



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN EL  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y  
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 Y SU RELACION CON LA DINAMICA  
FAMILIAR”

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DRA. SELENE BÁRCENAS CHÁVEZ

ASESOR:

DR. FRANCISCO GOMEZ CLAVELINA  
MEDICO FAMILIAR, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNAM

COASESOR:

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
“GABRIEL MANCERA”. IMSS.

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN EL  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y  
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 Y SU RELACION CON LA DINAMICA  
FAMILIAR”**

---

**Dr. GERARDO VELAZQUEZ ESPEJEL**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA” IMSS.

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR**

---

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE  
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.

---

**DR. FRANCISCO GOMEZ CLAVELINA**

MEDICO FAMILIAR, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM

---

**DRA LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO**

MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF 28, PROFESOR ADJUNTO A LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR EN LA UMF 28

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por acompañarme y darme la fortaleza en los momentos más difíciles de mi vida

### **A MIS PADRES**

Por el apoyo que siempre me han brindado, por educarme y guiarme por el buen camino. Por que simplemente son las personas más importantes en mi vida, y por todos los sacrificios realizados les doy las

gracias

### **A MI HERMANA JENNY:**

Por ser mi amiga, por levantarme el ánimo para poder seguir adelante, y darme su apoyo incondicional

### **A mi esposo JORGE ARMANDO :**

Por ser el gran amor de mi vida , por estar junto a mí, por tu confianza , y amor incondicional te amo

### **A DR. GOMEZ CLAVELINA:**

Por su ejemplo de perseverancia , tenacidad, sus conocimientos y experiencias brindadas .Gracias

### **A DR. TORRES:**

Por formar parte esencial en mi formación como especialista en Medicina familiar, por creer en mí , y por

impulsarme día a día para ser una

mejor persona.

## INDICE

PRESENTACION DE TESIS.....	1
HOJA DE FIRMAS.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE.....	4
RESUMEN.....	5
MARCO TEORICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO.....	15
HIPÓTESIS.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	19
VARIABLES.....	22
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES.....	23
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS.....	39

## RESUMEN

### **“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN EL MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 Y SU RELACION CON LA DINAMICA FAMILIAR”**

Bárceñas Chávez Selene, Gómez Clavelina Francisco J. Torres Salazar Bernardo Augusto. Unidad de Medicina Familiar No. 28. “Gabriel Mancera”. IMSS. México D.F.

**INTRODUCCIÓN:** Establecer la prevalencia del Síndrome de Burn out en los médicos familiares y residentes de medicina familiar de la UMF 28 y determinar su relación con la dinámica familiar. La importancia de desarrollar este trabajo de investigación, es buscar estrategias de intervención ya sea a nivel individual, grupal u organizacional para evitar el síndrome de Burn-out, ya que éste puede

ser considerado como una enfermedad profesional, con repercusión en la calidad de atención a los pacientes así como a nivel interprofesional y familiar. Por todo lo anterior podemos decir que el Síndrome de Burn-out es un síndrome cada vez más frecuente el cual afecta a la población médica, y por tal motivo debemos implementar estrategias preventivas.

**MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio Observacional, Prospectivo, comparativo y Transversal, en donde se incluyeron 112 médicos quienes se encuentran en la unidad de medicina Familiar no. 28 Gabriel Mancera, de estos solo 100 aceptaron participar en el estudio, se aplicaron: Consentimiento informado, Genograma estructural, Escala de Maslach (MBI), Y FACES III. En un periodo comprendido del mes de Abril-junio 2005.

**RESULTADOS:** De los 100 médicos, quienes aceptaron participar en el estudio encontramos: 72 mujeres y 28 hombres, con rangos de edad: entre 20 -+de 64 años, con predominio de grupo de edad de 25 a 29 años en un 52%, seguido de 40-44 años en un 14%, con porcentaje de 74% en médicos con un solo empleo, seguidos de 2 empleos (22%) y (4%) con 3 empleos, en relación a estado civil predomina un 58% de médicos casados, religión católica 58%, años de ejercicio profesional: 1-5 en un 69%, ingreso profesional promedio predominando 9,000 mensuales, la tipología predominante fue la nuclear en un 94.7%, los cuales se encontraban principalmente en etapa de expansión en un 31%, y de independencia en un 33%, en relación a la aplicación de fases III encontramos a familias no relacionadas en un 40% (cohesión) y en adaptabilidad: familias flexibles en un 33%. Encontramos en la población estudiada, 10 familias extremas, 34 balanceadas y 46 en rango medio. Una vez que aplicamos FACES III, GENOGRAMA ESTRUCTURAL, así como MBI, encontramos 31 médicos con presencia de Sx de Burn out, de estos 20 médicos especialistas en medicina familiar, 11 residentes de la especialidad de medicina familiar, con predominio del género femenino en ambos grupos: es decir en médicos adscritos 15 mujeres y residentes 7, hombres 5, en adscritos y 3 en residentes, en los dos grupos predominó la religión católica, edad promedio en médicos especialistas 40-44 años, con más de 20 años de ejercicio profesional (aprox 12 médicos), ingreso promedio 20-24 mil mensual, familias nucleares y en los médicos residentes 7 femeninos, 3 masculinos, religión católica, edad promedio 25 a 29 años años de ejercicio profesional 1-5 años, ingreso promedio 9000 mensuales, familias nucleares, encontrándose ambos grupos en etapas de matrimonio o independencia, en relación a la cohesión y adaptabilidad se encontraron: 5 familias extremas, 12 balanceadas y 3 en rango medio en los médicos especialistas y en los residentes 4 familias extremas, 4 balanceadas y 3 en rango medio. Con lo anterior podemos decir que la prevalencia del síndrome de Burn out en la población en estudio en la UMF no. 28 es del 3.0%, teniendo un 2% en los médicos adscritos especialistas en medicina familiar y 1% en los médicos residentes (predominio en residentes de 2do año 6, 2, primer año, y 3 en residentes de tercer año).

**CONCLUSIONES:** Del objetivo primario establecemos que la prevalencia del Síndrome de Burn out es similar a la reportada en la Literatura la cual se encuentra entre el 2 al 3% aproximadamente, predominando el género femenino, tomando en cuenta en relación a la cohesión y adaptabilidad podemos observar a familias extremas y balanceadas tomado en cuenta que este tipo de familias son susceptibles al cambio, y en ocasiones no lo saben afrontar, así como encontrarse en etapas de matrimonio y de independencia recordando que de acuerdo al ciclo vital de la familia se pueden considerar etapas relacionadas con crisis normativas pero que en determinado momento, condicionan cambios positivos o negativos en el individuo y en su ambiente familiar, así como en su área laboral. Por lo que es importante establecer medidas preventivas en aquellos médicos que actualmente no presenten Síndrome de Burn out ya que cualquier evento externo: ya sea personal, familiar y laboral puede desencadenar su aparición teniendo como consecuencia falta de realización personal, despersonalización, depresión, ausentismo, y en casos extremos patologías orgánicas, incapacitantes. Y a los médicos ya identificados quienes se encuentran con el Síndrome de Burn out, apoyo con terapias individuales grupales y familiares, así como incentivos de manera continua, en el área laboral personal y familiar, ya que todo esto se verá reflejado en la calidad de atención de nuestros pacientes.

Palabras clave: Síndrome de Burn out, despersonalización, baja realización personal, FACES III, MBI, GENOGRAMA ESTRUCTURAL.

Número de registro otorgado por el comité de investigación: **2004-3607-0019**

## SINDROME DE BURNOUT ( Desgaste profesional )

### INTRODUCCIÓN.

El término "Desgaste Profesional" (burnout) lleva implícito la referencia a un proceso disfuncional de deterioro. El Desgaste Profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en todos los ámbitos de acción de la persona; aunque se ha estudiado preferentemente en el campo de las profesiones asistenciales, más recientemente se ha extendido a otros tipos de profesiones.(1).

El tipo de trabajo que estas personas hacían, como ha comentado Leiter (1991), se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional. (1)

La aportación operativa de Maslach y Jackson (1981) definiendo el "burn-out" mediante su cuestionario "Maslach Burnout Inventory" (MBI) permitió definirlo como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional; insistió en los mismos elementos y proporcionó un instrumento que permitió evaluar los niveles del problema.

El constructo de "burnout" quedó así definido como una disfunción personal y profesional en un contexto laboral básicamente de tipo asistencial. Como tal, el mismo concepto de burn-out supone deterioro, desgaste y una problemática interna acusada.

Probablemente gran parte del éxito que ha tenido el término procede del hecho de que un número considerable de profesionales, asistenciales y no asistenciales, se reconocían en los términos descritos. El "burn-out" se presentó como la descripción de un problema generalizado en múltiples profesiones, que afecta a la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad laboral. (2)

El fenómeno descrito correspondía no a una problemática intelectual y académica, sino a un problema vivamente sentido por amplias capas de profesionales.

A partir de estos momentos se produjo una verdadera proliferación de trabajos, la mayoría exclusivamente descriptivos, en los que se exponían las desventajas que acompañaban al "burn-out". En la década de los setenta Storlie (1979) lo describía como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes, punto en el que insistía Reidl (1977) al hablar de una deshumanización de los clientes. En la década de los ochenta parece que se produce una ligera inflexión y se insiste preferentemente en las a los estresores disfunciones laborales que entrañaban el "burn-out". Cronin-Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una respuesta inadecuada, emocional y conductual, ocupacionales, Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea y McDonnell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés laboral. Las referencias podrían multiplicarse ampliamente.(3)

### **El síndrome y las consecuencias asociadas**

Las múltiples referencias posibles no han resuelto la ambigüedad de diferenciar lo que es un síntoma de burn-out y lo que es una consecuencia del mismo. Acogiéndose a la definición más común, como es la propuesta operativamente por el MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1996), la ambigüedad persiste pues el término de cansancio emocional puede incluir una gama muy amplia de manifestaciones. Por ello, la línea divisoria entre síntomas y consecuencias puede resultar borrosa y siempre arbitraria. De hecho, entre las medidas del burnout las hay que incluyen respuestas fisiológicas y organizacionales, mientras que otras se atienen al síndrome definido de una u otra forma (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993). Las consecuencias que se han expuesto del Burn-out exceden del centenar. Un esquema representativo de las múltiples desventajas asociadas al síndrome podría ser el presentado en la tabla (3)

## SÍNTOMAS DESCRIPTIVOS DEL BURNOUT

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión Indefensión Desesperanza Irritación Apatía Desilusión Pesimismo Hostilidad Acusaciones a los pacientes Supresión de sentimientos	Pérdida significado Pérdida valores Desaparición de expectativas Modificación autoconcepto Desorientación Perdida de la creatividad Distracción Cinismo Criticismo generalizado	Evación de responsabilidades Absentismo Conductas inadaptables Desorganización Sobreimplicación Evitación de decisiones Aumento de uso de cafeína ,tabaco y drogas	Evitación de contactos Conflictos interpersonales Mal humor familiar Aislamiento Formación de grupos críticos Evación profesional

### Empleo, Estrés y Salud 2002 pp 59-83 (4)

Indudablemente, el énfasis en los estudios sobre las consecuencias del burnout se ha puesto en los factores emocionales. Es una consecuencia de la misma definición operativa efectuada por Maslach y Jackson (1981) que centran el síndrome en los factores emocionales. Parece relevante constatar que de los 22 ítems que constituyen el síndrome, 12 de ellos comienzan con la expresión "I feel". Los síntomas afectivos relacionados con la depresión, la indefensión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima han sido los más referidos. Es habitual dibujar la imagen de la persona "quemada" como alguien "amargado", sin ganas ni voluntad para emprender cualquier tarea. En parte como una consecuencia de los efectos descritos, los sentimientos de irritabilidad, disgusto y agresividad han sido también frecuentemente citados.(5)

Los síntomas cognitivos tienen una gran importancia en el síndrome del desgaste profesional aunque su estudio siga siendo muy parcial y fragmentado. Aunque el síndrome se define operacionalmente por un comienzo centrado en el cansancio emocional, la pérdida del contexto cognitivo y justificativo del trabajo y del esfuerzo que se está realizando es un factor crítico insuficientemente analizado. La pérdida de las expectativas laborales iniciales marca de forma importante el comienzo del proceso.

