



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF N.8

“GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

***PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT
EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR CON HOSPITAL GENERAL DE ZONA
NÚMERO 8***

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ABDIEL OMAR VILLEGAS DE LA CRUZ

MÉXICO D.F. 2010.





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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONAMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

***PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ABDIEL OMAR VILLEGAS DE LA CRUZ

ASESORES

DRA. MARIA CRISTINA RODRIGUEZ BLANCAS Y HERRERO

DR. JUAN PABLO ALCANTARA GAMIÑO

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

REVISORES

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

DR. ROBERTO FELIPE DE LA FUENTE RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO

DIRECTOR GENERAL DEL HGZ/UMF No.8 *“DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”*

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No.8 *“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”*

DRA. MARIA CRISTINA RODRIGUEZ BLANCAS Y HERRERO

NEUROPEDIATRA DEL HGZ/UMF No.8

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. JUAN PABLO ALCANTARA GAMIÑO

MEDICO PSIQUIATRA ADSCRITO UMF No.22

DR. ROBERTO FELIPE DE LA FUENTE RODRIGUEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

MEDICO PSIQUIATRA ADSCRITO UMF No.22

DRA. LETICIA DEL RÍO GONZÁLEZ

MEDICO DE SALUD EN EL TRABAJO ADSCRITO HGZ/UMF No.8

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DRA. DANEALIZBETH MORONES ZÚÑIGA

MEDICO FAMILIAR ADSCRITO HGZ/UMF No.8

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios

Por la oportunidad que me ha dado a través de mis padres, hermanas y amigos, lograr lo que siempre he deseado, mi carrera y mi especialidad.

Agradezco a mi Esposa Melani

Porque siempre me esperaba dispuesta a ayudarme cuando mas necesitaba de su apoyo para la realización de este trabajo pero sobre todo por el amor incondicional comprensión y cariño que me brindaste.

TE DEDICO ESTA TESIS NENA HERMOSA.

Con cariño y amor Dr. Abdiel Omar.

INDICE

	PAG
Resumen	7
Marco teórico	11
Planteamiento del problema	23
Justificación	24
Objetivos general y específico	25
Material y métodos	26
➤ Tipo de estudio	
➤ Población, lugar y tiempo de estudio	
➤ Tipo y tamaño de la muestra	
➤ Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
➤ Método estadístico.	
➤ Consideraciones éticas.	
Cronograma de actividades	32
Resultados	33
Tablas y Graficas	37
Discusión	70
Conclusiones	71
Bibliografía	72
Anexos	75

RESUMEN

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

El síndrome de Burnout es un conjunto de signos y síntomas derivados de un proceso progresivo y gradual a estresores negativos presentes en el área laboral que desgasta, agota, fatiga, despersonaliza y provoca que el individuo prestador del servicio tenga un deficiente rendimiento laboral y se sienta fracasado. ⁽¹⁵⁾

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia puntual del Síndrome de Burnout en Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

DISEÑO.

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, no probabilístico, no comparativo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para la realización de la investigación se aplicó el cuestionario validado Maslach Burnout Inventory (MBI). El universo de estudio fueron todos los médicos familiares (n=36) adscritos a la UMF con HGZ “Dr. Gilberto Flores izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Suroeste, México, Distrito Federal del turno matutino y vespertino en el periodo comprendido de Marzo a Abril del 2009. La muestra fue tomada por conveniencia. ⁽¹⁴⁾

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El método estadístico que se utilizó fue de prevalencia puntual.

RESULTADOS.

Se entrevistó a 36 Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No.8, de los cuales 47.2% fue de sexo, masculino y 52.8% femenino,

En cuanto a la edad el mayor porcentaje tuvo entre 36-40 años, el menor porcentaje osciló entre 61-65 años.

En relación a la antigüedad laboral el 25% tiene de 0 a 5 años y 16 a 20 años laborando.

La Prevalencia puntual total de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) del Síndrome de Burnout encontrada en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo fue:

- a) 0.75 con un 75% proporción 27/36 y grado de intensidad bajo.
- b) 0.13 con un 13% proporción 4/36 y grado de intensidad moderado.
- c) 0.11 con un 11% proporción 5/36 y grado de intensidad alto.

CONCLUSIONES.

1.-La prevalencia del Síndrome de Burnout es baja en los médicos familiares de la unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", sin embargo podemos decir con seguridad que el Síndrome de agotamiento profesional no es ajeno a nuestro instituto, ni lo es a esta unidad de Medicina Familiar.

2.-Este estudio al igual que otros aplicados en otras áreas de salud, demuestran su presencia en forma palpable. Sin embargo, a pesar de lo anterior, es preocupante el hecho de que el personal médico ignora que son una población en riesgo y que debe prevenir los factores de riesgo.

3.-Todo esto tiene gran importancia, si tenemos en cuenta que el Síndrome de Burnout puede acarrear consecuencias graves, al afectar el rendimiento y la calidad de la atención del Médico Familiar.

4.-Después de estudiar el Síndrome de Burnout, he llegado a la conclusión de que la causa principal de que dicho Síndrome se presente, radica en la necesidad de creer que nuestras vidas tienen sentido y de que las tareas que emprendemos son útiles, importantes, incluso heroicas.

PALABRAS CLAVE: Síndrome, Burnout, prevalencia, despersonalización, falta de logro personal, fatiga emocional, deshumanización.

ABSTRACT.

BURNOUT SYNDROME PREVALENCE IN THE FAMILY DOCTORS OF UNIT OF FAMILY MEDICINE WITH GENERAL HOSPITAL ZONE NUMBER 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO "

Burnout syndrome is a group of signs and symptoms resulting from a gradual and progressive process to a negative stressor in the workplace that waste, causes exhaust, fatigue, despersonality and causes the individual provider a poor performance at work and feel failed. ⁽¹⁵⁾

GENERAL OBJECTIVE:

To determine the prevalence of burnout syndrome in family doctors of the Family Medicine Unit Hospital General de Zone No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

DESIGN.

This is an study transversal, descriptive, non-probabilistic, and non-comparative.

MATERIAL AND METHODS.

For the investigation of the validated questionnaire was used Maslach Burnout Inventory (MBI). The universe of study was all assigned to the family of physicians (n=36) with UMF HGZ "Dr. Gilberto Flores Izquierdo "of the Mexican Institute of Security Social. Delegation Southwest, Mexico, Distrito Federal morning evening turn in the period March-April 2009. The sample was for convenience.⁽¹⁴⁾

STATISTICAL ANALYSIS.

The statistic method for use are the puntual prevalence.

RESULTS.

Interviewed 36 family physicians of No.8 Unit of Family Medicine, of which 47.2% were sex, male and female 52.8%,
In terms of age had the highest percentage between 36-40 years, the lowest percentage ranged between 61-65 years.
In relation to antiquity of work 25% are from 0 to 5 years and 16 to 20 years working.

The puntual prevalence of the total for scale Maslach Burnout Inventory (MBI) Burnout Syndrome found in the Unit of Family Physicians of Family Medicine No.8:

- a) 0.75 with 75%, proportion 27/36 and intensity grade low.
- b) 0.13 with 13%, proportion 4/36 and intensity grade moderate.
- c) 0.11 with 11%, proportion 5/36 and intensity grade high.

CONCLUSIONS.

1.-The prevalence of burnout syndrome is low in the family doctors of Unit of Family Medicine with General Hospital zone No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo "; however we can safely say that the burn-out syndrome is not detached to our institute, nor is this unity of Family Medicine.

2.-This study like applied in other areas of health, show their presence as palpable. Nevertheless, despite this, it is disturbing that medical personnel are aware that a population at risk and will to prevent factor of risk.

All this is of great importance if we consider that the burnout syndrome can have serious consequences, affecting the yield and quality of care of the family doctor.

After studying the burnout syndrome, I have concluded that the major cause of the syndrome are present, is the need to believe that our lives are meaning and that the tasks we undertake are useful, important, as well heroic .

KEY WORDS: Syndrome, Burnout, prevalence, depersonalization, lack of personal achievement, emotional fatigue, dehumanization.

MARCO TEÓRICO

1.- SÍNDROME DE BURNOUT:

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional, descrito por primera vez en los años setenta, aparece ante una respuesta continua al estrés laboral, afectando la salud de los trabajadores así como a sus relaciones laborales y sociales. ⁽¹⁶⁾

Este fenómeno es experimentado especialmente por trabajadores que cuidan y ayudan a otras personas como médicos y docentes, es decir por personal que trabaja en la relación de ayuda. ⁽¹⁶⁾

El síndrome de Burnout o Agotamiento profesional, fue establecido por primera vez por el psicoanalista alemán, residente en Norteamérica: Freudenberger, en 1974. El lo definió como un conjunto de síntomas médicos, biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de un excesivo desgaste de energía, refiriéndose a los profesionales denominados de ayuda cuya actividad va dirigida a otras personas. ⁽¹⁾

Desde 1976 C. Maslach dio a conocer la palabra "Burnout" de forma pública dentro del congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación mas frecuente entre los trabajadores de servicios humanos. ⁽¹⁾

C. Maslach y S. Jackson 1976 consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto en el cual se presentan tres grandes aspectos: ⁽²¹⁾

1) El cansancio emocional caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento. ⁽²¹⁾

2) La despersonalización caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas que acontecen al profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos. ⁽²¹⁾

3) La falta de realización profesional donde se dan respuestas negativas hacia si mismos y hacia el trabajo. ⁽²¹⁾

En los profesionales de la salud, el síndrome de desgaste profesional esta relacionado principalmente con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, los conflictos en las relaciones interpersonales, la autopercepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes con muchas demandas. ⁽¹⁶⁾

El Síndrome de Burnout es considerado como una respuesta prolongada al estrés crónico, emocional e interpersonal en el trabajo, considerando que existe un estado de estrés cuando los acontecimientos rebasan la capacidad de adaptación del individuo. ⁽²⁾

Para cada individuo, el estrés se define de manera subjetiva y la respuesta a este depende de la personalidad y estructuración fisiológica de cada persona. Un individuo puede reaccionar al estrés con ansiedad o depresión, desarrollar un síntoma físico o retraerse con ingestión de bebidas alcohólicas, tabaco u otras drogas innumerables. (2)

SINONIMOS:

El Síndrome de Burnout, es un termino en ingles que podría traducirse literalmente, como “quemadura “, cuyo equivalente en español sería “agotamiento mental” otros sinónimos son: “estrés laboral” “fatiga profesional” “fatiga laboral” “desgaste profesional” “fatiga del trabajo” “fatiga mental” “estrés emocional” (15,28)

CONCEPTO:

Se han escrito numerosas definiciones del síndrome de Burnout, pero la más aceptada es la propuesta de **Maslach y Jackson** en 1981, estos autores explicaron el Burnout como una respuesta inapropiada al estrés, caracterizada por: (16)

1) Agotamiento emocional (no poder dar más de si mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico). (16)

2) Despersonalización (distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo y desarrollo de sentimientos de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo). (16)

3) Falta de logro personal (baja realización personal en el trabajo). (16)

Aunque en sus inicios el Burnout se entendía como un estado, las investigaciones actuales se centran en este síndrome como un proceso, resultado de la interacción de diversos factores internos y externos del trabajador. (17)

Es considerado como un trastorno adaptativo crónico que ocurre entre los profesionales que trabajan con personas, o cuyo objeto de trabajo son personas que dañan la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial. (17)

El Síndrome de Burnout queda conceptualizado, como un síndrome psicológico como respuesta a estresantes crónicos interpersonales en el área de trabajo, aquí el elemento cansancio representa el estrés básico individual en la dimensión del Burnout, es decir a un sentimiento de expansión y división de la parte emocional del ser y sus recursos físicos. (22)

El componente de eficacia reducida representa la autoevaluación en la dimensión del Burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia, falta de logro y productividad en el trabajo. (22)

Actualmente se ha esclarecido que el proveer un servicio y el cuidado son ocupaciones muy demandantes y comprometedoras, y que el cansancio emocional es una respuesta común a tal sobrecarga de trabajo. ⁽⁸⁾

Según el autor Peris MD. la despersonalización en la gente prestadora de un servicio provoca un distanciamiento emocional hacia el usuario, esto fue observado como una forma de protegerse a ellos mismos del intenso cansancio emocional, dando lugar a un distanciamiento a veces excesivo traduciéndose esto como una respuesta negativa y descuidada a los usuarios. ⁽⁸⁾

Dentro de los factores encontrados como causa del síndrome esta el alto número de usuarios que origina una sobrecarga de trabajo, la prevalencia de las respuestas negativas de los usuarios y la escasez de recursos, estos factores intervienen en la profesionalidad de los servicios humanos, creando insatisfacción en estas profesiones. ⁽⁹⁾

DESENCADENANTES DEL SÍNDROME:

El estrés en los profesionales de la salud esta originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales.

Son estresantes la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos etc. Se pueden identificar cuatro niveles de estresantes (Gil, Monte y Pedro). ⁽¹³⁾

a) Nivel individual:

La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de las fallas propias como ajenas, lo cual redundara en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional. ⁽⁵⁾

b) Relaciones interpersonales:

Las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Así mismo la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo. ⁽⁵⁾

c) Nivel organizacional:

Los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de organización entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. ⁽⁵⁾

Todo ello resulta en estresantes del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Entorno Social:

Se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, como la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y prestigio etc. ⁽⁵⁾

PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME:

Este proceso de desarrollo del síndrome se aprecia desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral.

Cherniss en 1980 plantea que el Burnout es un fenómeno transaccional y progresivo por lo que el desarrollo del síndrome puede establecerse en las siguientes etapas: ⁽²³⁾

1. Fase de entusiasmo:

Cuando el trabajo se experimenta como algo estimulante. El trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir. ⁽²³⁾

2. Fase de Estancamiento:

Supone una paralización tras la observación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales. ⁽²³⁾

3. Fase de frustración:

Constituye el inicio del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional. ⁽²³⁾

4. Fase de apatía:

Núcleo central de la instauración del síndrome que se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización. ⁽²³⁾

DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

Es clínico. Se puede medir con la escala **Maslach Burnout Inventory (MBI)** de Maslach y Jackson (1981). Es un instrumento utilizado para evaluar y medir la presencia del síndrome de Burnout. Originalmente fue elaborado para ser utilizado en profesionales de la salud. ⁽⁴⁾ 2007.

El cuestionario consta de 22 Ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Dichos Ítems se encuentran distribuidos en tres subescalas:

- 1) Agotamiento emocional (9 ítems).
- 2) Despersonalización.(5 ítems).
- 3) Falta de realización personal y en el trabajo. (8 ítems).

Se constituyen de esta forma las tres subescalas del MBI y en donde se suman los ítems de acuerdo con la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. De esta forma una persona que se encuentra en la categoría “alto” en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y “bajo” para realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un individuo con altas probabilidades de estar agotado mentalmente. ⁽¹¹⁾

Dentro de la ocupaciones que no tienen una clara orientación en el trato con personas, la medida a través del MBI-GS (MBI-Investigación general) fue desarrollada para conceptuar términos mas amplios con respecto al trabajo y no solo las relaciones personales que son parte de este trabajo, enfocando las mismas tres dimensiones como la medida original, usando puntos ligeramente revisados y manteniendo una estructura de factores consistentes a lo largo de una variedad de ocupaciones (investigación, educación, etc.) ⁽¹¹⁾

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

En una crisis de la enfermedad puede presentarse actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento, hipersensibilidad, insomnio, desordenes metabólicos, hemodinamicos, sentimientos de persecución, perdida de concentración en el trabajo, falta de realización personal, autoevaluación negativa, baja autoestima, manifestación física de estrés (dolor de espalda, malestar general) disminución del rendimiento laboral. ⁽¹⁴⁾

Las principales causantes del síndrome se refieren a características del propio puesto de trabajo y a la personalidad del trabajador.

El estrés puede manifestarse por medio de inquietud, irritabilidad, fatiga y una sensación de tensión. La incapacidad para la concentración, perturbación del sueño y preocupaciones somáticas, conducen frecuentemente a la automedicación, al abuso de alcohol u otros depresivos del sistema nervioso central. ⁽¹⁴⁾

OTROS TRASTORNOS DE SALUD RELACIONADOS:

a) Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza y cuello, problemas de sueño, insomnio, úlceras y otros desordenes gastrointestinales. ⁽²⁴⁾

b) Conductuales: Incapacidad para vivir en forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamiento de alto riesgo, expresiones de hostilidad, o irritabilidad, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, aumento de las relaciones conflictivas con el resto de compañeros. ⁽²⁴⁾

c) Emocionales: Distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, incapacidad de concentración, sentimiento depresivo, respuestas rígidas e inflexibles. ⁽²⁴⁾

d) Ambiente laboral: Baja capacidad de trabajo, deterioro en la calidad de los servicios que se presta a los pacientes, aumento de interacciones hostiles, comunicación deficiente.

