduzco Fregoso.

A la UNAM, al IMSS y a mis Profesores y Compañeros Residentes:

A los que no tengo como agradecer su tiempo y contribución en mi formación.

IDENTIFICACIÓN DE PROTOCOLO

Título.

**Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de
Medicina Familiar de la U.M.F. no. 94.**

SEDE

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

ÍNDICE

Antecedentes_____	6
Planteamiento del problema_____	10
Hipótesis_____	11
Objetivo_____	12
Justificación_____	13
Variables_____	14
Material y Método_____	16
Procedimiento_____	17
Resultados_____	20
Conclusiones_____	22
Anexos_____	24
Bibliografía_____	30

ANTECEDENTES.

MARCO TEÓRICO.

A principios de los años 70's Herbert Freudenberg – Psiquiatra neuyorquino-observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban en instituciones para el tratamiento de personas con toxicomanías, tras dos años de haber iniciado labores sufrían pérdida progresiva de energía, mostraban agotamiento, ansiedad, depresión, desmotivación y agresividad contra los pacientes.(1)

En la misma época la Psicóloga Cristina Maslach, realizó estudios sobre “ las respuestas emocionales negativas de los profesionales de ayuda” (médicos, enfermeras y maestros) denominándolas, sobrecarga emocional o **Síndrome de Burnout (SB)**. Esta primera aproximación describe una entidad clínica caracterizada por desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal que ocurría entre individuos que trabajaban en contacto estrecho con otros sujetos. El síndrome de desgaste (que más tarde recibiría la sinonimia de buoyancy sx.) descrito por esta autora incluye agotamiento anímico con disminución y pérdida de los recursos emocionales. Ocurre despersonalización, pérdida de interés en las actividades laborales, insensibilidad en el trato con los pacientes y conductas prepotentes de los prestadores de servicio. Se presenta además falta de realización profesional, evaluación negativa del trabajo realizado, vivencias de insuficiencia y baja autoestima, agregándose síntomas físicos de estrés, cansancio y malestar general.(2)

Se han realizado diversos estudios epidemiológicos a nivel internacional y se reportan cifras de 47 +/- 7.93%, en estudios españoles refieren que el 36.7% de los facultativos examinados cursan con el trastorno y en un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco en personal del área de la salud (incluyendo médicos adscritos y residentes) se reporta una prevalencia del 32.5%.(3,5)

En los intentos por explicar la etiología del síndrome se ha identificado como causa primaria el estrés que significa la atención a un paciente. El sufrimiento interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y sus familiares, la reactivación de los propios conflictos y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo. Otros hallazgos en relación con esta situación, refieren que la edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome, puede ser un factor de mayor riesgo dado que el joven que inicia la vida laboral se enfrenta a un periodo en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacía la práctica cotidiana; el nuevo profesionista aprende en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las que esperaba. Contrario a esta afirmación otros estudios reportan que los médicos con mayor edad, y asociada a esta, la antigüedad laboral tienen mayor probabilidad de padecer el **SB**.(4)

Con relación a las cuestiones laborales algunos autores identifican una relación positiva con el síndrome en los dos primeros años de ejercicio profesional y también en aquellos individuos con más de diez años de experiencia. (5)

Por lo que se refiere al factor estado civil se ha observado que aquellos que no están casados o no tiene parejas estables son más vulnerables y que el tener pareja o conyuge estables parece ser un factor protector, especialmente si se tienen hijos; se considera que estos sujetos tienen mayor capacidad para enfrentar los problemas personales y emocionales. Sin embargo respecto a este elemento tampoco existe acuerdo unánime.

El salario también ha sido invocado como otro factor que afecta el desarrollo de **SB** aunque esto no queda claro en la literatura consultada.(5)

Por lo que se refiere al factor del género las mujeres se ven más afectadas, lo que se atribuye a la doble carga que conlleva el ejercicio laboral y la tarea del cuidado de la familia. (6,7,8)

Según Rafael de Pablo se pueden distinguir tres núcleos etiológicos: 1. El **factor personal** 2. **Factor profesional** y 3. el **factor empresarial**.

1. El **factor personal** se refiere al grado de desajuste que existe entre las expectativas y la realidad cotidiana y el nivel de adaptación que logra el sujeto entre éstas. Se describen tres tipos de expectativas: Expectativas altruistas, poder ayudar a los que sufren; Expectativas profesionales, ser un profesional competente y considerado como tal; y las Expectativas sociales, tener prestigio y buenos ingresos económicos.

2. El **factor profesional** es de suma importancia ya que el trato continuo con los pacientes y sus familias, la mayor proximidad al sufrimiento cotidiano del enfermo y sus allegados implica que se involucra con mayor intensidad emocional.

3. El **factor empresarial** se refiere a aspectos organizacionales-laborales como la demanda asistencial excesiva y el escaso y deficiente trabajo interdisciplinario. (9, 10)

Atane J describe en una investigación epidemiológica realizada en 2001 el perfil de un enfermo de **SB**: mujer, de 44 años, sin pareja, especialista que atiende a más de 21 pacientes al día, a los que dedica más del 70% de la jornada y tiene más de 36 hrs. de carga laboral a la semana.(3)

Las consecuencias negativas de este proceso pueden agruparse en tres categorías:

Síntomas físicos: con frecuencia son los primeros en aparecer e incluyen alteraciones coardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal) , mialgias, afecciones respiratorias, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, enfermedades dermatológicas, disfunciones menstruales y sexuales.(11, 12,13)