La revisión del síndrome efectuada en la tercera edición del MBI (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) ha propuesto, substituyendo a la despersonalización, el cinismo como segunda dimensión para las profesiones no asistenciales. Esta propuesta expone claramente los aspectos de autocrítica, desvalorización, autosabotaje y desconsideración hacia el propio trabajo que están presentes en el desgaste profesional. De alguna forma, estos aspectos son un desarrollo de la simplificación y estereotipia que se produce en la despersonalización. La desconsideración en el trato a los pacientes se convierte en cinismo sobre el alcance y valor del propio trabajo y de la propia organización o institución, volviéndose hiper-críticos y desconfiados hacia cualquier forma de iniciativa organizacional.(6)

El aspecto conductual es otra de las dimensiones insuficientemente consideradas en el estudio del desgaste profesional. Por ejemplo, la despersonalización es una dimensión en la que está implicada de forma muy clara la conducta interpersonal. La despersonalización puede asumir muchas formas y tener niveles muy diferentes y sin embargo tales aspectos han sido muy poco analizados. Consecuencia del síndrome es la pérdida de la conducta proactiva de la persona, de forma que el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. (7)

Los resultados encontrados indican que la influencia del Burn-out sobre el absentismo no está clara. Algunos autores han encontrado que influencia los retrasos, la multiplicación de descansos y el absentismo (Maslach y Jackson,1981), aunque la varianza explicada raramente ha sido considerable (7)

Algunos trabajos ni siquiera han encontrado relaciones significativas entre ambas variables ,encontraron que cuando se controlaba el efecto de la edad y el género el Burn-out no predecía el absentismo.



Las manifestaciones físicas asociadas al burnout cubren un panorama muy amplio. Se ha expuesto cómo su línea de trabajo sobre el estrés derivó en los años ochenta a la elaboración del concepto de "suboptimum health", especie de área gris existente entre el bienestar y la salud satisfactoria y la presencia indudable de la enfermedad con sus secuelas de todo tipo. En este contexto se desarrolló una serie de escalas que trataban de medir aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos que no eran clínicamente significativos en ellos mismos. La factorialización de este tipo de instrumentos dio lugar a dos factores "worn-out (gastado) que incluía los elementos relativos al cansancio, labilidad emocional y la confusión cognitiva. Los autores proponen que los sujetos diferirían en ambos tipos de respuestas en función de variables individuales y laborales. El concepto de "Burn-out" (quemado) y el de "worn-out" (gastado) serían conceptos muy similares aunque diferirían al menos en dos aspectos. (7) (8) Mientras el Burn-out se referiría al ámbito laboral el "worn-out" sería de aplicación general. Como ha expuesto Warr (1990) el primero es relativo al trabajo, el segundo no lo es.

Entre las manifestaciones físicas citadas estarían las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales (Belcastro, 1982). Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño serían frecuentes en las personas afectadas por el síndrome (Kahill, 1988). Shiron (1989) considera que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica. Entre los trastornos psicofisiológicos estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios. Se ha encontrado igualmente que quienes refieren niveles altos de burnout suelen informar de menores niveles de satisfacción en las relaciones de pareja (9)

**El síndrome y el nivel de consecuencias**

Algunos autores han insistido en la relevancia del cansancio emocional como elemento del síndrome. Shirom (1989) y Leiter (1991) basados en diferentes análisis y en las abundantes correlaciones encontradas entre esta dimensión y otras variables consideran que el agotamiento emocional es el verdadero núcleo del Burn-out. La propuesta de los autores es que la secuencia real del Burn-out, tal como aparece en su nivel de consecuencias sigue el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional. Según los autores la secuencia real del proceso debería ser paralela al nivel de consecuencias que tiende a aumentar en función principalmente del cansancio emocional, por lo que debería ser considerado como el elemento más patógeno del proceso y por ello el último en aparecer. En función de esta secuencia establecen las siguientes ocho fases sucesivas del Burn-out (7)

FACTORES PROGRESIVOS DEL BURN OUT SEGÚN GOLEMBIESKI MUZERINDER

Factores	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
DEP	bajo	alto	bajo	alto	bajo	Alto	bajo	alto
RP	bajo	bajo	alto	alto	bajo	Bajo	alto	Alto
CE	bajo	bajo	bajo	bajo	alto	alto	alto	alto

**El origen organizacional del Burn-out**

Desde los primeros momentos de la formulación del Burn-out, se asoció su aparición a las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales (Maslach y Jackson, 1982. Existe un acuerdo, mayor cada vez mayor, de que el Burn-out podría definirse como una forma de estrés laboral (Maslach y Schaufeli, 1993), que correspondería a la última fase del proceso de estrés formulado por Selye (1956), a un tipo de estrés laboral crónico.

Los estresores que desencadenan el proceso de Burn-out han sido señalados con relativa frecuencia y nitidez, aunque sea difícil establecer la fracción etiológica de los mismos debido a la multicausalidad del fenómeno. El estudio de los factores organizacionales vinculados a la aparición del Burn-out ha tenido un doble enfoque (Maslach y Jackson, 1984). Por una parte han estado los estudios centrados en la naturaleza de la relación entre el profesional y los clientes, y por otra la relación del profesional con el entorno organizacional como un sistema laboral y personal.

Especialmente en las profesiones asistenciales se ha encontrado que el tipo de relación entre el cliente y el profesional es la fuente más decisiva del Burn-out asistencial. Según Maslach (1978) el paciente puede ser un factor de tensión y desgaste profesional por diferentes causas:

- \*Tipo de problemas del paciente (gravedad, probabilidad de cambio)
- \*Relevancia personal de los problemas (implicación emocional)
- \*Normas reguladoras de la relación paciente-profesional (implícitas y explícitas)
- \*Conducta del paciente (pasiva o activa)

Además la retroalimentación procedente de los pacientes y sus entornos familiares, las quejas e incluso acusaciones procedentes de los mismos pueden actuar como un factor de desgaste personal y profesional.

Se ha encontrado que diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del Burn-out. En principio parece que la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentado, se asocia especialmente con el cansancio emocional, mientras que estaría menos vinculada a las conductas de despersonalización y a los sentimientos de disminución en la realización personal. Consideran que las puntuaciones de Burn-out son siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo. (8)

Uno de los modelos más importantes en el estudio del estrés laboral es el proporcionado por la Escuela de Michigan, desarrollado por el Instituto para la Investigación social de la Universidad de Michigan. El modelo propone el estrés como un proceso interactivo entre el entorno y el trabajador. Según la escuela de Michigan el estrés provendría principalmente de dos fuentes:

- 1ª) La percepción de un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos para atenderlos
- 2ª) El entorno podría no proporcionar suficientes oportunidades para satisfacer las propias necesidades.

El tipo de estresores preferentemente estudiados por la Escuela de Michigan han sido los vinculados a las funciones o expectativas laborales, el estrés del rol desempeñado, especialmente la ambigüedad y el conflicto de rol. El conflicto y la ambigüedad de rol han sido frecuentemente identificados como factores asociados a la aparición del Burn-out. Los estudios efectuados han encontrado que la presencia de altos niveles de conflicto se asocian al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y, en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal. En diferentes estudios se ha encontrado que la participación en la toma de decisiones contribuye significativamente a la despersonalización, pero no a los otros componentes del Burn-out. (8). La autonomía en el ejercicio de la propia tarea se relaciona con el sentido de realización personal entre los profesores (Jackson, Schwab, y Schuler, 1986). De forma más general, Landsbergis (1988) ha encontrado que entre los profesionales de la salud, la latitud de decisión contribuye a los tres componentes del Burn-out. Tal como predice el modelo de Karasek (1979), las tareas que combinaban una alta demanda y una baja latitud de decisión se asociaban más claramente a los procesos del burn-out. (9)

La falta de apoyo social puede conducir al Burn-out (Leiter y Maslach, 1988). De hecho, se ha encontrado que las relaciones mantenidas con los compañeros y colegas laborales tienen una clara relevancia en la aparición del Burn-out (Bacharach y col. 1990). Un numeroso grupo de estudios han mostrado que la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo correlaciona con la aparición del Burn-out (Burke y col. 1984, Ross y col. 1989). El apoyo social supone aportaciones tanto emocionales ante el éxito y fracaso de la propia tarea como ayuda instrumental en el desarrollo del ejercicio profesional. Actúa también como un factor motivacional y una forma de compartir valores y contextos justificativos de tipo cognitivo ante la propia tarea. Cronin-Stubbs y Rooks (1985) han encontrado en una muestra de enfermería que el apoyo social predice los niveles de Burn-out. (10)

No todos los estudios indican que la ausencia de una familia o de relaciones íntimas personales se asocian con mayores niveles de Burn-out, algunos no han encontrado asociación entre el tipo de apoyo extralaboral y los niveles de Burn-out (Constable y Russell, 1986).

Desde esta perspectiva global, no sería tanto la existencia del estrés de rol, la falta de desarrollo profesional, la insuficiencia de medios, u otros aspectos particulares y específicos los que generarían el Burn-out como síndrome, sino el conjunto de todos ellos. El Burn-out se origina cuando se observa que las estructuras reales, organizativas y de otro tipo condenan al fracaso la dedicación y el empeño profesional y no se vislumbran alternativas de cambio. Es entonces cuando aparece el desmoronamiento motivacional y la pérdida del contexto cognitivo justificativo que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión.

## Los factores individuales del Burn-out

Desde los primeros momentos del estudio del Burn-out se constató que mientras algunos sujetos eran claramente vulnerables, otros mantenían una fuerte resistencia al mismo. Aunque el origen del desgaste profesional tuviera que situarse en el tipo del ejercicio profesional y sus condiciones, parecía claro que las variables individuales ejercían una influencia indudable. Posteriormente otros estudios han insistido en diferentes variables o tipo de personalidad que estarían asociados al Burn-out.

Probablemente la tendencia más consistente en los últimos años se haya orientado a vincular el burn-out y las variables de personalidad propias del enfoque activo y propositivo de la salud, el llamado "*modelo salutogénico de salud*". El enfoque salutogénico de salud propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester Arnal, 1998).

### *Las variables personales profesionales*

Aunque las variables personales no son centrales en el proceso del desgaste profesional, no es posible una adecuada comprensión del proceso al margen de los modelos interactivos que utilizan conjuntamente las variables organizacionales y las personales. Cherniss (1980) en los comienzos del estudio del Burn-out proponía un modelo interactivo a partir de ambos tipos de variables, específicamente su modelo no incluía como variables personales dimensiones o rasgos de personalidad sino formas de orientarse en el ámbito laboral, actitudes o estilos profesionales

CULTURA CORPORATIVA	CARGA DE TRABAJO
ESTIMULACION	CONTACTO CON EL CLIENTE
AUTONOMIA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES
LIDERAZGO/SUPERVISIÓN	AISLAMIENTO SOCIAL
ORIENTACIONES	PROFESIONALES
APOYOS Y DEMANDAS	FUERA DEL TRABAJO
INSEGURIDAD	PROFESIONAL
PROBLEMAS CON	LOS PACIENTES
INTERFERENCIAS	BUROCRÁTICAS
INSATISFACIÓN	RUTINA
INSOLIDARIDAD	OBJETIVOS
LABORALES	RESPONSABILIDAD
PERSONAL	IDEALISMO/REALISMO
IMPLICACIÓN	EMOCIONAL
ALIENACIÓN	LABORAL
SOLIPSISMO	SOCIAL

Característico de las características de personalidad del sujeto por sus actitudes ante el trabajo que a su parecer dan lugar a cuatro grupos de estilos profesionales :

- 1.- *Los activistas sociales*, aquellos que quieren cambiar el mundo.
- 2.- *Los centrados en sus carreras*, quienes quieren principalmente promocionar en sus trabajos y obtener beneficios.
- 3.- *Los artesanos*, motivados por la naturaleza de su trabajo.
- 4.- *Los esforzados*, que consideran que el trabajo como un mal inevitable.

Lamentablemente, la utilización de estilos profesionales como variables moduladoras del proceso de Burn-out apenas si ha tenido réplica, siendo substituidas en la práctica totalidad de los estudios por variables psicológicas. Ambos tipos de estudios son compatibles y se aclaran mutuamente, en realidad, ambos estudian la vulnerabilidad o resistencia al proceso de desgaste profesional. Mientras el enfoque centrado en las variables dimensionales de personalidad analiza las variables psicológicas de forma directa, el enfoque centrado en las orientaciones profesionales incluye en su análisis la adaptación específica del sujeto a su organización.

## ESTRÉS Y BURNOUT DESORGANIZACIÓN

### Estrés de Rol

#### Burnout:

Agotamiento Emocional  
Despersonalización  
Falta de Realización

El cuestionario más empleado para la evaluación del Burn-out es la escala de Maslach que de forma autoaplicada , mide desgaste profesional. Se complementa en 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome : Cansancio emocional ,despersonalización, realización personal. Se consideran bajas puntuaciones menores a 34. El cuestionario más utilizado es la escala de Maslach en 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9 . Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones , sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.( 11)

#### ESCALA MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones , en función a la siguiente escala:

- 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
- 6=Todos los días

#### ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado con mi trabajo
2. Me siento cansado al final de mi 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 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 quemado 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 que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado o desaprovechado en mi trabajo en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que les 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 estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. 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 los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional : 1,2,3,6,8,13,14,16,20

Despersonalización:5,10,11,15,22

Realización personal: 4,7,9,12,17,18,19,21

Existen tres subescalas bien definidas:

1 Subescala de agotamiento emocional Consta de 9 items Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. (Puntuación máxima 54)

2 Subescala de despersonalización .Esta formada por 5 items Valora el grado de cada uno , reconoce la frialdad y distanciamiento (Puntuación máxima 30)

3 Subescala de realización personal: Se compone de 8 items. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. (Puntuación máxima 48)

Se considera que puntuaciones altas en los dos primeros apartados y bajase en el ultimo definen este síndrome .

