



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 "EL ROSARIO".**

TÍTULO:

"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ASOCIADO A FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y
LABORALES EN LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
33"

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

ESTEFANI CRUZ CABRERA
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 "EL ROSARIO"



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dra. Mónica Sánchez Corona.

Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación En Salud
de la Unidad de Medicina Familiar No.33 y
Asesor de Tesis.

Dra. Haydeé Alejandra Martini Blanquel

Profesora Adjunta del Curso De Especialización en Medicina Familiar
de la Unidad de Medicina Familiar No.33.

Dra. Estefani Cruz Cabrera

Residente de Tercer Año del Curso de Especialización
En Medicina Familiar.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Gracias a mis padres: Juan Cruz Resendiz y María Eugenia Cabrera Albarrán; por todo su amor incondicional, sus desvelos, consejos, cariño y dedicación; porque gracias a su esfuerzo y comprensión han logrado lo que ahora soy, porque nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mí, por darme fortaleza en todo este camino en el cual siempre me han acompañado; porque no existe duda que han sido el mejor regalo que Dios pudo haberme dado; los amo y siempre los amaré.

A MIS HERMANOS

Joan, Erick y Selma, mis hermanos que siempre me apoyaron y confiaron en mí; porque gracias a ustedes he aprendido a ser una persona de bien, porque siempre he tenido su ejemplo para seguir adelante, porque ustedes han sido el motor que me hace seguir adelante, los amo y siempre tendrán mi apoyo como ustedes me lo han brindado.

AL AMOR DE MI VIDA.

Luis Alberto Gutiérrez Zamora, gracias porque tú has recorrido todo este camino de desvelos y esfuerzos a mi lado, gracias por tu cariño, apoyo y comprensión, gracias por todo este tiempo que te he robado , pensando en mí , te amo , eres el amor de mi vida y eternamente estaré agradecida contigo. Agradezco a Dios el haberte puesto en mi camino, Te amo.

A MI SOBRINA.

María José Cruz Alvarado por que ha llenado de alegría mi vida, por ser esa personita que me alegra cada uno de mis días.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.	6
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS.....	19
TABLAS Y GRÁFICAS.....	22
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	44

RESUMEN

“Frecuencia del síndrome de Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales, en los Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33”.

Cruz Cabrera Estefani¹; Sánchez Corona Mónica².

Introducción: El síndrome Burnout se produce por una forma de vida que no produce el esperado esfuerzo, se presenta en prestadores de servicio que tienen contacto directo con la gente; se asocia a factores de riesgo sociodemográficos y laborales. **Objetivo:** Conocer la frecuencia del síndrome de Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales en los Médicos Familiares de la UMF No.33. **Material y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en 48 Médicos; aplicándose cuestionario ex profeso, que incluye el Maslach Inventory Burnout (MIB); analizándose mediante estadística descriptiva e inferencial; se apegó a los lineamientos éticos de investigación en salud en humanos. **Resultados:** Los factores asociados fueron: edad 20 a 40 años 62.5%(OR 7.22, IC 95% 1.87–27.75, X^2 9.18, $p= 0.0038$); género femenino 62.5%(OR 4.25, IC 95% 1.19–15.19, X^2 5.27, $p= 0.0217$); sin pareja 62%(OR 6.9, IC 95% 1.75–27.41, X^2 8.52, $p= 0.0035$); 2 ó más hijos 87.5%(OR 7.0, IC 95% 1.36–35.93, X^2 6.4, $p= 0.0114$); un empleo 78.13%(OR 9.7, IC 95% 0.51–181.58, X^2 4.09, $p= 0.0429$). **Conclusiones:** El Síndrome de Burnout es una entidad frecuente en donde se corrobora que existen factores inherentes al individuo y su entorno que condicionan su aparición.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Médicos Familiares, factores de riesgo.

¹ Med. Red. 3º año Med. Fam. UMF 33.

² Enc.CCEIS, UMF 33.

INTRODUCCIÓN.

El síndrome Burnout se define como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo, afectando la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y en muchas ocasiones, llega a poner en peligro la salud de los pacientes que son atendidos por quién lo padece.

En cuanto a su prevalencia, las publicaciones existentes mencionan que este síndrome afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos. La literatura menciona que los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%.

Se han descrito varios factores de riesgo para la aparición de síndrome de Burnout entre los cuales se encuentran con mayor frecuencia: **1) factores sociodemográficos:** la edad más frecuente documentada entre 20 y 40 años de edad, género femenino y solteros ó sin pareja estable y la cantidad de hijos siendo más frecuente en personas con 2 ó más hijos. **2) factores laborales:** suele presentarse en distintos oficios y profesiones, generalmente en aquellos que tienen contacto directo con la gente como lo son personales de la salud, servidores públicos y personal de docencia.

El fenómeno fue entonces definido como un síndrome tridimensional, caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento emocional y alta despersonalización. La manera de cuantificar y diagnosticar este síndrome; así como su componente tridimensional, es a través del cuestionario Maslach *Burnout* Inventory (MBI), el cual se utiliza con mayor frecuencia para evaluar o medir la intensidad de este síndrome, con una alta validez interna y grado de confianza (84-86%).

Este síndrome predomina en el personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos. Ocasionando múltiples afecciones psicosociales y somáticas, por lo que es de vital importancia la identificación del Síndrome en sus formas tempranas. Su prevención irá encaminada tanto a los aspectos personales como laborales, tanto para prevenir como rehabilitar a los Médicos que padecen Síndrome de Burnout, tratando de mantener un equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, y trabajo. Cuanto más pronto se identifique e instauren las medidas preventivas, el pronóstico será satisfactorio; la motivación para realizar dicho estudio va encaminada a la frecuencia con la que se ha incrementado en los últimos años, mismas que están condicionadas por los cambios en la demanda de la consulta externa, el ambiente laboral y los cambios sociodemográficos.

El objetivo de dicho estudio fue conocer frecuencia del Síndrome de Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales en los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33.

MARCO TEÓRICO.

El concepto de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste emocional, síndrome quemado (SQ) ó síndrome de estrés laboral, fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberger en el año de 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo. (1,2, 3, 4 ,6)

En cuanto a su prevalencia, las publicaciones existentes podemos destacar que este síndrome afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos. En lo que respecta al personal médico los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%.(5, 7, 8,21).

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de Burnout, éstos se clasifican en factores: **1) sociodemográficos**, los cuales incluyen la edad, el género, estado civil, ocupación, número de hijos y **2) laborales** como la antigüedad laboral y el número de empleos. Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

Factores de riesgo sociodemográficos:

La **edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas, pero múltiples estudios realizados concuerdan la edad entre 20 y 40 años como factor de riesgo. (5, 7, 8,21).

Según el **género** sería principalmente el femenino es el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (5, 7, 8,21).

En cuanto a la **ocupación** se ha documentado que este síndrome afecta más a profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía

humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación. De esta manera son muchos los potencialmente afectados entre los que destacamos: enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, profesores, policías entre otros. Esta afección es un factor que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y la falta de compromiso en la práctica médica. (5, 7, 8,21).

El **estado civil**, aunque se ha asociado al Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. (5, 7, 8,21).

En este mismo orden la **existencia o no de hijos** hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar, aunque algunos autores comentan que la presencia de 2 ó más hijos es un factor de riesgo relevante para la aparición del Síndrome. (5, 7, 8,21).

En cuanto a los factores de riesgo laborales relacionados con el síndrome encontramos:

Número de empleos se documenta que a mayor número de empleos mayor será la posibilidad de la presencia del síndrome, siendo como factor de riesgo 2 ó más empleos. (5, 7, 8,21).

Para la **antigüedad laboral**, algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome con aquellos trabajadores con antigüedades mayores de 10 años de experiencia. (5, 7, 8,21).

Los síntomas del Síndrome de Burnout pueden clasificarse como somáticos, conductuales, emocionales y cognitivos; entre los más frecuentes encontramos:

A nivel somático: fatiga crónica, cansancio, cefalea, cervicalgia, dorsolumbalgia, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales e Hipertensión Arterial.

A nivel conductual: comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos.

A nivel emocional: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos.

A nivel cognitivo: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional. (1, 2, 3, 6, 8,17).

Todos estos síntomas se tornan en cuadro clínico y factores intrínsecos; como la personalidad resistente, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la historia de aprendizaje, la presencia de síntomas psicopatológicos, los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden ser o no un factor protector ante la manifestación del síndrome Burnout. (2, 3,6).

La presencia o manifestación del Burnout, trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, neurosis de ansiedad, síndrome depresivo, absentismos e incapacidades innecesarias de quién lo padece, el riesgo de accidentes, las dificultades interpersonales, la baja calidad de vida, pérdidas económicas significativas y problemas familiares. (9, 13,17, 18,20).

Se han descrito tres diferentes dimensiones que caracterizan al síndrome de Burnout, las cuales son:

1. **Disminución de la autorrealización personal** (*Personal Accomplishment PA*). Cuándo se da una relación de ayuda, como en el caso del médico-paciente, generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el usuario ésta viviendo. El usuario busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está cargada de un sinfín de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir solución a su problema, sorpresa, dolor, rabia, frustración, miedo, desesperación , desesperanza o tristeza , por lo que está viviendo, ante esta situación del usuario, si el que representa la ayuda (profesional de salud) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a las expectativas generadas por el usuario, pero, en cambio el profesional que trabaja continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y se transforma con el tiempo una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión por lo tanto cuando estas u otras situaciones se dan de manera repetida, existe en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional.(3,7)

2. **Cansancio Emocional** (*Emotional Exhaustion EE*). Ante la situación anterior, se van incrementando los sentimientos de agotamiento emocional, cansancio, hasta el grado de sentir que ya no puede y/o no quiere ver más pacientes, y desarrolla sentimientos de que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo al usuario, ni a compañeros, familia ni con él mismo. Hasta llegar a sentirse insatisfechos e infelices con sus logros profesionales y manifiestan una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida del autoestima.^(3,7)

3. **Despersonalización** (*Depersonalization D*). Finalmente desarrollan actitudes pesimistas y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual de todo sentimiento y emoción por el usuario o por su padecimiento, a los que incluso se puede llegar a tratar en forma deshumanizada, fría, no hay contacto visual y mucho menos hay relación interpersonal con el paciente, su actitud es de cinismo.^(3,7)

Desde el origen del concepto de Burnout se han venido desarrollando y validando múltiples instrumentos de evaluación; entre los más utilizados encontramos:

El Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson; consta de 21 ítems, utilizando una escala tipo Likert, que mide las tres dimensiones del Burnout que los autores conceptualizaron de la siguiente manera:

- Agotamiento Físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento (7 ítems).
- Agotamiento Emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout (7 ítems).
- Agotamiento Mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas (7 ítems). ^{(11,12, 14).}

La puntuación en estas tres dimensiones se combina en una puntuación única que es la suma de los 21 ítems, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 21 y 147; puntuaciones mayores a 81 definen el síndrome. ^{(11,12, 14).}

El Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, es un instrumento que mide factores, efectos o consecuencias del síndrome de Burnout, consta de 21 ítems, utilizando una escala tipo Likert, que van en escala de 0 que es nunca hasta 5 que es casi siempre; se considera el punto de corte 25 puntos. Es decir, a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el síndrome de Burnout. ^{(11,12, 14).}

A efectos de consecuencias de Burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación superior a 8. En cualquier caso el CBB no es un cuestionario clínico,

por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico. (11, 12, 14).