Alteraciones conductuales: destacan las alteraciones de la alimentación, abuso de drogas, fármacos y alcohol; ausentismo laboral, conductas de riesgo (conducción temeraria del automóvil y ludopatía), tabaquismo, etc. En ocasiones surgen conductas paradójicas defensivas como “la hipertrofia de hobbies” que llenan la mente del trabajador aún en el área laboral, dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina y conductas evitativas en el trabajo lo que limita su tiempo real productivo.(11,12,13)

Y las **manifestaciones emocionales** ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, dificultad para la concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y el deseo de abandonar el trabajo. (11,12,13)

Para el diagnóstico del síndrome de desgaste médico se han utilizado diversos métodos de medición: Cuestionario de estrés en el trabajo, Escala analógica-visual de estrés y Escala de estrés para profesionales de la salud de Wolfgang; sin embargo el instrumento más utilizado es la escala de Maslach de 1986. (15,16,17)

Si el cuadro descrito previamente evoluciona a la cronicidad aproximadamente el 10% de los médicos afectados sufren de un síndrome irreversible que les condiciona severos problemas de salud: alcoholismo, drogadicción, depresión, trastornos de ansiedad, suicidio, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y accidentes de tránsito.

Conviene destacar que la principal dificultad para poder intervenir terapéuticamente de manera oportuna, y evitar estas complicaciones, a médicos e instituciones es la resistencia de los primeros para admitir ellos mismos los problemas emocionales que están viviendo y su negativa a adoptar el rol de paciente. En el caso de las instituciones la resistencia obedece a obvias consecuencias administrativas, económicas y políticas.(14)

Se afirma que la psicoterapia cognitivo-conductual es el mejor instrumento para el abordaje del problema. Estas intervenciones deben estar orientadas a ajustar las expectativas personales con las posibilidades reales, el fortalecimiento emocional, el equilibrio de las áreas vitales (trabajo, familia, sociedad) y promover un soporte social adecuado tanto a nivel personal como en el área laboral. Puede llegar; incluso a ser necesario el tratamiento psicofarmacológico si la severidad del cuadro así lo requiere.(18,19)

Actualmente el **SB** se considera una enfermedad profesional y es responsabilidad compartida de las autoridades, los trabajadores y de los propios involucrados la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario, promover la higiene de las áreas vitales del entorno del paciente y canalizar de manera oportuna a los afectados para realizar una tarea preventiva, terapéutica y de rehabilitación óptimas.(10)

A la luz de los cambios sociales y la transformación laboral el interés en el **Síndrome de Burnout en médicos** ha crecido en la última década; numerosos estudios revelan que entre los profesionales de esta área existen tasas más elevadas de enfermedades como alcoholismo, adicción a drogas, depresión y suicidio, la frecuencia en estos grupos es

varias veces mayor que en la población general: las tasas de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidentes de tráfico es tres veces más elevada en los médicos que entre el resto de la población. (18)

Dado el panorama que se ha descrito previamente podemos considerar que este padecimiento puede tratarse de un problema social y de salud pública, de ahí lo fundamental de hacer un diagnóstico temprano para realizar intervenciones oportunas en los profesionales de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Conocer la frecuencia del **Síndrome de Burnout** en Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar.

Objetivos específicos.

Conocer los porcentajes de los datos demográficos (el estado civil, la edad, la paternidad, el género y el grado académico) de aquellos que resulten con **Síndrome de Burnout**.

HIPÓTESIS

Hipótesis Alterna

Es frecuente el **Síndrome de Burnout** entre los Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar.

Hipótesis Nula.

No es frecuente el **Síndrome de Burnout** entre los Médicos Residentes de Medicina Familiar

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante muchos años se mantuvo una imagen idealizada de los médicos, se les veía como personas ecuanímes, con gran estabilidad emocional y ajenos a los problemas de salud que diariamente enfrentan.

De un tiempo a la fecha se ha hecho evidente la elevada frecuencia y severidad de trastornos físicos y mentales entre los profesionales de la salud; esta problemática evidenciada en estudios epidemiológicos que detectaron tasas más altas de alcoholismo, drogadicción, problemas familiares y de pareja, enfermedades cardiovasculares, accidentes automovilísticos, depresión y suicidio en médicos comparados con otros grupos de profesionistas.

El **Síndrome de Burnout** es una entidad clínica descrita recientemente y han sido pocos los estudios realizados en Médicos Residentes. Algunas investigaciones reportan que hasta el 76% de sujetos estudiados reúnen criterios para el síndrome y que en comparación con otras patologías como la depresión genera con mayor frecuencia disminución en la calidad de la atención prestada por los becarios. Dadas estas consideraciones este trabajo sostiene que es de vital importancia estudiar este grupo de profesionales en formación para atender oportunamente a los individuos afectados e impactar así en la atención futura de los usuarios de servicios de salud, tanto a nivel particular como en instituciones públicas.

¿ Es frecuente el **Síndrome de Burnout** en Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar en la U.M.F. no 94?

JUSTIFICACIÓN.

Con el panorama que hemos descrito párrafos atrás considero que, realizar estudios para determinar la frecuencia del **SB** en nuestra población de médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar, permitirá en **primer lugar**, detectar individuos que tienen una elevada probabilidad de padecer trastornos mentales y enfermedades físicas severas. En **segundo lugar** tomar las medidas sanitarias, administrativas y de otro orden que mejoren estas condiciones de salud. En **tercer lugar**, por consecuencia, mejorar la calidad de servicios que prestan las instituciones de salud pública.