Dentro de las manifestaciones del síndrome, todos los autores coinciden en dichas conductas ya que es la transformación del proveedor ante su receptor provocado por varios factores, mencionados anteriormente. ⁽²⁴⁾

El Síndrome de Burnout no discrimina entre niveles de gerencia o sexo. Ciertas condiciones crean la tensión adicional para los hombres y las mujeres. La causa primaria de la quemadura en mujeres es que tienen que alternar el trabajo y el hogar por la responsabilidad que implica cada uno, creando sentimientos de culpabilidad. Por otra parte, muchos hombres tienden a pensar por tradición que deben subir de escala en la carrera y si no es así, se sienten frustrados. ⁽²⁵⁾

Los médicos están propensos a adquirir el síndrome de quemadura ya que están expuestos constantemente a condiciones entre la vida y la muerte. Muchas veces se culpan de terapias fracasadas y se sienten desamparados cuando los pacientes mueren o empeoran de su enfermedad, y a menudo no pueden separar su trabajo de su vida personal. ⁽²⁵⁾

La mayoría de la gente no pierde su trabajo por falta de capacidad sino porque los factores, aparentemente incontrolables, que llevan al Síndrome de Burnout los abruman, por lo que el comportamiento de la gente cambia, además, empiezan con problemas gástricos, cefaleas, oscilaciones en el apetito, dependencia a las drogas o patrones anormales de dormir. Presentan actitudes de negativismo, dominado por cinismo, pesimismo, intolerancia, desesperación, sensación de que nada importa y el amor por otros y por la persona misma, no existe. ⁽²⁵⁾

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

El tratamiento de este padecimiento es complejo, sin embargo es importante considerar que cualquier técnica aplicada para el manejo del estrés sirve para intervenir en el padecimiento. Las estrategias para la intervención contemplan tres niveles:

1.- Nivel individual: es el desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo, es necesario el entrenamiento en la solución de los problemas y el manejo eficaz del tiempo.

Otras acciones eficaces son olvidar los problemas laborales al término de la jornada, practicar técnicas de relajación, tomar pequeños descansos durante la jornada y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.

2.- Nivel grupal: es necesario fomentar el apoyo interpersonal y fortalecer los vínculos sociales entre los compañeros, tanto en el aspecto emocional como en el profesional.

3.- Nivel organizacional: desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque de expectativas irreales, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, mejorar las redes de comunicación organizacional y establecer líneas claras de autoridad. ⁽¹³⁾ ⁽¹⁸⁾

2.-PREVALENCIA PUNTUAL:

La prevalencia se define como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

La prevalencia puntual es la frecuencia de una enfermedad o condición en un punto del tiempo. Es una proporción que expresa la probabilidad de que una persona sea un caso en un momento o edad determinados. ⁽²⁴⁾ ⁽⁴⁰⁾.

3.- EL MEDICO FAMILIAR:

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Los principios que guían la práctica de la Medicina Familiar no difieren de los que debieran guiar a la práctica de otros médicos de atención primaria, tales como los clínicos o pediatras, o cualquier médico en general. Sin embargo, todos ellos en conjunto permiten definir con mayor especificidad a un médico de familia.

A diferencia de las demás especialidades médicas (que son especialidades lineales), la Medicina Familiar es una especialidad horizontal que no sólo incluye el segmento de los problemas frecuentes que cada especialidad lineal posee, sino también los "intersticios" entre ellas, la mayoría de las veces tierra de nadie para los médicos (aunque no, obviamente para los pacientes).

Aproximadamente el 70% de los contenidos lineales de cualquier especialidad son compartidos por la medicina familiar. La diferencia es que esta última también comprende los espacios entre ellas. Algunos atributos inherentes a la medicina familiar, definidos por Mc. Whinney, son los siguientes. ⁽³⁶⁾

ESPECIALIZACIÓN EN EL PACIENTE

El médico de familia debe especializarse en el paciente por sobre un particular cuerpo de conocimientos, enfermedades o procedimientos técnicos. Por lo tanto su práctica no está limitada por el tipo de problema de salud o por la edad o el sexo de las personas a su cuidado.

Si el objeto de la práctica del médico de familia es el paciente y su familia, su "área" de responsabilidad, a diferencia de cualquier otra especialidad, se define sólo por las necesidades de los mismos. ⁽³⁶⁾

COMPRENSIÓN DEL CONTEXTO

El médico de familia debe buscar la comprensión del contexto alrededor del padecimiento de sus pacientes. La mayoría de las enfermedades o padecimientos de los individuos reflejan la compleja interacción de factores genéticos, personales, demográficos, ambientales y socioculturales. Por lo tanto, intentar resolver dichos problemas de salud adoptando sólo alguna de estas perspectivas es insuficiente y reduccionista. ⁽³⁶⁾

ACTITUD PERMANENTE HACIA LA EDUCACIÓN Y LA PREVENCIÓN

El médico de familia debe ver cada encuentro como una oportunidad para la educación o la prevención. Existen dos estrategias importantes para mejorar el cumplimiento de las prácticas preventivas: el rastreo (screening) y la pesquisa de casos. Sin duda esta última es la más efectiva. La pesquisa de casos como estrategia se define cuando es el médico quien inicia la intervención aun cuando el paciente concurre por otras razones. Si consideramos que en promedio cada paciente ve a su médico de cabecera al menos dos veces al año, las posibilidades de poder implementar servicios preventivos se multiplican. ⁽³⁶⁾

ACTITUD HACIA TODOS SUS PACIENTES COMO INTEGRANTES DE UNA POBLACIÓN DE RIESGO

El médico de familia debe ver a sus pacientes también como una población de riesgo. A diferencia de otros médicos, la falta de chequeo de la presión en un paciente no hipertenso o la falta de una vacuna en un individuo expuesto debe preocupar al médico de familia tanto como un paciente hipertenso no controlado o un control de niño sano. ⁽³⁶⁾

ACCESIBILIDAD

El médico de familia debería vivir cerca de donde viven sus pacientes y, en lo posible, procurar verlos en todas las instancias de atención: consultorio, sala de internación, domicilios, etc. La asignación del tiempo para cada una de ellas depende del ámbito de la atención (urbano vs. rural), así como de la distancia entre el lugar donde el médico vive y el lugar donde trabaja.

Por otro lado, si bien para el médico es cada vez más difícil seguir al paciente en todas las instancias, ya sea por dificultades de tiempo y movilidad (en una gran ciudad) o por falta de incentivo económico, determinados aspectos de la atención como la efectividad clínica y el refuerzo del vínculo se pierden irremediabilmente cuando esto no se alcanza. ⁽³⁶⁾

COMPATIBILIZACIÓN DE JUICIOS, VALORES Y ACTITUDES CON LOS DE SUS PACIENTES

El médico de familia debe compatibilizar sus juicios, valores y actitudes con los de sus pacientes. Hay ciertos aspectos de la práctica de la medicina que no se enseñan en los textos, pero que muchas veces son la clave del éxito en las intervenciones terapéuticas. La adherencia de los pacientes a las recomendaciones médicas está muy vinculada a que hayan comprendido tanto el mensaje lineal como el metamensaje (lo que está detrás del mensaje) del terapeuta. Esto tiene que ver con aspectos tales como el vocabulario empleado por el médico para hablar con su paciente, la comprensión de que muchos hábitos son parte de una cultura distinta y el diferente significado de los que significa estar sano o enfermo para el médico y para el paciente. (36)

MANEJO EFICIENTE Y RACIONAL DE LOS RECURSOS

El médico de familia debe saber manejar los recursos con racionalidad y eficiencia. Los médicos de atención primaria, dada la creciente importancia que se les está asignando como puertas de entrada al sistema de atención médica, se están transformando en "gerentes" con el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles. (37)

DEFINICIÓN MEDICO FAMILIAR:

La Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo, el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. Ya que se trata de una especialidad que por definición está vinculada a las necesidades de la población que sirve, no existe un médico de familia con características únicas sino que ellas deben adaptarse en función de las necesidades existentes en cada comunidad. (33)

Médico Familiar: es el médico que está educado y entrenado en la disciplina de la medicina familiar; posee actitudes únicas, destrezas, y conocimientos que lo califican como profesional para brindar cuidado continuo y comprensivo, entendimiento de la salud y servicios preventivos para cada miembro de la familia sin discriminar sexo, edad o tipo de problema, sea este biológico, psicológico o social. (33)

El *Médico Familiar* brinda un cuidado continuo y muy comprensivo de manera personalizada a pacientes de todas las edades sin importar si existe o no una enfermedad, o la naturaleza de la queja con que se presenta el paciente al consultorio. Al ser médicos familiares aceptan la responsabilidad de manejar al individuo de forma integral para manejar sus necesidades de salud mientras mantiene una relación íntima y confidencial con el paciente, pues este se hace cargo del 95% de estas necesidades; en el otro 5% el médico se encarga de seleccionar el especialista apropiado. Los esfuerzos de todos los profesionales de la salud son coordinados por el médico familiar, quien mantiene una responsabilidad continua sobre la salud del paciente. (34)

El Médico Familiar es el profesional de la salud específicamente entrenado para ser el primer contacto y/o cuidado continuo para las personas con cualquier signo, síntoma, o queja de la salud sin un diagnóstico, que no está limitado por el origen del problema (biológico, psicológico o social), sistema, género o diagnóstico. Incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mantenimiento de la salud, consejería, educación del paciente, diagnóstico, y tratamiento de enfermedades agudas o crónicas.⁽³⁵⁾

Según la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia, 1997).

"El *Médico Familiar* es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica pudiendo implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario. Acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a edad, sexo y/ o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica".⁽³²⁾

PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR:

- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.
- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que otorga es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.
- A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.
- Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.
- Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.
- El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Por lo que con frecuencia deben atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos

definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico de múltiples padecimientos.

- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo. ⁽³²⁾

ESTUDIOS PREVIOS DEL SINDROME DE BURNOUT

En un estudio realizado sobre el Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara México, los autores:

Aranda, Pando, Aldrete, y colaboradores describieron que la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos familiares fue del 42.3%. ⁽¹⁵⁾

De un total de médicos familiares encuestados fue de 163 sujetos distribuidos en las 23 unidades de medicina familiar en la zona metropolitana de Guadalajara.

La mayoría de ellos 138 (84%) se encuentra ubicados en las áreas de consulta externa. El 63% son hombres. La edad promedio fue de 47 años. Están casados el 77%. Según los años de servicio en la institución un gran porcentaje de la población de estudio (91%) tienen más de 10 años pero menos de 30 años trabajando para la institución.

Albino, L Prieto y colaboradores en el trabajo de investigación "Burnout en médicos de atención primaria" encontraron que hay un mayor número de casos de Burnout en profesionales mayores de 40 años y con mayor antigüedad laboral; se observó que los médicos de familia presentaron el mayor nivel de desgaste profesional y que una excesiva presión asistencial y una gran carga burocrática generan mayor nivel de Burnout. ⁽²⁸⁾

Rodríguez Moran, Curiel García y colaboradores en el estudio, "Síndrome de agotamiento profesional" que compara a médicos y enfermeras de primer nivel del IMSS y del ISSSTE. Establece la prevalencia del síndrome de agotamiento profesional, mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory. ⁽²⁰⁾

- a) Despersonalización fue de 43 y 14%,
- b) La de fatiga emocional, de 41 y 19%,
- c) La de alto rendimiento laboral, de 99 y 96%.

El grado de despersonalización ($p= 0.004$) fue significativamente más elevado en los trabajadores del IMSS.

Existe una elevada prevalencia de despersonalización y fatiga emocional en el personal de atención del IMSS, a pesar de que mantiene un alto desempeño laboral. Este hallazgo sugiere que dicho personal realiza un mayor esfuerzo para mantener las exigencias que demanda la atención del paciente. ⁽²⁰⁾

Hernández, Román y colaboradores, en su trabajo de investigación “Estrés y Burnout en profesionales de la salud” concluyeron que las cifras de prevalencia de Burnout en médicos de primer nivel alcanzo un 48% fundamentalmente en las mujeres.

En los médicos de segundo nivel se observo una prevalencia similar en hombres y mujeres. Por lo que se concluye que la prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo de profesionales de la salud es elevada y es mas alta en las mujeres de profesión medica de la atención primaria. ⁽²⁹⁾

Armand Grau, Daniel Flichtendrei y colaboradores, en su estudio “El Burnout percibido en profesionales sanitarios de primer nivel: prevalencia y factores asociados”.

Concluyeron que la prevalencia general fue de 36.3% para el síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout percibido se encontró muy relacionado con el cansancio personal y se asocio a la sensación de deterioro personal y familiar por las condiciones laborales, y el planteamiento de abandono de la profesión. La muestra se formo por 6150 profesionales sanitarios (Argentina, México, Ecuador, Colombia, Uruguay, Guatemala y España) con un 52% de varones y una edad media de 42 años. ⁽¹⁶⁾

Se les administro un cuestionario en línea (Maslach Burnout Inventory), además de preguntas sobre percepciones laborales y personales.

Morales López y colaboradores en su trabajo “Síndrome de Burnout en residentes”, realizaron un estudio analítico, transversal, por muestreo aleatorio simple de médicos residentes que trabajaron mas de 80 horas a la semana adscritas al IMSS. ⁽³⁰⁾

La medición se llevo acabo con la escala de Maslach. Se obtuvo una muestra de 143 médicos residentes; la edad promedio fue de 29 años; 65% sexo masculino y 51% soltero la antigüedad promedio fue de 2.2 años. Se encontró el síndrome de desgaste profesional en 63.8% de los médicos residentes con jornadas prolongadas ($p=0.002$), con mayor frecuencia en aquellos con especialidades quirúrgicas ($p=0.035$) y tres o mas guardias por semana ($P=0.002$). ⁽³⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social?

JUSTIFICACION.

Desde el siglo pasado se ha observado un problema muy importante en los profesionales que brindan servicios a otras personas:

El desgaste emocional.

Dicho desgaste crea una demanda excesiva de energía y que ha preocupado a los investigadores de todo el mundo.

Se ha encontrado que el 28% de trabajadores en Europa presentan estrés laboral el cual se encuentra relacionado con el Síndrome de Burnout. Específicamente en España, EU y Canadá se encuentra este síndrome con una frecuencia de 25% en la población trabajadora en general.

En México se percibe una actitud negativa generalizada de insensibilidad del prestador del servicio, realizándose estudios específicos ante la queja del cliente. Se puede hablar específicamente del sector salud, en donde se han encontrado respuestas relevantes en relación a la calidad del servicio, por lo que es de gran interés analizarlo a través del estudio de este síndrome.

Por otro lado el personal medico tiene una función muy importante en el sector salud pues el primer contacto con el paciente y su problemática de salud. Su ausencia por incapacidades frecuentes causara estragos en la relación medico-paciente y sobre todo en la calidad de la atención médica otorgada.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social resulta interesante evaluar la prevalencia del síndrome pues se observa esta reacción de actitud fría y despersonalizada del trabajador hacia los pacientes.

No se encuentra una causa específica con relación al origen del problema sino que es multifactorial, por lo que es de interés determinar los factores directos que ocasionan esta actitud en el trabajador, para poder intervenir en ellos, esta situación nos obliga a enfocar en el primer nivel de atención.

Los estudios relacionados a este síndrome en el IMSS tienen una frecuencia en el tercer nivel de atención y se encuentra la prevalencia del mismo en un 68% de la población médica. La población médica de una Unidad de Medicina Familiar es una población en riesgo, con tendencia a originar consecuencias graves en personas vulnerables así como la afectación laboral y familiar por sobredemanda laboral. ⁽³⁸⁾

El tener conocimiento de la magnitud del síndrome en el ámbito laboral donde nos desarrollamos nos permite crear alternativas, planes y programas con enfoque preventivo para el personal medico que brinda el servicio por lo que es necesario difundir en nuestra cultura medica, la detección, la conciencia del síndrome y su prevención para conservar la salud mental de los médicos familiares.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No 8 “ Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Objetivos específicos.

1. Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el turno matutino y vespertino en Médicos familiares del UMF/HGZ No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”.
2. Determinar en que edad y género es más frecuente el Síndrome de Burnout.
3. Determinar si tiene relación la edad laboral con la presencia del Síndrome de Burnout.
4. Identificar si existe más de un factor desencadenante para el Síndrome de Burnout.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo, no probabilístico, no comparativo.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Todos los Médicos Familiares adscritos a la consulta UMF/HGZ No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” de ambos turnos del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la delegación 3 Suroeste, México D.F., durante Marzo y Abril 2009.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra fue tomada por conveniencia e incluyo a todos los médicos familiares de la consulta externa y jefatura de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” turno Matutino y Vespertino de acuerdo al ARIMAC. NUM=36

MÉTODO ESTADISTICO

Prevalencia puntual

La prevalencia puntual es la frecuencia de una enfermedad o condición en un punto del tiempo. Es una proporción que expresa la probabilidad de que una persona sea un caso en un momento o edad determinados.