El cuestionario Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones consta de 30 ítems, 20 sirven para evaluar el síndrome y 10 corresponden a una escala de sinceridad. El análisis factorial de los 20 ítems que estiman el síndrome, este instrumento mide 4 factores: insatisfacción o tensión laboral; tensión psicológica e interpersonal; enfermedad y tensión; y falta de relaciones profesionales con los pacientes. (11, 12, 14,16).

La Escala de Efectos Psíquicos de Burnout de García Izquierdo y Velandrino. Este instrumento de evaluación consta de 12 ítems, mide los efectos psíquicos ocasionados por el síndrome que van desde la escala 0 cuando el individuo no tiene conductas de rechazo psíquico del ambiente laboral hasta 4 que es siempre , definiéndose el síndrome puntuaciones arriba de 27 puntos.(11,12).

El cuestionario creado por Cristina Maslach en 1986 y que se denomina “Maslach Burnout Inventory” (MBI), es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems clasifican al síndrome Burnout en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

La forma en la que el cuestionario MBI define las tres dimensiones del Síndrome de Burnout es la siguiente:

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. (11, 12, 14).

La relación entre la puntuación y el grado de Burnout es dimensional. Por lo que la puntuación alta será la que indique que sí existe francamente tal entidad. Lo que se hace es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres ramos que definen un nivel de Burnout experimentado como bajo (AE igual a

cero ó menor a 18; DP igual a 0 o menor a 5; RP cero o mayor a 40), medio (AE 19-26; DP 6-9; RP 34 a 39) o alto (AE igual a cero o mayor 27; DP igual a cero o mayor a 10; RP menor de 33). (11, 12, 14).

El instrumento MBI evalúa el grado de intensidad del síndrome con una validez interna y grado de confianza del 86%; ha demostrado ser un instrumento válido y confiable, con una gran aceptación internacional, que si bien presenta algunas debilidades psicométricas que obligan a utilizarlo con precaución; es el instrumento internacionalmente aceptado para establecer el síndrome. (7,11, 12, 13).

Las principales consecuencias del síndrome de Burnout son tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, alta movilidad laboral, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual. (9, 10, 16, 21).

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Se han realizado estudios para identificar la prevalencia del síndrome de Burnout a nivel hispanoamericano, Armand Graun menciona en un estudio realizado en el periodo de diciembre de 2006 a septiembre de 2007 donde se evaluaron 11,530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed. La prevalencia de Burnout en los profesionales en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). (8).

Prieto L ,et al; realizaron un estudio en España en el 2002; observacional de tipo transversal en el que seleccionó una muestra aleatoria, estratificada por categoría profesional, de 300 trabajadores a los que se les administró el Maslach Burnout Inventory para medir el grado de *Burnout*. Este cuestionario consta de tres subescalas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal; encontrando: el 13,9% de los entrevistados presentó un grado elevado de *Burnout* para el cansancio emocional, el 11,1% para la despersonalización y el 6,6% para la realización personal. Ninguno de los entrevistados obtuvo puntuaciones elevadas en las tres escalas a la vez, mientras que un 27% presentó un grado alto de *Burnout* en al menos una de las tres escalas. En el análisis multivariado, en los factores personales encontró: la categoría profesional y el sexo se asociaron de forma estadísticamente significativa con un alto grado de *Burnout*. (19).

En el 2007 Uribe Prado realizó una investigación donde describe el desarrollo de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, que es la versión al castellano del MBI, se aplicó a 523 sujetos trabajadores de la Ciudad de México de los sectores público y privado. El cuestionario está basado en los constructos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal propuestos por Maslach y Jackson (1981, 1982) y, por Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996) para medir "Burnout", fueron agregados dos factores para medir trastornos psicossomáticos (derivados del DSM-IV) y variables sociodemográficas. El desgaste ocupacional fue medido con un instrumento de 50 reactivos, los cuales fueron sometidos a un análisis factorial confirmatoria. El instrumento final constó de 30 reactivos teóricos con una consistencia interna general de 89%. La congruencia teórica y conceptual de los constructos fue confirmada por la adecuada interrelación de los mismos con diferentes variables psicossomáticas y sociodemográficas mostrando validez para población mexicana. Se aplicó a 523 sujetos habitantes de la Ciudad de México, obtenidos en un muestreo no

probabilístico accidental. El 51.1% fueron del sexo masculino y el 48.9% femenino, el promedio de edad fue de 35.64 años con una desviación estándar de 10.28. Se reportó Síndrome de Burnout en el 36.9% de los pacientes; de éstos el 70.4% reportó no tener pareja en ese momento. El 10.7% contaba con estudios de primaria y secundaria, el 21% tenía bachillerato, el 56.6% licenciatura, el 6.7% posgrado y un 5% reportó otro tipo de estudios. El 86.4% era empleado, el 4.6% comerciante, el 1.5% empresario, el 2.7% profesional independiente y el 4.8% reportó otras actividades laborales. El 68.8% tenía contacto directo con clientes o usuarios de sus servicios laborales, el 42.8% se encontraba trabajando en puestos operativos. El 42.8% pertenecía al sector privado y el 56.2% al sector público, un 1% no reportó el tipo de organización para la que trabajaba. En relación con lo anterior, se observó cómo el desgaste ocupacional de los trabajadores mexicanos se asocia a algunas variables demográficas tales como: ser mujer, no tener pareja, tener una escolaridad baja, no tener hijos, ser joven, con pocos años con la pareja y durante la etapa en que los primeros hijos son pequeños. En el plano laboral; el desgaste ocupacional se relacionó con tener puestos operativos, en otras palabras, se trata de aquellas personas con demandas en el terreno laboral, pero que tienen escaso control de sus funciones y decisiones en el trabajo, trabajar principalmente en la iniciativa privada, así como laborar por contratos por obra o tiempo determinado, el exceso de horas de trabajo al día, tener poca antigüedad en el trabajo, pocos empleos en la vida, pocos ascensos y pocos ingresos. Contrario a lo propuesto por Maslach y Jackson (1981) que lo consideran una problemática del personal que brinda servicio a terceros de manera directa. (11).

En el 2009 Pereda- Torales realizó un estudio tipo encuesta transversal comparativa, donde se entregó el cuestionario MBI a 160 trabajadores del área de la salud adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar 36 perteneciente al IMSS, de la Ciudad de Cardel, Veracruz, se construyó una encuesta sobre las siguientes variables sociodemográficas y laborales: edad, estado civil, nivel académico, antigüedad laboral, antigüedad de adscripción al hospital, categoría, servicio y turno laboral. Para evaluar el síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario MBI en su versión en español. Se calculó la razón de momios e intervalos de confianza de 95% para medir la asociación entre los factores sociodemográficos y laborales con el desgaste profesional. Hubo una prevalencia del síndrome de Burnout entre el grupo de médicos del 19.6% con al menos una de las tres dimensiones del síndrome alteradas. Sólo se encontraron cuatro variables sociodemográficas y laborales como factores de riesgo para la presencia del síndrome de Burnout, que fueron: estado civil sin pareja en el 96%, sexo femenino en el 72%, turno laboral matutino en el 66% y asignados a la consulta externa en el 49%. (1).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Aranda et al. realizaron un estudio transversal, analítico y descriptivo; con 823 Médicos Familiares de base de las 23 diferentes Unidades de Medicina Familiar del IMSS de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, cuyo objetivo fue determinar la presencia de factores psicosociales negativos en el ámbito laboral y su asociación con la presencia de Síndrome Burnout; aplicó el cuestionario MBI a Médicos familiares donde la

prevalencia de síndrome de Burnout fue del 42,3%. El 84% se encontraba en consulta externa, en cuanto al sexo predominaba en un 64% el sexo masculino, con edad promedio de 47 años, el 84% tenía más de 2 hijos y el 91% más de 10 años laborando.⁽¹⁵⁾

En el 2005 Albino- Enríquez, realizaron un estudio descriptivo y transversal a 50 médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar 33, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en el municipio de Azcapotzalco, Distrito Federal; cuyo objetivo fue determinar la frecuencia del síndrome Burnout y la asociación entre sus factores laborales y personales de los Médicos adscritos a dicha Unidad; aplicándose la escala de evaluación MBI, se utilizaron como pruebas estadísticas porcentajes, razón de momios (OR), X^2 e intervalos de confianza, La frecuencia del síndrome Burnout fue del 26%, de éste grupo se encontraron los siguientes factores personales y laborales asociados al síndrome, con una significancia tanto clínica como estadística: edad 25 a 40 años (OR 8.1, IC 95% de 1.98 – 33.54, X^2 9.71, $p=0.0018$), estado civil sin pareja (OR 7.46, IC 95% 1.76 – 31.55, X^2 8.57, $p=0.003$), falta de reconocimiento laboral (OR 4.375, IC 95% 1.03 – 18.55, X^2 4.37, $p=0.05$), liderazgo autocrático (OR 25, IC 95% 2.90 – 215.26, X^2 13.81, $p=0.0002$) y sobrecarga laboral (OR 43.50, IC 95% 4.89 – 386.74, X^2 20.02, $p=0.0000$). La edad promedio en el estudio realizado para Síndrome Burnout fue de 35 a 40 años de edad en un 38.4%, el 62% fueron del género femenino, el 54% solteros o sin pareja en el 38% se registraron aquellos con antigüedad laboral menor a 5 años, el 53% tienen un solo trabajo, el 56% no realiza algún ejercicio físico, el 77% aceptaba tener reconocimiento laboral, el 92% presentaban liderazgo autocrático por parte de sus jefes de servicio y el 42% presentaba sobrecarga laboral.⁽²²⁾

En el 2011 Arrieta – Vargas realizaron un estudio descriptivo, transversal al personal de enfermería, ambos turnos, que laboran en la UMF 33, se aplicó una encuesta diseñada ex profeso para recabar información de variables personales, laborales y sociodemográficas; a través de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Se entrevistaron a un total de 45 enfermeras(os); de las cuales 27 laboraban en el turno matutino y 18 en el vespertino. Los resultados fueron: Síndrome de Burnout en el 36%, de los cuáles los siguientes factores presentaron tanto significancia clínica como estadística: edad 25-40 años (OR 2.35, IC 95% 0.65 – 8.50, X^2 1.75, $p=0.18$), género femenino (OR 3.0, IC 95% 0.13 – 66.40, X^2 0.52, $p=0.46$), falta de ejercicio (OR 5.71, IC 95% 0.64 – 50.64, X^2 2.93, $p=0.08$), dos empleos (OR 8.03, IC 95% 1.89 – 34.10, X^2 9.04, $p=0.0026$). En cuanto a los factores sociodemográficos se reportó que la edad promedio era entre los 20 y 29 años de edad, en cuanto al sexo el 100% eran mujeres, el 0% hombres, el 81% casadas, 27% solteras y el 6% vivía en unión libre; en cuanto a la actividad física el 94% no realizaba ejercicio y el 6% sí; para los factores laborales los resultados fueron: la antigüedad laboral promedio entre 6 y 10 años; el número de trabajos el 86% tenía un solo trabajo y el 14% más de dos el 56% afirmaba reconocimiento laboral y el 44% no, el 47% el jefe inmediato presentaba liderazgo autocrático y el 53% respondió que no. En cuanto a la sobre carga laboral el 53% contestó que no y el 47% que sí la presentaba. ⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El síndrome Burnout se define como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo. Este síndrome afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y en muchas ocasiones, llega a poner en peligro la salud de los pacientes que son atendidos por alguien que lo padece.

La frecuencia de este síndrome se ha incrementado en los últimos años, pero aún no se le ha dado la importancia que amerita, llegando a diagnosticarse tardíamente ó bien pasar por una entidad subclínica.