Se consideran puntuaciones son bajas entre 1 y 33.

Puntuaciones altas en las dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

## DINAMICA FAMILIAR

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad por lo que el tipo de relaciones que se establece entre sus miembros es de capital importancia. La funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende del grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes., es decir el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad de sus miembros. Podemos definir a la dinámica familiar es la capacidad de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a su ciclo vital en el que este atravesando dicha familia., es la totalidad de fuerzas positivas y negativas determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema. La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite desarrollarse a cada uno como individuo. Las características psicológicas de la familia son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros.

En nuestro país el cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico. La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo.

Debemos considerar a la familia del enfermo terminal también como objeto de la atención ya que se van a desarrollar en sus miembros una serie de alteraciones que afectan a múltiples esferas (emocional, social, estructural) y que podemos considerar *síntomas* a considerar de igual forma que los que presenta el enfermo.

Para prestar atención adecuada a las alteraciones familiares proponemos aplicar los principios generales del Control de Síntomas, si bien en el caso de los síntomas familiares al contrario que en los del enfermo, estos no son visibles ni reconocibles para la familia y debe ser el equipo sanitario el agente activo que los ponga de manifiesto:

### **1. *Evaluar antes de tratar:***

Se deben investigar los mecanismos por los que se produce una determinada alteración familiar conociendo sus antecedentes, su forma de aparición, las personas a las que implica (por ejemplo: la sobreprotección del enfermo se relaciona con el pacto de silencio y conlleva a mayor sobrecarga del cuidador, el duelo inhibido puede deberse a la presión social sobre el doliente...). También es importante evaluar la intensidad del síntoma familiar y las limitaciones y consecuencias que produce en la familia y en el enfermo.

### **2. *Explicar las causas de los síntomas:***

Es muy terapéutico para una familia en crisis por la enfermedad terminal conocer en términos comprensibles que les está ocurriendo y por que. Esta actitud favorece la verbalización de emociones (ambivalencia, miedos, desculpabilización), facilita la comunicación y previenen alteraciones importantes en el futuro como la claudicación familiar y el duelo patológico.

### **3. *Establecer objetivos terapéuticos:***

Los síntomas familiares deben abordarse por objetivos separando aquellos de carácter preventivo, muy importantes en el abordaje familiar en la enfermedad terminal (prevenir la claudicación familiar, prevenir el duelo patológico, prevenir la sobrecarga del cuidador) de los objetivos de tratamiento (tratar la incomunicación, la sobreprotección o el aislamiento). Definir estos objetivos en términos temporales, relacionarlos con los objetivos de atención al enfermo y hacer saber a la familia que existen también ayuda a su consecución.

#### **4. Monitorización de los síntomas:**

Al igual que en el caso del enfermo (por ejemplo con el uso de escalas análogas para valoración del dolor), los síntomas familiares son cambiantes a veces en breves lapsos de tiempo por lo que es imprescindible establecer métodos estandarizados para su evaluación periódica (por ejemplo monitorizar la ansiedad del cuidador mediante el test de Goldberg). Este sistema permite también relacionar los síntomas familiares con los del enfermo: la falta de control de síntomas del paciente se relaciona con mayor alteración en la familia.

#### **5. Atención a los detalles:**

Nos referimos a la importancia de cuidar en una familia en crisis por la enfermedad terminal de uno de sus miembros, aspectos como el respeto a la intimidad y a la privacidad, la buena comunicación verbal y no verbal.

Los síntomas de la familia también son cambiantes afectan a la globalidad de las personas, evolucionan con la enfermedad. Existe una relación estrecha entre los síntomas del paciente y los síntomas de la familia: ambos se descompensan o se controlan coordinadamente, por tanto podemos intervenir positivamente sobre todo el contexto paciente-familia, provocando reacciones en cadena. Pero toda regla tiene su excepción: los síntomas del enfermo pueden tener una función estabilizadora en la familia, para lo que debemos evaluar siguiendo modelos de causalidad

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

Prevalencia de Síndrome de Burn-out en el Médico Familiar y residentes de Medicina Familiar de la U.M.F. 28 y relación de este síndrome con la dinámica familiar.

### **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burn-out en los médicos familiares y residentes de Medicina Familiar de la UMF 28.?

¿Existe relación entre el Síndrome de Burn-out y la dinámica familiar de los Médicos familiares y residentes de la especialidad de Medicina Familiar de la UMF 28.?

### **JUSTIFICACION**

La importancia de desarrollar este trabajo de investigación, se apoya en la presencia demostrada del S. de Burnout en los trabajadores de la salud, el cual puede ser considerado como una enfermedad profesional, con repercusión en la calidad de atención a los pacientes así como a nivel interprofesional y familiar .

Por todo lo anterior podemos decir que el Síndrome de Burnout es un síndrome cada vez más frecuente el cual afecta a la población médica, y por tal motivo debemos identificar su presencia y magnitud para implementar estrategias preventivas.

### **OBJETIVOS**

#### **General**

-Identificar la presencia del síndrome de Burn-out en la población médica especialista y residentes en medicina Familiar en la UMF 28 y valorar la dinámica familiar mediante la descripción de la composición familiar y la funcionalidad familiar.

#### **Específicos**

-Identificar los rasgos de personalidad que se relacionan con la sintomatología del Síndrome de Burnout .

-Identificar la prevalencia del Sx de Burn-out en los médicos especialistas y residentes de medicina Familiar.

-Aplicar la Escala FACES III

Identificar el nivel de cohesión en las familias de los participantes en la encuesta

Identificar el nivel de adaptabilidad en las familias de los participantes en la encuesta

-Identificar la relación y la influencia del Sx de Burn-Out en la dinámica familiar en los médicos familiares y residentes de Medicina Familiar en la UMF 28.

- Elaborar el genograma de las personas encuestadas

### **ASPECTOS METODOLOGICOS**

#### **Tipo de estudio**

-Observacional

-Prospectivo

-Comparativo

-Transversal

### **DEFINICION DE UNIVERSO**

-Médicos Familiares y médicos residentes de la UMF 28 en un periodo que comprende del 1 marzo del 2004 al -30 Octubre del 2004. El total de la población que se estudiará es de 112 personas.

#### **Tipo: Finito**



### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Médicos Adscritos al Servicio de Consulta externa UMF 28
- Médicos Residentes de Medicina Familiar (1,2 y 3er año)
- Ambos sexos: femenino y masculino
- Sin distinción de estado civil
- Sin distinción de ingreso mensual
- Sin distinción de religión

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Médicos que no laboren en la UMF 28
- Médicos que no acepten participar en el estudio
- Médicos que se encuentren bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico**

### **UBICACIÓN TEMPORAL**

- Marzo 2004 a octubre del 2004

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Médicos que no acepten participar en el estudio
- Cuestionarios incompletos o mal requisitados

### **DISEÑO DE LA MUESTRA**

- Se trabajará con el total de población descrita.

## DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

**Especialista:** Que se dedica a una especialidad , particularidad de una persona o cosa.

**Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida , duración de una cosa material.

**Género:** Colección de seres que tienen entre si analogías importantes y constantes.

**Femenino:** Género a que pertenecen las hembras.

**Masculino:** Perteneciente al macho: sexo masculino

**Estado Civil:** Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.

**Empleo:** Acción o efecto de emplear, sinónimo (función, puesto , cargo, oficio, profesión).

**Consulta externa:** Servicio perteneciente a una Unidad de MEDICINA Familiar en la cual se atiende a la población en un primer nivel de atención.

**Ingreso mensual:** Remuneración que se obtiene después de 30 días de trabajo.

**Agotamiento Emocional:** Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo.

**Grado de despersonalización :** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

**Realización personal:** Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

**Dinámica Familiar:** Conjunto de pausas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que este atravesando dicha familia.

Se explora la composición y funcionalidad , cada una valoradas por Genogramas y FACES III respectivamente .

## DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES

VARIABLES	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Medico Adscrito a CE Medico Residente(1,2 Y 3er año de MF)	Nominal Nominal	Medico especialista Medico residente
Edad	Discontinua	24 a 60 años
Genero		Femenino Masculino
Estado Civil	Nominal	Soltero Casado Viudo Union Libre
No. De Empleos	Discontinua	Uno Mas de uno
Tiempo de Trabajar en Consulta Externa	Discontinua	Menos de un año Mas de un año
Ingreso Mensual	Discontinua	Un salario Mínimo Mayor aun salario mínimo Profesional
Escuela de origen	Discontinua	UNAM IPN Particular
Agotamiento emocional	Ordinal	Leve,moderado,severo
Grado despersonalización	Ordinal	Leve,moderado,severo
Realización personal Dinámica Familiar	Ordinal Ordinal	Bajo,intermedio,alta

**FUENTE E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR DATOS:**

Cuestionario MBI y FACES III y genograma estructural

**MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIO:**

Se aplica (consentimiento informado) ya que el estudio se realiza sobre cuestionarios dirigido a médicos.

**ESTADISTICA DESCRIPTIVA**

Porcentajes

Frecuencia

Media

**ETAPAS DEL ESTUDIO**

-Aplicar por escrito los cuestionarios MBI (Maslach Burnout Inventory) y Genograma y Cuestionario de dinámica FACES III.

-Realizar un análisis estadístico de acuerdo a escalas de valoración de este síndrome

-Vaciar los datos obtenidos en una base de datos.

-Graficar los resultados

-Elaboración de un reporte final, con conclusiones.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Elección del tema	X						
Recopilación bibliográfica	X						
Elaboración de protocolo	x	x					
Recopilación de datos			x				
Análisis de resultados				x	X		
Elaboración de resultados						X	X

**RECURSOS HUMANOS**

Médico Residente de Medicina Familiar

Asesor de Tesis

**RECURSOS MATERIALES**

Cuestionarios

Libreta de registros

Lápices

Bolígrafos

Hojas Blancas

Computadora

Calculadora

Hoja de Cálculo

**RECURSOS FISICOS**

Unidad de Medicina Familiar UMF 28

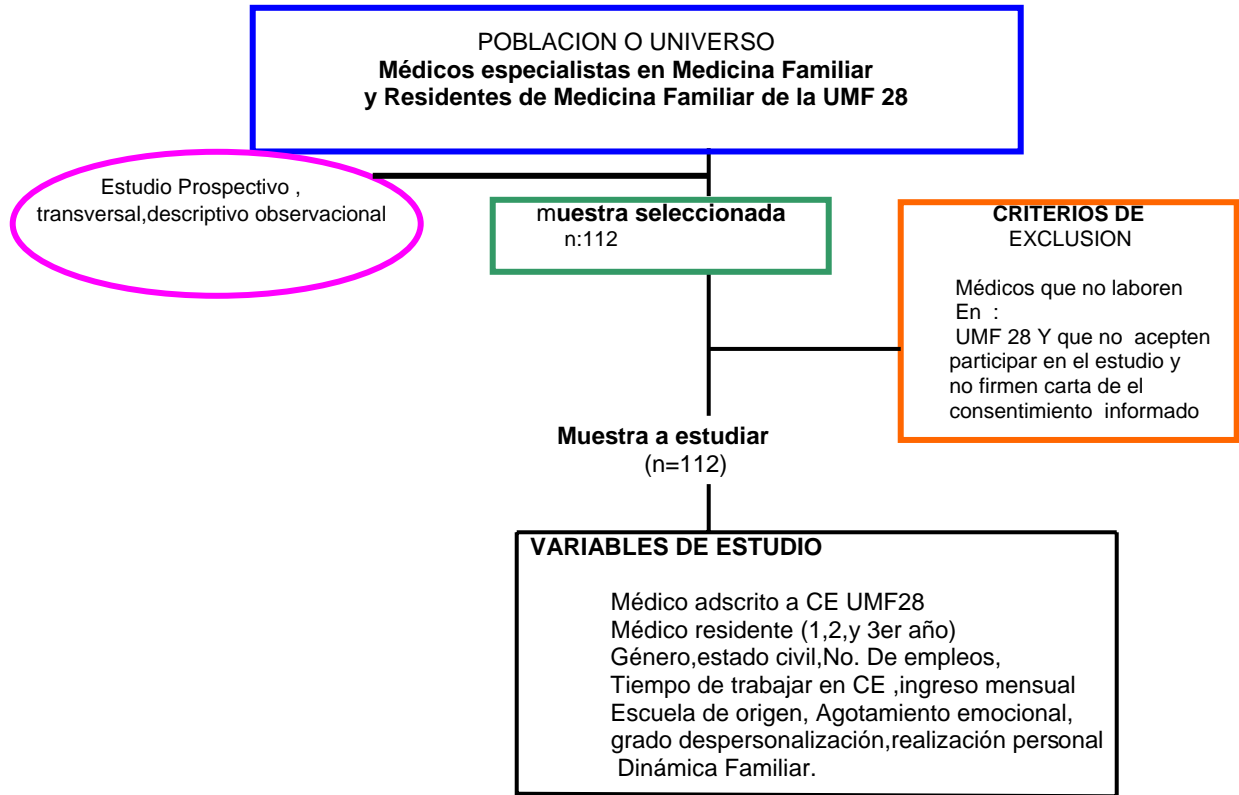
**FINANCIAMIENTO:** Interno

## **MATERIALES Y METODOS**

### **TIPO DE INVESTIGACION**

- a)Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información :Prospectivo
- b)Según el número de una misma variable ó el período y secuencia del estudio: Transversal
- c)Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados :Comparativo
- d)De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional

## Diseño de la Investigación



Elaboró: Selene Bárcenas Chávez 2004-09-22

## **RECURSOS HUMANOS , MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, recolector de datos, se espera la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación .Se aplicarán cuestionario de Maslach, FACES III, Servicio de fotocopiado, para reproducir los cuestionarios, lápices, borradores. Los gastos se absorberán por residente de primer grado de Medicina Familiar Selene Bárcenas Chávez .