FORMULA

Prevalencia puntual = Ct/Nt

Ct= número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinados.

Nt= número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados.

VARIABLES

INDEPENDIENTE

Médicos Familiares:

Médicos Familiares Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. ⁽³³⁾

DEPENDIENTE Síndrome de Burnout. ⁽³⁾

Nombre	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
Síndrome Burnout	Dependiente	Síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales que se desarrollan en la actividad laboral, resultado de una demanda excesiva de energía. ⁽³⁾	Se evaluara aplicando cuestionario Maslach Burnout Inventory al inicio de su jornada laboral 1. Cansancio emocional(No. de preguntas 1,2,3,4,5,6,7,8,9) 2. Despersonalización (No. de preguntas 10,11,12,13,14) 3. Logros personales (No. de preguntas 15,16,17,17,18,19,20, 21,22)	Cualitativa nominal	Si Burnout No Burnout
Médicos Familiares	Independiente	Es el médico que está educado y entrenado en la disciplina de la medicina familiar; posee actitudes únicas, destrezas, y conocimiento que lo califican como profesional para brindar cuidado continuo y comprensivo, entendimiento de la salud y servicios preventivos para cada miembro de la familia sin discriminar sexo, edad o tipo de problema, sea este biológico, psicológico o social. ⁽³³⁾	Para su operalización se visitara médicos familiares de ambos turnos dentro de la UMF/HGZ No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.	Cualitativa nominal	Si No

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Todos los Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social Adscritos a la UMF/HGZ No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
- Médicos pertenecientes al turno Matutino y Vespertino activos y de la jefatura.
- Médicos sin enfermedad psiquiátrica.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" que no acepten participar en el estudio o lo abandonen.
- Personal bajo tratamiento psiquiátrico.
- Personal ausente por vacaciones, licencias o incapacidades.
- Médicos de otras especialidades.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Encuestas incompletas

Encuestas no entregadas.

METODO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

A los 36 Médicos Familiares de la UMF/HGZ No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" del turno matutino y vespertino en el DF, se les invitó personalmente para llenado de la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo 3) con firma de carta de consentimiento informado (Anexo 1), y al inicio de su jornada laboral. También se preguntaron datos sociodemográficos para su llenado (Anexo 2).

La encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) consta de 22 preguntas, calificando tres subescalas: a) Cansancio emocional. b) Despersonalización. c) Logros personales, con siete grados de intensidad:

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

Así de acuerdo a la calificación obtenida el grado de intensidad del Síndrome de Burnout se determina en:

Grado Bajo	18 o menos Cansancio Emocional	5 o menos Despersonalización	40 o mas Logros personales
Grado Moderado	19 a 26 Cansancio Emocional	6 a 9 Despersonalización	34 a 39 Logros personales
Grado Alto	27 o mas Cansancio Emocional	10 o mas Despersonalización	33 o menos Logros personales

(31)

Aclaremos que en la escala de logros personales, el puntaje mayor a 40 representa bajo grado de Burnout y logros personales con puntaje menor a 33 representa alto grado de Burnout.

El cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 2) incluye factores que asociados favorecen la presencia del síndrome de Burnout entre los que están:

Edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, número de empleos, turno y relaciones laborales. ⁽¹⁵⁾

La escala de Maslach Burnout Inventory comprende un total 22 preguntas:

a) La subescala de cansancio emocional esta compuesta de 9 preguntas:

1. ¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo?
2. ¿Me siento cansado al final de la jornada del trabajo?
3. ¿Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo?
4. ¿Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo?
5. ¿Me siento quemado por mi trabajo?
6. ¿Me siento frustrado por mi trabajo?
7. ¿Creo que estoy trabajando demasiado?
8. ¿Trabajar directamente con las persona me produce estrés?
9. ¿Me siento acabado?

b) La subescala de despersonalización abarca 5 preguntas:

10. ¿Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?
11. ¿Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión?
12. ¿Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente?
13. ¿Realmente no me preocupa lo que ocurre con algunos de mis pacientes?
14. ¿Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas?

c) La subescala de logros personales consta de 8 preguntas:

15. ¿Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes?
16. ¿Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes?
17. ¿Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas?
18. ¿Me siento muy activo?
19. ¿Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con mis pacientes?
20. ¿Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes?
21. ¿He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión?
22. ¿En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma?

CONSIDERACIONES ETICAS:

Este estudio se apegara a los modelos éticos y científicos para realizar investigación biomédica en seres humanos, los cuales se han desarrollado y establecido en guías internacionales que van desde la declaración de Helsinki (1964) hasta las guías de OMS y las guías ICH (International conference of harmonisation) para las buenas practicas clínicas (BPC) en el caso de México, los estudios de investigación clínica deberán apegarse a lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación científica.

El cumplimiento de estas guías asegura la promoción de la dignidad, derechos humanos, seguridad y bienestar de los participantes de la investigación medica.

Los participantes firmaron carta de consentimiento informado anexo 1

Este estudio esta registrado en el comité local de investigación No. 3605 y en el SIRELCIS con numero de registro R-2009-3605-16. (Junio 2009)

RECURSOS.

Recursos Humanos.

Médicos familiares:

Recursos Materiales:

Encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI).

Cuestionario de datos demográficos.

Impresión de artículos de consulta.

Equipo de cómputo. Excel.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Tarea para desarrollar	Personal responsable	Ago 08	sept 08	Oct 08	Nov 08	Dic 08	Ene 09	Feb 09	Mar 09	Abril 09	May 09	Jun 09	Jul 09
Recolección de la bibliografía	A.Omar Villegas	X	X	X	x								
Elaboración del proyecto	A.Omar Villegas					x	x	x					
Instrumento de medición	A.Omar Villegas							x	X				
Recolección de la información	A.Omar Villegas								X	x			
Recuento de la información	A.Omar Villegas										x		
Análisis de la información	A.Omar Villegas											x	x
Resultados	A.Omar Villegas												x
Redacción del escrito médico	A.Omar Villegas												x
Difusión	A.Omar Villegas												x

RESULTADOS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS. (Anexo 2)

De 36 médicos entrevistados, 47.2% fue de sexo, masculino y 52.8% femenino.

Grafica y tabla No.1

En cuanto a la edad el mayor porcentaje, 25% tuvo entre 36-40 años, el menor porcentaje 2.8% oscilo entre 61-65 años. *Grafica y tabla No.2.*

En cuanto al estado civil la mayoría, 55.5% casado y la minoría, 2.8% vivía en unión libre o era viudo. *Grafica y tabla No.3*

En cuanto al número de empleos que desempeña el personal médico el 55.5% de los médicos entrevistados cuenta con un solo empleo y el 44.5% tiene dos empleos. *Grafica y tabla No.4*

En relación a la antigüedad laboral el 25% tiene de 0 a 5 años y 16 a 20 años laborando. *Grafica y tabla No.5*

Se observa que ambos turnos tienen el mismo porcentaje de médicos laborando.

Grafica y tabla No. 6

De los 36 médicos encuestados la mayoría tiene relaciones cordiales, solo uno refiere ninguna relación. *Grafica y tabla No. 7*

SÍNDROME DE BURNOUT POR MEDIO DE LA ESCALA MBI (Maslach Burnout Inventory). (Anexo 3)

En la subescala de cansancio emocional la *pregunta num. 1* ¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 1 pocas veces al año n=13 con 36.10% y prevalencia puntual 0.36 y la menor puntuación el grado de intensidad 6 con cero.

Pregunta num. 2 ¿Me siento cansado al final de la jornada de trabajo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 1 pocas veces al año n=14 con 38.9% y prevalencia puntual 0.38 y la menor puntuación el grado de intensidad 2 y 4 con n=1 y 2.8% con prevalencia puntual 0.02.

Pregunta num. 3 ¿Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 1 pocas veces al año n=11 con 30.5% y prevalencia puntual 0.30 y la menor puntuación el grado de intensidad 2 y 3 con n=1 y 2.8% con prevalencia puntual 0.02.

Pregunta num. 4 ¿Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 1 pocas veces al año n=14 con 38.9% y prevalencia puntual 0.38 y la menor puntuación el grado de intensidad 4 con n=1 y 2.8% con prevalencia puntual 0.02.

Pregunta num. 5 ¿Me siento quemado con mi trabajo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 Nunca y 1 pocas veces al año n=13 con 36.1% y prevalencia puntual 0.36 y la menor puntuación el grado de intensidad 6 con cero.

Pregunta num. 6 ¿Me siento frustrado por el trabajo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=20 con 55.6% y prevalencia puntual 0.55 y la menor puntuación el grado de intensidad 4,5 y 6 con cero.

Pregunta num. 7 ¿Creo que estoy trabajando demasiado? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 1 pocas veces al año n=13 con 36.1% y prevalencia puntual 0.36 y la menor puntuación el grado de intensidad 2 con cero.

Pregunta num. 8 ¿Trabajar directamente con pacientes me produce estrés? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=13 con 36.1% y prevalencia puntual 0.36 y la menor puntuación el grado de intensidad 2 con n=1 y 2.8% con prevalencia puntual 0.02.

Pregunta num. 9 ¿Me siento acabado en mi trabajo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=19 con 52.8% y prevalencia puntual 0.52 y la menor puntuación el grado de intensidad 6 con cero.

Graficas y tablas No 8-16

En la subescala de despersonalización, la *pregunta num. 10* ¿Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=19 con 52.8% y prevalencia puntual 0.52 y la menor puntuación el grado de intensidad 2 y 6 con cero.

Pregunta num. 11 ¿Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=18 con 50.0% y prevalencia puntual 0.50 y la menor puntuación el grado de intensidad 6 con cero.

Pregunta num. 12 ¿Me preocupa el hecho de que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=17 con 47.2% y prevalencia puntual 0.47 y la menor puntuación el grado de intensidad 3 y 5 con cero.

Pregunta num. 13 ¿No me preocupa realmente lo que ocurre con algunos de mis pacientes? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=16 con 44.5% y prevalencia puntual 0.44 y la menor puntuación el grado de intensidad 3 y 6 con cero.

Pregunta num. 14 ¿Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 0 nunca n=17 con 47.2% y prevalencia puntual 0.47 y la menor puntuación el grado de intensidad 6 con cero.

Graficas y tablas No 18-22

En la subescala de realización personal los porcentajes fueron, en la *pregunta num. 15* ¿Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=22 con 61.1% y prevalencia puntual 0.61 y la menor puntuación el grado de intensidad 0 con cero.

Pregunta num. 16 ¿Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=28 con 77.8% y prevalencia puntual 0.77 y la menor puntuación el grado de intensidad 0, 2 y 3 con cero.

Pregunta num. 17 ¿Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=26 con 72.2% y prevalencia puntual 0.72 y la menor puntuación el grado de intensidad 0 y 3 con cero.

Pregunta num. 18 ¿Me siento muy activo? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=30 con 86.3% y prevalencia puntual 0.86 y la menor puntuación el grado de intensidad 0,2 y 3 con cero.

Pregunta num. 19 ¿Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=30 con 86.3% y prevalencia puntual 0.86 y la menor puntuación el grado de intensidad 0,2 ,3 y 4 con cero.

Pregunta num. 20 ¿Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=28 con 77.7% y prevalencia puntual 0.77 y la menor puntuación el grado de intensidad 2, 3 y 4 con cero.

Pregunta num. 21 ¿He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=34 con 94.4% y prevalencia puntual 0.94 y la menor puntuación el grado de intensidad 0,2 ,4 y 5 con cero.

Pregunta num.22 ¿En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma? obtuvo la mayor puntuación el grado de intensidad 6 todos los días n=28 con 77.7% y prevalencia puntual 0.77 y la menor puntuación el grado de intensidad 0,2, 3 y 4 con cero.

Graficas y tablas No 24-31

La subescala cansancio emocional mostró lo siguiente: el grado de intensidad bajo tuvo n= 24 con 66.7% y una prevalencia puntual 0.66, el grado de intensidad alto n=7con 19.4% y prevalencia puntual 0.19 y el grado moderado n= 5 con 13.9% con prevalencia puntual 0.13 *Grafica y tabla No 17*

Para la subescala de despersonalización el grado de intensidad bajo tuvo n= 20 con 55.5% con prevalencia puntual 0.55, el grado de intensidad alto n= 10 con 27.8% y una prevalencia puntual de 0.27 y el grado de intensidad moderado n= 6 con 16.7% y una prevalencia puntual de 0.16 *Grafica y tabla No 23*

Finalmente en la subescala de logros personales, el grado de intensidad bajo tuvo n=31 con 86.1% con prevalencia puntual de 0.86, el grado de intensidad alto n= 3 con 8.3% y prevalencia puntual de 0.08 y el grado de intensidad moderado n= 2 con 5.6% tuvo una prevalencia puntual de 0.05 *Grafica y tabla No 32*

La Prevalencia puntual total de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) del Síndrome de Burnout encontrada en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No.8 fue:

GRADO BAJO 27/36 (75%) con prevalencia puntual 0.75

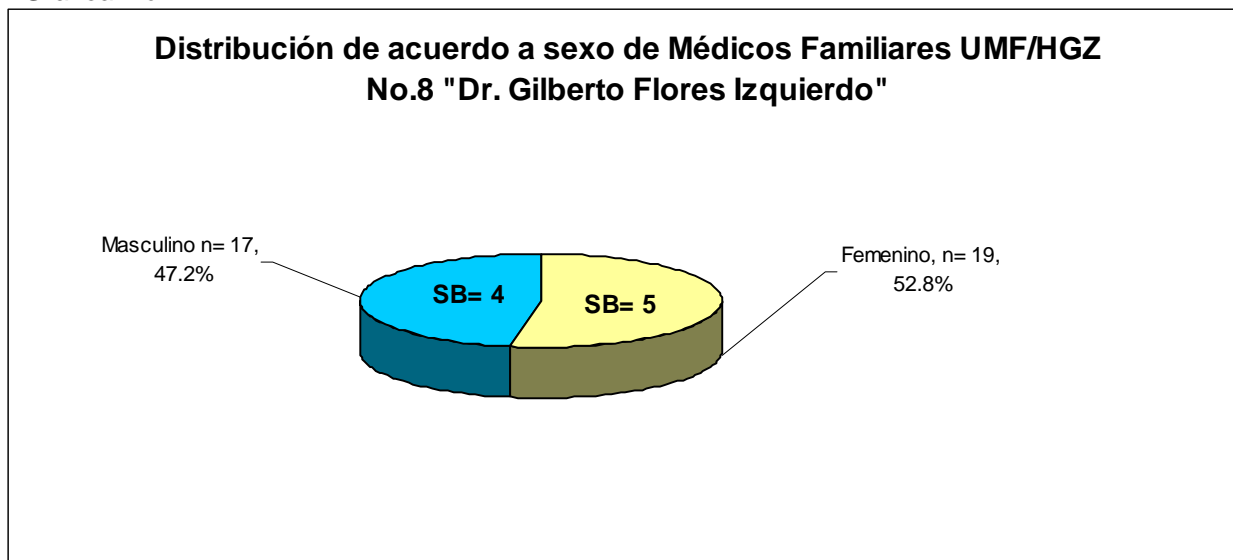
Grado alto 5/36 (13.8%), con prevalencia puntual 0.13

Grado moderado 4/36 (11.2%) con prevalencia puntual 0.11

Grafica y tabla No. 33

TABLAS Y GRAFICAS.