Se han descrito varios factores de riesgo para la aparición de síndrome de Burnout estos se dividen en factores sociodemográficos y personales, entre los cuales se encuentran con mayor frecuencia: 1) factores sociodemográficos: la edad más frecuente documentada entre 20 y 40 años de edad, género femenino y solteros ó sin pareja estable y la cantidad de hijos siendo más frecuente en personas con 2 ó más hijos. 2) factores laborales: suele presentarse en distintos oficios y profesiones, generalmente en aquellos que tienen contacto directo con la gente como lo son personales de la salud, servidores públicos y personal de docencia. En cuanto al entorno laboral se menciona que aquellas personas con mayores turnos laborales o sobrecarga laboral son aquellos que con mayor frecuencia desarrollan Síndrome Burnout. Entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante, es la sobrecarga de trabajo.

El fenómeno fue entonces definido como un síndrome tridimensional, caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo, alto agotamiento emocional y alta despersonalización.

Los trabajadores de la salud están expuestos a padecer el Burnout y en muchas ocasiones ya está presente, lo que no se logra determinar por el vago conocimiento que se posee respecto al tema, por lo que es de suma importancia crear estrategias para su detección oportuna con la finalidad de evitar notable deterioro en la salud física y mental de los trabajadores.

Sin embargo son pocos estudios que se han realizado en nuestro país, institución y nuestra unidad de Medicina familiar, por lo que resulta de suma realizar dicha investigación acerca del Síndrome de Burnout, ya que es un estado patológico frecuente entre los médicos y el personal de salud; mismo que nos permitirá conocer la frecuencia del síndrome de Burnout así como los factores de riesgo sociodemográficos y laborales de los Médicos Familiares con el propósito de identificar áreas de oportunidad para abordarlo en el área laboral.

De lo anterior me permito plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia del síndrome Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales en los Médicos Familiares, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°33?

MATERIAL Y MÉTODOS.

Previo consentimiento informado, se realizó un estudio de tipo observacional, prolectivo, transversal, descriptivo; cuyo objetivo fue conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales en los Médicos Familiares adscritos a la Unidad de medicina Familiar No.33, los criterios de inclusión fueron todos los Médicos de contratación tipo base, cualquier edad, género, turno laboral y antigüedad. Se excluyeron aquellos Médicos familiares que se encontraran en áreas diferentes a la consulta externa de primer nivel de atención; Médicos Familiares que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, médicos que se encontraban en periodo vacacional, licencias ó cursos. Se eliminaron aquellos Médicos Familiares que no llenaron adecuadamente la encuesta. Se les aplicó un cuestionario ex profeso , que consta de dos apartados , el primero incluyen 6 reactivos de opción múltiple, donde se interrogaron los factores sociodemográficos: la edad, en este apartado se anotaron la edad en años hasta el momento del estudio, ésta variable se dicotomizó arbitrariamente (de 20 a 40 años de edad y más de 40); género , en esta opción anotó si el encuestado es femenino ó masculino; estado civil dicotomizándose dicha variable, anotándose sin pareja cuando se trataba de solteros (as), viudos (as) y con pareja aquellas personas casadas o que viven en unión libre. En cuanto al número de hijos, se dicotomizó; anotándose menos de 2 hijos cuando la persona no tenía hijos o bien tenían un hijo y más de 2 hijos; en cuanto a los factores laborales se dicotomizó, el rubro de 10 años de antigüedad y menos y más de 10 años de antigüedad; en cuanto a la variable de número de empleos remunerados se dicotomizó, se eligió entre la opción de un empleo ó dos empleos remunerados.

El segundo apartado incluía el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento de evaluación , el cual estaba constituido por 22 ítems que se distribuyeron en tres escalas, las cuáles midieron la frecuencia con que los profesionales percibían la baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (constaba de 8 reactivos ó ítems), agotamiento emocional (esta subescala evaluaba la sensación de no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 reactivos), y despersonalización (que evaluó desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (constaba de 5 reactivos).

El cuestionario (MBI) incluye tres subescalas:

1) Agotamiento emocional: evaluó sensaciones de fatiga, que aparecen como consecuencia de la actividad laboral. Se define como falta de energía y destrucción de los recursos emocionales con la vivencia de que no queda nada que dar u ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces. Correspondía a los ítems 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14,16, 20.

2) Despersonalización: evaluó respuesta de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los usuarios. Se define como el desarrollo de una actitud y concepto de sí mismo negativo, con la pérdida de la autoestima e incapacidad de enfrentar situaciones ya vividas y resueltas con eficacia. Corresponde a los ítems 05, 10, 11, 15, 22.

3) Reducido logro personal: evaluó sensaciones de satisfacción, éxito y competencia en el desempeño laboral cotidiano. Se define como imposibilidad de satisfacer las expectativas previas de cara a la profesión, lo cual confiere al trabajador una sensación creciente de incompetencia. Corresponde a los ítems 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19, 21.

La evaluación del Maslach Burnout Inventory se realizó de la siguiente manera:

- Cansancio emocional: puntuación máxima 48 puntos
- Despersonalización: puntuación máxima: 30 puntos
- Realización personal: 42 puntos.

La relación entre la puntuación y el grado de Burnout es dimensional, por lo que la puntuación alta era la que indicaba que sí existía francamente tal entidad. Se distribuyeron los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres ramos que definieron un nivel de Burnout experimentado como bajo (AE igual a cero ó menor a 18; DP igual a 0 o menor a 5; RP cero o mayor a 40), medio (AE 19-26; DP 6-9; RP 34 a 39) o alto (AE igual a cero o mayor a 27; DP igual a cero o mayor a 10; RP menor de 33). Entonces el síndrome Burnout se definió con (AE mayor a 27; DP mayor a 10; RP menor de 33).

Para realizar el análisis de los datos, se concentraron en tabla de Excel para su ordenación y la realización del cálculo estadístico descriptivo e inferencial; se obtuvieron frecuencias, medias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la representación de los resultados.

Para la asociación de las variables, se utilizó estadística inferencial con razón de Momios (OR) para cada uno de los factores asociados, X^2 para valorar las diferencias entre grupos con y sin el Síndrome de Burnout.

La investigación se llevó a cabo en apego a los lineamientos de investigación en salud en seres humanos y en el cumplimiento de las normas morales y éticas fundamentales.

RESULTADOS.

Se entrevistaron un total de 48 Médicos Familiares de ambos turnos, de contratación base, que se encontraban asignados al área de consulta externa, en los cuáles se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la edad de todos los Médicos que participaron, en el grupo se registraron de 20 a 40 años de edad 16 médicos (33.33%) y en el grupo de más de 40 años de edad se registraron 32 médicos (66.67%). (Tabla y gráfica No. 1).

En cuanto a la aplicación de la escala de Maslach Burnout Inventory, se registraron un total de 48 médicos, de los cuales se registraron 16 médicos con el síndrome de Burnout (33.33%). (Tabla y Gráfica No. 2).

De los 48 médicos encuestados, según edad, se registraron: edad de 20 a 40 años con síndrome de Burnout 10 médicos (62.5%) y 6 médicos sin el síndrome de Burnout (18.75%); para el grupo de edad de más de 40 años se registraron 6 médicos con síndrome de Burnout (37.5%) y 26 médicos sin síndrome de Burnout (81.25%). (Tabla y Gráfica No.3).

En relación al género de los 48 médicos entrevistados, para el género masculino se registraron 29 médicos (60.42%) y para el femenino 19 médicos (39.58%). (Tabla y Gráfica No.4).

De los médicos que presentaron Síndrome de Burnout respecto al género, para el masculino se registraron 6 médicos (37.5%) y para el femenino 10 médicos (62.5%). Respecto a los médicos que no presentaron Síndrome de Burnout respecto al género, para el masculino se registraron 23 médicos (71.88%) y para el femenino 10 médicos (28.13%). (Tabla y Gráfica No.5).

En cuanto al estado civil, de los 48 médicos entrevistados, para el estado civil con pareja se registraron 34 médicos (70.83%) y para el estado civil sin pareja 14 médicos (29.17%). (Tabla y Gráfica No.6).

De los médicos que presentaron el síndrome de Burnout se registraron 7 médicos con pareja (43.75%) y 9 médicos sin pareja (56.25%); de los médicos que no presentaron el síndrome de Burnout se registraron 27 médicos con pareja (84.38%) y 5 médicos sin pareja (15.63%). (Tabla y Gráfica No.7).

Para la antigüedad laboral de los 48 médicos participantes, se registraron con una antigüedad de 0 a 10 años 18 médicos (37.5%) y para una antigüedad laboral mayor a 10 años 30 médicos (62.5%). (Tabla y Gráfica No.8).

De acuerdo a la antigüedad laboral de los médicos que presentaron el síndrome de Burnout se registraron 4 médicos con antigüedad laboral menor de 10 años (25%) y 12 médicos con antigüedad laboral mayor a los 10 años (75%). Respecto a la antigüedad laboral de los médicos que no presentaron el síndrome de Burnout se registraron 14 médicos con antigüedad laboral menor de 10 años (43.75%) y 18

médicos con antigüedad laboral mayor a los 10 años (56.25%). (Tabla y Gráfica No.9).

En cuanto al número de hijos, de los 48 médicos encuestados, de 0 a 1 hijo se registraron 18 médicos (37.5%) y más de 2 hijos se registraron 30 médicos (62.5%). (Tabla y Gráfica 10).

De acuerdo al número de hijos, de los médicos que presentaron el síndrome de Burnout se registraron de 0 a 1 hijo se registraron 2 médicos (12.5%) y más de 2 hijos se registraron 14 médicos (87.5%). Para el número de hijos, de los médicos que no presentaron el síndrome de Burnout se registraron de 0 a 1 hijo se registraron 16 médicos (50%) y más de 2 hijos se registraron 16 médicos (50%). (Tabla y Gráfica No. 11).

En cuanto al número de empleos remunerados, de los 48 médicos encuestados, de 1 empleo remunerado se registraron 41 médicos (85.42%) y 2 ó más empleos remunerados se registraron 7 médicos (14.58%). (Tabla y Gráfica No.12).

De acuerdo al número de empleos remunerados, de los médicos que presentaron el síndrome de Burnout se registraron de 1 empleo remunerado se registraron 16 médicos (100%) y 2 ó más empleos remunerados se registraron 0 médicos (0%). De acuerdo al número de empleos remunerados, de los médicos que no presentaron el síndrome de Burnout se registraron de 1 empleo remunerado se registraron 25 médicos (78.13%) y 2 ó más empleos remunerados se registraron 7 médicos (21.88%). (Tabla y Gráfica No.13).

Se determinó el riesgo observado para los diferentes factores asociados a través de la Razón de Momio (OR), comparando entre los factores y quién presentaba ó no el Síndrome de Burnout, obteniéndose los siguientes resultados:

Según la edad, el grupo más afectado resultó el de 20 a 40 años presentando la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 7.22, IC 95% 1.87 – 27.75, X^2 9.18, $p= 0.0038$). Encontrando a este factor de riesgo con una fuerte asociación, el intervalo de confianza nos revela que existe del 1.87% al 27.7% de caer en error. (Tabla No.14).

En cuanto al género, el femenino resultó el más afectado presentando la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 4.25, IC 95% 1.19 – 15.19, X^2 5.27, $p= 0.0217$). Encontrando a este factor de riesgo con una fuerte asociación, el intervalo de confianza nos revela que existe del 1.19% al 15.19% de caer en error. (Tabla No.14).

Para el estado civil, el encontrarse sin pareja, siendo ésta la más frecuente presentó la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 6.9, IC 95% 1.75 – 27.41, X^2 8.52, $p= 0.0035$). Encontrando a este factor de riesgo con una fuerte asociación, el intervalo de confianza nos revela que existe del 1.75% al 27.41% de caer en error. (Tabla No.14).