Al ser este padecimiento un problema social y de salud pública debido a su compleja etiología y al gran impacto que tiene sobre la calidad de vida de los médicos y sobre la calidad en la atención que ellos prestan a los enfermos a su cargo, es fundamental hacer diagnósticos oportunos para realizar intervenciones tempranas y adecuadas en los médicos residentes que son afectados por una serie de factores de riesgo (etiológicos) y representan las próximas generaciones de profesionales de la salud. En este sentido una detección e intervención tempranas y adecuadas pueden contribuir a que la atención médica sea más humana y de mayor calidad.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Síndrome de Burnout.- Conjunto de signos y síntomas que se caracterizan por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en sujetos que laboran en la atención de terceras personas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Síndrome de Burnout.- De acuerdo con la Escala de Maslach, se considera que existe **SB** si en la subescala de cansancio emocional se obtienen 27 puntos o más en combinación con puntajes mayores de 10 en la subescala de despersonalización y hasta 33 puntos en la subescala de realización personal.

INDICADORES DE VARIABLES

Una vez aplicado el instrumento de medición (Escala de Maslach) los indicadores serán Si o No.

VARIABLES UNIVERSALES

EDAD.

Definición conceptual:

EDAD: Tiempo que una persona ha vivido y se encuentra desde su nacimiento hasta la fecha actual.(22)

Definición operacional: Se medirá de acuerdo a los años cumplidos.

Tipo de variable: Numérica discreta.

Indicadores: Años cumplidos.

SEXO.

Definición conceptual:

SEXO: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.(22)

Definición operacional: De acuerdo a las características fenotípicas se clasificará en masculino o femenino.

Tipo de variable: Nominal dicotómica.

Indicadores: Femenino y masculino.

ESTADO CIVIL.

Definición conceptual

ESTADO CIVIL. Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.(22)

Definición operacional: Según la situación civil que el mismo participante se designe.

Tipo de variable: Nominal.

Indicadores: Soltero, casado, divorciado, unión libre, otros.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Observacional.
Transversal.
Descriptivo.
Prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Médicos Residentes en adiestramiento en la especialidad de Medicina Familiar que se encuentren rotando o tengan como sede de ejercicio clínico la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

MUESTREO.

Por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Médicos Residentes que se encuentren rotando o tengan como sede la UMF 94.
2. Que acepte participar en el estudio.
3. Que firmen consentimiento informado.
4. Hombres y mujeres.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

1. Aquellos que no acepten participar en el estudio.
2. Que tengan antecedente personal de trastorno mental o tratamiento psiquiátrico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Aquellos que no completen el instrumento de medición.
2. Que retiren consentimiento informado.

PROCEDIMIENTO.

Se realizó una selección de los Médicos Residentes que reunían los criterios de inclusión y que se encontraban realizando la especialidad en Medicina Familiar en la UMF 94.

Se hizo una petición formal para la autorización de la investigación con las autoridades correspondientes y posteriormente se llevó a cabo una junta informativa para explicar a la población estudiada en que consistiría el estudio, la prueba a aplicar y la manera adecuada de responder a la misma.

La participación se hizo después de que el Residente aceptó y firmó el consentimiento informado

Se aplicó la Escala de Maslach y un cuestionario que incluía algunas variables como la edad, sexo, estado civil, grado académico y paternidad.

La confidencialidad fue principio ético que regió todo el proceso de investigación.

Posteriormente se realizó la calificación y análisis de las escalas por el investigador. Se organizó la información de manera individual y global. Se aplicó la metodología estadística descrita posteriormente y se realizó reporte por escrito de todo el procedimiento incluyendo los incidentes que ocurran durante el proceso. Los resultados de harán del conocimiento de las autoridades correspondientes para los usos que estimen convenientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se aplicará chi cuadrada y porcentajes.

INSTRUMENTO.

La Escala de Maslach fue realizada por C. Maslach y S.E. Jackson en 1981, posteriormente adaptada por N. Seisdedos en Madrid España, la finalidad de la misma es la evaluación de tres variables del síndrome que se han identificado como constantes en el mismo, a saber: desgaste emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal.

Subescala de cansancio emocional. Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo; constan de 9 preguntas y valora la vivencia del individuo de estar desgastado emocionalmente por la actividad laboral que se realiza. La puntuación máxima es de 54. Puntuaciones de 27 o más indican alto nivel de cansancio, de 19-26 intermedio y por debajo de 19 son bajos.

Subescala de despersonalización. Describe la respuesta impersonal y fría hacia los usuarios del servicio. Esta constituida por 5 ítems y valora el grado en que el trabajador reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento en el trato con otras personas, especialmente los usuarios. La puntuación máxima es de 30; puntuaciones superiores a 10 retratan un nivel alta del síndrome, entre 6-9 es mediano y 6 representa un nivel bajo de despersonalización.

Subescala de realización personal. Investiga los sentimientos de competencia y éxito personal del individuo. En este caso las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome, se compone de 8 ítems y evalúa la autopercepción de la eficiencia y realización personal en el área laboral. La puntuación máxima es de 48 puntos y valores de 0 a 30 indican baja realización, de 34-39 intermedia y más de 40, sentimientos de alta realización.

Puntuaciones altas en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización y puntuación baja en la subescala de realización personal definen en síndrome.

Las preguntas correspondientes a cada subescala son:

1. Cansancio emocional: 1,2,3,6,8,13,14,16,20.
2. Despersonalización: 5,10,11,15,22.
3. Realización personal: 4,7,9,12,17,18,19,21.

La obtención de las puntuaciones se obtiene sumando el valor que se atribuye a cada pregunta según la siguiente lista:

0. Nunca.
1. Pocas veces al año.
2. Una vez al mes.
3. Pocas veces al mes.
4. Una vez a la semana.
5. Pocas veces a la semana.
6. Todos los días.

Preguntas correspondientes a cada subescala:

- Subescala de desgaste emocional:1,2,3,6,8,13,16,20.
Subescala de despersonalización: 5, 10, 11,15,22.
Subescala de realización personal: 4,7,9,12,18,19,21.