### Consideraciones Éticas

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial . El reglamento de la Ley de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación .Identificación del Síndrome de Burn-out ,en médicos adscritos en Medicina Familiar, médicos residentes de Medicina Familiar en la UMF 28 , su relación con la dinámica familiar.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION REGIONAL CENTRO**  
**DELEGACION NO.3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL**  
**JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28**  
**EDUCACION E INVESTIGACIÓN MÉDICA**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

TITULO DEL PROYECTO:

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO FAMILIAR Y RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 Y LA RELACION DE ESTE SINDROME CON LA DINAMICA FAMILIAR**

FECHA	MAR 2004	ABRIL 2004	MAYO 2004	JUN 2004	JUL 2004	AGOS 2004	SEP 2004	OCT 2004	NOV 2004	DIC 2004	ENE 2005	FEB 2005
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACION			X									





**TITULO DE PROYECTO :**  
**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR , Y**  
**RESIDENTES DE 1, 2 Y 3ER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28 Y LA RELACION DE ESTE SINDROME**  
**CON LA DINAMICA FAMILIAR**

FECHA	MAR 2005	ABRIL 2005	MAYO 2005	JUN 2005	JUL 2005	AGOS 2005	SEP 2005	OCT 2005	NOV 2005	DIC 2005	ENE 2005	FEB 2005
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSION DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DE TRABAJO												X
PUBLICACION												X

## RESULTADOS

Es un estudio Observacional, Prospectivo, comparativo y Transversal, en donde se incluyeron 112 médicos quienes se encuentran en la unidad de medicina Familiar no. 28 Gabriel Mancera, de éstos 100 aceptaron participar en el estudio, se aplicaron : Consentimiento informado , Genograma estructural, Escala de Maslach (MBI), Y FACES III. En un periodo comprendido del mes de Abril-junio 2005.

De los 100 médicos ,72 son mujeres y 28 hombres , con rangos de edad : entre 20 -64 años, con predominio de grupo de edad de 25 a 29 años en un 52%, seguido de 40-44 años en un 14 %,con porcentaje de 74% en médicos con un solo empleo, seguidos de 2 empleos (22%) y (4%) con 3 empleos, en relación a estado civil predomina un 58% de médicos casados, ,religión católica 58% ,años de ejercicio profesional: 1-5 en un 69%,ingreso profesional promedio predominando 9,000 mensuales ,la tipología predominante fue la nuclear en un 94.7%, los cuales se encontraban principalmente en etapa de expansión en un 31%, y de independencia en un 33%, en relación a la aplicación de fases III encontramos a familias no relacionadas en un 40%(cohesión) y en adaptabilidad : familias flexibles en un 33%.Encontramos en la población estudiada, 10 familias extremas, 34 balanceadas y 46 en rango medio.

Una vez que aplicamos FACES III, GENOGRAMA ESTRUCTURAL, así como MBI, encontramos 31 médicos con presencia de Sx de Burn out, de estos 20 médicos especialistas en medicina familiar, 11 residentes de la especialidad de medicina familiar, con predominio del género femenino en ambos grupos: es decir en médicos adscritos 15 mujeres y residentes 7 , hombres 5 , en adscritos y 3 en residentes, en los dos grupos predominó la religión católica, edad promedio en médicos especialistas 40-44 años, con más de 20 años de ejercicio profesional (aprox 12 médicos) ,ingreso promedio 20-24 mil mensual, familias nucleares y en los médicos residentes 7 femeninos, 3 masculinos, religión católica ,edad promedio 25 a 29 años años de ejercicio profesional 1-5 años, ingreso promedio 9000 mensuales, familias nucleares, encontrándose ambos grupos en etapas de matrimonio o independencia , en relación a la cohesión y adaptabilidad se encontraron : 5 familias extremas ,12 balanceadas y 3 en rango medio en los médicos especialistas y en los residentes 4 familias extremas, 4 balanceadas y 3 en rango medio..

Con lo anterior podemos decir que la prevalencia del síndrome de Burn out en la población en estudio en la UMF no. 28 es del 3.0% , teniendo un 2% en los médicos adscritos especialistas en medicina familiar y 1% en los médicos residentes (predominio en residentes de 2do año 6, 2, primer año, y 3 en residentes de tercer año).

## DISCUSION

De los 100 médicos incluidos en este estudio , (Médicos adscritos consulta externa UMF 28 Y Médicos residentes se obtuvieron los siguientes datos: 72 fueron femeninos y 28 masculinos (gráfica 1); de los médicos 58% fueron casados.

De acuerdo a los grados de despersonalización encontramos: bajo 71%, medio 11%, alto 18% (grafica 4). En relación a Realización personal encontramos: alto grado de realización personal 72%, medio: 21% y bajo 7% (gráfica 5).

La relación entre cansancio emocional y género encontramos en el grado alto: 5 masculinos, (MEDICOS ADSCRITOS) y 5( MASCULINOS RESIDENTES) 7 femenino,(MEDICOS ADSCRITOS) en el grado Medio y 3 femeninos (residentes) en el bajo 8 masculinos y 3 femeninos (gráfica 6).

En relación entre grado de Despersonalización y género; se encontró en el grado alto 5 femeninos y 5 femenino, en el medio 3 masculinos y 1 femenino, y en el bajo 10 masculinos y 7 femeninos (gráfica 7).

En relación a realización personal y género, en el grado alto 16 masculinos, 4 femeninos, en el medio 5 masculinos y 1 femenino, en el bajo ningún femenino y 4 masculinos (gráfica 8).

De acuerdo a lo anterior se encontró que 20 médicos adscritos al servicio de Consulta externa de UMF 28 Gabriel Mancera presentaron Síndrome de Burnout, es decir el 2.0% así como 11 médicos residentes (1.5%) ya que presentaron puntuaciones altas en los 2 primeros apartados las cuales son: agotamiento emocional y despersonalización y obtuvieron puntuaciones bajas en el apartado el cual corresponde a realización personal (gráfica 9).

Lo anterior nos muestra que los médicos adscritos y residentes quienes presentan Sx de Burnout comparten características las cuales nos orientan a la presencia de este síndrome entre las cuales encontramos. Su tipología familiar encontrándose ambos grupos dentro de una familia nuclear en etapa de MATRIMONIO O Independencia, así como familias relacionadas o semirelacionadas, predominando el estado civil casados , en ambos grupos, religión católica , con rangos de edad extrema de 25-29 años y 40-45 años.

El ingreso mensual, años laborados, estado civil, religión y edad fueron factores los cuales han influido en la presentación del síndrome en el presente estudio, ya que estas últimas se asocian a largos periodos de estrés, dentro de la UMF 28, con lo cual es importante valorar de manera particular estos resultados ya que las familias en las que se encuentren en estas circunstancias dentro del campo médico pudieran en determinado momento desarrollar este síndrome , o que pasar de forma inadvertida sin poder evitar su desarrollo y sin poder dar alternativas de ayuda a esta población, quien se encuentra envuelto en múltiples factores de riesgo para su presentación y que en el transcurso del tiempo esto se vera reflejado en la calidad de atención a los pacientes así como en la dinámica familiar de los mismos

## CONCLUSIONES:

Del objetivo primario establecemos que la prevalencia del Síndrome de Burn out es similar a la reportada en la Literatura la cual se encuentra entre el 2 al 3% aproximadamente, predominando el género femenino, tomando en cuenta en relación a la cohesión y adaptabilidad podemos observar a familias extremas y balanceadas tomado en cuenta que este tipo de familias son susceptibles al cambio, y en ocasiones no lo saben afrontar, así como encontrarse en etapas de matrimonio y de independencia recordando que de acuerdo al ciclo vital de la familia se pueden considerar etapas relacionadas con crisis normativas pero que en determinado momento, condicionan cambios positivos o negativos en el individuo y en su ambiente familiar, así como en su área laboral.

Por lo que es importante establecer medidas preventivas en aquellos médicos que actualmente no presenten Síndrome de Burn out ya que cualquier evento externo: ya sea personal, familiar y laboral puede desencadenar su aparición teniendo como consecuencia falta de realización personal, despersonalización, depresión, ausentismo, y en casos extremos patologías orgánicas, incapacitantes.

Y a los médicos ya identificados quienes se encuentran con el Síndrome de Burn out, apoyo con terapias individuales grupales y familiares, así como incentivos de manera continua, en el área laboral personal y familiar, ya que todo esto se verá reflejado en la calidad de atención de nuestros pacientes.

El síndrome de burn-out es un problema social y de salud pública. Es un trastorno adaptativo crónico, que daña la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial. Esto conlleva un gran aumento de costos económicos y sociales.

La tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario debe ser compartida. Es fundamental la motivación de todos en este sentido, para evitar la desilusión y los sentimientos de soledad y frustración, que hacen mella en muchos profesionales hoy día.

No hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de Burn out. Se utilizan modelos complementarios que tratan al individuo, al grupo social y a la administración.

En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de estrés y ensayo conducta. Pueden usarse técnicas de entrenamiento en relación y autocontrol.

Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales que empiezan la carrera, pues suelen presentar una negación parcial del riesgo que padecen debido a la inexperiencia y al optimismo de controlar la situación.

Sería interesante para estos profesionales contar con programas de entrenamiento frente al estrés, ya desde el pregrado.

En todos los casos es fundamental cursos de formación continuada, mejora de recursos instrumentales y aumentar la competencia psicosocial del profesional.

Son así mismo, importantes las relaciones interpersonales y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores. Para afrontar el burn out, es imprescindible fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores.

Por último, a escala institucional debería fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos afectados capaces de ofrecer la ayuda necesaria.

## CONCLUSIONES:

Del objetivo primario establecemos que la prevalencia del Síndrome de Burn out es similar a la reportada en la Literatura la cual se encuentra entre el 2 al 3% aproximadamente, predominando el genero femenino, tomando en cuenta en relación a la cohesión y adaptabilidad podemos observar a familias extremas y balanceadas tomado en cuenta que este tipo de familias son susceptibles al cambio, y en ocasiones no lo saben afrontar, así como encontrarse en etapas de matrimonio y de independencia recordando que de acuerdo al ciclo vital de la familia se pueden considerar etapas relacionadas con crisis normativas pero que en determinado momento , condicionan cambios positivos o negativos en el individuo y en su ambiente familiar , así como en su área laboral.

Por lo que es importante establecer medidas preventivas en aquellos médicos que actualmente no presenten Síndrome de Burn out ya que cualquier evento externo : ya sea personal, familiar y laboral puede desencadenar su aparición teniendo como consecuencia falta de realización personal, despersonalización , depresión, ausentismo, y en casos extremos patologías orgánicas ,incapacitantes.

Y a los médicos ya identificados quienes se encuentran con el Síndrome de Burn out, apoyo con terapias individuales grupales y familiares, así como incentivos de manera continua, en el área laboral personal y familiar, ya que todo esto se vera reflejado en la calidad de atención de nuestros pacientes

El sindrome de burn-out es un problema social y de salud publica. Es un trastorno adaptativo crónico, que daña la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial. Esto conlleva un gran aumento de costos económicos y sociales.

—La tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario debe ser compartida. Es fundamental la motivación de todos en este sentido, para evitar la desilusión y los sentimientos de soledad y frustración, que hacen mella en muchos profesionales hoy día.

—No hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de Burn out. Se utilizan modelos complementarios que tratan al individuo, al grupo social y a la administración.

—En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de estrés y ensayo conducta. Pueden usarse técnicas de entrenamiento en relación y autocontrol.

—Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales que empiezan la carrera, pues suelen presentar una negación parcial del riesgo que padecen debido a la inexperiencia y al optimismo de controlar la situación.

Sería interesante

para estos profesionales contar con programas de entrenamiento frente al estrés, ya desde el pregrado.