Según la antigüedad laboral mayor a 10 años, siendo la más afectada, presentó la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 2.33, IC 95% 0.61 – 8.82, X^2 1.6, $p= 0.2059$). Encontrando a este factor de riesgo con una fuerte asociación, el intervalo de confianza nos revela que existe del 0.61% al 8.82% de caer en error. (Tabla No.14).

Según el número de hijos mayor a 2 se presentó la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 7.0, IC 95% 1.36 – 35.93, X^2 6.4, $p= 0.0114$). Encontrando a este factor de riesgo con una fuerte asociación, el intervalo de confianza nos revela que existe del 1.36% al 35.93% de caer en error. (Tabla No.14).

Para el número de empleos remunerados, tener un solo empleo presentó la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 9.7, IC 95% 0.51 – 181.58, X^2 4.09, $p= 0.0429$). Encontrando a este factor de riesgo con una fuerte asociación, el intervalo de confianza nos revela que existe del 0.51% al 181.58% de caer en error. (Tabla No.14).

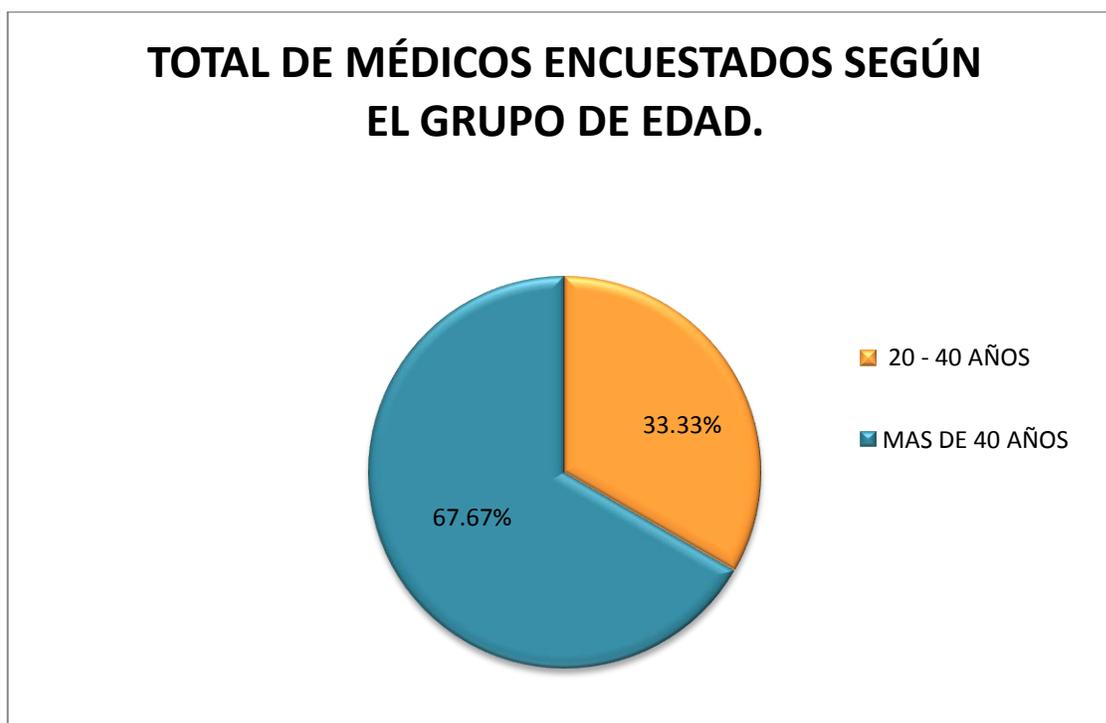
TABLAS Y GRÁFICAS.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD.

EDADES	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
20 - 40 AÑOS	16	33.33%
MAS DE 40 AÑOS	32	66.67%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS CON Y SIN EL SÍNDROME DE BURNOUT.

SÍNDROME DE BURNOUT	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
SI	16	33.33%
NO	32	66.67%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS CON Y SIN EL SÍNDROME DE BURNOUT.



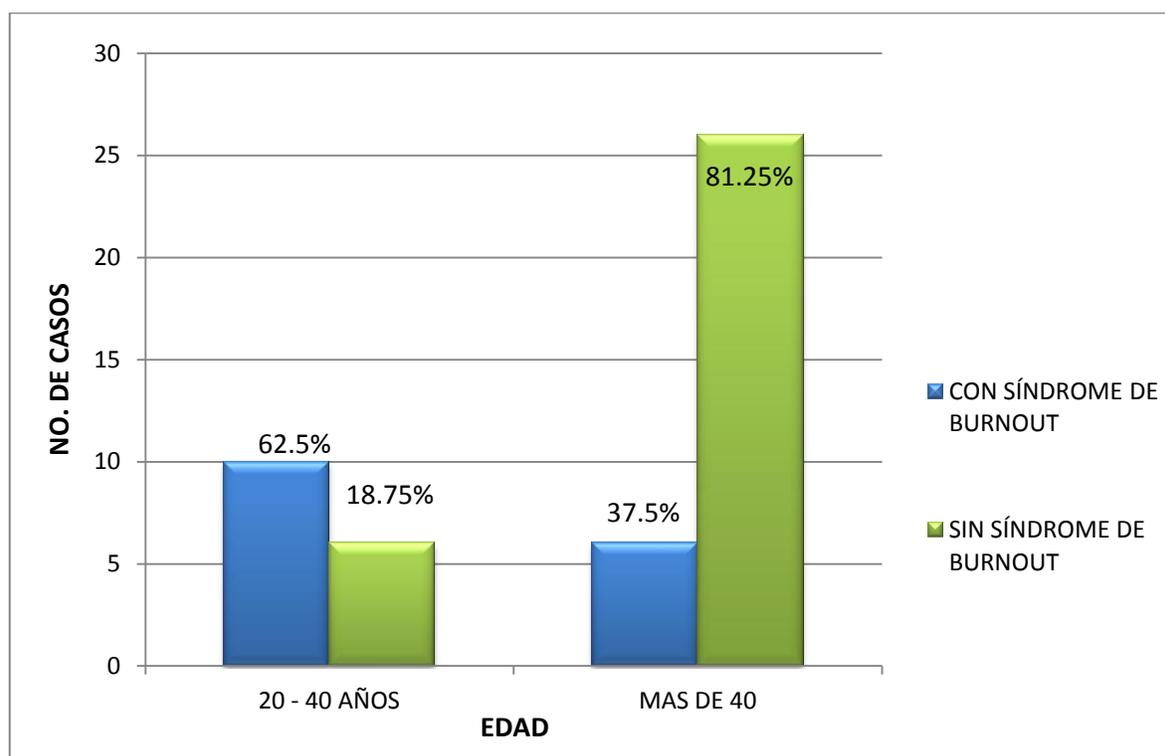
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LOS MÉDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.

EDAD	CON SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%) ²
20 - 40 AÑOS	10	62.50%	6	18.75%
MAS DE 40	6	37.50%	26	81.25%
TOTAL	16	100%	32	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LOS MÉDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.



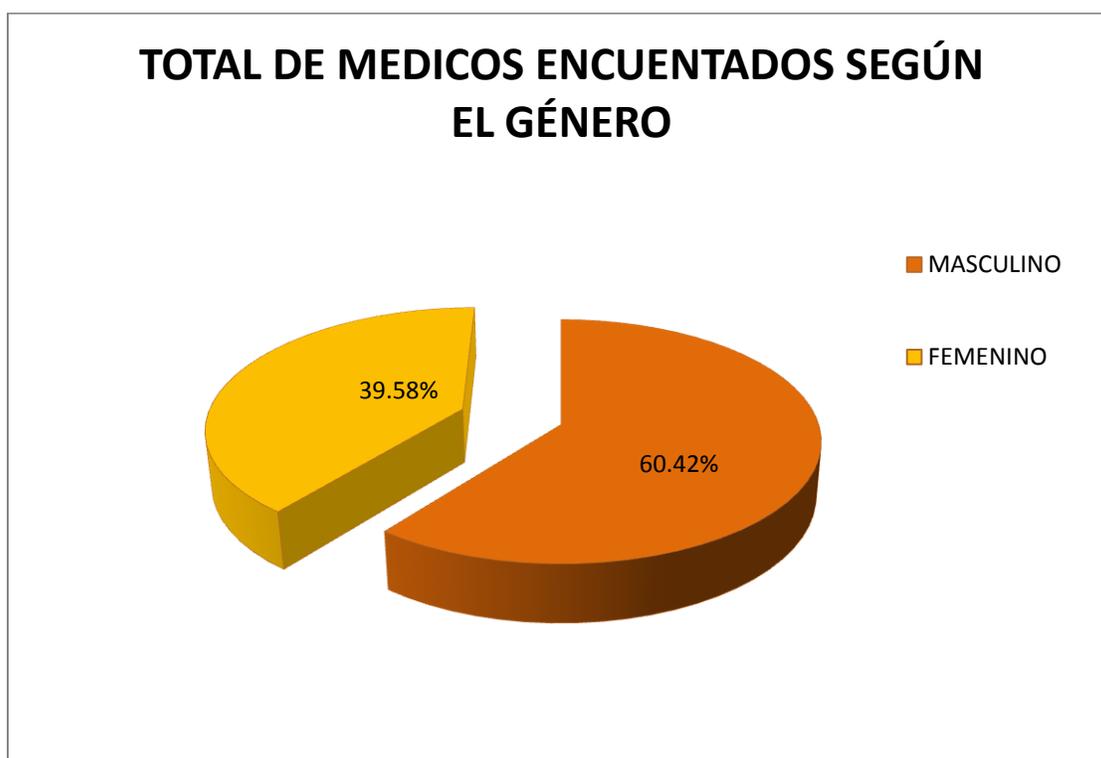
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SEGÚN EL GÉNERO.

GENERO	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	29	60.42%
FEMENINO	19	39.58%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SEGÚN EL GÉNERO.



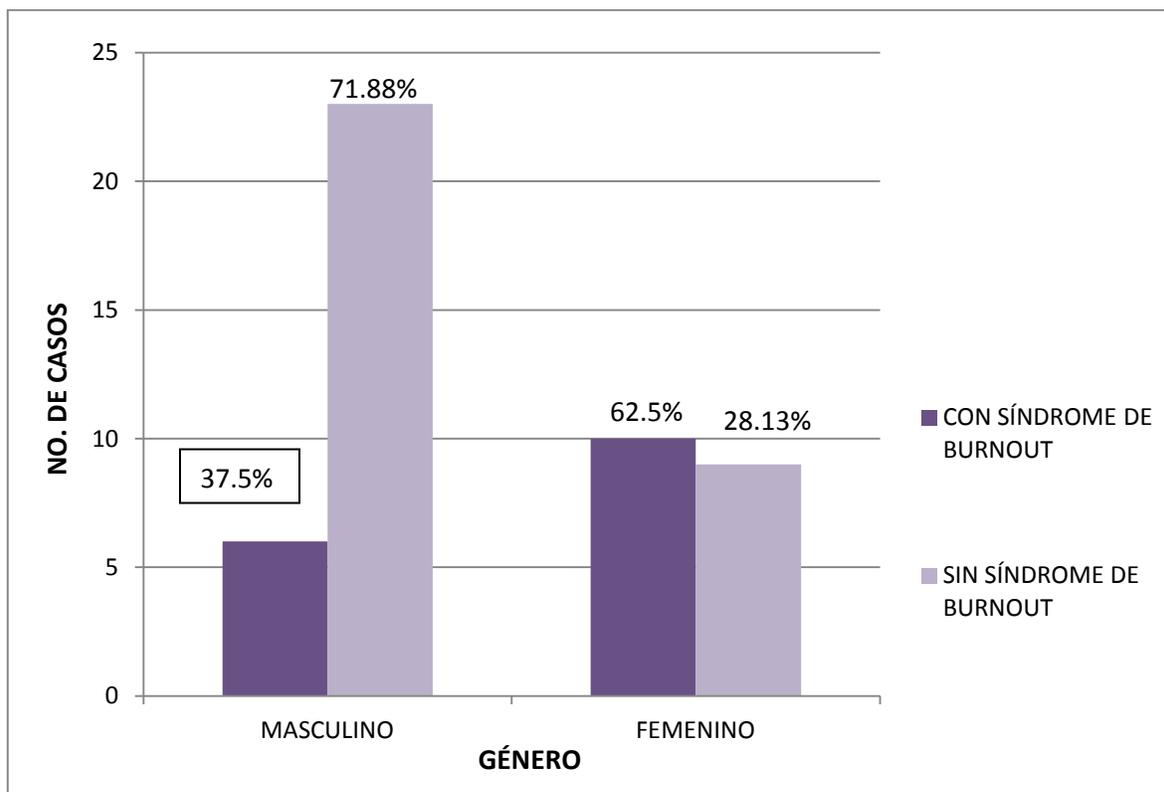
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME BURNOUT DE ACUERDO GÉNERO.