RECURSOS.

Humanos.- Un Médico Residente en Psiquiatría.

Físicos.- El auditorio de la UMF 94.

Materiales de consumo.- Encuestas, lápices, gomas, hojas blancas, computadora.

Financieros.- Será costeadado por el investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se realizará de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas por el acuerdo de la carta de Helsinki que prevalecen a nivel nacional e internacional.

Se realizará una reunión para explicar en que consistirá el estudio y se solicitará a todos los participantes firmen un consentimiento informado.

La absoluta confidencialidad será norma invariable.

RESULTADOS.

De un total de 32 residentes que tienen como sede la UMF no. 94 se entrevistaron a 24 Médicos, incluyendo los tres grados académicos que se cursan en Medicina Familiar. Del total de la muestra no se incluyeron a 6 residentes ya que se encontraban realizando prácticas de campo, 1 estaba de vacaciones y 1 de incapacidad. De los 24 residentes que completaron la escala se excluyeron 2 que no llenaron adecuadamente las celdas del cuestionario, por lo tanto fueron 22 los sujetos que constituyeron la muestra final.

De el total de la muestra final 9 (41%) fueron hombres y 13 (59%) mujeres. En cuanto al grado académico 10 (45%) fueron de primer año, 9 (40%) de segundo y 3 (14%) de tercero. El promedio de edad fue de 28 años con un intervalo de 25-35 años de edad. De los residentes incluidos 11 (50%) fueron solteros y 11 (50%) estaban casados. Y del total de la muestra 8 (36%) y 14 (64%) no tienen hijos. (Tab. 1)

Se detectó que el 9% (N=2) de la población estudiada cumplía con los criterios para el Síndrome de Burnout. (Gráfica 1)

Aquellos que reunieron los criterios para el síndrome fueron: un masculino, de 26 a., soltero, sin hijos y del segundo año y una mujer de 25 a., casada, sin hijos, del segundo grado. (Tab. 2)

Del total de la muestra 50% (N=11) tuvo algún grado de afectación; de estos el 18.1% (N=2) cumplieron con todos los criterios y 81.8% (N=9) tuvo alguna subescala afectada. (Gráfica 2)

En comportamiento del total de los sujetos estudiados dentro de las subescalas fue el siguiente:

- Cansancio emocional. Afectación baja 59% (N=13), nivel medio 22.7% (N=5) y alta afectación 18.1% (N=4). Según el sexo el 61.5% (N=8) de las mujeres tuvieron baja afectación, 15.3% (N=2) media y 23% (N=3) alta. El 55% (N=5) de los hombres tuvieron nivel de afectación bajo, 33.3% (N=3) moderado y 11.1% (N=1) alto. De acuerdo con el estado civil el 63.6% (N=7) de los casados tuvo baja afectación, 27.2% (N=3) nivel medio y 9% (N=1) alto y de los solteros 54.5% (N=6) baja, 9% (N=1) media y 36.3% (N=4) afectación alta. Con respecto a la paternidad aquellos que tuvieron un nivel bajo de afectación 53.8% (N=7) tenían hijos y 46.1% (N=6) no. Con afectación media 20% (N=1) tenían hijos y 80% (N=4) no y el 100% (N=4) con afectación alta no tenían hijos. Según el grado académico en los residentes de primer año predominó el nivel bajo, en el segundo año predominó el cansancio en nivel bajo y en el tercer año el medio.
- Despersonalización. Afectación baja 68.1% (N=15), nivel medio 18.1% (N=4) y alta afectación 13.6% (N=3). Según el sexo el 76.9% (N=10) de las mujeres

tuvieron baja afectación, 15.3% (N=2) media y 7.6% (N=1) alta. El 55.5% (N=5) de los hombres tuvieron nivel de afectación bajo, 22.2% (N=2) moderado y 22.2% (N=2) alto. De acuerdo con el estado civil el 72.7% (N=8) de los casados tuvo baja afectación, 18.1% (N=2) nivel medio y 9% (N=1) alto y de los solteros 63.6% (N=7) baja, 18.1% (N=2) media y 18.1% (N=2) afectación alta. Con respecto a la paternidad aquellos que tuvieron un nivel bajo de afectación 46.6% (N=7) tenían hijos y 53.3% (N=8) no. Con afectación media 25% (N=1) tenían hijos y 75% (N=3) no y el 100% (N=4) con afectación alta no tenían hijos. Según el grado académico en los residentes de primer año predominó el nivel bajo, en el segundo año predominó la despersonalización en nivel medio y en el tercer año el bajo.

- Realización personal. El 68.1% (N=15) tuvo niveles altos, 18.1% (N=4) nivel medio y 13.6% (N=3) bajo nivel de realización personal. Según el sexo el 69.2% (N=9) de las mujeres tuvieron alto nivel, 27% (N=3) medio y 7.6% (N=1) bajo nivel de realización. El 55.5% (N=5) de los hombres tuvieron nivel de realización alto, 22.2% (N=2) moderado y 22.2% (N=2) baja realización personal. De acuerdo con el estado civil el 9% (N=1) de los casados tuvo baja realización, 27% (N=3) nivel medio y 63.6% (N=7) alto y de los solteros 18.1% (N=2) baja, 18.1% (N=2) media y 63.3% (N=7) tuvieron alto nivel de realización. Con respecto a la paternidad aquellos que tuvieron un nivel bajo de realización 0% tenían hijos y 100% (N=3) no. Con nivel medio 50% (N=2) tenían hijos y 50% (N=2) no y el 40% (N=6) con alto nivel de realización no tenían hijos y el 60% (N=9) si. Según el grado académico en todos los grados predominó el nivel alto de realización personal.

