

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33”



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
“EL ROSARIO”**

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE
LA UMF 33”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. ELIZABETH CASTRO MERCADO

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA

PROFESORA TITULAR EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

México D.F.

Agosto 2013



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.

ASESORA DE TESIS

DRA. MONICA SÁNCHEZ CORONA

MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

ASESOR DE TESIS

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

EX COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD U.M.F. NO. 33
EL ROSARIO.

AUTORIZACIONES

DRA MÓNICA SÁNCHEZ CORONA

PROFESORA TITULAR EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

AUTORA DE TESIS

DRA. ELIZABETH CASTRO MERCADO

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
“EL ROSARIO”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a La Luz por la maravillosa madre que tengo, la cual amo y adoro. Te doy gracias Luz, por la vida que me has otorgado, por las experiencias de vida que me proporcionas y el que siempre nos acompañas.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mi asesora la Dra. Mónica Sánchez Corona y mi asesor el Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias; fuente de paciencia y entrega a su labor, ya que sin su apoyo este trabajo no habría podido ser realizado. A mi pequeño saltamontes por haberme dedicado parte de su tiempo.

INDICE

	ÍNDICE
	PÁGINAS
TÍTULO	7
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
OBJETIVOS	
- GENERAL	24
- ESPECÍFICOS	24
MATERIAL Y MÉTODO	
- LUGAR DEL ESTUDIO	25
- DISEÑO DEL ESTUDIO	25
- POBLACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	25
RESULTADOS	26
TABLAS Y GRÁFICAS	27
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	
- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	38
- CONSENTIMIENTO INFORMADO	39

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33”**

Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar adscritos a la UMF 33
Castro Mercado Elizabeth¹, Sánchez Corona Mónica², Arvizu Iglesias Rodolfo³.

RESUMEN

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste laboral manifestado tridimensionalmente. **Objetivo.**Determinar la frecuencia del síndrome de burnout en residentes de medicina familiar adscritos a la umf 33. **Material y métodos.**Estudio de diseño no experimental de encuesta transversal, de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, trasversal en una muestra de 45 residentes de medicina familiar, 8 fueron eliminados, previo consentimiento informado, se aplicó cuestionario que incluyó factores laborales y personales, así como el test MBI. **Resultados.**La frecuencia de Síndrome de Burnout fue del 67.57%, siendo el 76% mujeres, el 52% mayores de 30 años. Con respecto al estado civil, predominó en quienes tenían pareja con un 56%. En cuanto a horas de traslado, menor a 2 horas obtuvo un 76%. El 100% de los residentes trabajan > de 40 horas a la semana, el 56% con síndrome de Burnout vive con > de 1 persona. **Conclusiones.**La mayor frecuencia de Síndrome de Burnout presentada en residentes de Medicina Familiar, se encontró en el género femenino, >30 años, con pareja, <2 horas de traslado, el 2º grado fue el que tuvo mayor frecuencia de Burnout. Es importante identificar dicho síndrome al inicio del curso de especialización con la finalidad de implementar acciones a fin de evitar su aparición o complicaciones de psicopatologías para un mejor desempeño en el ámbito de educación.

Palabras clave:Síndrome de Burnout, residentes de medicina familiar, factores labores, factores personales.

1. R3MF, UMF33. 2. MF.CCEIS, UMF33. 3. MFEX-CCEIS, UMF33

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste aparece como diagnóstico en los años 70, término introducido por Psiquiatra Herbert Freudenberger, quien definió que el Síndrome de Burnout significa fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos ⁽¹⁾. Este síndrome ha sido estudiado ampliamente a nivel internacional y nacional en personal de Salud; sin embargo no se encuentra tanto acervo en investigación a nivel de residentes de Medicina Familiar.

En nuestro país el síndrome de desgaste ha sido retomado por psicólogos, pedagogos, filósofos, administradores, enfermeras y médicos especialistas de diferentes áreas, pasando desde la psiquiatría hasta la medicina familiar. Y se ha estudiado en casi todos los estados de la república, en organizaciones industriales, educativas y en las principales instituciones de salud. ⁽²⁾

Durante muchos años se ha estudiado el Síndrome de Burnout en residentes, el primer estudio fue en los Estados Unidos en el año de 1970, Burnout ha sido descrito como la respuesta al estrés emocional e interpersonal prolongado en el trabajo definido en 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y disminución en el rendimiento laboral. ^(11,12).

En estudios realizados a médicos residentes que padecen síndrome de desgaste profesional se reconoce que su labor asistencial está muy por debajo de los estándares de atención en comparación por la brindada por sus compañeros que no padecen el síndrome. ⁽¹³⁾

Los médicos residentes, si bien están expuestos al trato constante de pacientes que es un factor desencadenante para síndrome de Burnout, tiene añadidos diferentes factores personales y laborales como: edad, sexo, estado civil, horas de traslado, horas laboradas, con cuantas personas vive, así como su grado académico. Investigar sobre este síndrome en Residentes de Medicina Familiar es fundamental, ya que son los médicos de primer contacto con la población derechohabiente.

Motivo por el cual es importante realizar mayor investigación en el área de Medicina Familiar a nivel de residentes, no sólo para identificar Síndrome de Burnout, sino también para darle tratamiento y seguimiento.