GÉNERO	CON SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%) ²
MASCULINO	6	37.50%	23	71.88%
FEMENINO	10	62.50%	9	28.13%
TOTAL	16	100%	32	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME BURNOUT DE ACUERDO GÉNERO.



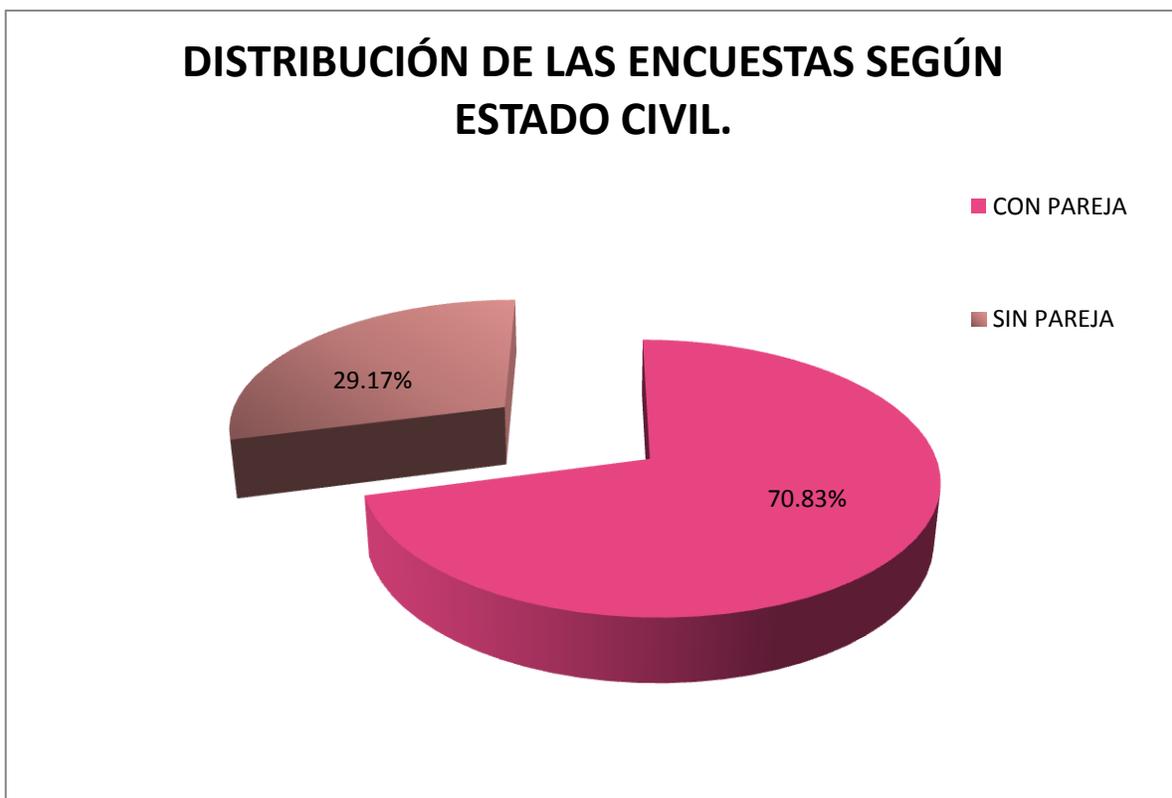
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS ENCUESTADOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
CON PAREJA	34	70.83%
SIN PAREJA	14	29.17%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS ENCUESTADOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL.



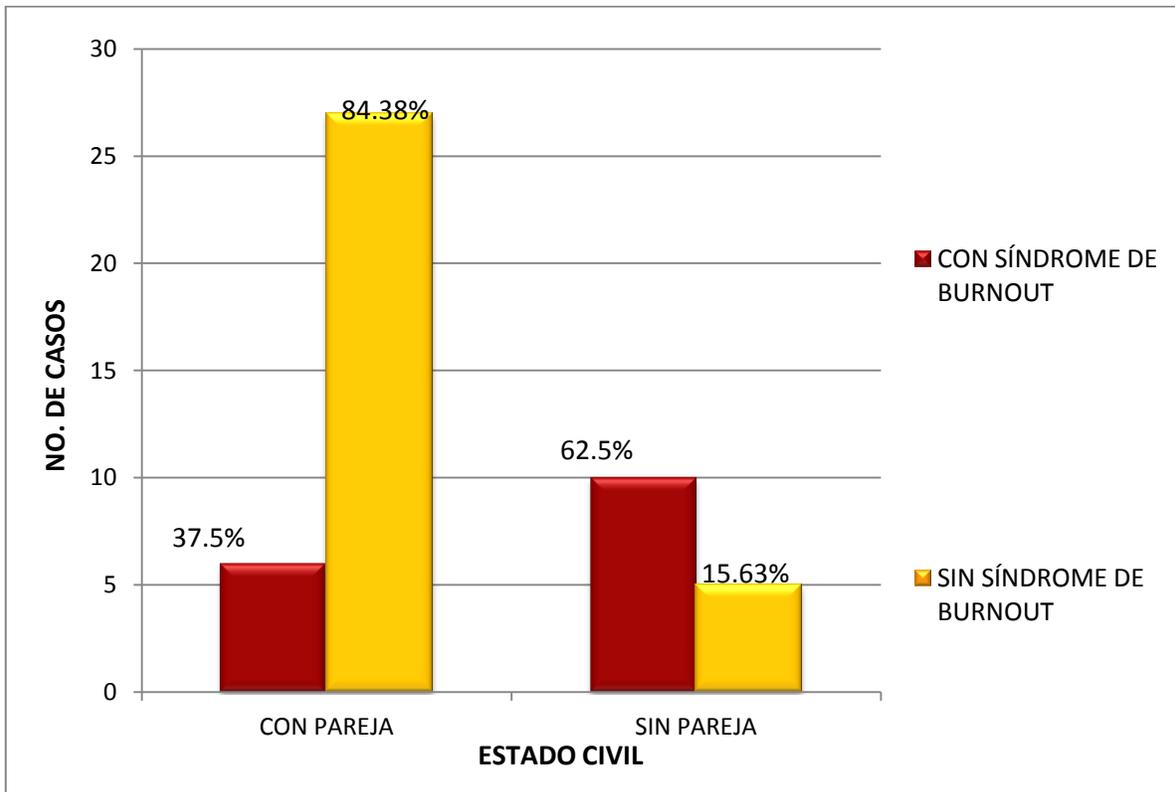
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.

ESTADO CIVIL	CON SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%) ²
CON PAREJA	6	37.50%	27	84.38%
SIN PAREJA	10	62.50%	5	15.63%
TOTAL	16	100%	32	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.



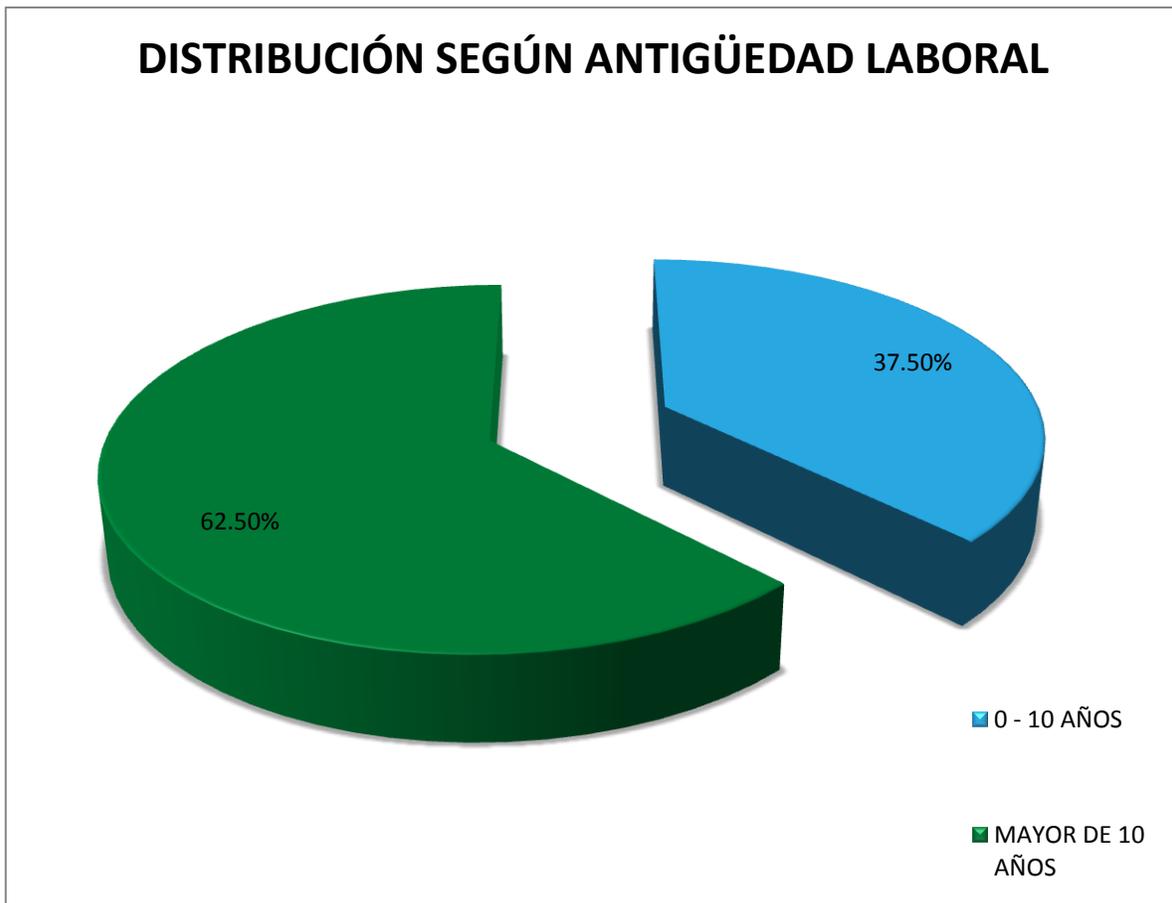
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD LABORAL.

ANTIGÜEDAD LABORAL (AÑOS)	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
0 - 10 AÑOS	18	37.50%
MAYOR DE 10 AÑOS	30	62.50%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD LABORAL.