Los resultados de la muestra total en relación con las subescalas fue: Cansancio emocional: Bajo nivel 59% (N=13), nivel medio 22.7% (N=5) y nivel alto 18.1% (N=4). Despersonalización: nivel bajo 68.1% (N=15), nivel medio 18.1% (N=4) y nivel alto 13.6% (N=3) y en cuenta a la realización personal: 68.1% (N=15) tuvieron alto nivel, 18.1% (N=4) nivel medio y 13.6% (N=3) nivel bajo.(Gráfica 3)

Los resultados de los Residentes con algún grado de afectación en relación con las subescalas fue: Cansancio emocional: Bajo nivel 18.1% (N=2), nivel medio 45.4% (N=5) y nivel alto 36.3% (N=4). Despersonalización: nivel bajo 36.3% (N=4), nivel medio 36.3% (N=4) y nivel alto 27.2% (N=3) y en cuenta a la realización personal: 36.3% (N=4) tuvieron alto nivel, 36.3% (N=4) nivel medio y 27.2% (N=3) nivel bajo.(Gráfica 4)

CONCLUSIONES.

En estudios realizados previamente se reportan cifras de $47 \pm 7.93\%$ (3). La frecuencia que se encontró (9%) en los residentes de Medicina Familiar de la UMF 94 esta por debajo de la reportada en trabajos previos, sin embargo se detectó que el 50% de los residentes (incluidos aquellos que cumplen con todos los criterios) tienen algún grado de afectación, en donde la subescala de cansancio emocional fue la que se afectó con mayor frecuencia. Debido a que se ha observado que este proceso es un continuo este dato puede indicar el principio de un proceso de desgaste que culmina con todas las consecuencias descritas para el síndrome. Lo cual es de llamar la atención y nos lleva a enfocar los esfuerzos hacia el seguimiento de estos sujetos para identificar los posibles factores que pueden estar influyendo para que se presente esta alteración, además es de vital importancia incluir a estos sujetos en tratamiento psicoterapéutico ya que se afirma que la psicoterapia cognitivo-conductual es el mejor instrumento para el abordaje del problema. Estas intervenciones deben estar orientadas a ajustar las expectativas personales con las posibilidades reales, el fortalecimiento emocional, el equilibrio de las áreas vitales (trabajo, familia, sociedad) y promover un soporte social adecuado tanto a nivel personal como en el área laboral y puede llegar; incluso a ser necesario el tratamiento psicofarmacológico si la severidad del cuadro así lo requiere.(18,19)

Se observó que la subescala que con menor frecuencia se alteró fue la de realización personal lo que pudieran ser un factor “compensatorio” que el individuo utiliza para equilibrar su estado emocional en relación con su desempeño laboral.

Un hallazgo importante en este estudio fue que aquellos que resultaron afectados fueron residentes del segundo año, esta observación debe tomarse con reserva debido al bajo número de residentes del tercer grado a los que se pudo evaluar. Este resultado no coincide con lo reportado en la bibliografía consultada ya que se espera que el síndrome se presente después de los 2 años del ejercicio profesional (1), por lo tanto habrá que analizar en estudios posteriores cuales con las condiciones que pudieran estar influyendo en este resultado como el ambiente laboral, la carga de trabajo, las responsabilidades que recaen sobre el Médico y los factores intrapsíquicos de los sujetos como la forma en que responden al estrés, entre otros.

De los residentes que presentaron el síndrome ninguno tenía hijos, lo que coincide con la literatura ya que esta reporta que el tener hijos hace menos vulnerable a los individuos para cursar con el síndrome ya que esto les permite tener mayor capacidad para enfrentar problemas personales y emocionales (5).

En cuanto al estado civil no se observaron hallazgos significativos entre aquellos que están afectados y los que no se encuentran afectados.

En relación con la edad tampoco se advirtió diferencia entre los participantes de este estudio.

En relación al género se observó que en esta muestra los hombres se vieron afectados con menor frecuencia que las mujeres lo que también se ha descrito en estudios previos donde se refiere que el género femenino tiene mayor probabilidad de padecer la enfermedad por la carga que conlleva el ejercicio laboral y las demandas que la sociedad pide a este género.(6,7,8)

Cabe aclarar que este estudio tuvo la limitante de la pérdida de un gran porcentaje (39%) de la muestra prevista. Lo que disminuye la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos.

Este trabajo con todo y sus limitantes es un intento por realizar un análisis sobre las condiciones de formación y laborales de los Médicos a la luz de los cambios sociales y la transformación laboral ya que numerosos estudios revelan que entre los profesionales de esta área existen tasas más elevadas de enfermedades como el alcoholismo, adicción a drogas, depresión y suicidio, en comparación con otras profesiones. Y mayores tasas de morbilidad por enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y accidentes de tráfico en comparación con la población general.

Realizar este tipo de estudios permitirá detectar individuos con elevada posibilidad de padecer trastornos mentales y enfermedades físicas. Tomar decisiones sanitarias, administrativas y de otro orden que mejore las condiciones laborales y de salud y en tercer lugar y por consecuencia, mejorar la calidad de los servicios de salud que prestan las instituciones de salud pública en el país, área de servicios que sufren de por sí un gran impacto debido a las condiciones socioeconómicas y políticas de nuestra nación.

ANEXOS.

Consentimiento informado.

Con base en la información recibida que he comprendido con claridad en su importancia y consecuencias, **acepto participar voluntariamente**, en el proyecto de Investigación titulado “Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar en la U.M.F. no 94” registrado ante el comité local con el número_____.

El estudio tiene como objetivo conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout y su correlación con algunas variables demográficas. Se me ha explicado que mi participación consistirá en la solución de una encuesta y declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo, por lo que asumo como condición la confidencialidad de los resultados y mi derecho a conocer mi perfil si así lo juzgo pertinente.