Grafica No.1

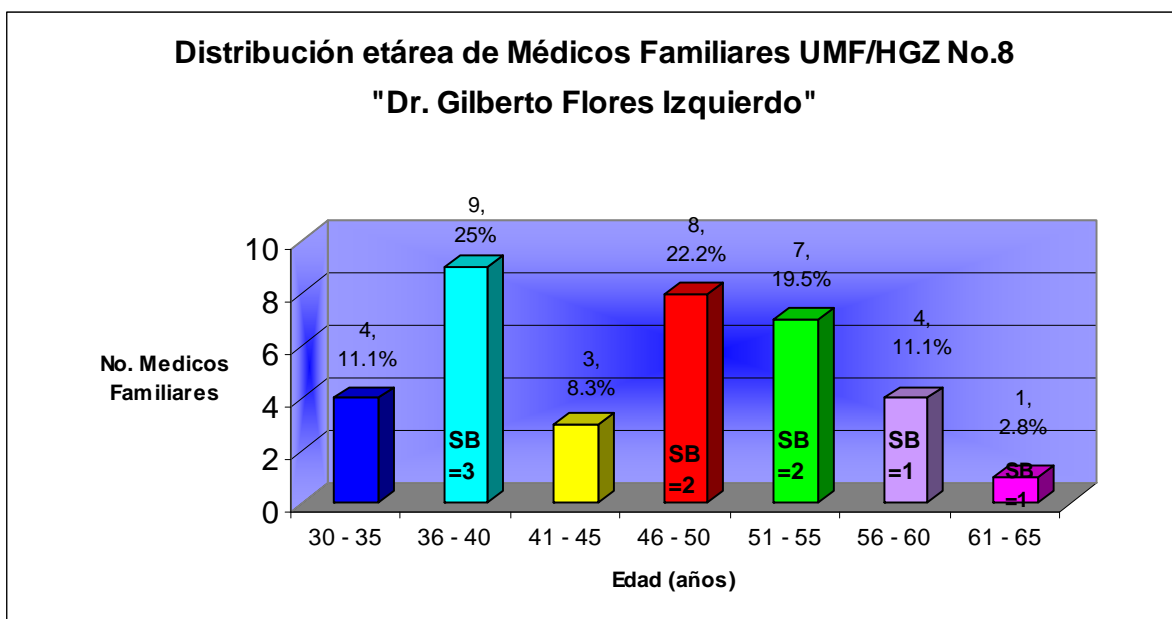


Distribución de acuerdo a sexo de Médicos Familiares UMF/HGZ No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No.1

SEXO	No.	%	SB
Femenino	19	52.80	5
Masculino	17	47.20	4
Total	36	100	

Grafica No.2

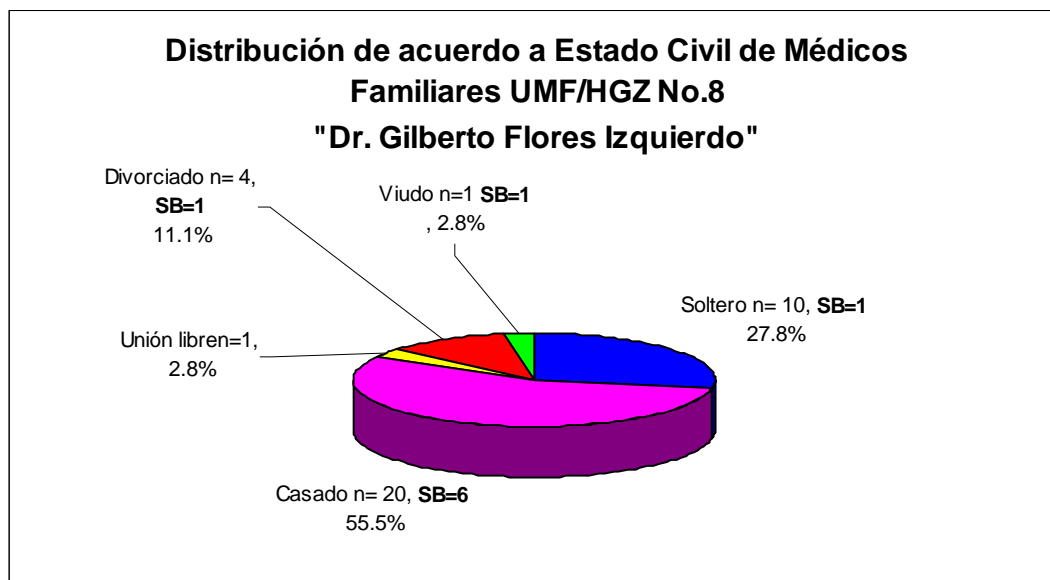


Distribución etárea de Médicos Familiares UMF/HGZ No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No. 2

EDAD	No.	%	SB
30 - 35	4	11.10	0
36 - 40	9	25.00	3
41 - 45	3	8.3	0
46 - 50	8	22.20	2
51 - 55	7	19.50	2
56 - 60	4	11.10	1
61 - 65	1	2.80	1
Total	36	100.00	

Grafica No.3

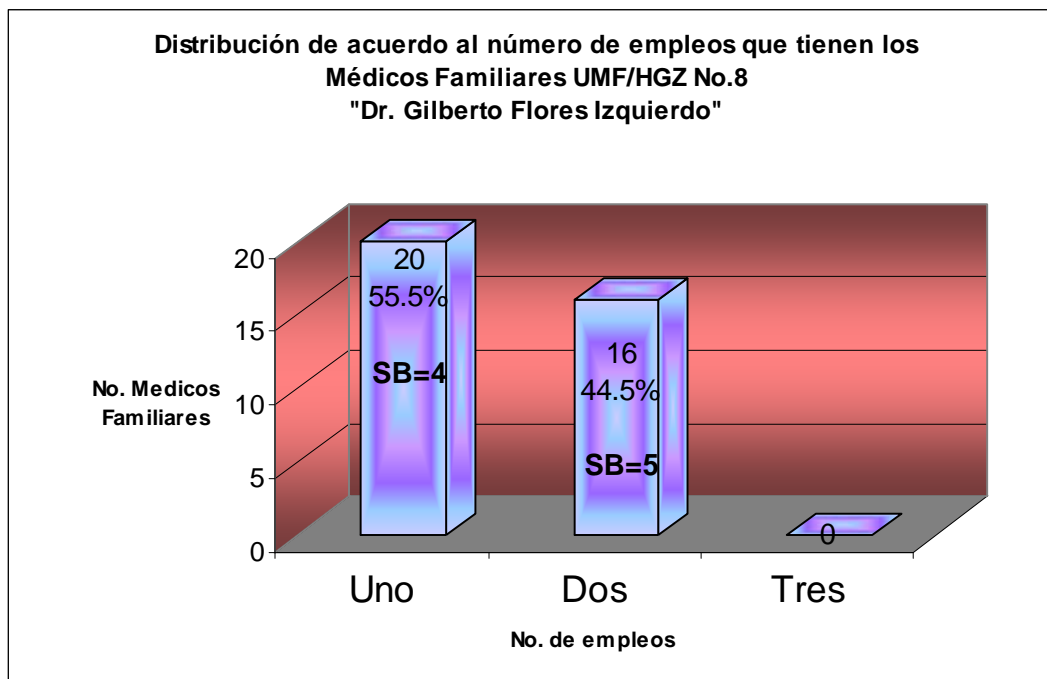


Distribución de acuerdo a Estado Civil de Médicos Familiares UMF/HGZ No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No.3

ESTADO CIVIL	No.	%	SB
Soltero	10	27.80	1
Casado	20	55.50	6
Unión libre	1	2.80	0
Divorciado	4	11.10	1
Viudo	1	2.80	1
Total	36	100.00	

Grafica No.4



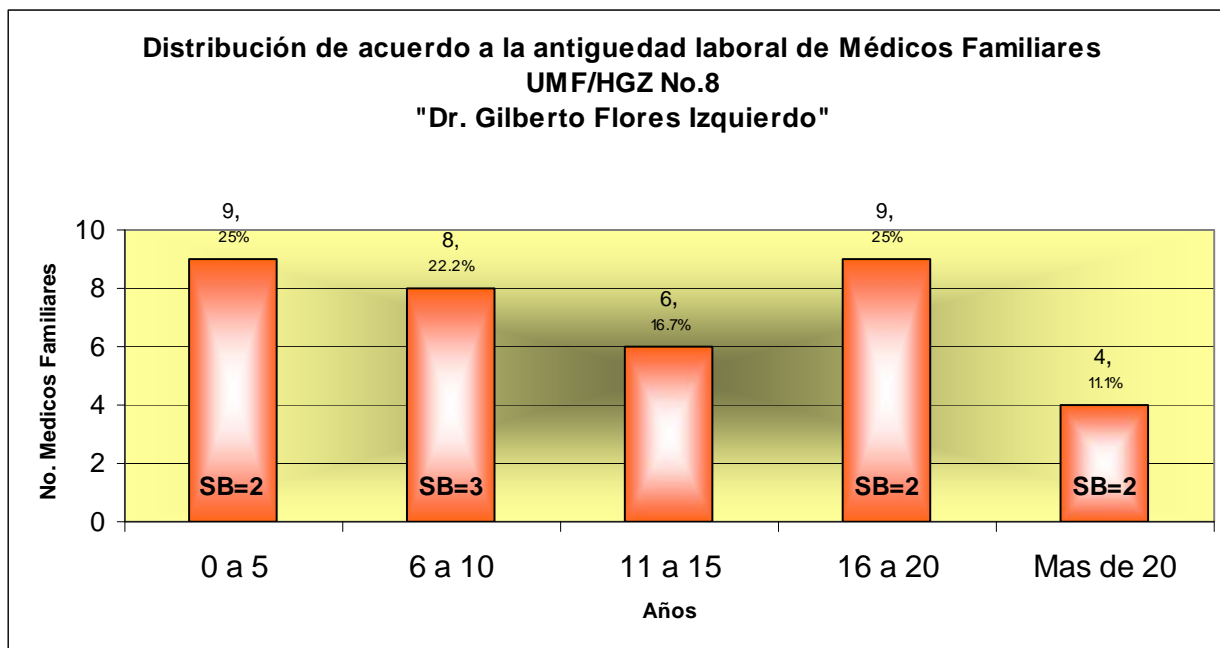
Distribución de acuerdo al número de empleos que tienen los Médicos Familiares UMF/HGZ No.8

"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No. 4

NUM. DE TRABAJOS	No.	%	SB
Uno	20	55.50	4
Dos	16	44.50	5
Tres	0	0.00	0
Total	36	100.00	

Grafica No.5



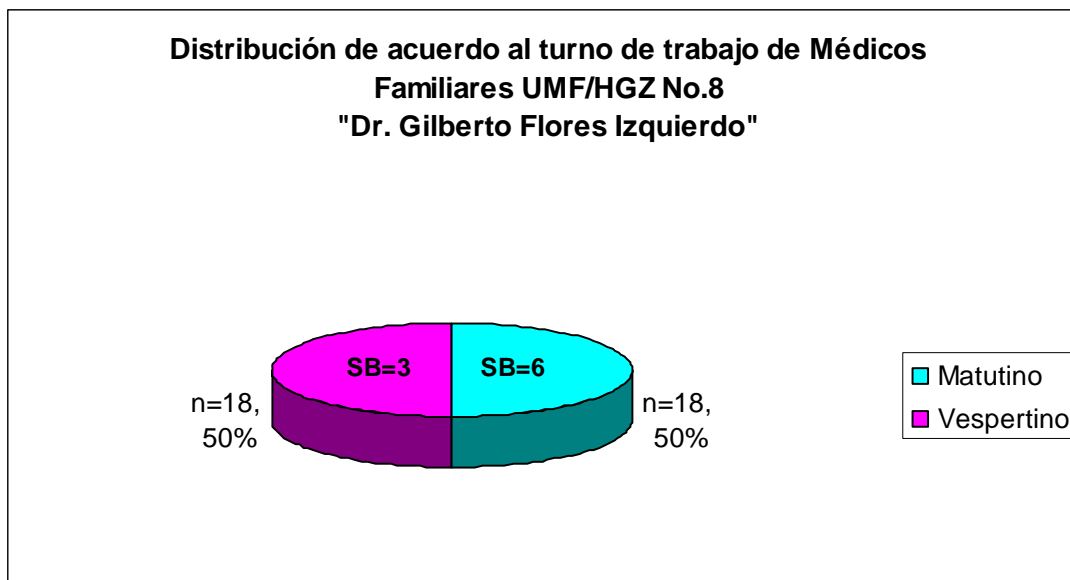
Distribución de acuerdo a la antigüedad laboral de Médicos Familiares UMF/HGZ
No.8

"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No.5

ANTIGÜEDAD LABORAL	No.	%	SB
0 a 5AÑOS	9	25.00	2
6 a 10	8	22.20	3
11 a 15	6	16.70	0
16 a 20	9	25.00	2
Mas de 20	4	11.10	2
Total	36	100.00	

Grafica No.6

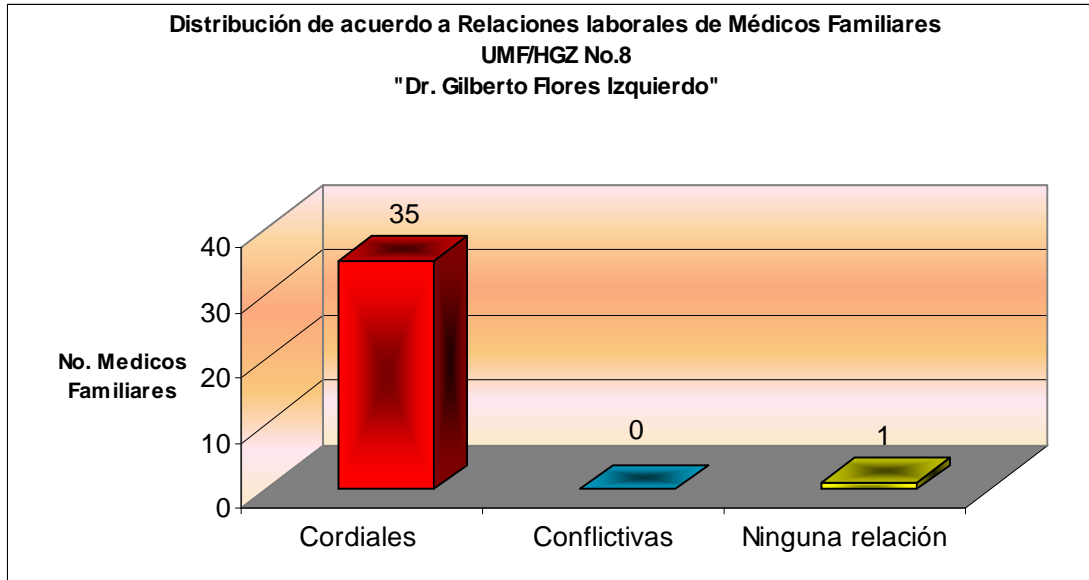


Distribución de acuerdo al turno laboral de Médicos Familiares UMF/HGZ No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No.6

TURNO	No.	%	SB
Matutino	18	50	6
Vespertino	18	50	3
Total	36	100	

Grafica No.7



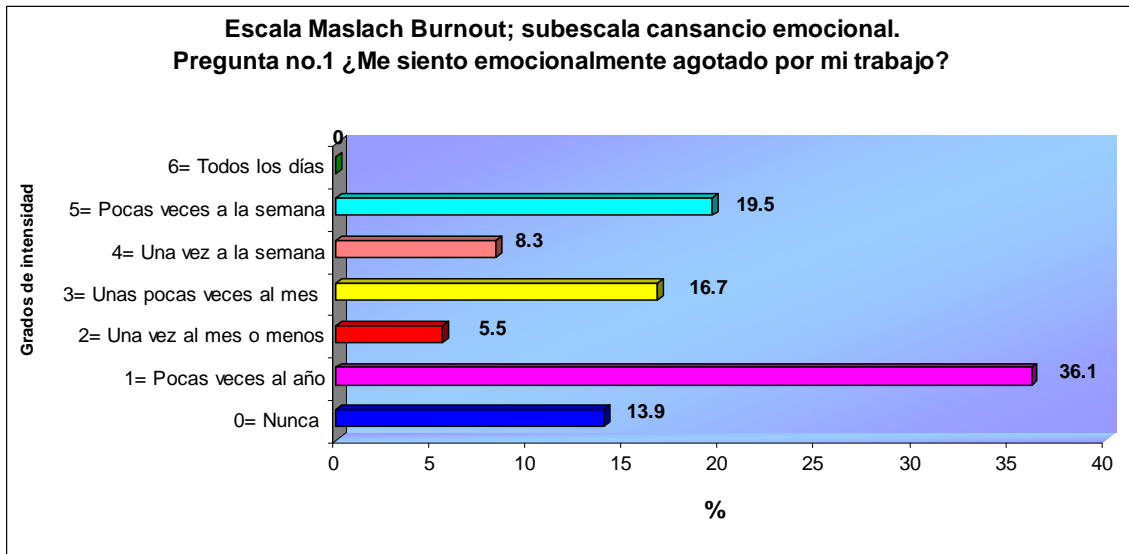
Distribución de acuerdo a relaciones laborales de Médicos Familiares UMF/HGZ No.8

"Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla No.7

Relaciones Laborales	No.	%
Cordiales	35	97.2
Conflictivas	0	0
Ninguna relación	1	2.8
	36	100

Grafica No.8



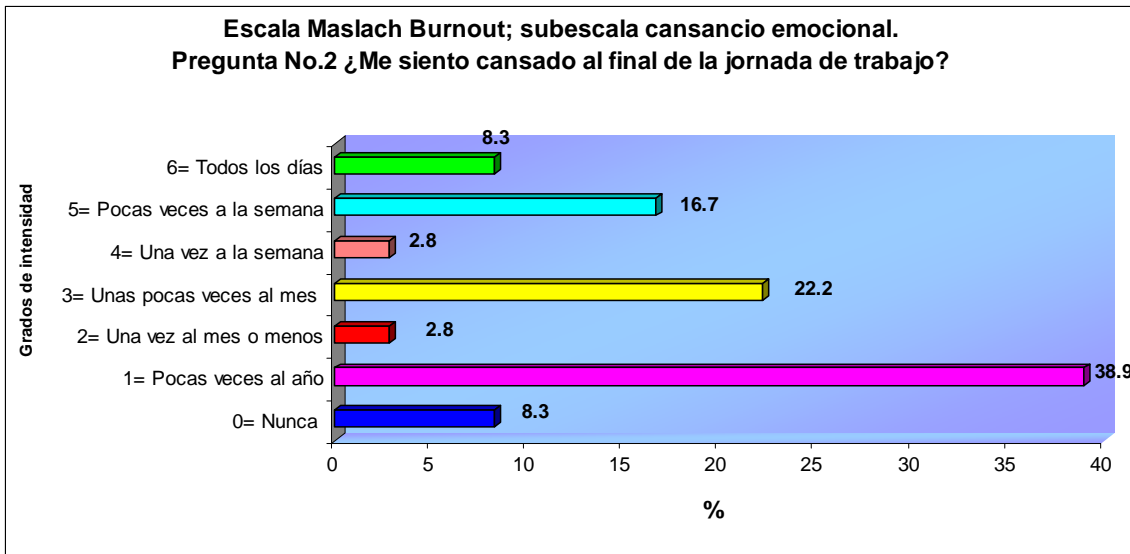
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.1 ¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo?