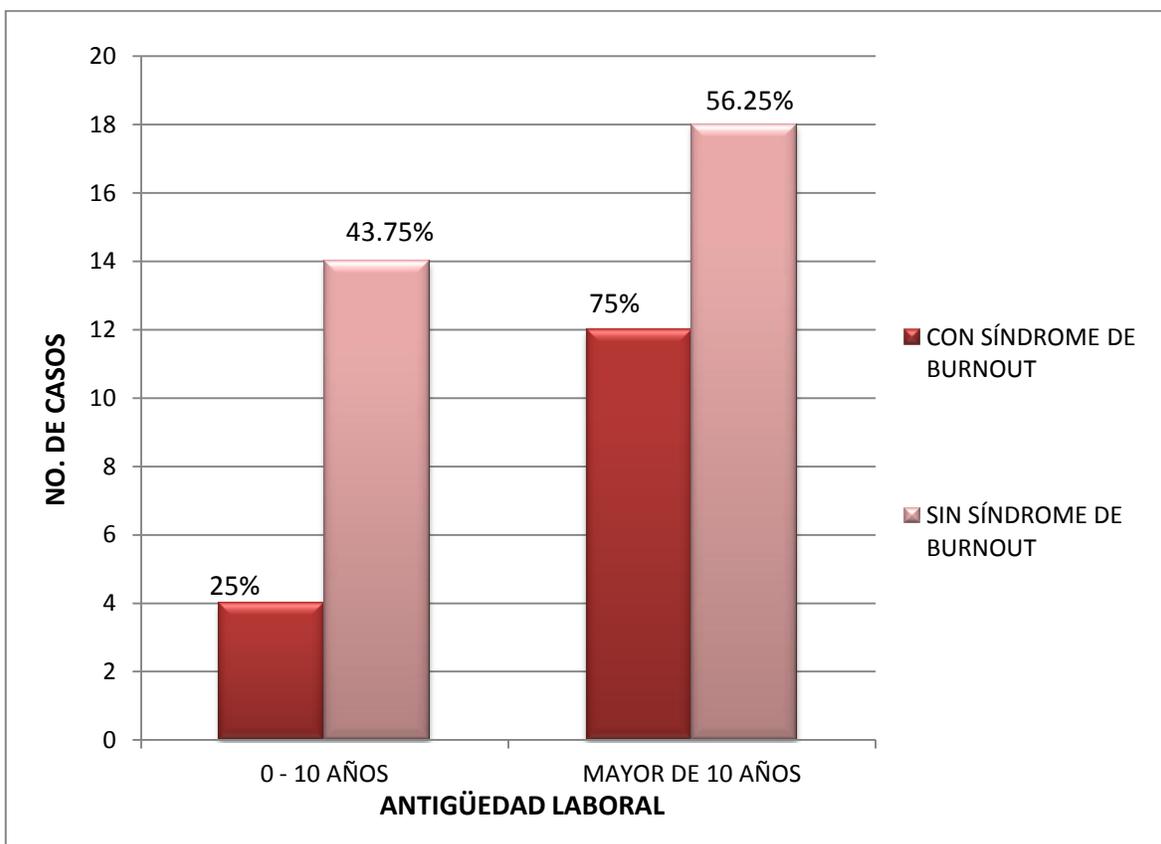
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL DE LOS MEDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.

ANTIGÜEDAD LABORAL	CON SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%) ²
0 - 10 AÑOS	4	25.00%	14	43.75%
MAYOR DE 10 AÑOS	12	75.00%	18	56.25%
TOTAL	16	100%	32	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL DE LOS MEDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.



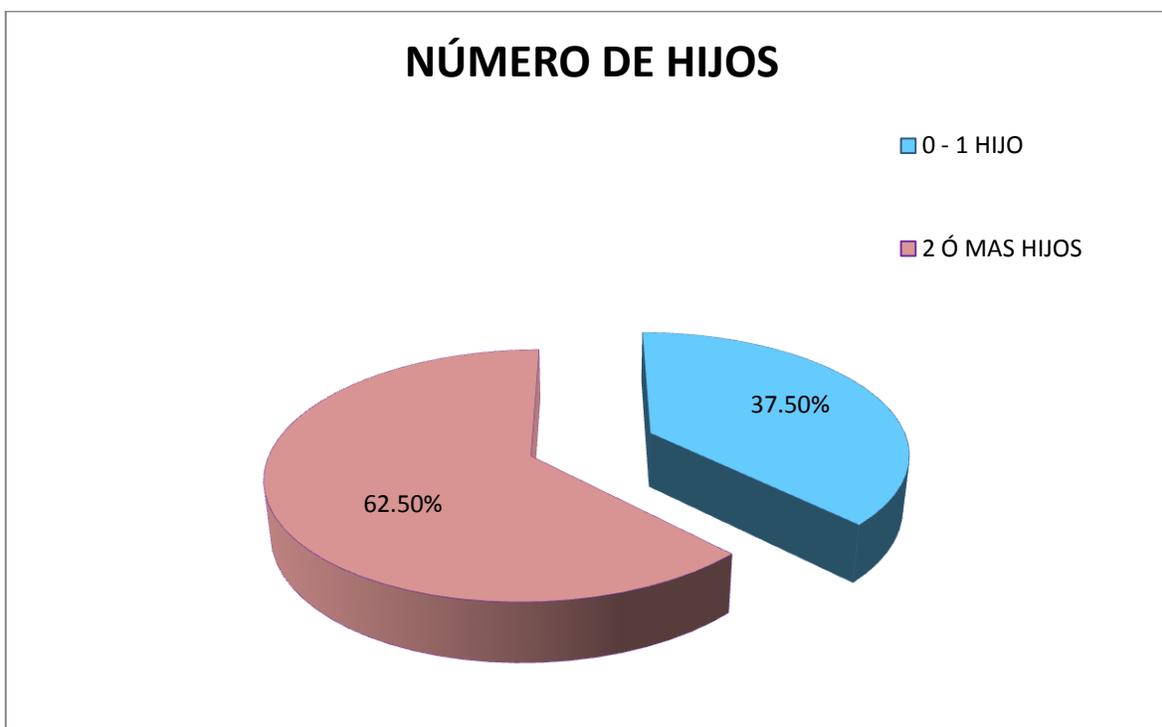
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS ENCUESTADOS SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS.

NUMERO DE HIJOS	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
0 - 1 HIJOS	18	37.50%
2 Ó MAS HIJOS	30	62.50%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS ENCUESTADOS SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS



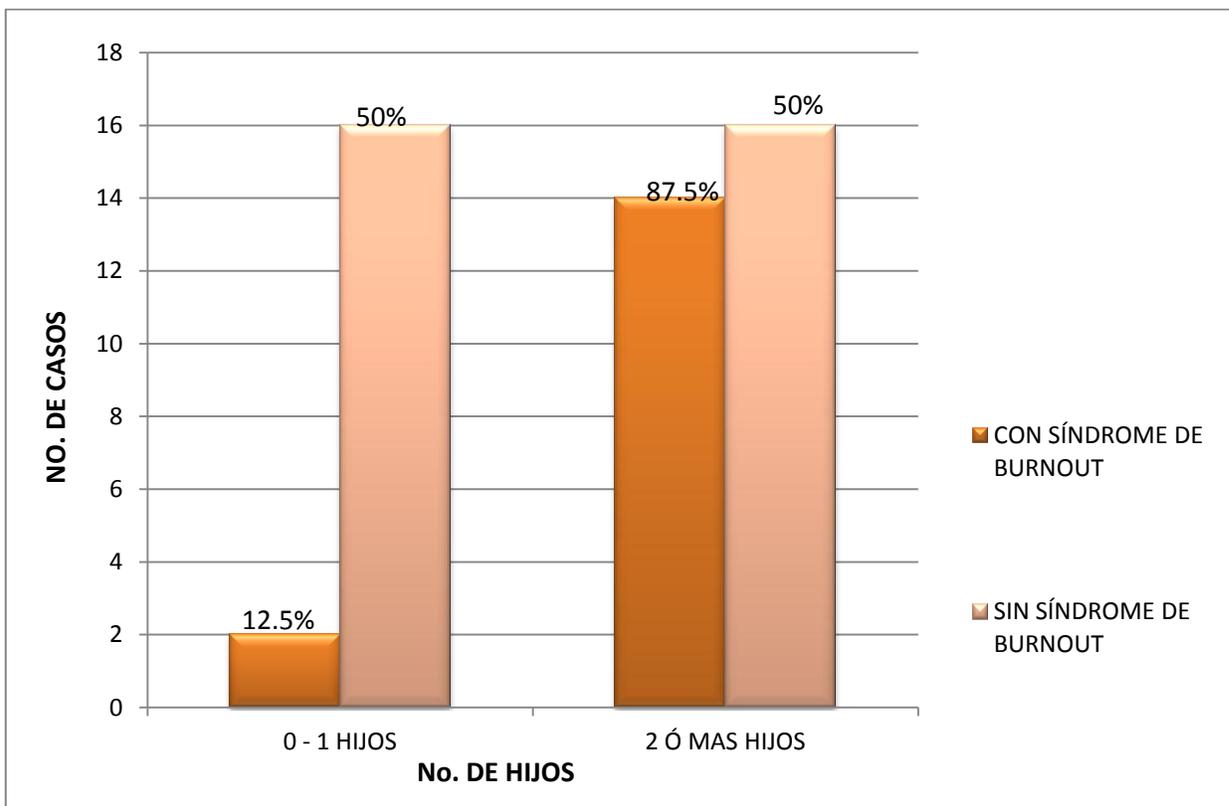
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE HIJOS DE LOS MÉDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.

NUMERO DE HIJOS	CON SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%) ²
0 – 1 HIJO	2	12.50%	16	50.00%
2 Ó MAS HIJOS	14	87.50%	16	50.00%
TOTAL	16	100%	32	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 11. DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE HIJOS DE LOS MEDICOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT



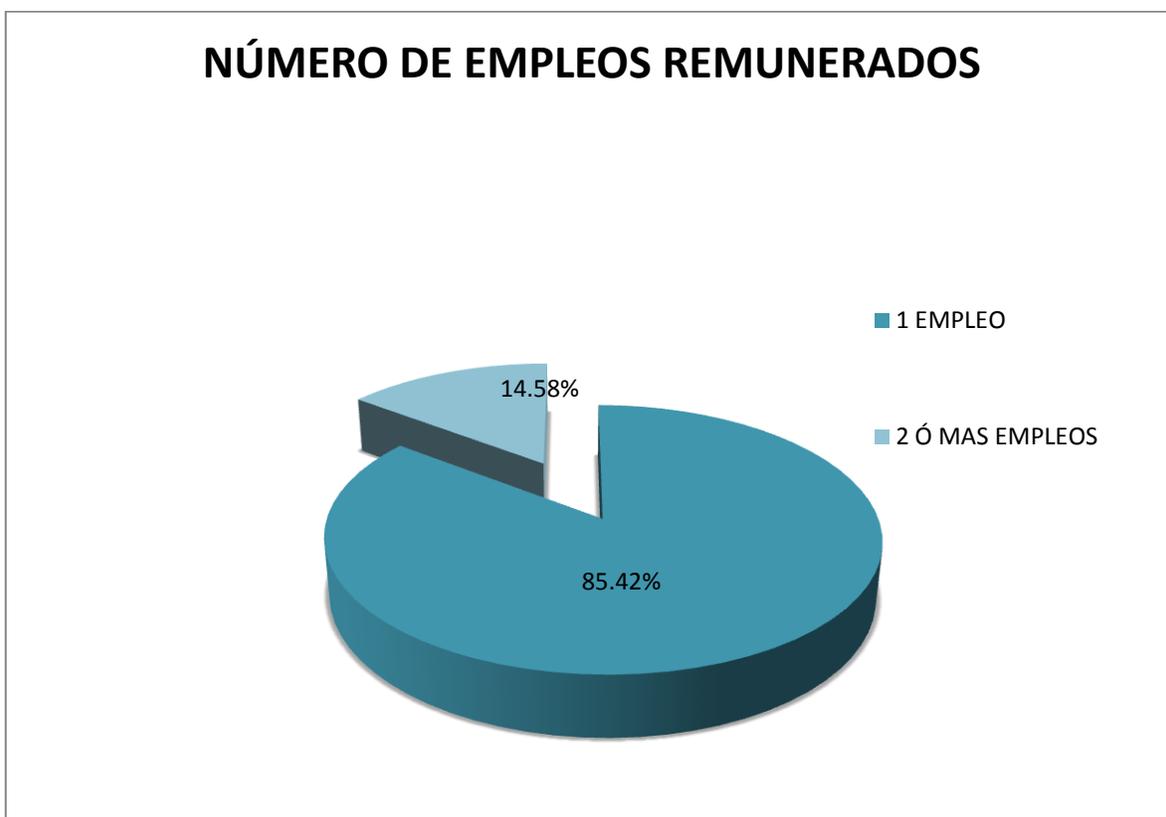
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS

NUMERO DE EMPLEOS DE REMUNERADOS	MEDICOS	PORCENTAJE (%)
1 EMPLEO	41	85.42%
2 Ó MAS EMPLEOS	7	14.58%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS.