Entiendo que conservo mi derecho a retirar el consentimiento informado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi posición dentro de la Institución.

Nombre y firma del participante.

Nombre, matrícula y firma del investigador principal.

Testigo

Testigo

México, D. F. a ___de_____del 2003.

CUESTIONARIO BREVE BURNOUT.

Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____
 Número de hijos _____ Grado académico _____

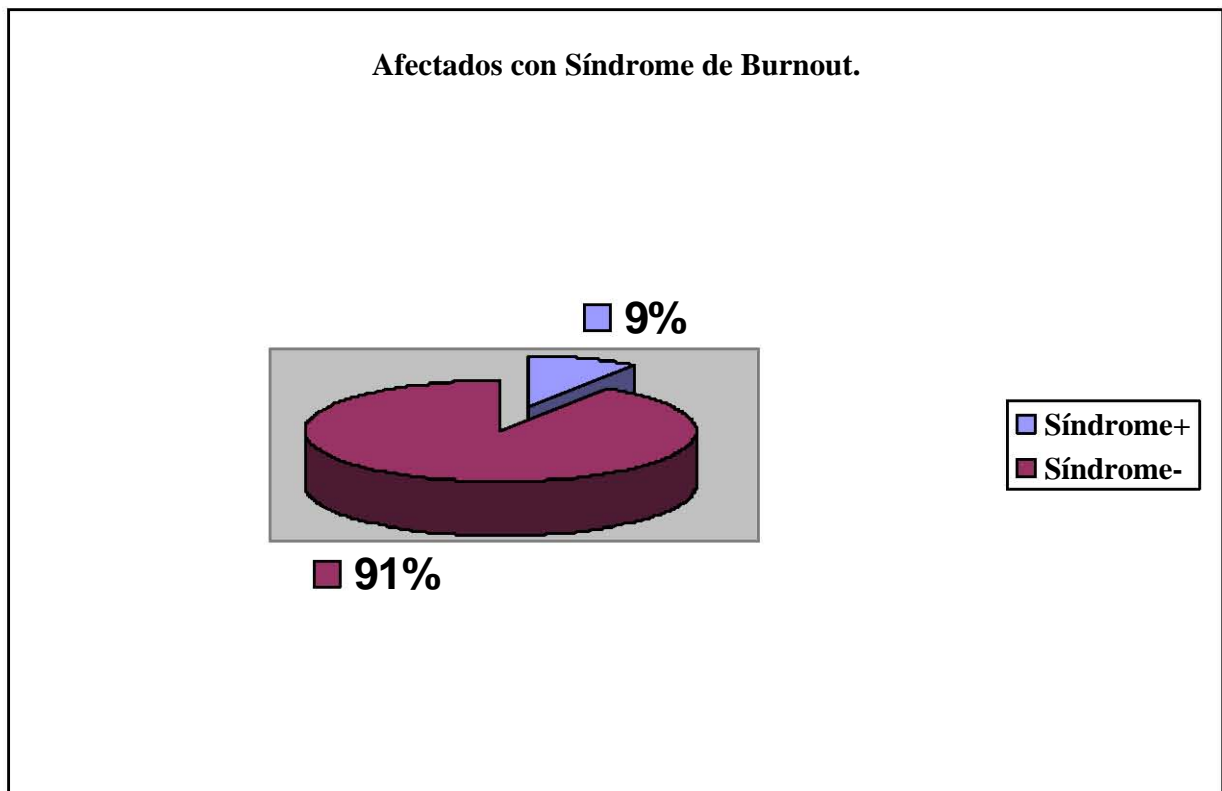
Estimado Médico a continuación se formulan una serie de aseveraciones, exprese su respuesta marcando una cruz la opción que represente de manera más adecuada su sentir y pensar.

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

Datos demográficos de la muestra.

VARIABLE		NÚMERO	%
Sexo	Femenino	13	59
	Masculino	9	41
Grado académico	Primero	10	45
	Segundo	9	40
	Tercero	3	14
Estado civil	Solteros	11	50
	Casados	11	50
Paternidad	Con hijos	8	36
	Sin hijos	14	64

Tabla 1. Fuente: Médicos Residentes de la UMF 94 del IMSS.



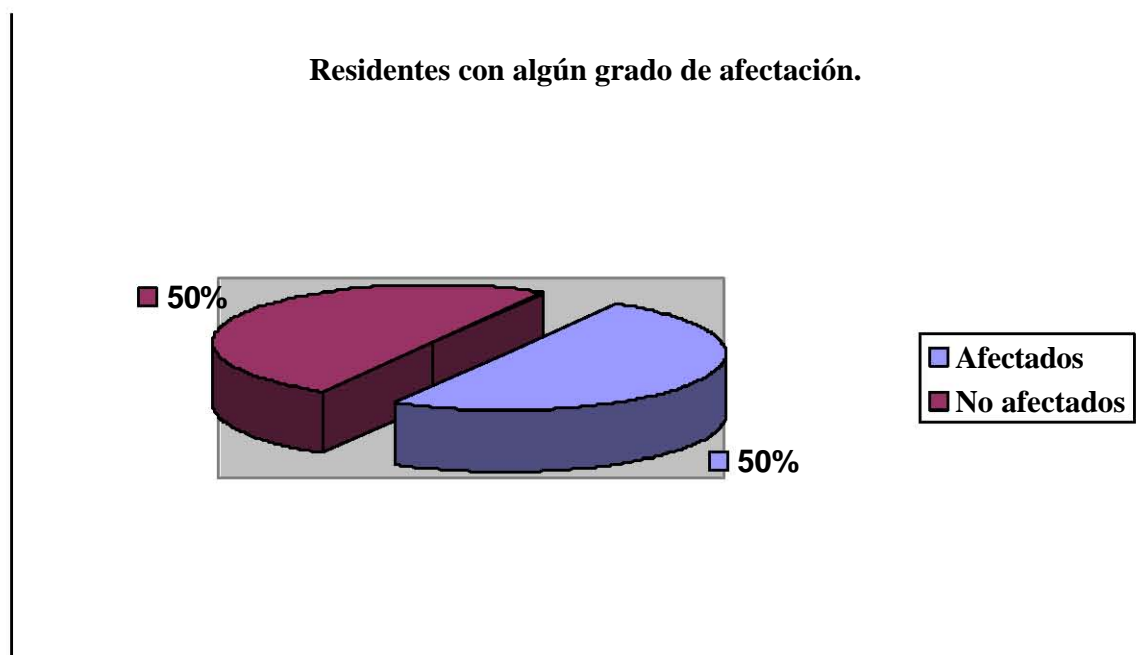
Gráfica 1.