—En todos los casos es fundamental cursos de formación continuada, mejora de recursos instrumentales y aumentar la competencia psicosocial del profesional.

—Son así mismo, importantes las relaciones interpersonales y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores. Para afrontar el burn\_out, es imprescindible fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores.

—Por ultimo, a escala institucional debería fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos afectados capaces de ofrecer la ayuda necesaria.

## **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

—No hay ninguna estrategia simple y universal capaz de prevenir o tratar el síndrome de burn-out. Necesariamente se utilizarán modelos complementarios que influyan en todas las partes implicadas, es decir, al individuo, al grupo social y a la Administración.

—En el ámbito individual se utilizan técnicas de afrontamiento del estrés y psicoterapia conductual, con técnicas de resolución de conflictos, de relaciones interpersonales y mejoras del autocontrol,

—Es recomendable la orientación y concienciación de los nuevos profesionales ya desde antes de su incorporación al trabajo, porque suelen presentar una negación parcial del riesgo por su inexperiencia y por su optimismo, lo que les lleva a pensar que serán capaces de controlar la situación.

—Los médicos deberían realizar de un modo programado y rutinario cursos de formación en el afrontamiento del estrés, de mejora de recursos instrumentales y de aumento de la competencia psicosocial y profesional. El estudio, planificación y diseño de las relaciones interpersonales en el trabajo y la mejora del soporte social entre compañeros y superiores son básicos para afrontar el burn-out, porque fortalecen los vínculos sociales entre los trabajadores. El trabajo en equipo tiene un efecto protector, incluso cuando ese equipo es mínimo, es decir, compuesto por dos o tres elementos. Saber delegar, compartir e ilusionarse mutuamente puede ser la clave.

La planificación de las mejoras en las condiciones de trabajo del personal sanitario debe ser tarea de todos los implicados. Es fundamental para evitar la desilusión y los sentimientos de soledad y frustración que hacen mella en muchos profesionales hoy día. La mayoría de los autores coincide en resaltar la importancia del efecto protector de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, las oportunidades de aprendizaje continuado y el desarrollo de la carrera profesional.

—Se debe fomentar el soporte real al profesional afectado desde diversas instancias con responsabilidad en la salud laboral de los trabajadores sanitarios, como sindicatos, sociedades científicas, colegios profesionales y la propia administración. Para ello, es importante la constitución de grupos de expertos que realicen exámenes de salud laboral y sean capaces de detectar precozmente los casos y de ofrecer ayuda con la agilidad necesaria.

—Como medidas preventivas de índole personal a desarrollar para evitar la aparición del burn-out, citaremos:

- Realizar regularmente actividades extralaborales (físicas, de ocio y grupales): ya que la Medicina es una profesión absorbente, cuya influencia en la vida personal debe saber acotar el propio individuo.

- Intensificar y revalorizar las relaciones personales, familiares y sociales.
- Crear un área de recreación, donde los médicos puedan canalizar su estrés durante breves periodos de tiempo durante su jornada de trabajo (gimnasio, área de descanso que cuente con música, etc.)
- Facilitar al personal la asistencia a cursos, congresos, seminarios los cuales ayuden a desarrollar una mejor salud mental .

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Victoria Camps Definición y epidemiología Rev. De psiquiatría 200-2004 oct-dic 231-235 (1ª)
- 2.-Cairo Horacio, Definición y epidemiología , 2003 01/06/03 (2a)
- 3.-González de Rivera José Luis Definición y epidemiología Med. Interna 2001,135(2):145-85.(3a)
- 4.-González de Rivera Jose Luis Definición y epidemiología ,Revista Vivat, académica , Marzo 2001 No.23 (4a)
- 5.-Goncalves J. Aizpiri Diaz ,Definición y epidemiología, Sx de Burn-out en el medico general Rev: Med Gral 2002:43 378-283(5ª)
- 6.-Molina Robinson definición y epidemilogia Med. INT 2001, (135)(2): 145-8.( 6ª)
- 7.-Moreno-Jimenez Bernardo,Jose Luis Gonzalez Empleo,Estrés y Salud Madrid 2002 pp 59-83 (7ª)
- 8.-Casados Adriana Dr. Oscar Asores manifestaciones clínicas, Revista: Estrés y salud 1 vol.11 julio y agosto(8 e-f)
- 9.-Cebria, J,Cegura Características clínicas, (rasgos de personalidad),abril 2001 Vol 27 Num. 7 459-468.(9e-f)
- 10.-Gil Monte Tratamiento y prevención Psicología Científica, abril 2003 1-5 (10a)
- 11.-Tevni Grajales Estudio de validez factorial del Maslach Inventory versión española a una población de profesionales mexicanos. SELA enero-mayo 2000 pp: 1-10
- 12.-Muñoz Cobos F La familia en la enfermedad terminal I Medicina de Familia Vol. 3 No. 3 Septiembre 2002.
- 13.-Muñoz Cobos F. La familia en enfermedad terminal II Medicina de Familia Vol. 3 No. 4 Noviembre 2002.
- 14.-Gómez Clavelina Irigoyen Coria Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina Familiar Arch Med Fam 1999,(1):13-20.
- 15.-Susan Thrower The Family Circle Method For Integrating Family Systems Concepts in Family Medicine, The Journal Of Family Practice ,vol. 13:451-457,1982.
- 16.-Goncalves,Barrado, Síndrome de Burn-out en el Médico General, Medicina General 2002,43: 278-283.
- 17.-Rodriguez Leticia, Silva Romo Síndrome de desgaste laboral en el médico, Medicina Interna de México, Vol. 19, no. 5 Septiembre-octubre 2003.
- 18.-<http://www.alfinal.com./Salud/burning.shtml>
- 19.-<http://iespana.es/fernoscas/estress.htm>
- 20.-<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista>.
- 21.-<http://www.geocities.com/smhrb>.
- 22.-www.intermedicina.com Síndrome de Burn-out o quemazón profesional
- 23.-De Pablo R Prevalencia en el Síndrome de Burn-out o desgaste profesional en los médicos de atención primaria .Aten primaria 1998,22,580-584
- 24.-De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: Presencia y distribución del síndrome de Burnout , Madrid Laboratorios Serviré 1994.
- 25.-Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burn-out en personal sanitario Rev. Esp Salud Publica 1999,71:305-315.

ANEXO 1  
CONSENTIMIENTO INFORMADO





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION NO.3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28  
EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
ASPECTOS ETICOS:  
CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Para la participación en el proyecto:

**Prevalencia del Síndrome de Burn-out en el Médico Familiar y residentes de 1,2 y 3er año de Medicina Familiar de la UMF 28 y relación de este síndrome con la dinámica familiar en :**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Prevalencia del Síndrome de Burnout en el especialista en Médico Familiar y residentes de 1,2 y 3er año de Medicina Familiar de la UMF y la relación de este síndrome con la Dinámica Familiar. El objetivo de este es determinar la presencia del síndrome de Burnout en la población médica especialista y residentes de Medicina Familiar en la UMF 28 y valorar la dinámica mediante la descripción de la composición familiar y funcionalidad, además de identificar los rasgos de personalidad que se relacionan con la sintomatología del Síndrome de Burnout, esto mediante la elaboración del genograma, de cada uno de los encuestados, aplicación del test FACES III para evaluar la funcionalidad familiar y el test de MBI.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, para la realización de genograma, así como para la contestación de FACES III y Cuestionario de MBI.

Declaro que se me han informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el resultado de este estudio. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte el desempeño y desarrollo laboral que realizo en esta Unidad de Medicina Familiar.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en las presentaciones o publicaciones que se 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 y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

ANEXO 2

ENCUESTAS APLICATIVAS DEL  
PROTOCOLO DE INVESTIGACION



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28**

- Instrucciones:**
- 1) Llene la ficha de datos generales, al inicio del cuestionario
  - 2) conteste debajo de cada pregunta, marcando con una "X" una sola opción de la escala de 0 a 6
  - 3) La información recabada con este cuestionario es estrictamente confidencial y de carácter de investigación sociomédica

Especialidad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Numero de empleos actualmente: \_\_\_\_\_

Años de ejercicio profesional: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual aprox. \_\_\_\_\_

<b>1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>8. Me siento desgastado por mi trabajo</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>12. Me siento muy activo</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>13. Me siento frustrado en mi trabajo</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>14. Creo que estoy trabajando demasiado</b>					
1	2	3	4	5	6
<b>15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes</b>					
1	2	3	4	5	6

**16. Trabajar directamente con personas me produce estrés**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**20. Me siento desaprovechado**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

0= nunca

2=una vez al mes

4=una vez a la semana

6=todos los días

1=pocas veces al año

3=pocas veces al mes

5=pocas veces a la semana

**¡GRACIAS!**



# Resultados

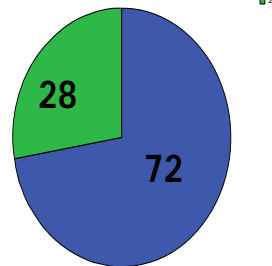
## DISTRIBUCION DE POBLACION POR SEXO

<b>Población Estudiada</b>	<b>100</b>
----------------------------	------------

<b>RESIDENTES</b>	<b>64</b>
<b>MEDICOS FAMILIARES</b>	<b>36</b>

<b>FEMENINO</b>	<b>72</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>28</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

<b>MEDICOS NO PARTICIPANTES</b>	<b>F: 7</b>
<b>12</b>	<b>M: 5</b>



## DISTRIBUCION DE POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-24	4	4.0%
25-29	52	52.0%
30-34	13	13.0%
35-39	4	4.0%
40-44	14	14%
45-49	5	5.0%
50-54	6	6.0%
55-59	2	2%
60-64	0	0%
+65	0	0%
TOTAL	100	100%

### NUMERO DE EMPLEOS

NO. EMPLEOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	74	74.0%
2	22	22.0%
3	4	4.0%

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ACUERDO A ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado	58	58%
Soltero	31	31%
Unión libre	5	5%
Divorciado	5	5%
Viudo	1	1%

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR RELIGION**

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	98	98%
NO RELIGION	1	1.0%
OTRA RELIGION	1	1.0%



## DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR AÑOS DE EJERCICIO

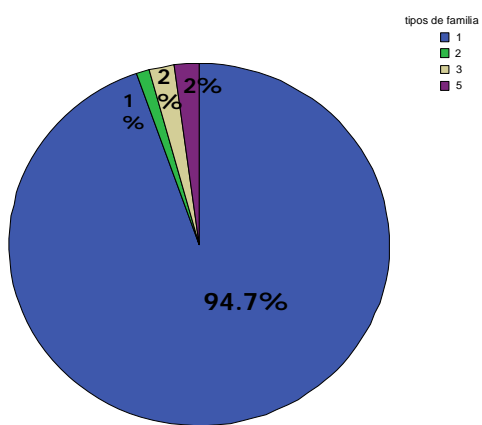
### PROFESIONAL

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-5	69	69.0%
6-10	4	4.0%
11-15	6	4.0%
16-20	8	5.0%
+ 20	13	12.0%

## DISTRIBUCION DE POBLACION POR INGRESO PROFESIONAL

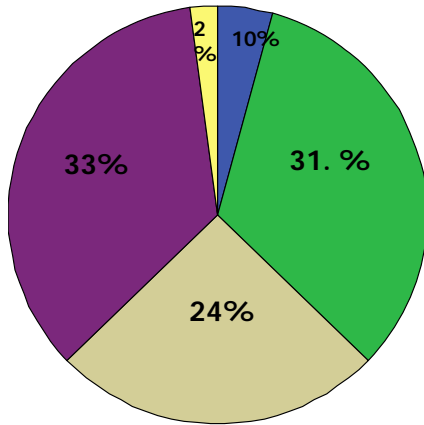
INGRESO PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5000-9000	63	63%
10,000-14,000	5	5%
15,000-19,000	6	6%
20,000-24,000	15	15%
25,000-30,000	10	10%
+ 30,000	1	1%

## DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR TIPOS DE FAMILIA



TIPO FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	69	94.7%
EXTENSA	1	1.1%
EXTENSA COMPUESTA	1	2.1%
OTRAS	0	2.1%

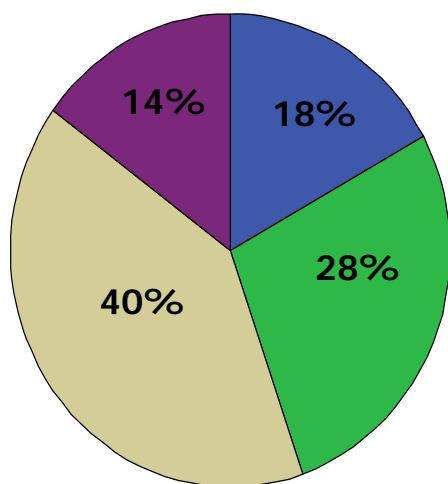
DISTRIBUCION DE POBLACION DE ACUERDO A ETAPA DE CICLO  
VITAL



ciclo vital  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5

ETAPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATRIMONIO	10	10%
EXPANSION	31	31.0%
DISPERSION	24	24.0%
INDEPENDENCIA	33	33%
RETIRO	2	2%