Tabla No.8

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	5	13.90
1= Pocas veces al año	13	36.10
2= Una vez al mes o menos	2	5.50
3= Unas pocas veces al mes	6	16.70
4= Una vez a la semana	3	8.30
5= Pocas veces a la semana	7	19.50
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No.9



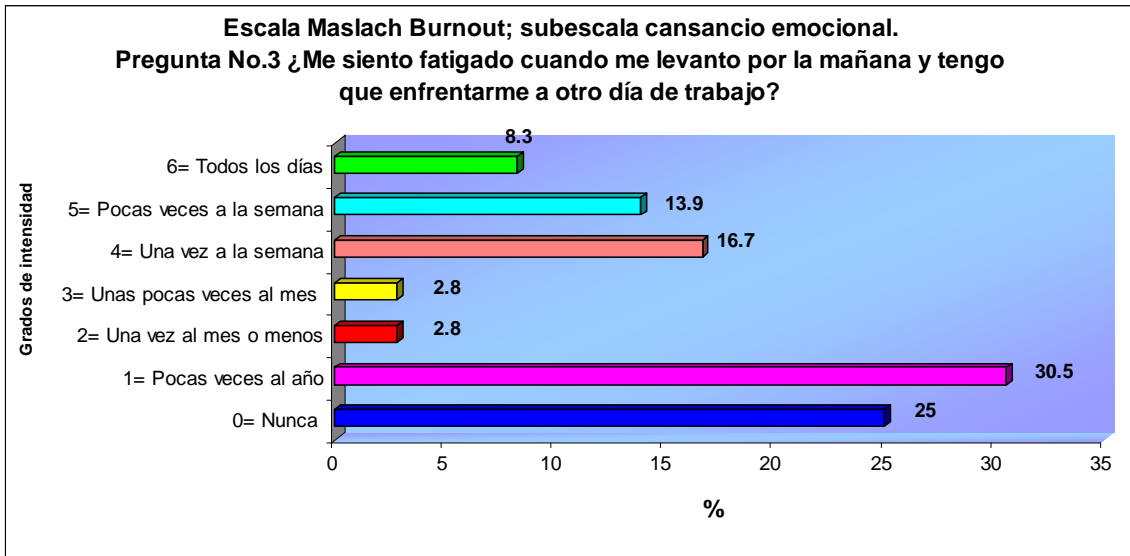
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.2 ¿Me siento cansado al final de la jornada de trabajo?

Tabla No.9

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	3	8.30
1= Pocas veces al año	14	38.90
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	8	22.20
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	6	16.70
6= Todos los días	3	8.30
Total	36	100.00

Grafica No. 10



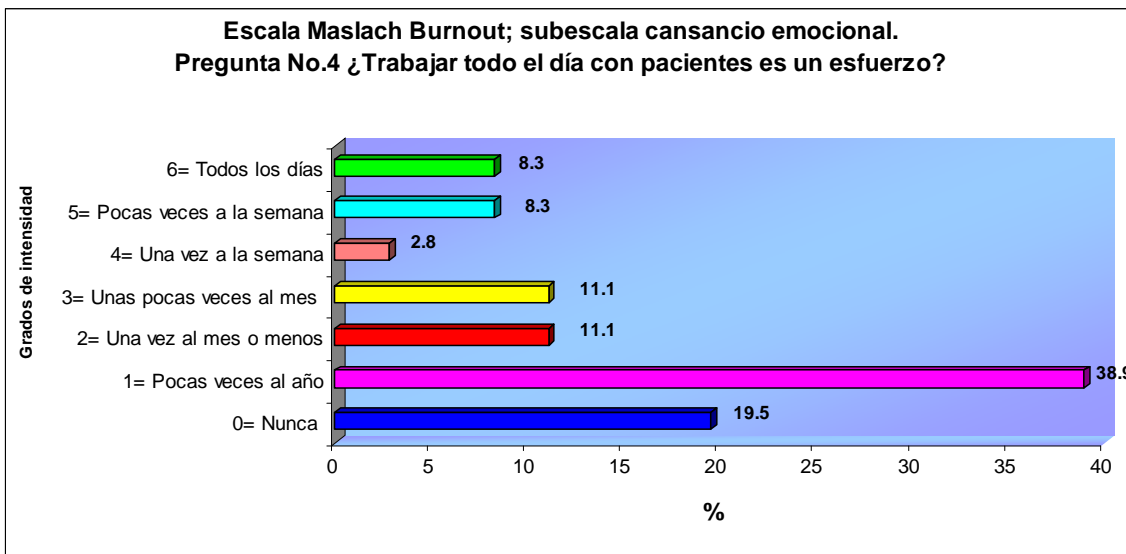
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.3 ¿Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo?

Tabla No. 10

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	9	25.00
1= Pocas veces al año	11	30.50
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	6	16.70
5= Pocas veces a la semana	5	13.90
6= Todos los días	3	8.30
Total	36	100.00

Grafica No.11



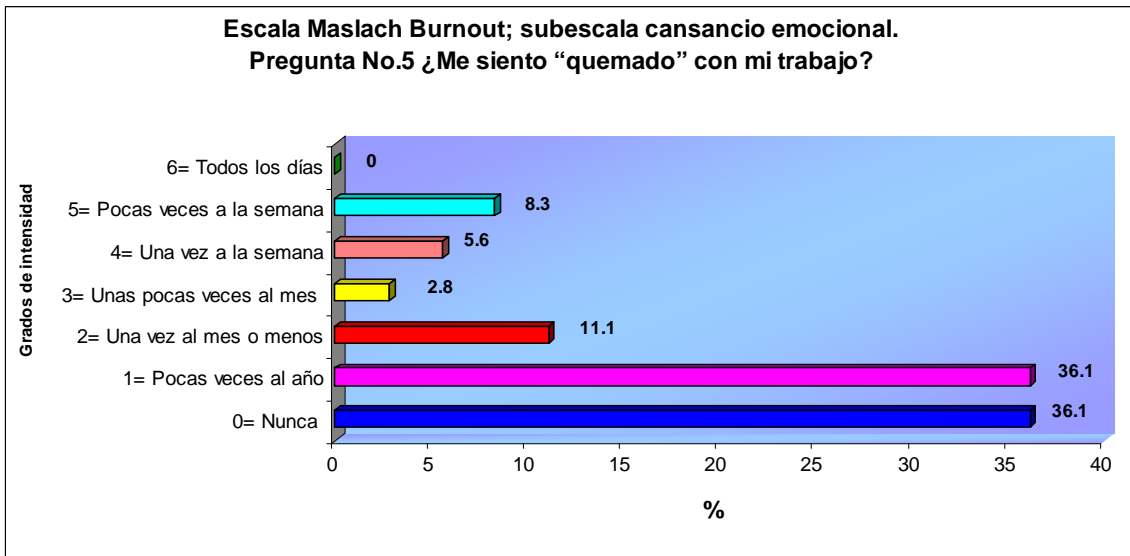
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.4 ¿Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo?

Tabla No 11

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	7	19.50
1= Pocas veces al año	14	38.90
2= Una vez al mes o menos	4	11.10
3= Unas pocas veces al mes	4	11.10
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	3	8.30
6= Todos los días	3	8.30
Total	36	100.00

Grafica No. 12



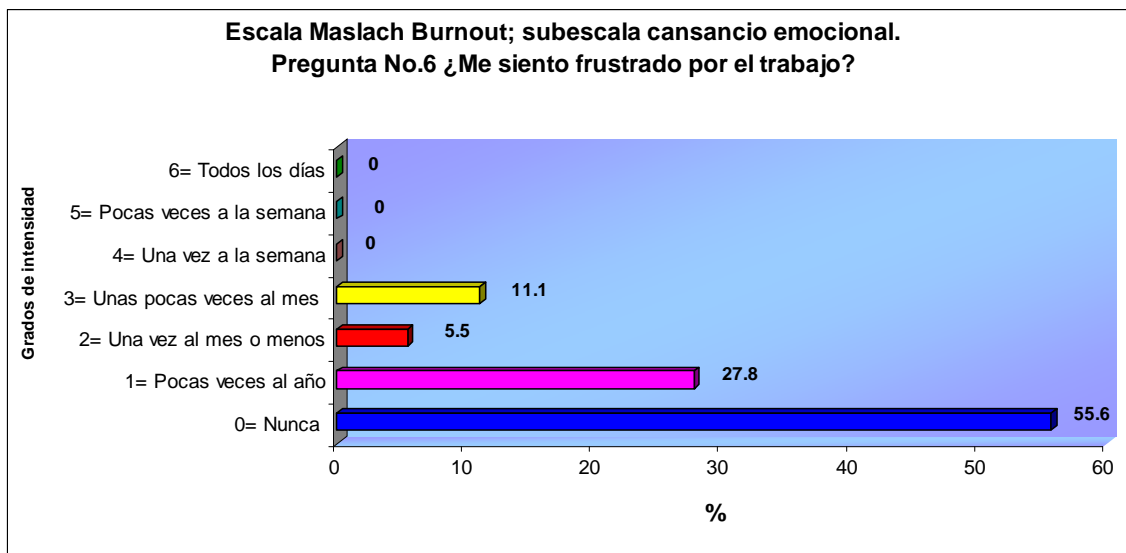
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.5 ¿Me siento “quemado” con mi trabajo?

Tabla No.12

Grado de intensidad	No.	%
0= Nunca	13	36.10
1= Pocas veces al año	13	36.10
2= Una vez al mes o menos	4	11.10
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	2	5.60
5= Pocas veces a la semana	3	8.30
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No. 13



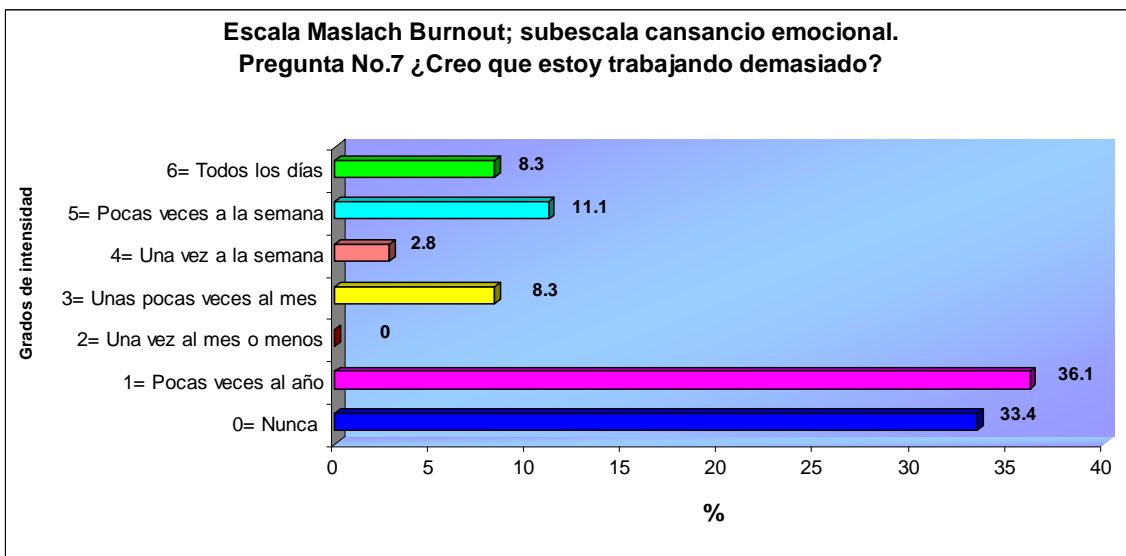
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.6 ¿Me siento frustrado por el trabajo?

Tabla No. 13

Grado de intensidad	No.	%
0= Nunca	20	55.60
1= Pocas veces al año	10	27.80
2= Una vez al mes o menos	2	5.50
3= Unas pocas veces al mes	4	11.10
4= Una vez a la semana	0	0.00
5= Pocas veces a la semana	0	0.00
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No.14



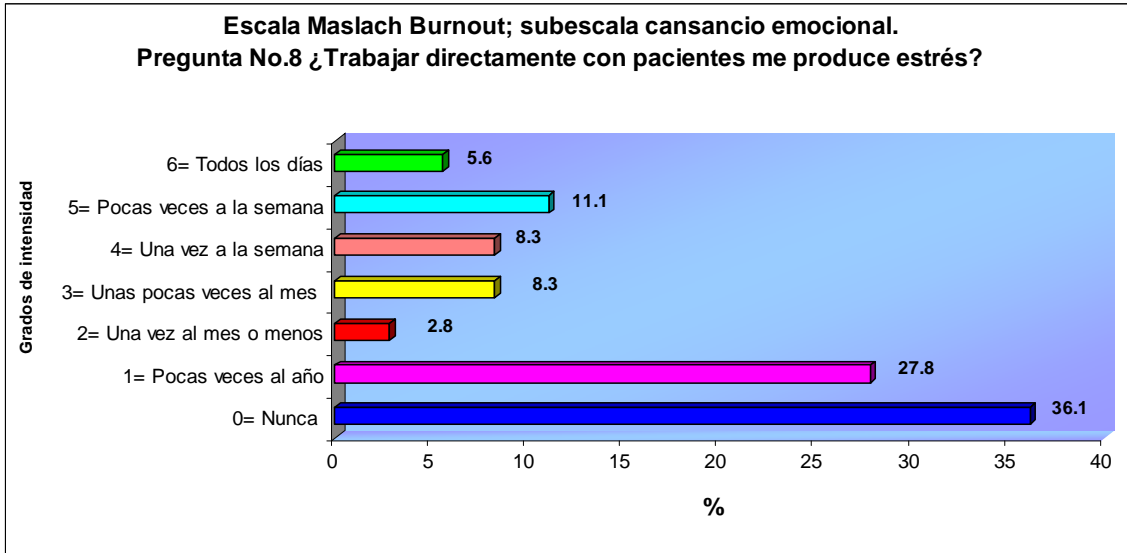
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.7 ¿Creo que estoy trabajando demasiado?

Tabla No, 14

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	12	33.40
1= Pocas veces al año	13	36.10
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	3	8.30
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	4	11.10
6= Todos los días	3	8.30
Total	36	100.00

Grafica No, 15



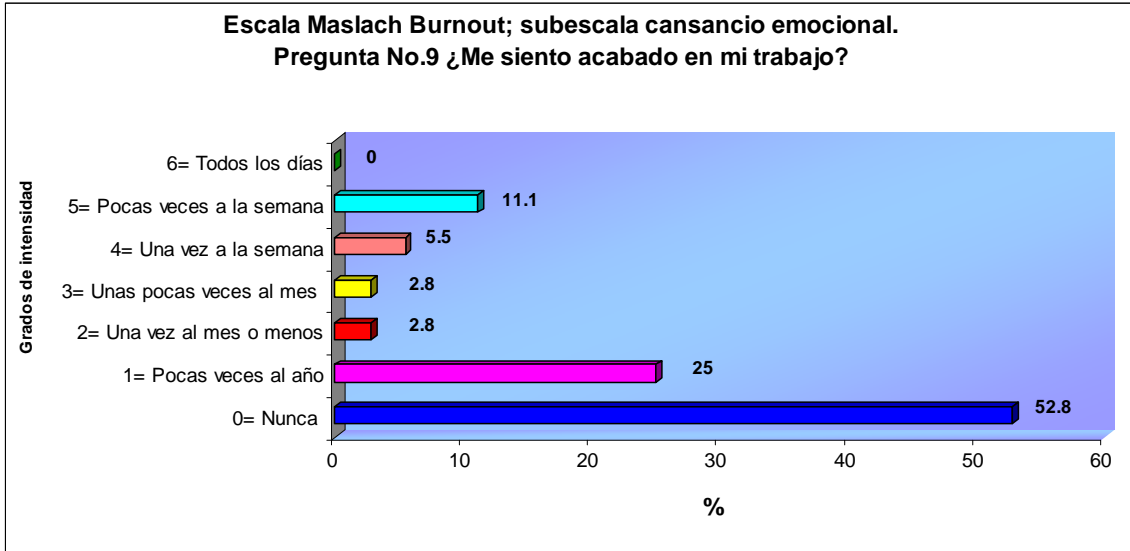
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.8 ¿Trabajar directamente con pacientes me produce estrés?