Fuente: Médicos Residentes de la UMF 94 del IMSS.

Datos demográficos de Residentes con Síndrome de Burnout.

VARIABLE		NÚMERO	%
Sexo	Femenino	1	50
	Masculino	1	50
Grado académico	Prime ro	0	0
	Segundo	2	100
	Tercero	0	0
Estado Civil	Casado	1	50
	Soltero	1	50
Paternidad	Con hijos	0	0
	Sin hijos	2	100

Tabla 2. Fuente: Médicos Residentes de la UMF 94 del IMSS.



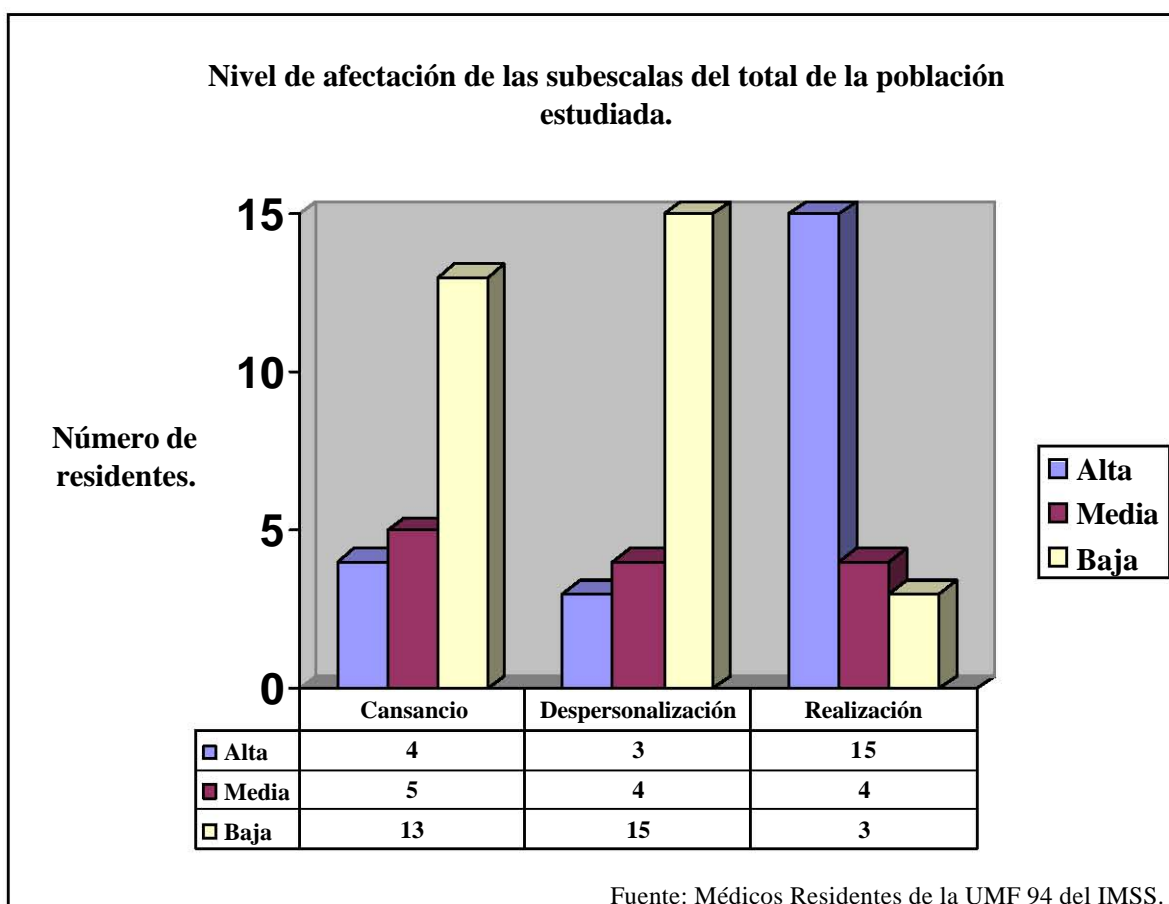
Gráfica 2.

Fuente: Residentes de la UMF 94 del IMSS.

Datos demográficos de Residentes con algún grado de afectación.