## RESULTADOS DE COHESION EN LA POBLACION EN ESTUDIO



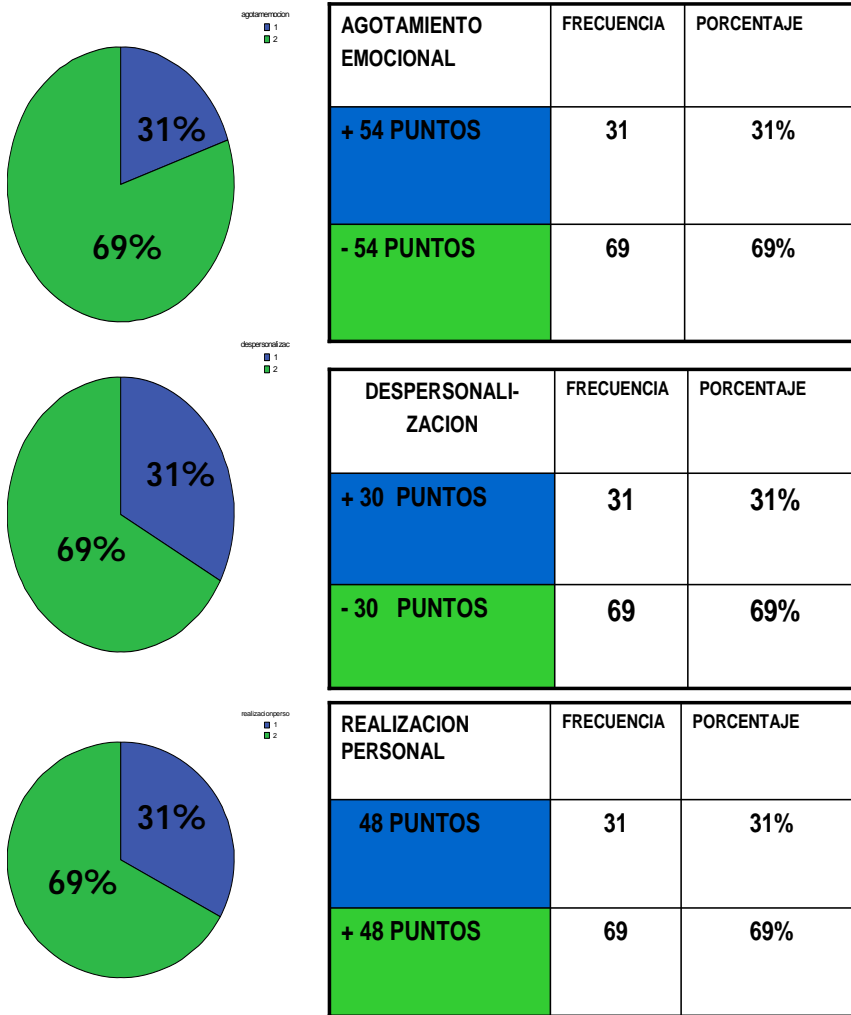
cohesion  
 ■ 1  
 ■ 2  
 ■ 3  
 ■ 4

COHESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA 10-34	18	18 %
SEMI RELACIONADA 35-40	28	28%
RELACIONADA 41-45	40	40%
AGLUTINADA 46-50	14	14%

## TIPOLOGÍA FAMILIAR ENCONTRADA EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

	NO RELACIONADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	TOTAL
CAOTICA	5	2	26	4	37
FLEXIBLE	3	8	6	3	20
ESTRUCTURADA	3	14	6	5	28
RIGIDA	9	4	0	2	15
TOTAL	20	28	38	14	100

**% MEDICOS CON SX DE BURN OUT**



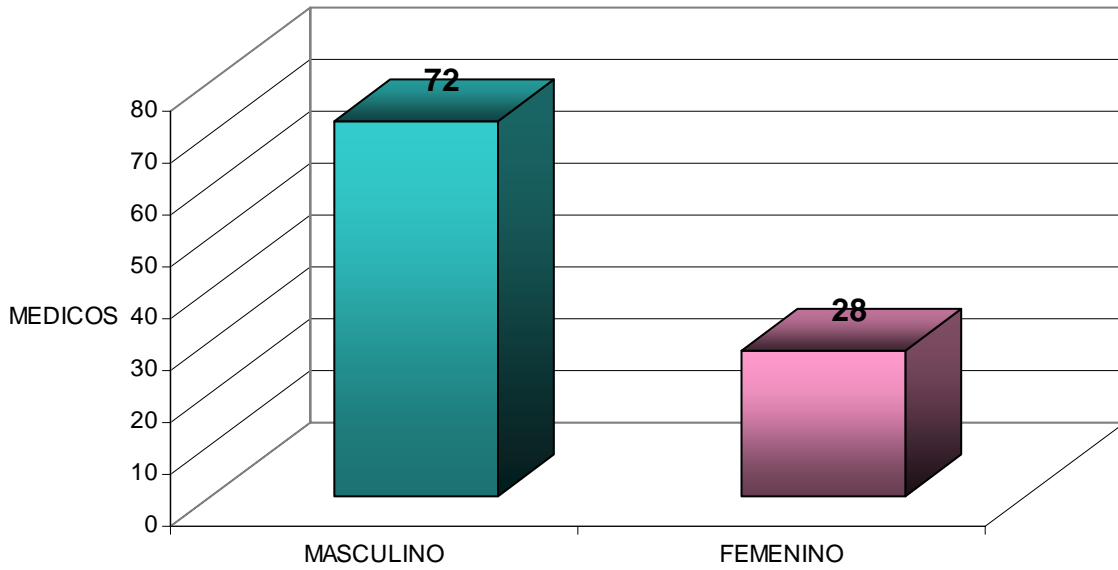
**RESULTADOS FINALES EN LOS MEDICOS (RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN MF**

<b>MEDICOS FAMILIARES</b>	<b>RESIDENTES</b>
<b>SX BURNOUT: 20</b>	<b>SX BURNOUT : 11</b>
<b>15 CASADOS 1 VIUDO 4 SOLTEROS</b>	<b>3 CASADOS 8 SOLTEROS</b>
<b>FEMENINO:15 MASCULINO :5</b>	<b>FEMENINO:7 MASCULINO:3</b>
<b>RELIGION: CATOLICA</b>	<b>RELIGION :CATOLICA</b>
<b>EDAD: 40-44</b>	<b>EDAD: 25-29</b>
<b>AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: 11-15 AÑOS:3 16-20 AÑOS: 5 + DE 20 AÑOS: 12</b>	<b>AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: 1-5 AÑOS: 11</b>
<b>INGRESO PROMEDIO: 10,000-14,000:4 15,000-19,000:1 20,000-24,000:13 25,000-30,000:8</b>	<b>INGRESO PROMEDIO: 9,000 :11</b>
<b>TIPO FAMILIA: NUCLEAR</b>	<b>TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR</b>

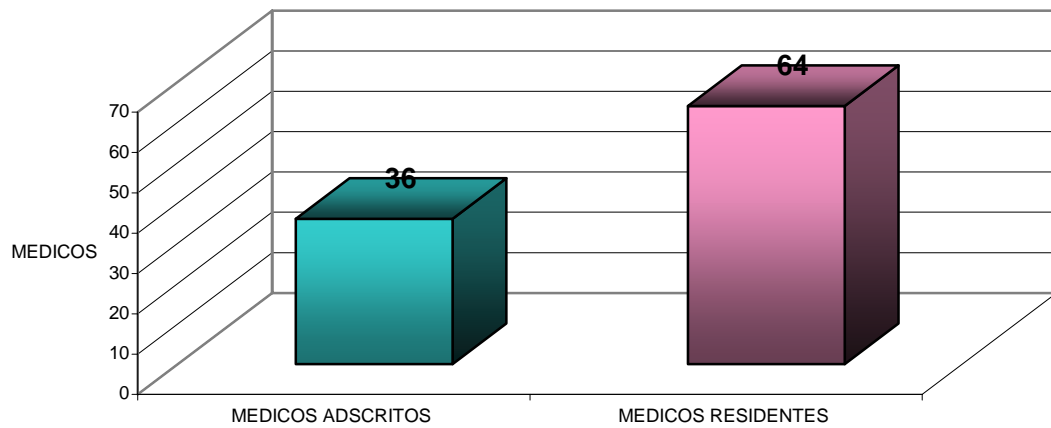
<b>CICLO VITAL: MATRIMONIO INDEPENDENCIA</b>	<b>CICLO VITAL: MATRIMONIO INDEPENDENCIA</b>
<b>COHESION Y ADAPTABILIDAD: FACES III: Extremas:5 Balanceadas:12 Rango Medio:3</b>	<b>COHESION Y ADAPTABILIDAD: FACES III: Extremas:4 Balanceadas:4 Rango Medio: 3</b>



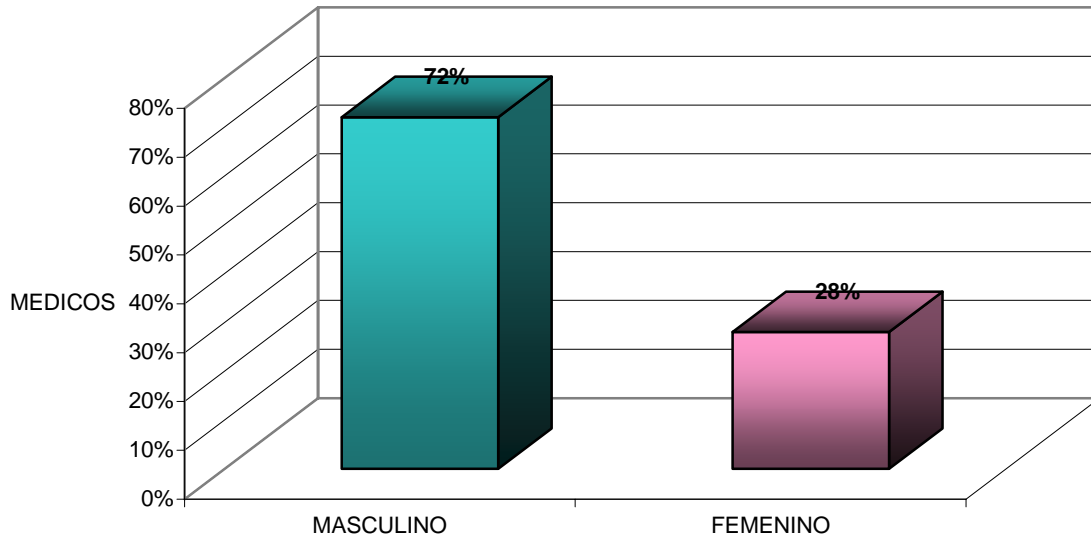
**MEDICOS ADSCRITOS Y RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.28 GABRIEL MANCERA QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO**



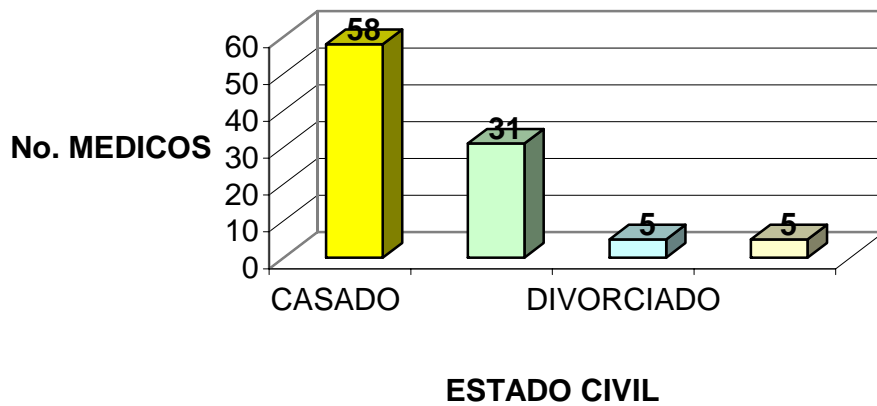
**MEDICOS ADSCRITOS Y RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.28 GABRIEL MANCERA QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO**