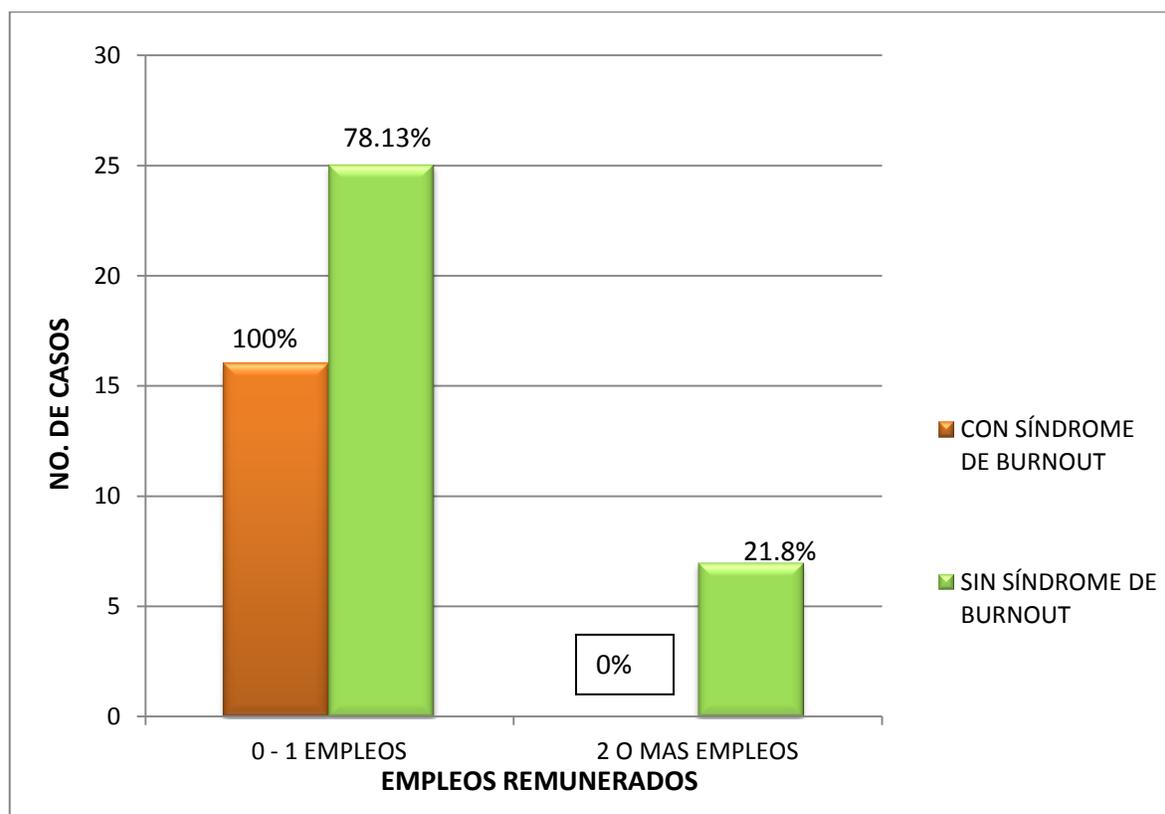
FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.

NUMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS	CON SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	PORCENTAJE (%) ²
1 EMPLEO	16	100.00%	25	78.13%
2 Ó MAS EMPLEOS	0	0.00%	7	21.88%
TOTAL	16	100%	32	100%

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

GRÁFICA 13. DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS CON Y SIN SÍNDROME DE BURNOUT.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

TABLA No. 14: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT.

SIGNIFICANCIA CLINICA Y ESTADISTICA DE FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT

FACTOR ASOCIADO		CON SÍNDROME DE BURNOUT	SIN SÍNDROME DE BURNOUT	OR	IC 95%	X ²	P
EDAD	20 - 40 AÑOS	10	6	7.22	1.87 - 27.75	9.18	0.0024
	MAS DE 40 AÑOS	6	26				
GÉNERO	FEMENINO	10	9	4.25	1.19 - 15.19	5.27	0.0217
	MASCULINO	6	23				
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	9	5	6.94	1.75 - 27.41	8.52	0.0035
	CON PAREJA	7	27				
ANTIGÜEDAD LABORAL	MAYOR A 10 AÑOS	12	18	2.33	0.61 - 8.82	1.60	0.2059
	MENOR A 10 AÑOS	4	14				
NUMERO DE HIJOS	2 Ó MÁS HIJOS	14	16	7.00	1.36 - 35.93	6.40	0.0114
	0-1 HIJO	2	16				
NUMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS	0 - 1 EMPLEO	16	25	9.70	0.51 - 181.58	4.09	0.0429
	2 Ó MAS EMPLEOS	0	7				

OR= Razón de Momios; **IC 95%=** Intervalo de confianza del 95%, **X²** =Ji cuadrada, **p=** probabilidad al 0.05.

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y laborales aplicadas a Médicos Familiares de la UMF 33.

DISCUSIÓN.

La finalidad del presente estudio fue evaluar la Frecuencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 33; adscritos al área de consulta externa, previo consentimiento informado, se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Se les aplicó un cuestionario ex profeso, que incluía el Cuestionario Maslach Burnout Inventory, instrumento que diagnostica dicho Síndrome; encontrándose una frecuencia del 33.3%; en publicaciones previas; el Estudio de Prieto et.al. obtuvo una frecuencia del 27%; el estudio de Uribe Prado reporta una frecuencia del Síndrome de Burnout del 36.9%; a diferencia del estudio de Pereda – Torales quien reporta hasta un 49% de frecuencia del Síndrome en Médicos adscritos a la consulta externa; Aranda et al menciona una frecuencia del 42.3%; en el estudio de Albino – Enríquez reporta una frecuencia del 26%; Arrieta – Vargas menciona una frecuencia del 36% del Síndrome; dichas publicaciones mencionan frecuencias encontradas similares a la de éste estudio.

En los Médicos la frecuencia del Síndrome de Burnout según edad, se registraron: edad de 20 a 40 años como factor asociado al síndrome de Burnout (62.5%), resultado congruente con el estudio de Albino – Enríquez, quienes mencionan hasta un 38.4% en Médicos de edad entre los 35 y 40 años; y Aranda et al quienes mencionan una edad promedio de 40 años con una frecuencia del 64%. En cuanto a la significancia clínica el grupo más afectado resultó el de 20 a 40 años presentando la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 7.22, IC 95% 1.87 – 27.75, X^2 9.18, $p= 0.0038$); lo que representa una fuerte asociación tanto clínica como estadística; éste resultado según el grupo de edad, representa mayor vulnerabilidad ya que durante este periodo es en el que el Médico se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiendo que las recompensas económicas y profesionales no son ni las prometidas, ni las esperadas.

En cuanto al género, en este estudio se encontró una frecuencia predominante para el género femenino (62.5%); siendo el grupo mayormente afectado presentando la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 4.25, IC 95% 1.19 – 15.19, X^2 5.27, $p= 0.0217$); lo que representa una fuerte asociación tanto clínica y estadística para la presencia Síndrome de Burnout; resultado congruente con el realizado en estudios previos. Cómo el estudio de Pereda – Torales 2009, quien menciona el género femenino como predominante en el 72%; Albino – Enríquez quien menciona una frecuencia del 62% del género femenino y Arrieta – Vargas quien menciona una frecuencia del 100% en el género femenino; y disimilitud con el estudio de Aranda et al quien menciona más frecuente el género masculino hasta el 84%. El género femenino puede representar mayor factor de riesgo

debido a la relación de la práctica profesional y las tareas familiares, mismas que prolongarían el rol de mujer.

Con respecto al estado civil, el estado sin pareja fue el factor mayormente asociado con una frecuencia del 62%, presentó la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 6.9, IC 95% 1.75 – 27.41, X^2 8.52, $p= 0.0035$); resultando con una fuerte asociación clínica como estadística. Resultado que concuerda con el estudio de Pereda - Torales, quien menciona una frecuencia del 96% en el estado civil sin pareja; Albino – Enríquez menciona una frecuencia del 54%; A diferencia del estudio de Arrieta – Vargas, quienes mencionan mayor asociación al estado civil casado(a) hasta un 81%; aunque se ha asociado con mayor frecuencia al Síndrome de Burnout un estado civil sin pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, pero las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que están casadas ó conviven con parejas estables.

Según la antigüedad laboral, para los médicos que presentaron el síndrome de Burnout con antigüedad laboral mayor a los 10 años, se presentó una frecuencia del 75%; dicho resultado coincide con publicaciones previas como el estudio de Aranda et al, quien menciona una frecuencia hasta del 91% en el personal con una antigüedad laboral mayor a los 10 años, al igual que el estudio realizado por Arrieta – Vargas, quienes mencionan una frecuencia mayor en las personas con antigüedad laboral entre 6 y 10 años; a diferencia del estudio Albino – Enríquez, que mencionan una frecuencia mayor en las personas con antigüedad laboral menor a los 5 años. Ésta discrepancia de resultados en las diferentes publicaciones, pudieran estar asociadas a que las personas jóvenes presentan un periodo de estabilización laboral en los primeros años de antigüedad y en los mayores a los diez años, el aumento de responsabilidad y sentimientos de baja realización personal. Para éste estudio la significancia clínica y estadística: (OR 2.33, IC 95% 0.61 – 8.82, X^2 1.6, $p= 0.2059$), lo que representa una asociación moderada (OR 2.33) entre la antigüedad laboral y el Síndrome de Burnout, pero con una significancia estadística débil ($p=0.2950$); por lo que posiblemente sea una variable en nuestro estudio que se debiera al azar, por lo que no es estadísticamente significativo en este estudio.