VARIABLE		NÚMERO	%
Sexo	Femenino	4	44.4
	Masculino	5	55.5
Grado académico	Primero	5	55.5
	Segundo	2	22.2
	Tercero	2	22.2
Estado civil	Soltero	5	55.5
	Casado	4	44.4
Paternidad	Con hijos	2	22.2
	Sin hijos	7	77.7

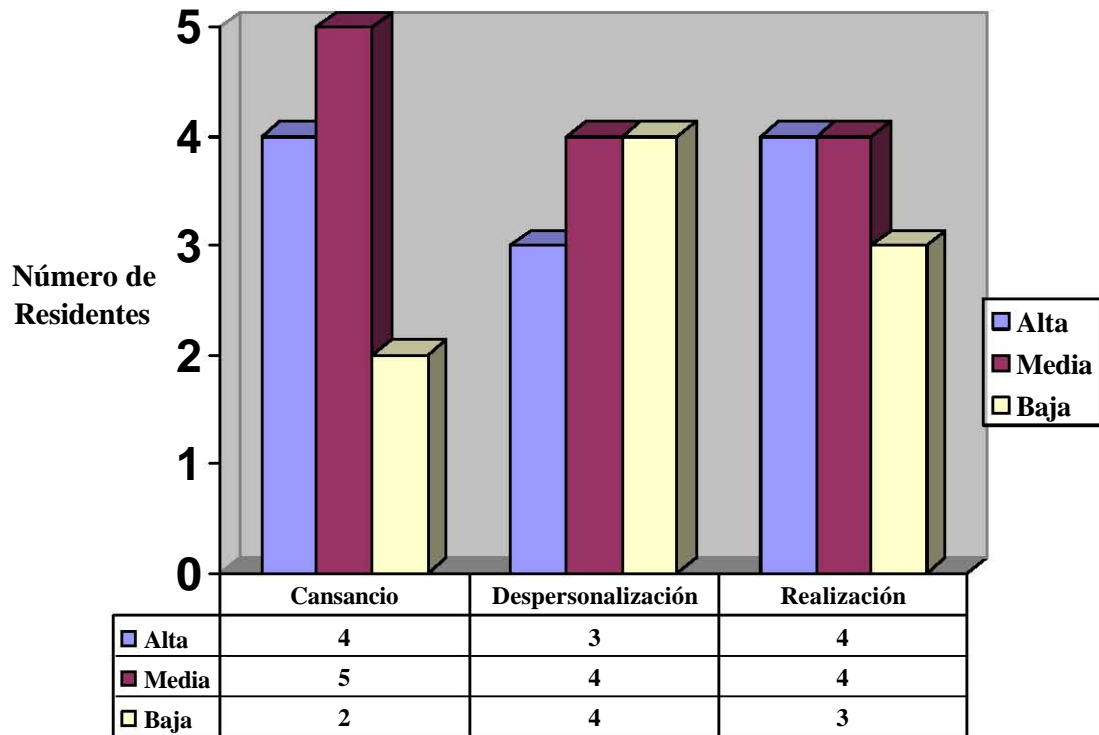
Tabla 3. Fuente: Médicos Residentes de la UMF 94 del IMSS.



Fuente: Médicos Residentes de la UMF 94 del IMSS.

Gráfico 3.

Comportamiento en las subescalas de los afectados en algún grado.



Fuente: Médicos Residentes de la UMF 94 del IMSS.

Gráfica 4.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Freudenburg H: Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
2. Maslach C, Pines A: Characteristics of staff burnout in mental health setting. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29 (4): 233-237.
3. Atane J: Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 2000; 71 (3): 293-303.
4. Gabbe S, Mandel L, Melville J, Walker E: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 186 (4): 601-612.
5. García E, Orosco P: Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral para médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 135-138.
6. Edward C, Luecken L: Stress in employed women impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Med* 1997; 59: 352-359.
7. Power K, Simpson R, Swanson V: Occupational stress and family link: A comparison of male and female doctors. *J Occupation Organization Psychol* 1998; 71: 237-260.
8. Linzer M, McMurray J, Visser M: Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *Journal of the American Medical Women Association* 2002; 57 (4) 191-193.
9. Campbell D, Eckhauser F, Greenfield L, Sonnad S: Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130 (4):696-702.
10. Gordon D, McManus I, Winder B: The causal links between stress and burnout in lonjitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359 (9323): 2098-2090.
11. Da Silva S, Pérez A, Vega D: Síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos y personal sanitario. *Actas Españolas de Psiquiatría* 200; 27 (5): 310-320.
12. Martínez C, Torrado V: Occupational stress and state of Health among Clinical psychologist and psychiatrists. *Psychology in Spain* 1999; 1 (1) 63-71.
13. Larson G, Starrin B, Styborn S: A review and critique of psychological approaches to the burn out phenomenon. *Scand J* 200; 4 (2): 83-91.

14. Larson T, Lindas R, Johanson P: physicians work a comparison between company physicians and general practitioners in private practice. *Trdsskr Nor Laegeforen* 1999; 11 (18): 2283-2286.
15. Maslach C, Jackson S: The measurement of experienced burnout. *J Occup Psychol* 1981; 2:99-113.
16. Jaekel-Reinhard A, Weber A: Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occupational Medicine* 2000; 50 (7): 512-517.
17. Back A, Bradley K, Shanafelt T, Wipf J: Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136 (5): 358-367.
18. Gordon D, McManus I, Winder B: The causal links between stress and burnout in longitudinal study of UK doctors (comment). *Lancet* 2002; 359 (9323) 2089-2090.
19. Lyckholm L: Dealing with stress, burnout, and grief in practice of oncology. *Lancet oncology* 2001; 2 (12): 750-755.
20. Akhtar S, Lee J: Confirmatory factor analysis and job burnout correlates of Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports* 2002; 90 (1): 243-250.
21. Cañedo Dorantes Luis, *Investigación Clínica*, Ed. Interamericana, ed. Primera, México, D. F. 1987.
22. Castilla Serna Luis, *Estadística Simplificada*, Ed. Trillas, ed. Primera, México, D.F. 1991.