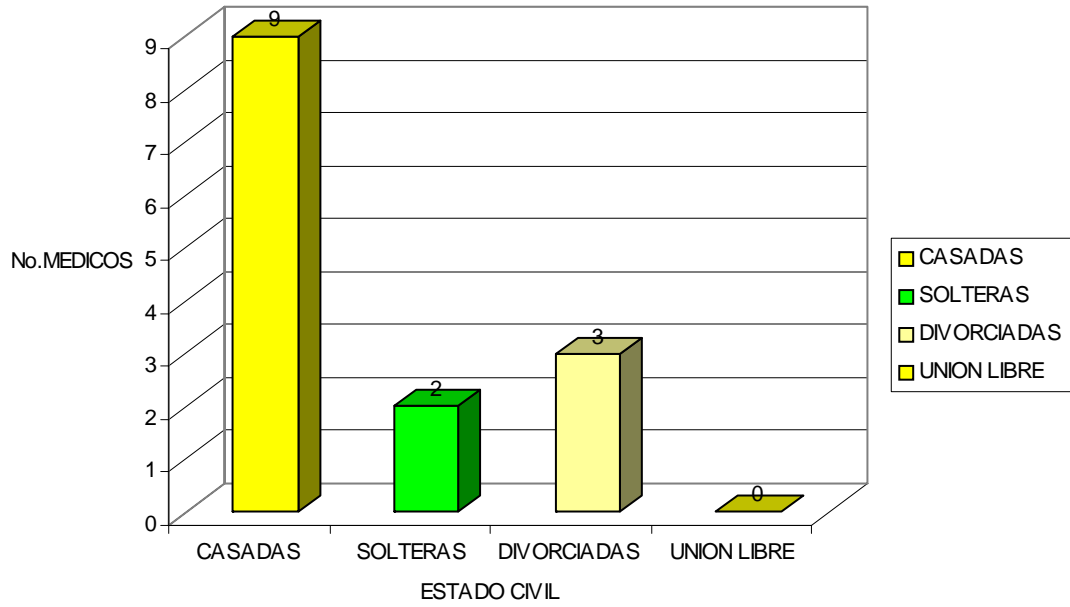
**DISTRIBUCION DE MEDICOS QUIENES PARTICIPARON DE ACUERDO A GENERO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO**



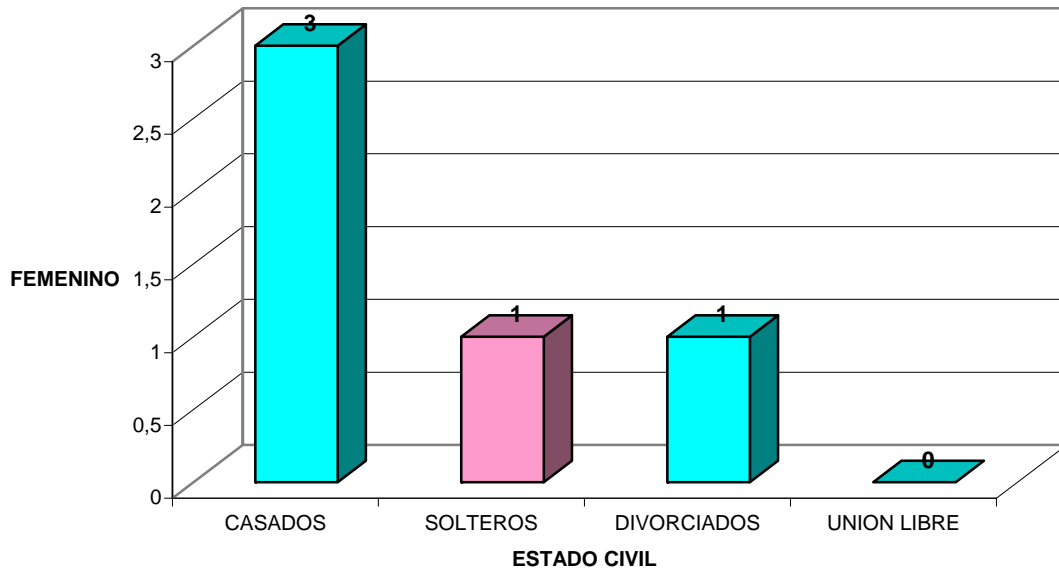
**DISTRIBUCION DE MEDICOS POR ESTADO CIVIL GENERO MASCULINO**



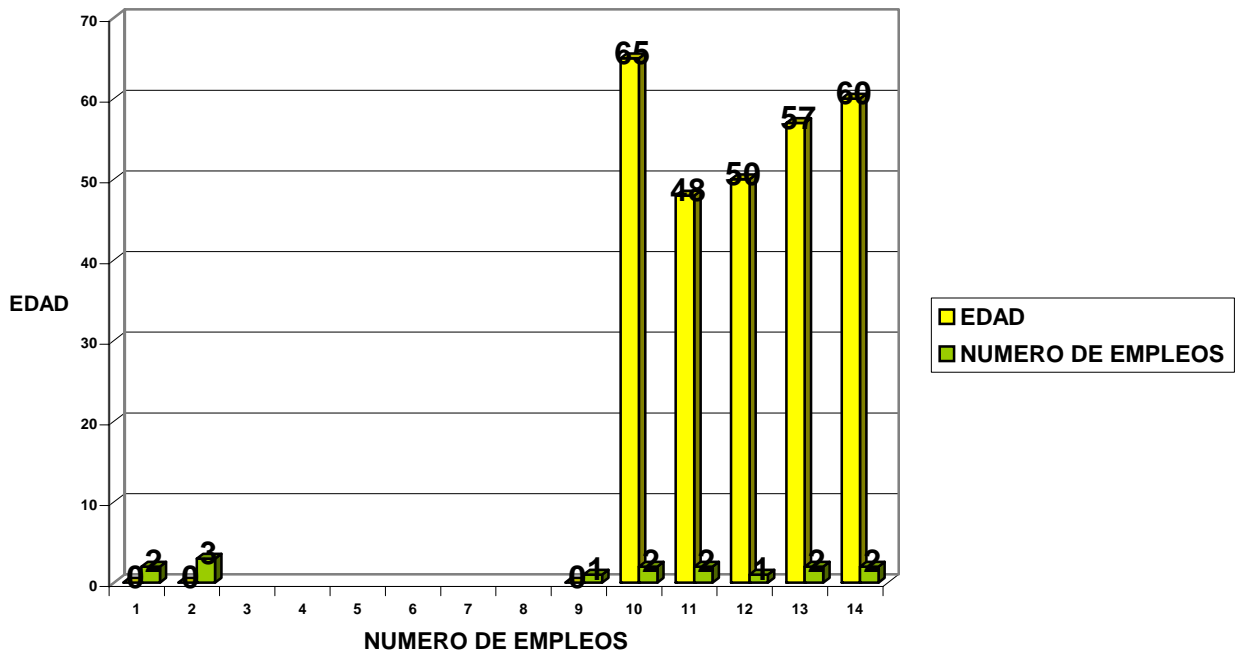
**DISTRIBUCION DE MEDICOS POR ESTADO CIVIL  
GENERO FEMENINO**



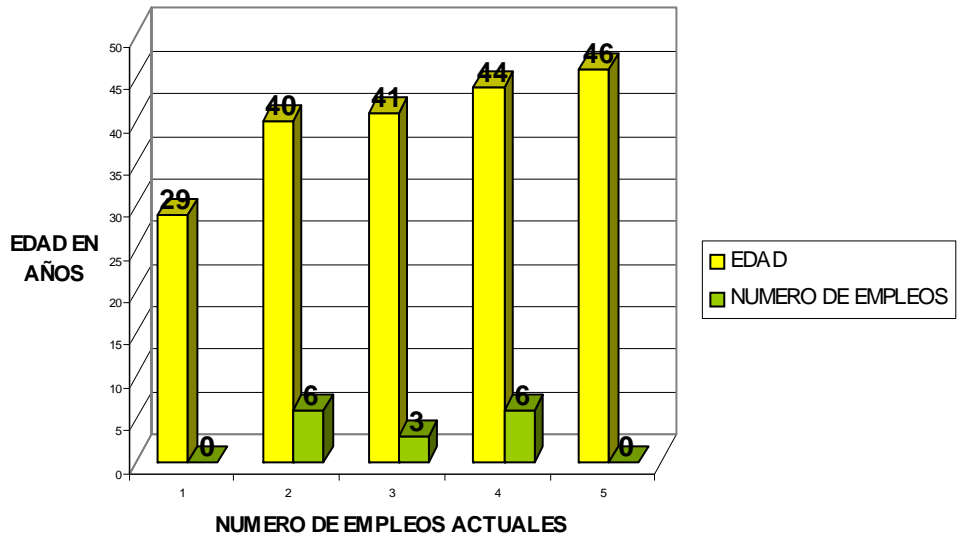
### DISTRIBUCION DE MEDICOS POR ESTADO CIVIL



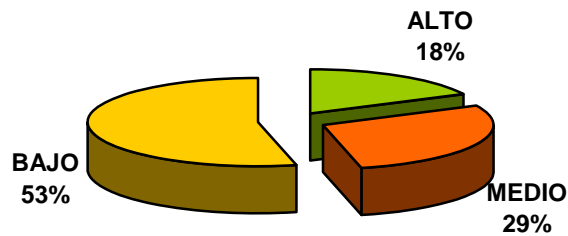
### RELACION DE MEDICOS DE GENERO MASCULINO RESPECTO A EDAD Y NUMERO DE EMPLEOS ACTUALES



**RELACION DE MEDICOS DEL GENERO FEMENINO  
RESPECTO A EDAD Y NUMERO DE EMPLEOS ACTUALES**

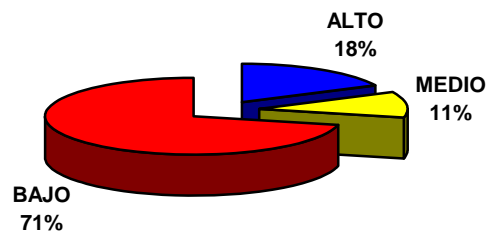


**RELACION QUE EXISTE ENTRE MEDICOS ADSCRITOS  
AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 28  
GABRIEL MANCERA CON GRADOS DE CANSANCIO  
EMOCIONAL**



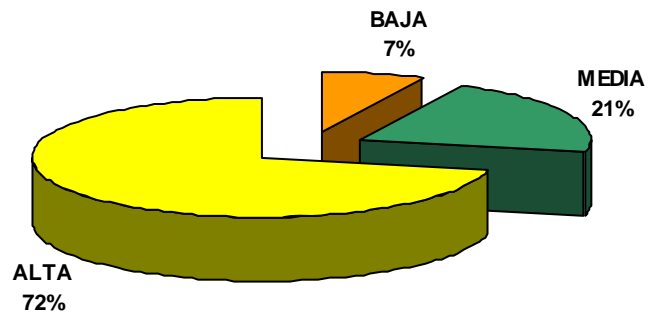
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY  
APLICADO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA UMF 28  
GABRIEL MANCERA 2005

**RELACION QUE EXISTE ENTRE MEDICOS ADSCRITOS AL  
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 28  
GABRIEL MANCERA NO. 28 EN RELACION A GRADOS DE  
DESPERSONALIZACION**



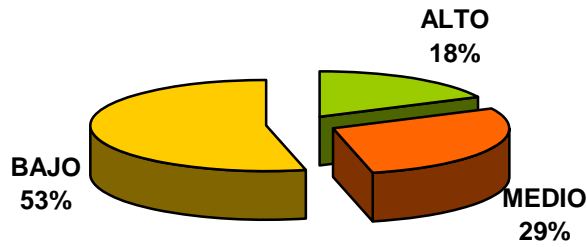
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA UMF 28 GABRIEL MANDERA 2005

**RELACION QUE EXISTE ENTRE MEDICOS ADSCRITOS AL  
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CON GRADOS DE  
REALIZACION PERSONAL**



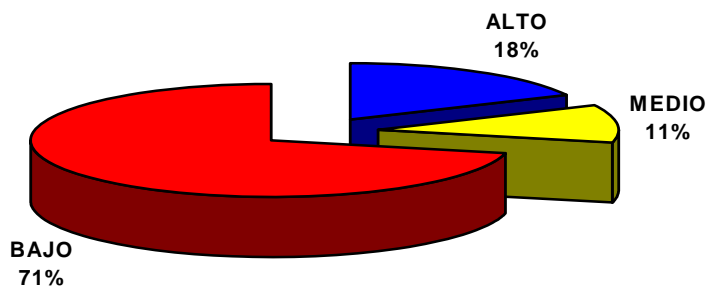
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN EL  
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA UMF 28 GABRIEL MANCERA 2005

**RELACION QUE EXISTE ENTRE MEDICOS RESIDENTES DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA CON GRADOS DE CANSANCIO EMOCIONAL**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASCCH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA 2005

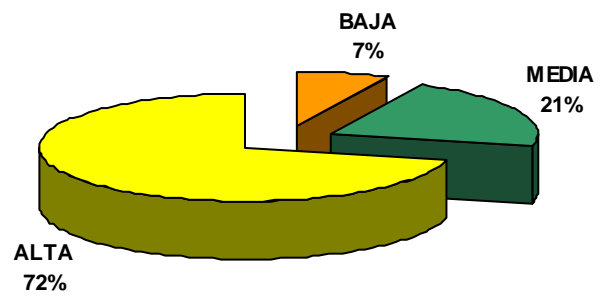
**RELACION QUE EXISTE ENTRE MEDICOS RESIDENTES A DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA NO. 28 EN RELACION A GRADOS DE DESPERSONALIZACION**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASCCH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN LA UMF 28 GABRIEL MANDERA 2005