Tabla No, 15

Grado de intensidad	No.	%
0= Nunca	13	36.10
1= Pocas veces al año	10	27.80
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	3	8.30
4= Una vez a la semana	3	8.30
5= Pocas veces a la semana	4	11.10
6= Todos los días	2	5.60
Total	36	100.00

Grafica No.16



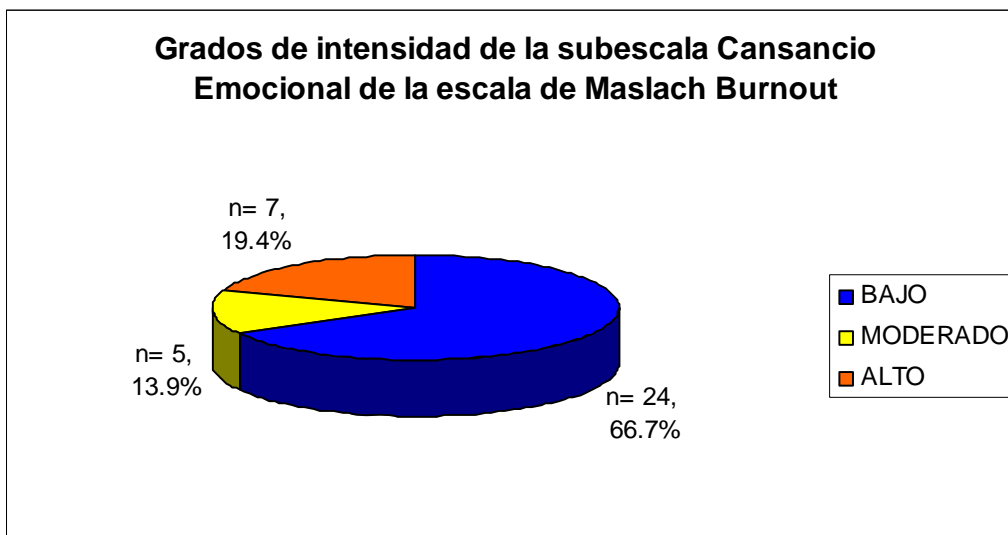
Escala Maslach Burnout; subescala cansancio emocional.

Pregunta No.9 ¿Me siento acabado en mi trabajo?

Tabla No.16

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	19	52.80
1= Pocas veces al año	9	25.00
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	2	5.50
5= Pocas veces a la semana	4	11.10
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No.17

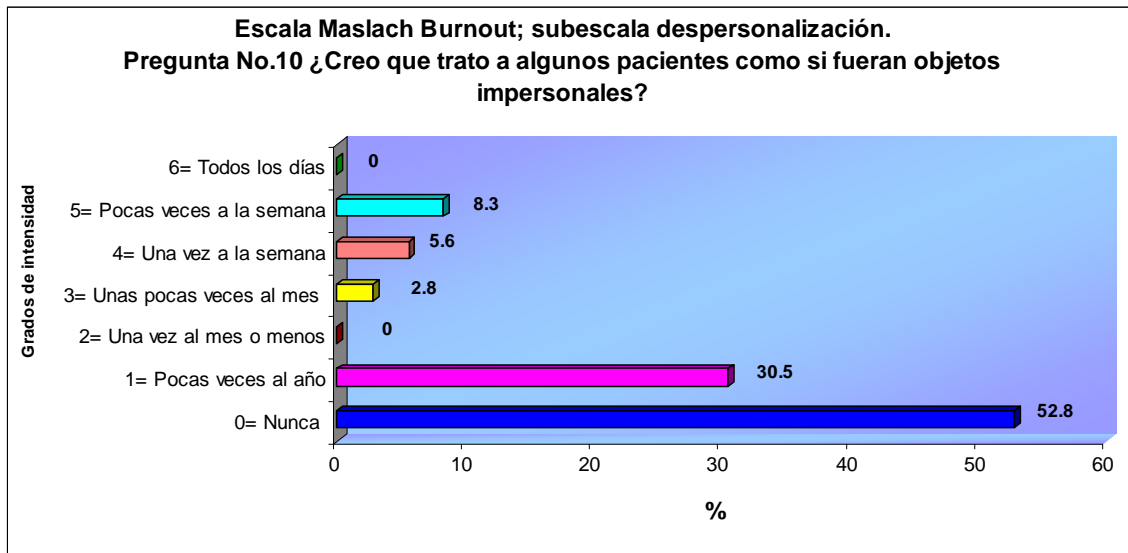


Grados de intensidad de la subescala Cansancio Emocional de la escala de Maslach Burnout

Tabla No.17

GRADOS DE INTENSIDAD	No.	PREVALENCIA PUNTUAL	%
BAJO	24	0.66	66.7
MODERADO	5	0.13	13.9
ALTO	7	0.19	19.4
Total	36	0.99	100

Grafica No.18



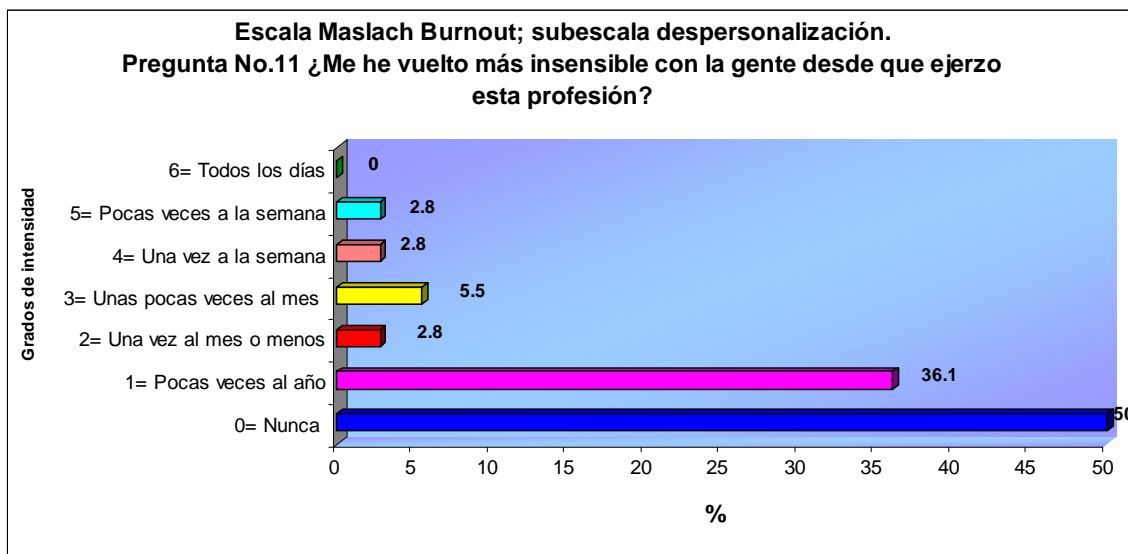
Escala Maslach Burnout; subescala despersonalización.

Pregunta No.10 ¿Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?

Tabla No.18

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	19	52.80
1= Pocas veces al año	11	30.50
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	2	5.60
5= Pocas veces a la semana	3	8.30
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No. 19



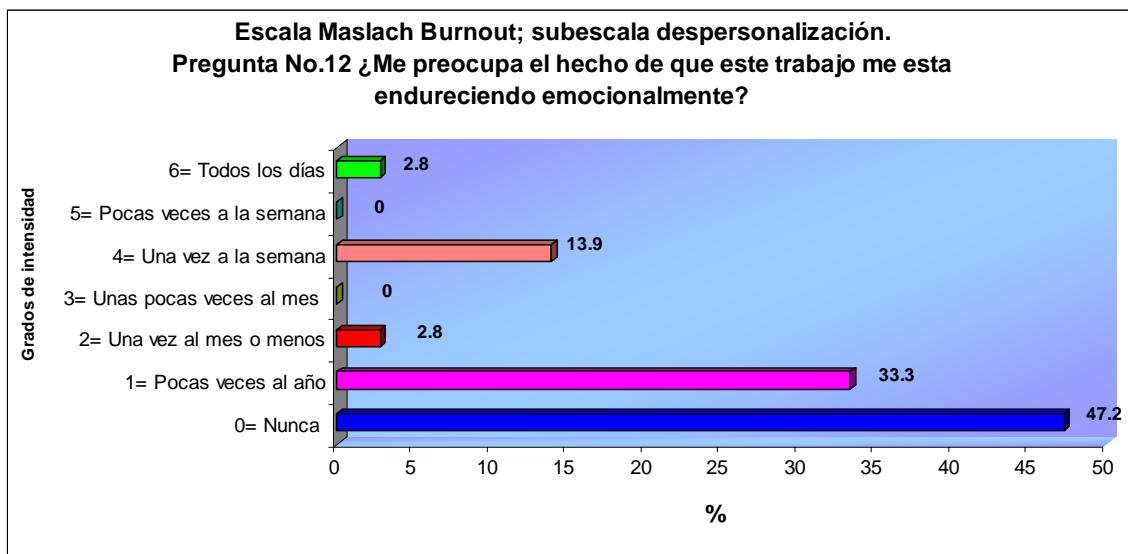
Escala Maslach Burnout; subescala despersonalización.

Pregunta No.11 ¿Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión?

Tabla No. 19

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	18	50.00
1= Pocas veces al año	13	36.10
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	2	5.50
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	1	2.80
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No.20



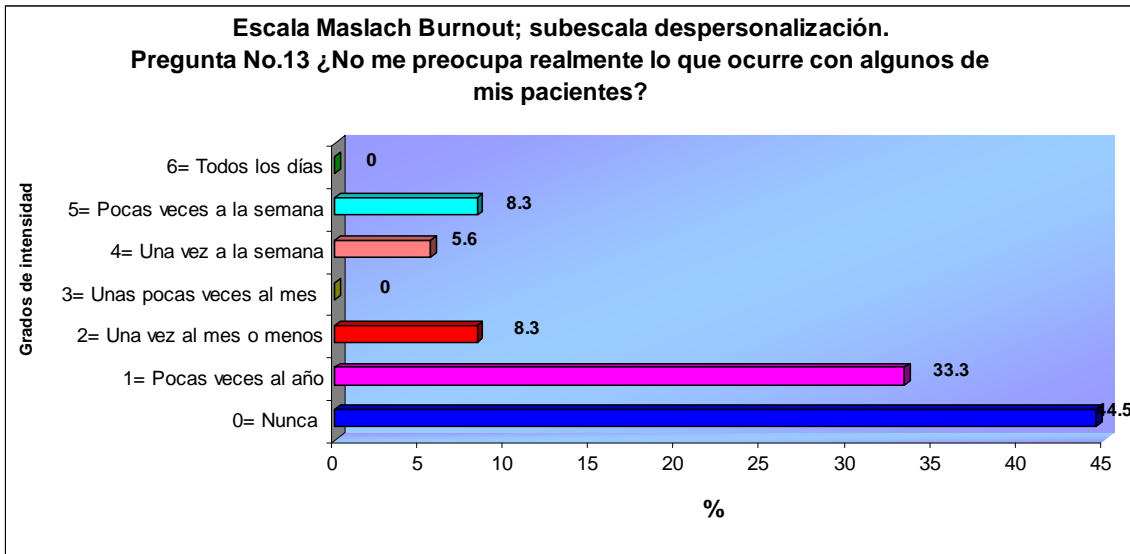
Escala Maslach Burnout; subescala despersonalización.

Pregunta No.12 ¿Me preocupa el hecho de que este trabajo me esta endureciendo emocionalmente?

Tabla No. 20

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	17	47.20
1= Pocas veces al año	12	33.30
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	5	13.90
5= Pocas veces a la semana	0	0.00
6= Todos los días	1	2.80
Total	36	100.00

Grafica No.21



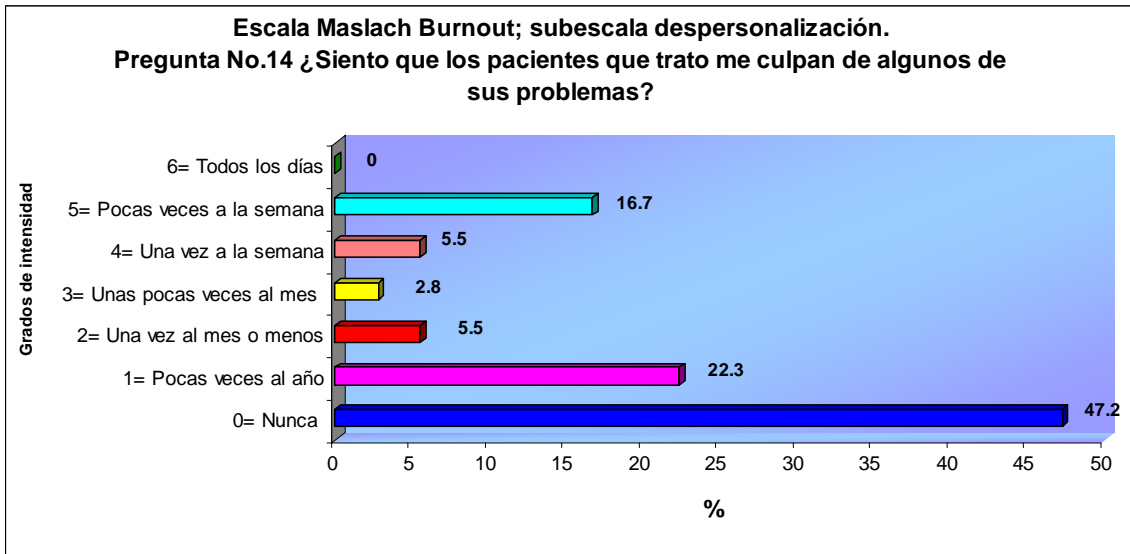
Escala Maslach Burnout; subescala despersonalización.

Pregunta No.13 ¿No me preocupa realmente lo que ocurre con algunos de mis pacientes?

Tabla No. 21

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	16	44.50
1= Pocas veces al año	12	33.30
2= Una vez al mes o menos	3	8.30
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	2	5.60
5= Pocas veces a la semana	3	8.30
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No.22



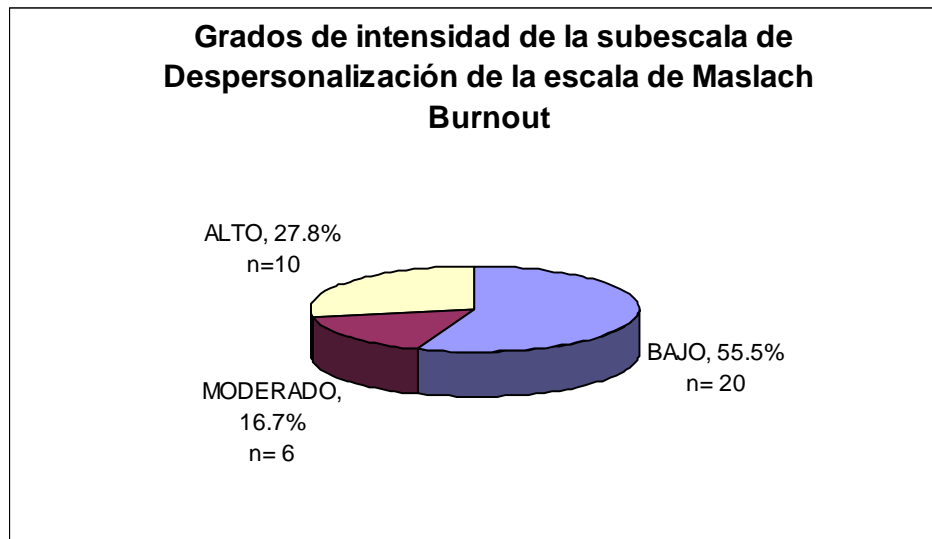
Escala Maslach Burnout; subescala despersonalización.

Pregunta No.14 ¿Siento que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas?