Respecto a la asociación del Síndrome de Burnout, según el número de hijos, el 87% de los Médicos tenía 2 ó más hijos, en con significancia clínica y estadística: (OR 7.0, IC 95% 1.36 – 35.93, X^2 6.4, $p= 0.0114$); haciendo mención a una fuerte asociación tanto clínica como estadística. Resultado similar al estudio de Aranda et al, quien menciona frecuencias de 87%. La presencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables; y

la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Para el número de empleos remunerados, un sólo empleo presentó 78.13%; y la siguiente significancia clínica y estadística: (OR 9.7, IC 95% 0.51 – 181.58, X^2 4.09, $p= 0.0429$); lo que revela una fuerte asociación entre tener un empleo y presentar el Síndrome. La frecuencia encontrada en el estudio concuerda con el resultado del estudio Arrieta – Vargas quien comenta el 86% de frecuencia del Síndrome de Burnout en personas con un solo empleo remunerado. No existe asociación unánime en las publicaciones ya que algunos autores (Aranda, Uribe, Pereda y Torales) mencionan riesgo al tener 2 ó más empleos, ocasionando sobrecarga laboral misma que predispone al Síndrome y otros autores (Arrieta, Balbino) mencionan como riesgo el tener un solo empleo mismo que condiciona, pocos ascensos y poca remuneración, siendo factor para presentar el Síndrome.

CONCLUSIONES.

La frecuencia del Síndrome de Burnout encontrada en esta investigación fue del 33.3%, resultado similar a las publicaciones nacionales y superior a las publicaciones internacionales.

En cuanto a la edad de 20 a 40 años fue el rango de edad que con mayor frecuencia se asocia con síndrome de Burnout fue del 62.5% y para el grupo de edad de más de 40 años se registró con síndrome de Burnout resultó del 37.5%; siendo la probabilidad 9.8 veces mayor de padecer el Síndrome de Burnout en pacientes en edad de 20 a 40 años, que en aquellos de más de 40 años.

En relación al factor existente según género, para el masculino con Síndrome de Burnout se registro el 37.5% y para el femenino el 62.5%; con una probabilidad de 5.27 veces mayor de padecer el Síndrome de Burnout en el género femenino con respecto al masculino.

La comparación en cuanto a la frecuencia de presentación del Síndrome de Burnout, según el estado civil, para los médicos con pareja con Síndrome de Burnout se registró un 37.5% y para el estado civil sin pareja el 62.5%; lo que se traduce en que los Médicos sin pareja tienen 8.52 veces, mayor probabilidad de presentar el Síndrome que aquellas con pareja estable.

Para la asociación entre Síndrome de Burnout respecto a la antigüedad laboral, se registraron el 25% de los Médicos con antigüedad laboral menor de 10 años y el 75% de los Médicos con antigüedad laboral mayor a los 10 años; en este estudio, la antigüedad laboral no representó ser un factor estadísticamente significativo para la aparición del Síndrome de Burnout.

Para la asociación del Síndrome de Burnout según el número de hijos, Médicos con 0 a 1 hijo representó el 12.5% y los Médicos con más de 2 hijos se presentó el 87.5%; siendo un factor determinante tener 2 ó más hijos con una probabilidad de 6.4 veces mayor, que aquellos con 1hijo ó sin hijos.

Para el número de empleos remunerados, de los médicos que presentaron el síndrome de Burnout se registraron de 1 empleo remunerado representó el 100% y 2 ó más empleos remunerados representó el 0%; siendo un factor 4.09 veces mayor de presentar el Síndrome de Burnout en personas de un empleo remunerado, que en aquellos Médicos con 2 ó más empleos.

Se concluye que la frecuencia del Síndrome de Burnout en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar 33 es alta, representando hasta un tercio de los Médicos Familiares, resultando ser la edad entre 20 a 40 años, el género

femenino, estado civil sin pareja, con 2 ó más hijos y un solo empleo, factores de riesgo que resultaron ser clínica y significativamente estadísticas para presentar el Síndrome de Burnout.

SUGERENCIAS.

El síndrome Burnout es una patología que se caracteriza por la presencia de agotamiento profesional, el cual tiene incidencia en las diferentes profesiones, especialmente aquellas relacionadas con el área de la salud; como se revisó en esta investigación, existen factores sociodemográficos (género, edad, estado civil, número de hijos) y laborales (antigüedad laboral y número de empleos remunerados) para su aparición.

El Síndrome de Burnout tiene una estrecha relación con el estrés laboral, ocasionado por la presión que ejerce la sociedad moderna, sobre todo en los prestadores de servicios de Salud en primer nivel.

El estudio del síndrome de Burnout ha permitido tener una construcción teórica, desarrollada por diferentes autores, permitiendo así el acceso a otros investigadores interesados en profundizar el estudio de este síndrome. La calidad de vida laboral se relaciona con la calidad de las condiciones de trabajo por tanto, es importante, que dichas condiciones sean generadoras de bienestar físico y psicológico con el fin de lograr una aproximación hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores; aunado a la identificación oportuna de los factores de riesgo que pudieran intervenir en la aparición del Síndrome.

Sugiero la realización de investigaciones donde los resultados sean aplicados al mejoramiento de los ambientes de trabajo, incrementando la participación activa de los Médicos Familiares, con miras al mejoramiento de su calidad de vida y productividad.

Promover y realizar programas de crecimiento empresarial, donde se incluya a todos los Médicos Familiares, estimulándolos en actividades como: capacitaciones, reconocimientos por su labor, ambientes diferentes a la institución de trabajo, entre otros.

Evaluar posibilidades de investigaciones que permitan comparar las variables que podrían afectarse a nivel de productividad profesional en ambientes donde se evidencie Burnout y ambientes con un adecuado clima laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pereda TL, Márquez CF, Hoyos VM, Yáñez ZM. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009; 32: 309-404.
2. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJ, Torres LT, Aldrete RM, Pérez RM. Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investigación en salud* 2004; 6 (1): 28-34.
3. Hernández VC, Dickinson ME, Fernández OM. Síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. 2007.
4. Pedro R Gil-Monte et al. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Rev salud publica México* 2002; 44(1): 33-40.
5. Hernández VC, Dickinson ME. Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM 2006; 1-5.
6. Quinceno JM, Alpi VS. Burnout."Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta colombiana de psicología* 2007; 10 (2): 117-125.
7. Gutiérrez AG, Celis LM, Moreno JS, Farias SF, Suárez CJ. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién Mex* 2006; 11(4): 3005-3009.
8. Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga. Influencia de factores personales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español. *Rev Esp Salud Publica* 2009; 83: 215-230.
9. Atance MJC et al. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
10. Alfried LM et al. Burnout, Existencial Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy* 2003; 4 (1): 107-121.
11. Uribe PL et al. Estudio Confirmatorio de la escala Mexicana de desgaste Ocupacional: Un instrumento de Burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional* 2007; 26(1): 7-21.

12. Joseph M. Blanch, Miguel Sahagún, Leonor Cantera y Genís Cervantes. Questionnaire of General Labor Well-Being: Structure and Psychometric Properties. *Revista de psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2010; 26(2): 157-170.
13. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJ, Torres LT, Aldrete RM, Pérez RM. Factores psicosociales y síndrome de Nurnout en Médicos de Familia, México. *Anales de la Facultad de Medicina* 2005; 66 (3): 225-231.
14. Díaz Araya Silvia et al. Comportamiento del Síndrome de desgaste profesional médicos que laboraron en Coopesalud RL, de agosto a octubre de 2004. *AMC* 2007; 49 (2): 107-110.
15. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MA et al. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* 2005;31(2):101-110.
16. Cabrera-Gutiérrez LS, López-Rojas P, Salinas-Tovar S, Ochoa-Tirado JG, Marín-Cotoñieto IA et al. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med Inst Mex Secur Soc* 2005;43(1):11-15.
17. Lopez-León E, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, Peralta- Pedrero ML, Murguía-Miranda C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Secur Soc* 2007;45(1):13-19.
18. Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Aldrete-Rodríguez MG, Flores- Salinas EE, Pozos-Radillo E. Factores psicosociales y Burnout en docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. *Investigación Salud* 2006;8(3):173-177.
19. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002;29:294-302.
20. De Dios VR, Franco VA. Prevalencia de Burnout entre los profesionales de atención primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de prescripción. *SEMERGEN* 2007;33(2):58-64.
21. López-León E, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, Peralta- Pedrero ML, Murguía-Miranda C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Secur Soc* 2007;45(1):13-19.

22. Albino TM, Enríquez NM. Frecuencia del síndrome de Burnout y factores laborales y personales asociados en médicos familiares de la Unidad Familiar 33 del distrito federal. 2005 (5-65).
23. Arrieta BS, Vargas LC. Síndrome de Burnout: frecuencia, factores laborales, personales y sociodemográficos asociados en el personal de enfermería de UMF 33. 2012 (7-76).
24. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001) Diccionario de la lengua española, 22^a edición. Madrid: España: Espasa Calpe. (<http://www.rae.es>).
25. García AP, Reyes CB. Metodología de la investigación. 2^a reimpresión. 1998. México. Ed. Nueva Imagen.
26. Alvarado FL. Técnicas para elaborar Investigaciones. 1^a Edición. Grupo Editorial Exodo. 2006.
27. Canavos GC. Probabilidad y Estadística. Editorial McGraw-Hill. (1992).

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 "EL ROSARIO".

**"FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT ASOCIADO A FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y
LABORALES EN LOS MEDICOS FAMILIARES ADCRITOS A LA UMF 33"**

Instrucciones: (sólo Médicos Familiares tipo contratación base). Lea cuidadosamente la pregunta, conteste o bien, marque con "X" la respuesta correcta.

Recuerde que este estudio es confidencial y los datos obtenidos serán para fines estadísticos de investigación. En caso de resultar útil la investigación se basa en principio de justicia o equidad. En lo referente a la publicación de resultados, se apegará a las normas éticas, evitando fraudes o deshonestidad en la forma de presentar los resultados.

1. DATOS PERSONALES (sociodemográficos y laborales):

- a. **EDAD:** 20 a 40 años _____ más de 40 años _____
- b. **GÉNERO:** masculino _____ femenino _____
- c. **ESTADO CIVIL:**
Con pareja: _____ (unión libre, casado).
Sin pareja _____ (soltero, divorciado, separado).
- d. **NUMERO DE HIJOS:** 0-1 hijo _____ 2 ó más hijos _____ (nacidos vivos).
- e. **NUMERO DE EMPLEOS:** un empleo _____ 2 ó más empleos _____ (remunerados).
- f. **ANTIGÜEDAD LABORAL:** 0-10 años _____ más de 10 años _____ (en años).

2. CUESTIONARIO MBI: lea cuidadosamente la pregunta, marque con "X" la casilla que se acerque más al sentir de usted; no se puede seleccionar 2 casillas a la vez.

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Evaluación:

Este rubro sólo será llenado por el investigador.

Aspecto Evaluado	Preguntas. Respuesta a sumar	Total
Cansancio Emocional		
Despersonalización		
Realización personal		

Síndrome Burnout: si _____ no _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Frecuencia del Síndrome de Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales en los Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 33, "El Rosario", Azcapotzalco, México, Distrito Federal.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la frecuencia del síndrome de Burnout asociado a factores sociodemográficos y laborales en los Médicos Familiares de la UMF No.33. Dicho estudio contribuirá a evitar que la enfermedad se presente con la identificación oportuna de factores de riesgo sociodemográficos y laborales, teniendo a nuestro cargo el diagnóstico oportuno y si la enfermedad ya se instauró, habrá que identificarla, controlarla, tratarla, así como instaurar programas de apoyo y evitar complicaciones.
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario diseñado ex profeso, que incluye el Cuestionario MIB, mismo que valora el síndrome de Burnout.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Instaurar programas de apoyo y evitar complicaciones del Síndrome de Burnout, con la identificación oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte mi actividad laboral en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades 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 tratados en forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: ***Dra. Mónica Sánchez Corona matrícula. 99352132***

Colaboradores: Estefani Cruz Cabrera, Médico Residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dra. Mónica Sánchez Corona 99352132
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013