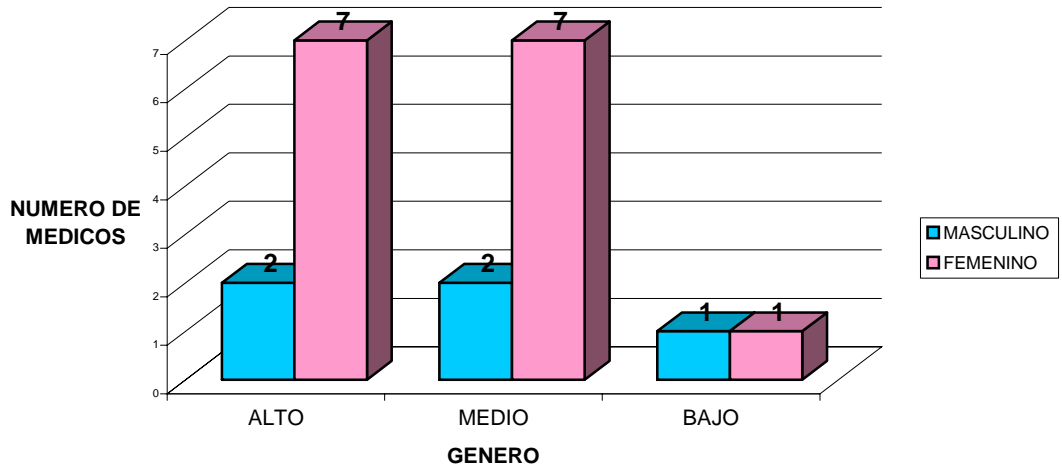


**RELACION QUE EXISTE ENTRE MEDICOS RESIDENTES CON  
GRADOS DE REALIZACION PERSONAL**



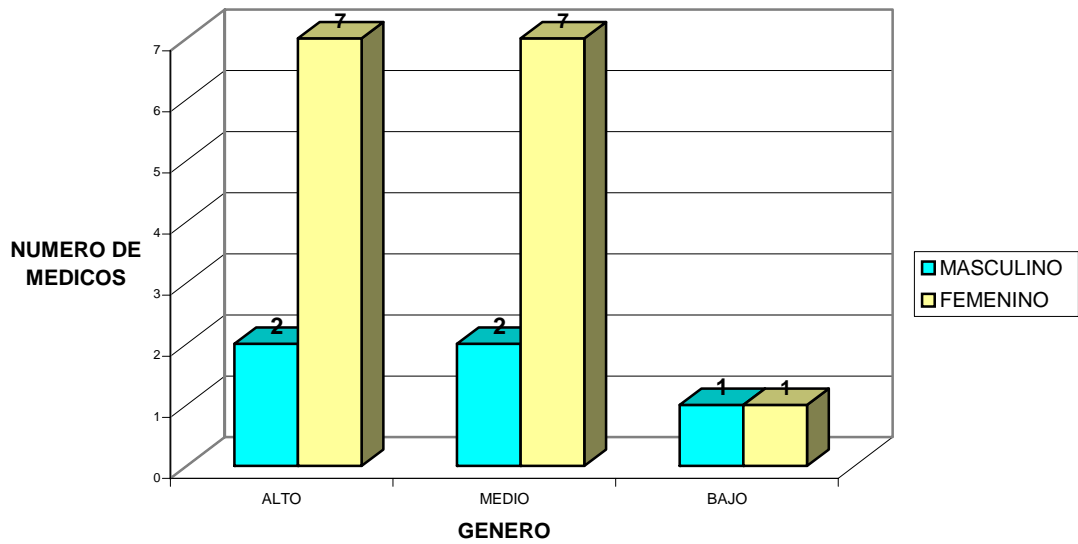
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLACHBURNOUT INVENTORY APLICADO EN LA UMF 28  
GABRIEL MANCERA 2005

**RELACION QUE EXISTE ENTRE EL GRADO DE CANSANCIO EMOCIONAL Y GENERO**

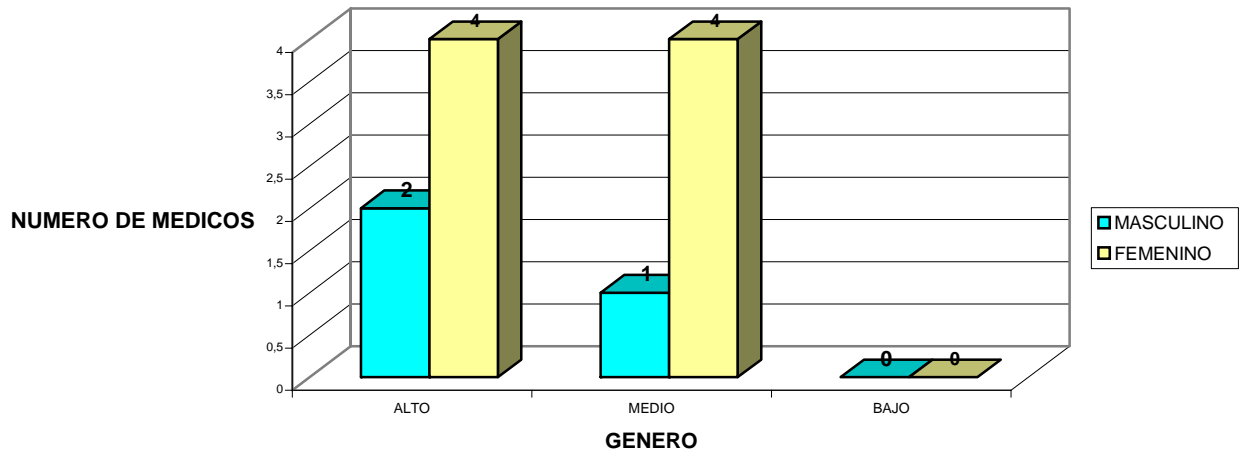


F

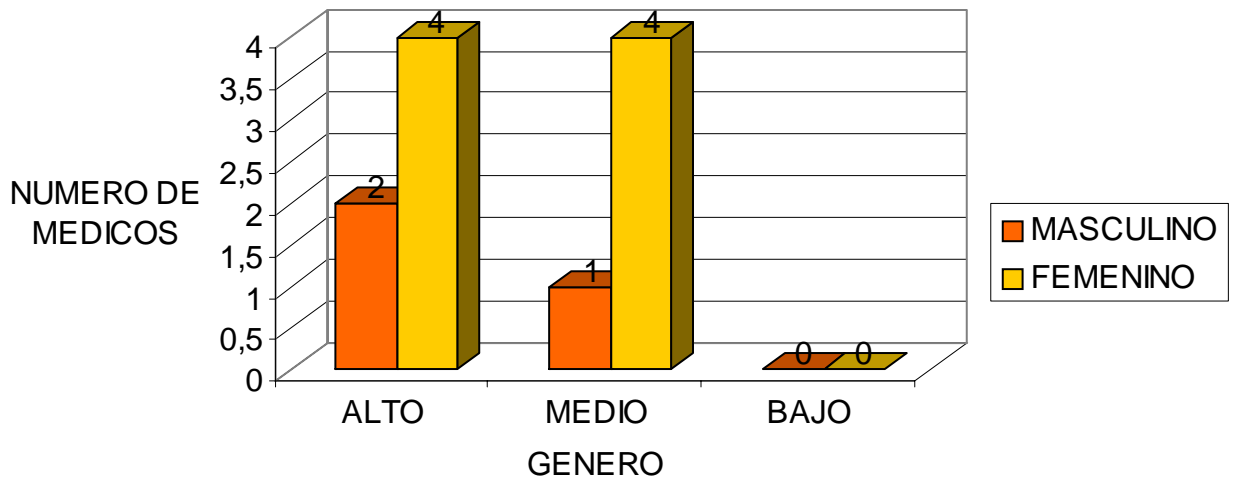
**RELACION QUE EXISTE ENTRE GRADO DE DESPERSONALIZACION Y GENERO**



**RELACION QUE EXISTE ENTRE GRADO DE DESPERSONALIZACION Y GENERO EN MEDICOS RESIDENTES**

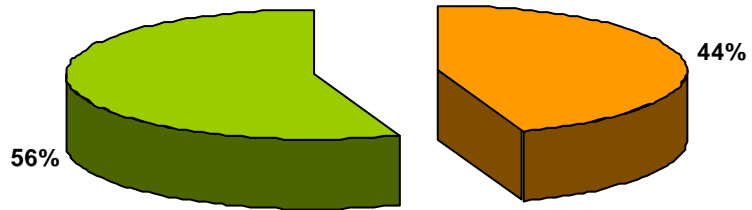


**RELACION QUE EXISTE ENTRE GRADO DE REALIZACION PERSONAL Y GENERO EN RESIDENTES**



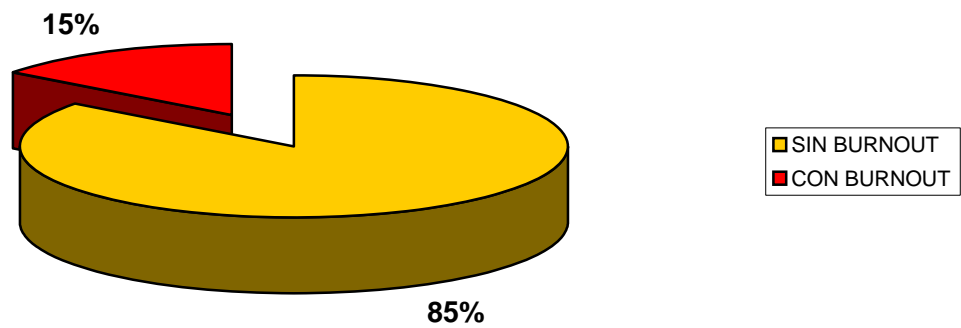
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN LA UMF 28 GABRIEL MANCERA

**SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA UMF 28 GABRIEL MANCERA**



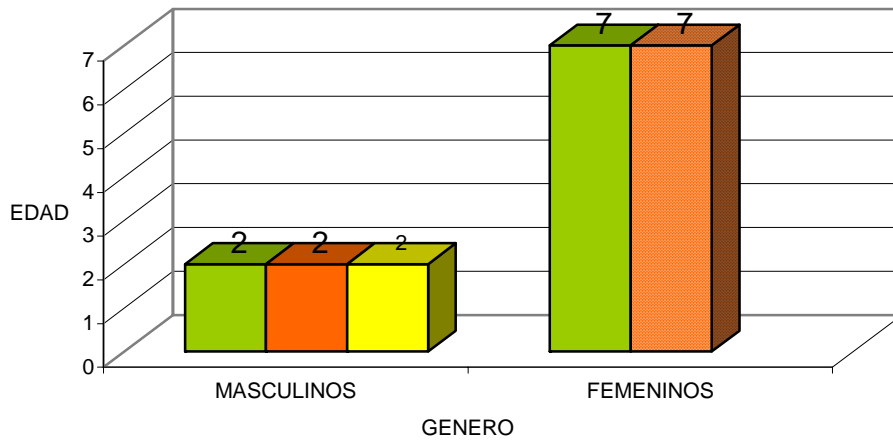
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA UMF 28 GABRIEL MANCERA

**SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO RESIDENTE DE LA UMF  
28 GABRIEL MANCERA**

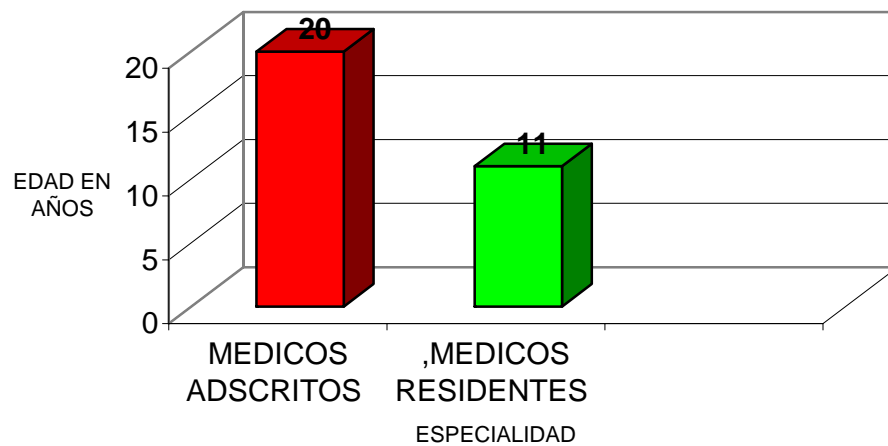


FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA 2005

**SINDROME DE BURNOUT EN RELACION A GENERO Y EDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA UMF 28**



**SINDROME DE BURNOUT EN RELACION A ESPECIALIDAD Y EDAD**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO EN LA UMF 28  
BAGRIEL MANCERA