Tabla No. 22

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	17	47.20
1= Pocas veces al año	8	22.30
2= Una vez al mes o menos	2	5.50
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	2	5.50
5= Pocas veces a la semana	6	16.70
6= Todos los días	0	0.00
Total	36	100.00

Grafica No. 23

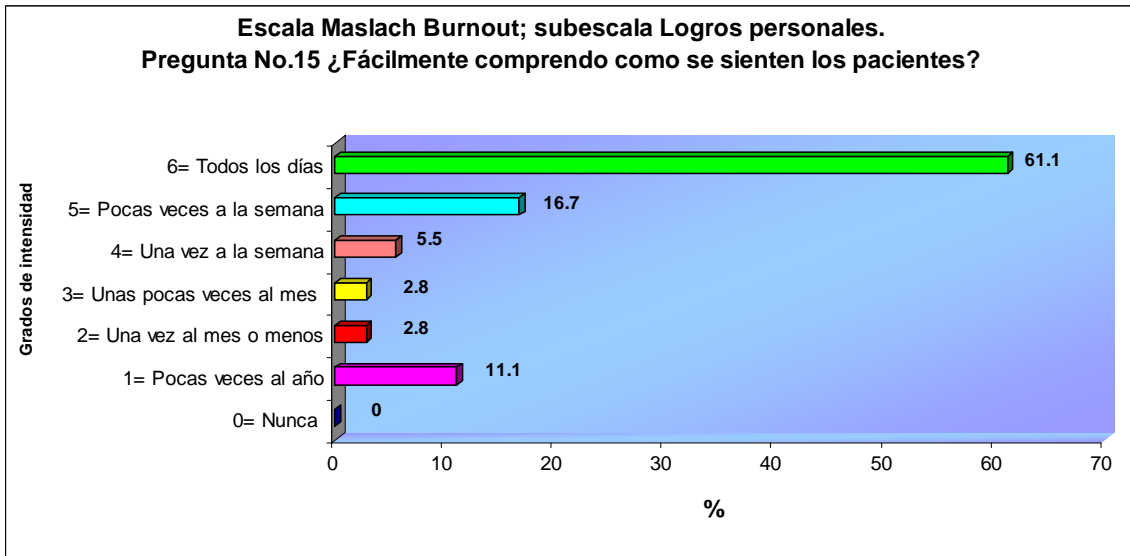


Grados de intensidad de la subescala de Despersonalización de la escala de
Maslach Burnout

Tabla No. 23

GRADOS DE INTENSIDAD	No.	PREVALENCIA PUNTUAL	%
BAJO	20	0.55	55.5
MODERADO	6	0.16	16.7
ALTO	10	0.27	27.8
Total	36	0.99	100

Grafica No. 24



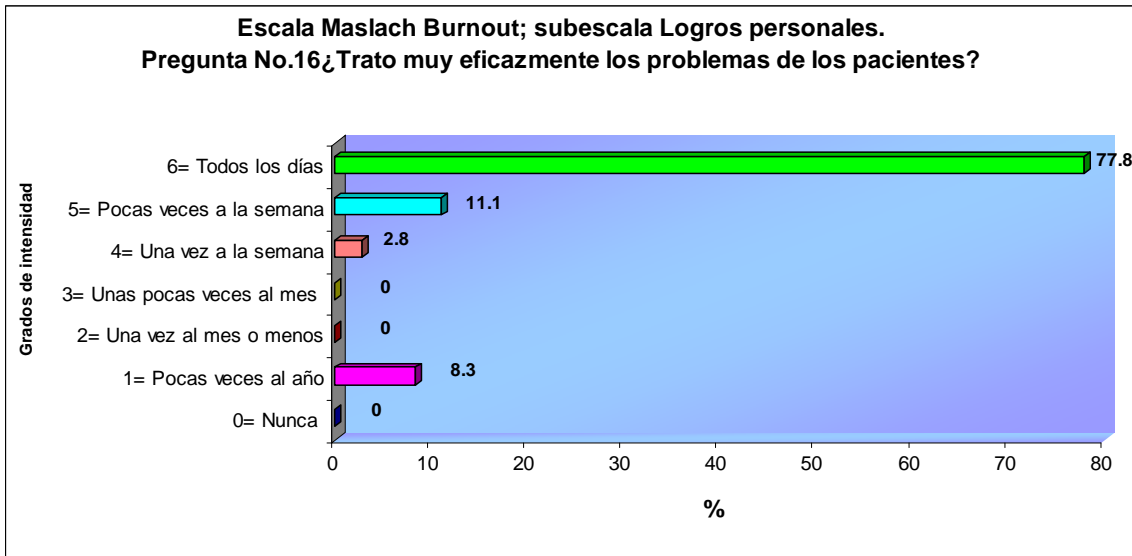
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.15 ¿Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes?

Tabla No.24

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	4	11.10
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	2	5.50
5= Pocas veces a la semana	6	16.70
6= Todos los días	22	61.10
Total	36	100.00

Grafica No.25



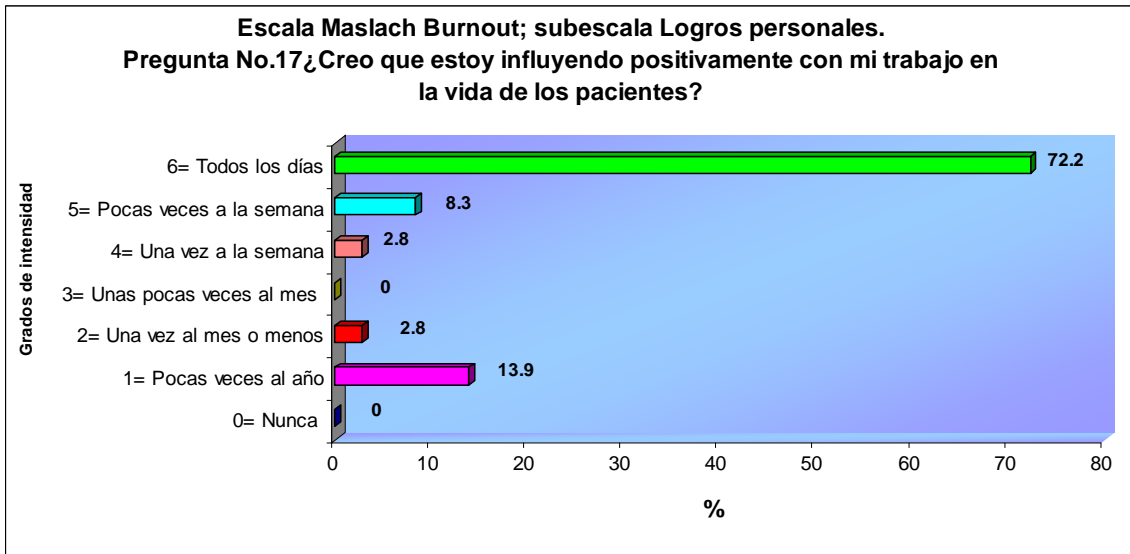
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.16 ¿Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes?

Tabla No.25

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	3	8.30
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	4	11.10
6= Todos los días	28	77.80
Total	36	100.00

Grafica No.26



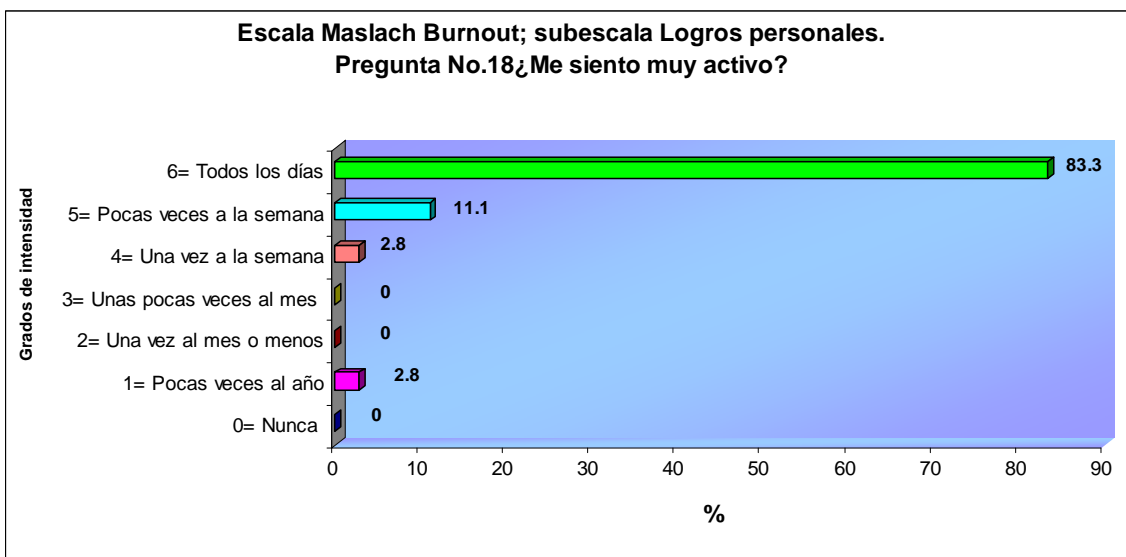
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.17 ¿Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes?

Tabla No.26

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	5	13.90
2= Una vez al mes o menos	1	2.80
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	3	8.30
6= Todos los días	26	72.20
Total	36	100.00

Grafica No.27



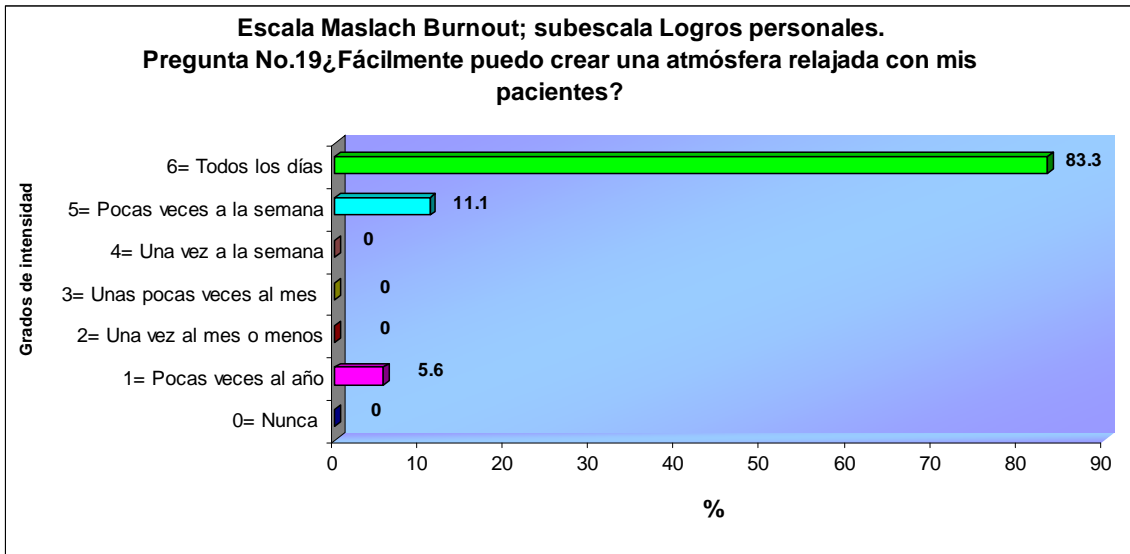
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.18 ¿Me siento muy activo?.

Tabla No.27

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	1	2.80
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	1	2.80
5= Pocas veces a la semana	4	11.10
6= Todos los días	30	83.30
Total	36	100.00

Grafica No.28



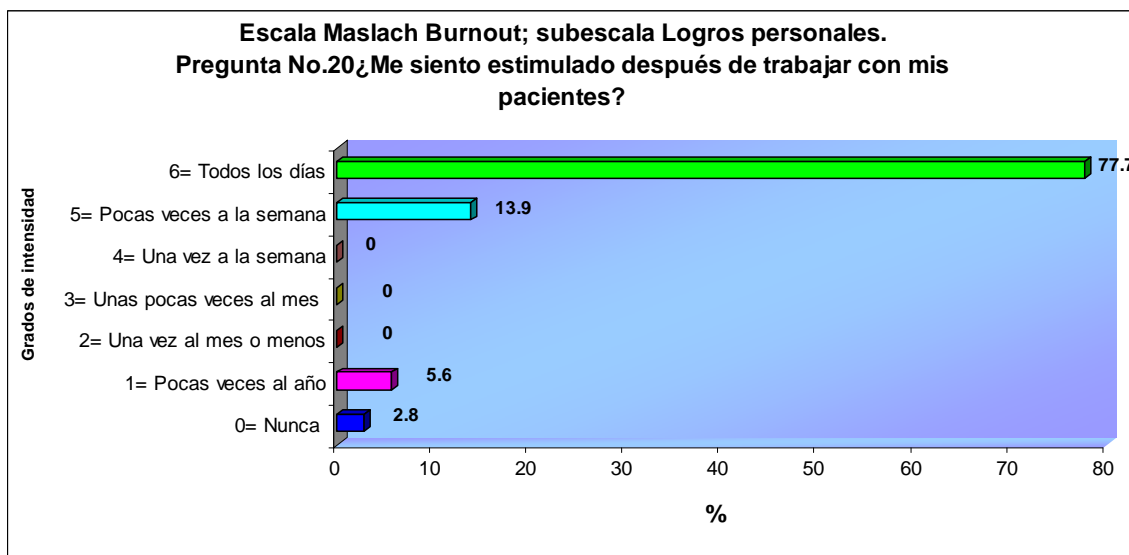
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.19 ¿Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes?

Tabla No.28

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	2	5.60
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	0	0.00
5= Pocas veces a la semana	4	11.10
6= Todos los días	30	83.30
Total	36	100.00

Grafica No.29



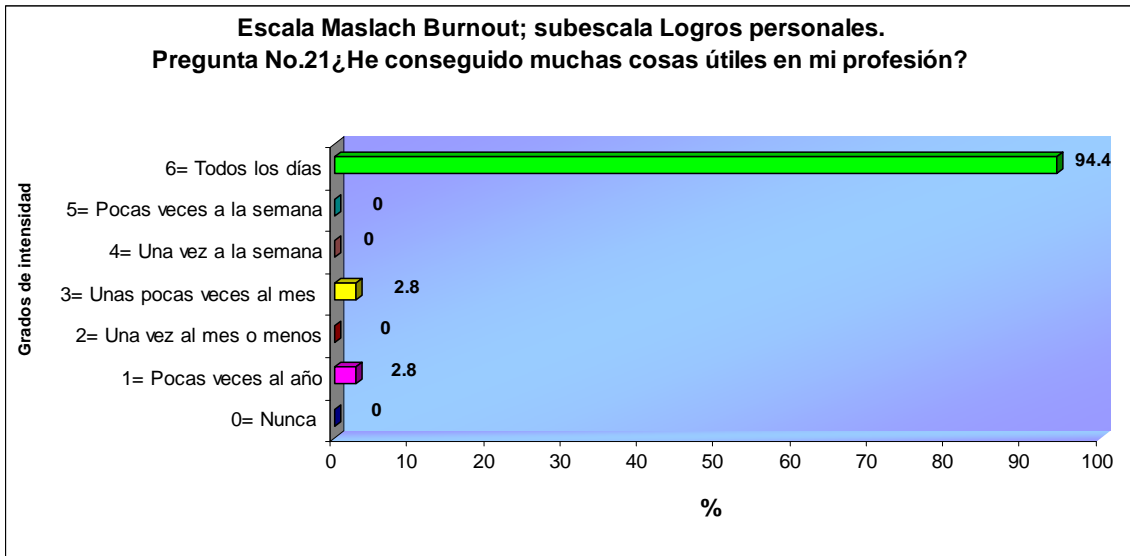
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.20 ¿Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes?

Tabla No.29

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	1	2.80
1= Pocas veces al año	2	5.60
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	0	0.00
5= Pocas veces a la semana	5	13.90
6= Todos los días	28	77.70
Total	36	100.00

Grafica No.30



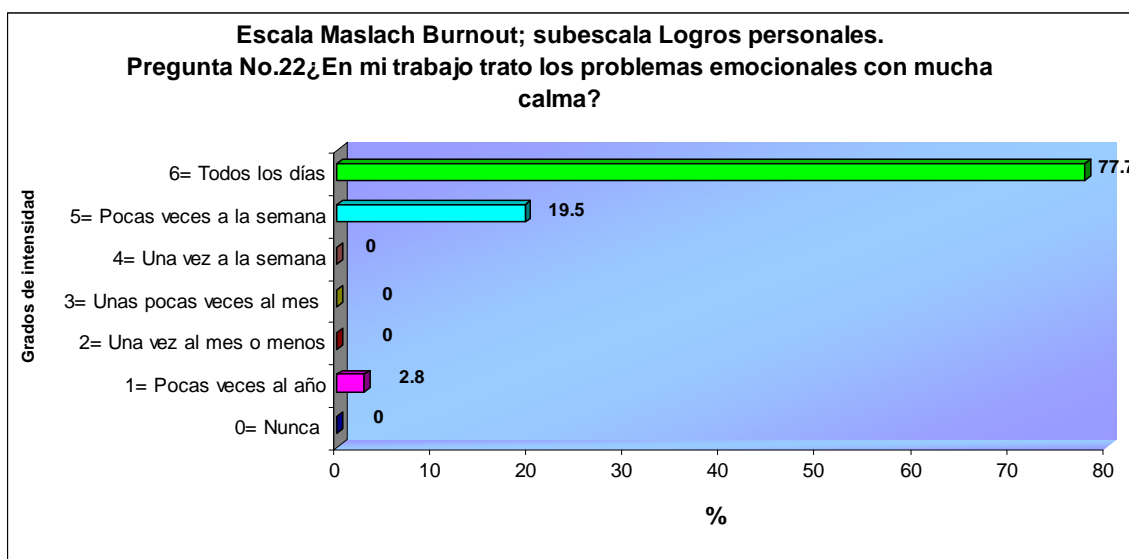
Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

Pregunta No.21 ¿He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión?.

Tabla No.30

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	1	2.80
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	1	2.80
4= Una vez a la semana	0	0.00
5= Pocas veces a la semana	0	0.00
6= Todos los días	34	94.40
Total	36	100.00

Grafica No.31



Escala Maslach Burnout; subescala Logros personales.

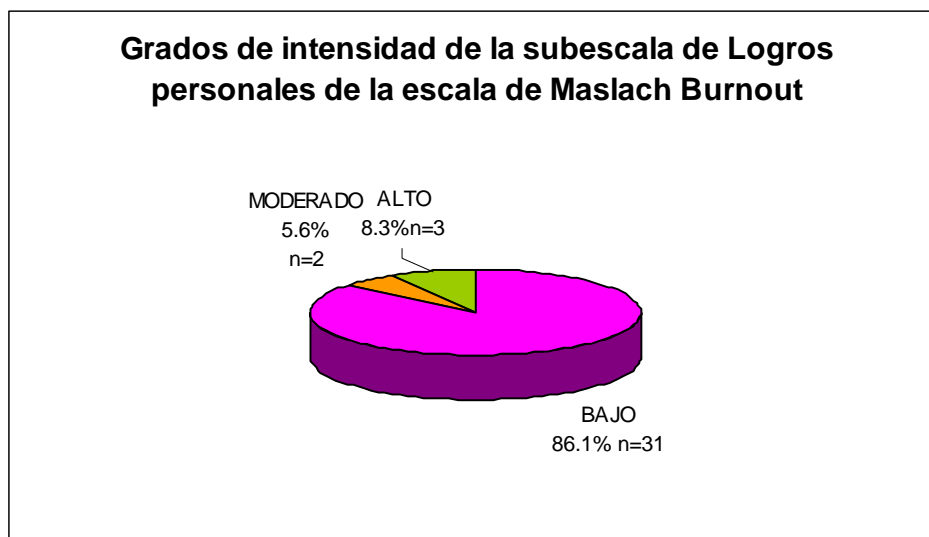
Pregunta No.22 ¿En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma?

Tabla No.31

Grados de intensidad	No.	%
0= Nunca	0	0.00
1= Pocas veces al año	1	2.80
2= Una vez al mes o menos	0	0.00
3= Unas pocas veces al mes	0	0.00
4= Una vez a la semana	0	0.00
5= Pocas veces a la semana	7	19.50
6= Todos los días	28	77.70
Total	36	100.00

Como resultado de la subescala de Logros personales, obtuvimos que el rango bajo representa 86.1%, el moderado 5.6% y en alto 8.3%.

Grafica No.32



Grados de intensidad de la subescala de logros personales de la escala de Maslach Burnout.

Tabla No.32

GRADOS DE INTENSIDAD	No.	PREVALENCIA PUNTUAL	%
BAJO	31	0.86	86.1
MODERADO	2	0.05	5.6
ALTO	3	0.08	8.3
Total	36	0.99	100

La Prevalencia puntual total del Síndrome de Burnout encontrada en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No.8 fue grado bajo 27/36 (75%) y solo 5/36 (13.8%) tenía grado alto. y moderado 4/36 (11.2%).

Grafica No. 33

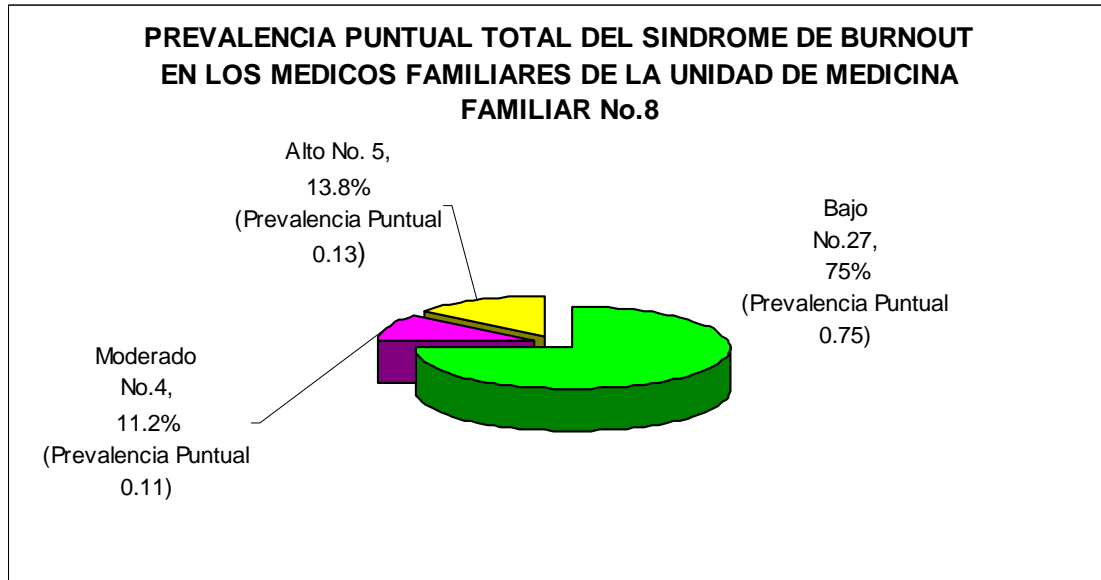


Tabla No. 33

PREVALENCIA PUNTUAL TOTAL DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS MEDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8

PREVALENCIA PUNTUAL TOTAL	No.	PREVALENCIA PUNTUAL	%
<i>Grados de intensidad:</i>			
BAJO	27	.75	75
MODERADO	4	.11	11.2
ALTO	5	.13	13.8
Total	36		100

Fuente: Escala Maslach Burnout Inventory

DISCUSION Y ANALISIS

1.-Comparando las cifras de prevalencia reportadas por otros autores se observo que la encontrada en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo es mas baja que la de ellos, tanto en un tercer nivel ⁽³⁸⁾ como de los Médicos Familiares de Guadalajara. ⁽¹⁵⁾

2.-En la literatura se encuentran frecuencias reportadas desde el 3% hasta el 60%. Una posible explicación de este amplio rango es el área de especialidad que se explora. Así, en médicos de atención primaria se ha descrito entre 42 a 59%, en médicos residentes 23%, cirujanos 32%, anestesiólogos 44%, internistas 28%. ⁽³⁸⁾

3.-Tal vez el grado de intensidad bajo de Síndrome de Burnout se debe a la aplicación del cuestionario que fue al inicio de la jornada laboral, en los primeros meses del año, y a que los médicos de la Unidad de Medicina Familiar manejan adecuadamente los desencadenantes del Síndrome de Burnout.

4.-En relación al sexo el Síndrome de Burnout, puede presentarse tanto en hombres como en mujeres en forma similar, sin embargo las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional; ya que tienden más a involucrarse emocionalmente con la gente. Aparte de la doble carga de trabajo debido a sus ocupaciones tanto familiares como profesionales, el hombre tiene un menor contacto con la gente y es más propenso a presentar despersonalización. ⁽³⁹⁾

5.-Por otro lado tenemos la edad, nuestro estudio refiere que el grupo de 36 a 40 años es el más frecuente, cabe señalar que es una edad en la cual la falta de realización de metas a futuro puede crear un sentimiento de frustración, llevándolos al Síndrome de Burnout.

CONCLUSIONES.

Con los resultados obtenidos puedo concluir:

1.-La prevalencia del Síndrome de Burnout es baja en los médicos familiares de la unidad de Medicina Familiar con Hospital General de Zona No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, sin embargo podemos decir con seguridad que el Síndrome de agotamiento profesional no es ajeno a nuestro instituto, ni lo es a esta unidad de Medicina Familiar.

2.-Este estudio al igual que otros aplicados en otras áreas de salud, demuestran su presencia en forma palpable. Sin embargo, a pesar de lo anterior, es preocupante el hecho de que el personal médico ignora que es una población en riesgo y que debe prevenir los factores de riesgo.

3.-Es importante mencionar que al demostrar en este estudio la presencia del Síndrome de agotamiento profesional en la población encuestada, deben buscarse estrategias adecuadas para la solución de este problema.

4.-El tratamiento de este padecimiento es complejo, sin embargo es importante considerar que cualquier técnica aplicada para el manejo del estrés sirve para intervenir en el padecimiento. Las estrategias para la intervención contemplan tres niveles: nivel individual, grupal y organizacional.

5.- El Síndrome de Burnout puede acarrear consecuencias graves, al afectar el rendimiento y la calidad de la atención del Médico Familiar.

6.-Los Médicos Familiares de la unidad de Medicina Familiar con Hospital de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, muestran un grupo laboral que manejan bien los factores que desencadenan y contribuyen al Síndrome de Burnout.

7.- Después de estudiar el Síndrome de Burnout, he llegado a la conclusión de que la causa principal de que dicho Síndrome se presente, radica en la necesidad de creer que nuestras vidas tienen sentido y de que las tareas que emprendemos son útiles, importantes, incluso heroicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Maslach. *Burnout is prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job.*** Annv Rev. Psychol, 2007;52: 397-402. Pp.
- 2.- Gondora M, ***Estrés y trabajo: El Síndrome de Burnout.*** Madrid: Couse Editorial, S L. 2008.
- 3.- Jens C, Hellhammer, Dirk H, Clemens, ***Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening*** 2007; 61:197-204. Pp.
- 4.- Horacio Cairo, ***Burnout: Un síndrome cada vez mas expandido***, 3a. Ed. España Madrid. 2007.
- 5.- Farber B. ***“Stress and Burnout in human services professions”.*** New York: Wile 2006.
- 6.- Maslach C, Leiter MP. ***Maslach Burnout Inventory Manual.*** 2a. ed. Palo Alto; 2007.
- 7.- Nolascki,MD ***Social Estructure, Burnout, and Job Satisfaction.*** Social Work, 2004; 36:202-206. Pp.
- 8.- Peris MD. ***Síndrome de Burnout,*** Barcelona: Universidad 2006.
- 9.- Mechteld RM, Ellen MA, Frans J. Stress, ***satisfaction and Burnout among.*** Med Assoc; 2007: 168:271-275. Pp.
- 10.- Glia MA, ***El impacto de la enfermedad mental de los clientes en la satisfacción profesional y la quemadura de los trabajadores sociales.*** National Association of Social Workers 2006; 24: 112-116 Pp.
- 11.- Garden AM ***Despersonalization: ¿ A valid dimension of Burnout?*** Human Relatons 2005: 40; 545-549. Pp.
- 12.- Arches J. ***Social Structure, Burnout, and Job Satisfaction.*** Social Work 2005; 36: 202-206. Pp.
- 13.- Gil Monte Pedro AR ***“Síndrome de Burnout: aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención”*** Psicología científica 2007;35 242-248. Pp.
- 14.- Rodríguez Moran F, Curiel García J, Romero ***Guerrero “Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud.*** Rev. Med. Inst. México. Seguro. Social 2006; 11 (3): 221-226. Pp.
- 15.- Aranda Beltrán C. Pando Moreno M, Salazar Estrada J. ***“Síndrome de Burnout en Médicos Familiares del IMSS.*** Instituto regional de Investigación en Salud Publica. Universidad de Guadalajara 2005; 225-237. Pp.

16. Armand Grau, Suñer Rosa, Prats María, Braga Florencia **“El Burnout percibido en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados”** Instituto de investigación Universidad de Girona España. Septiembre 2008; Pp 64-79.
17. Da Silva, H, Vega, E y Pérez 2009” **Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general”** Actas Españolas de Psiquiatría, 27, 310-320. Pp.
18. Pando MM, Bermúdez D, Aranda BC **“El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud”** Revista salud y trabajo 2005; 1:12-5. Pp.
19. Benavides G. Gimeneo D. Benacch, J Martínez J, Jarqu S Berra **“ Descripción de los factores de riesgo para el Síndrome de Burnout “** Gaceta Sanit 2002, 16(3): 222-29.Pp
20. Maslach C, Jackson SE **“Maslach Burnout Inventory”**. Palo Alto Consulting Psychologists. Press 2001.
21. Maslach C, Jackson S. **“Burnout in health professions”**. A Social Psychological Analisis. 1992; 52:192-197. Pp.
22. Social Estructure, **Burnout, and Job Satisfaction. Social Work**, 2004;36:202-206.Pp
23. Bonal .P, Gil V, Martín Z **“La medicina de Familia, como área del conocimiento. Atención Primaria**. Documentos SEMFYC. 1999; 23(4): 151-174. Pp.
24. Caballero MA., Bermejo F, Nieto R. **Prevalencia y factores asociados al burnout en una área de salud**. Atención Primaria 2001; 27 (5):313-319. Pp.
25. Olivar C. González S. **Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias**. 1999; 24(6): 352-359. Pp.
26. Marcia LL. **When the dreams dont work: Caregivers profesional and Burnout. Journal of palliative care**: 1997; 15:62-63. Pp.
27. Chung H, Jason Ch, Chih H. **The role of Burnout in the relationship between perceptions of organizations politics and turnover intetions. PublicPersonnel Management** 2003; 32:519-522. Pp.
28. Prieto AL. et al. **“Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres”** Aten Primaria 2002. 31 de marzo. 29 (5): 294-302. Pp.
29. Román HJ. **“Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención”** Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(2):103-10. Pp.
30. López M, et al. **“Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas**. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3):233-242. Pp.
31. Aragón M, Morazán D **“Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería de un hospital escuela, León 2007”**. UNAN León, Vol. 2 No, 2, 2008, 33-38, ISSN 2071- 2573 Pp.

32. Narro Robles J; **Medicina Familiar**, En: "La salud en México, testimonios 1998".Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252. Pp.
33. Chávez Aguilar V. **“Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS”**. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 175-180. Pp.
34. García MJ, Viniegra **“La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica”**. Rev. Med IMSS. 2004; (42): 309-318. Pp.
35. Benedetto MA, Janaudis MA, **“Pacientes, residentes y estudiantes descubriendo la Medicina familiar”** Rev. Med 2006, archivos en medicina familiar. Vol. 8 (1); 9-17 Pp.
36. MC. Whineney R. **“Orígenes de la Medicina familiar”** Medicina de familia SEMFYC 2007: 16-23. Pp.
37. García. L **“El Medico Familiar y general”**. Federación Argentina de Medicina Familiar y General. FAMFyG. 2009.
38. Buendía Cano Fernando y Cols **“Síndrome de agotamiento profesional en personal medico de un hospital de tercer nivel”** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007, 45 (5): 427- 436 Pp.
39. Pinelo, Cervantes Nubia M. **“comparación del nivel de Burnout en médicos y paramedicos del CMN 20 de noviembre”** 2002.
40. Mayer Pujadas Miquel Angel **“Medidas de frecuencia y tipos de estudios”** IV Curso de Experto Universitario en Epidemiología y Nuevas Tecnologías Aplicadas Universidad Nacional de Educación a Distancia e Instituto de Salud Carlos III. 2007 Pp 9-24.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México D.F. Abril del 2009.

Registrado ante el comité local de investigación con el numero: 3605. SIRELCIS: R 2009 - 3605 - 16

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de manera confidencial y lo más cercano a la realidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Médico Familiar

Dr. Abdiel Omar Villegas de la Cruz
firma y matrícula del Investigador Responsable

Testigo

Testigo

ANEXO 2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Toda la información que usted proporcione es absolutamente confidencial y para fines estrictamente académicos. Por favor responda y seleccione la respuesta adecuada según sea el caso.

1. Sexo:

(a) Masculino (b) Femenino

2. Edad _____ años.

3. Estado Civil:

(a) Soltero (b) Casado (c) Unión libre (d) Divorciado (e) Viudo

4. Especialidad: _____

5. Numero de trabajos

(a) 1 (b) 2 (c) 3 o mas.

6. ¿Qué antigüedad tiene usted trabajando en este HGZ/UMF no. 8?

(a) 0-5 años (b) 6-10 años (c) 11-15 años (d) 16- 20 años (e) mas de 20 años

7. ¿En que turno trabaja?

(a) Matutino (b) Vespertino

8. ¿Cómo son sus relaciones con sus compañeros de trabajo?

(a) relaciones cordiales (b) relaciones conflictivas (c) ninguna relación

ANEXO 3

Por favor, seleccione la opción que considere más adecuada: subraye-tache

ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY.

Escala de cansancio emocional:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

4. Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

5. Me siento "quemado" con mi trabajo

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

6. Me siento frustrado por el trabajo

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

7. Creo que estoy trabajando demasiado

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

8. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

9. Me siento acabado en mi trabajo.

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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 despersonalización:

1. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

2. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me está endureciendo emocionalmente

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

4. No me preocupa realmente lo que ocurre con algunos de mis pacientes.

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

5. Siento que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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 logros personales:

1. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

3. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes

0 = Nunca	1= Pocas veces al año	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

4. Me siento muy activo

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

5. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes.

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

6. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes.

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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

8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

0 = Nunca	1 = Pocas veces al año	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