MARCO TEORICO

En la década de los 70 se desarrolla el concepto de Síndrome de Burnout, que traducido al castellano se habla de agotamiento o estar exhausto o quemado, consumido. Y aunque aún no es reconocido en el DSM2, si es mencionado en la Clasificación Internacional de enfermedades bajo el código Z73.0. ⁽¹⁾

Una de las definiciones más aceptadas entre los investigadores del tema es la que lo precisaron como: “el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”.

- Freudenberger: “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”, en su libro “Burnout: el alto costo del alto logro” fue el primero en usar este concepto.
- Edelwich y Brodsky (1980) “Perdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la parte en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”.
- Maslach y Jackson (1981) “Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional”. ⁽¹⁾

En las ciencias médicas, fue mencionado e introducido por primera vez por el Psiquiatra Herbert Freudenberger, quien definió que el Síndrome de Burnout significa fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. ⁽¹⁾

En nuestro país el síndrome de desgaste ha sido retomado por psicólogos, pedagogos, filósofos, administradores, enfermeras y médicos especialistas de diferentes áreas, pasando desde la psiquiatría hasta la medicina familiar. Y se ha estudiado en casi todos los estados de la república, en organizaciones industriales, educativas y en las principales instituciones de salud. ⁽²⁾

La prevalencia del Síndrome de Burnout en diversos campos de trabajo indicó:

Industria	Realización personal en el trabajo	Cansancio Emocional	Despersonalización
Promedio general de seis industrias	Moderado	Moderado	Moderado
Hospitalidad	Moderado	Moderado	Moderado
Educación	Alto	Moderado	Alto

Otros educación	Moderado	Bajo	Bajo
Servicios Sociales	Alto	Moderado	Moderado
Medicina	Moderado	Moderado	Moderado
Salud Mental	Alto	Bajo	Bajo
Otros	Moderado	Moderado	Moderado

En diferentes investigaciones la consideración final, el que el instrumento utilizado; en la mayoría de los estudio es el Maslach Burnout Inventory; ya que presenta la validez y confiabilidad necesaria y que incluso se han marcado deficiencias en la traducción del test. ⁽³⁾

Las investigaciones de Síndrome de Burnout en diferentes áreas han mostrado prevalencia alta en servicios sociales, de Medicina y salud mental. ⁽³⁾

Se han hecho investigaciones que han demostrado de manera general que el síndrome se presenta en doctoras y doctores. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome. Lo que coincide con los estudios de doble jornada en mujeres. ⁽⁴⁻⁵⁾

El síndrome se presenta y desarrolla en personal médico que labora en instituciones de salud pública o privada. Los resultados de diferentes investigaciones han mostrado que el estrés laboral no varía mucho en los médicos de instituciones particulares de nuestro país. ⁽⁴⁾

En la mayoría de los estudios se reportan niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, aunque en algunos estudios se han reportado niveles severos, principalmente en agotamiento emocional y despersonalización. ⁽⁴⁾

En México la formación de especialistas de acuerdo a los objetivos del Plan Único de Especialidades Médicas y a los estándares globales internacionales pretender: la formación por competencias en lo relativo a conocimientos en materia de especialidad; destrezas, habilidades específicas y adquisición de lo que se ha dado llamar profesionalismo. El profesionalismo implica un conjunto de actitudes que van desde identificación con valores institucionales, presencia física y aspecto, hasta valores éticos, habilidades de comunicación con pacientes y familiares, empatía y compasión por los pacientes y adherencia a los códigos éticos que rigen la Medicina. ⁽⁴⁾

La educación médica en general tiene como objetivo incrementar la capacidad del médico. La especialidad de Medicina Familiar procura que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud y para la prevención de los mismos; manejados holísticamente. ⁽⁶⁾

Actualmente se puede distinguir una práctica médica de alto nivel de calidad, con 3 funciones principales profesionales sustantivas: la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas.

El médico residente de Medicina Familiar cuenta con un conjunto de actividades que, a través de medios directos e indirectos sobre las personas, promueven la salud y permiten la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Cuenta con formación en la investigación y en actividades docentes. ⁽⁷⁾

Las transformaciones sociales, institucional y la expansión de la ciencia hace indispensable que los médicos residentes desarrollen diversas capacidades en su proceso formativo que hacen profundice su aptitud clínica, influyendo positivamente en la salud de las familias. ^(6,7)

El médico residente de Medicina Familiar aparte de desarrollar estas actividades, tiene en su formación guardias en diferentes servicios de urgencias adultos, urgencias pediátricas y TOCO; adiestramiento que durante su estancia en la institución de salud, es de gran importancia para extender su pericia y aptitud en los procedimientos técnicos. En México, los médicos residentes deben laborar ciertas horas diarias más guardias. ^(8,9)

En los últimos 10 años, en Estados Unidos y Canadá se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo con las que se acumulen 100 a 120 horas semanales, ^(10,11) aún frecuentes para los residentes de ambos países. En México, la Ley Federal del Trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño. La adaptación a las circunstancias adversas del ambiente se ha definido en inglés como el síndrome de Burnout. ⁽¹²⁾

Durante muchos años se ha estudiado el Síndrome de Burnout en residentes, el primer estudio fue en los Estados Unidos en el año de 1970, Burnout ha sido descrito como la respuesta al estrés emocional e interpersonal prolongado en el trabajo definido en 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y disminución en el rendimiento laboral. ^(11,12)

En estudios realizados a médicos residentes que padecen síndrome de desgaste profesional se reconoce que su labor asistencial está muy por debajo de los estándares de atención en comparación por la brindada por sus compañeros que no padecen el síndrome. ⁽¹³⁾

Hay variables implicadas en el desarrollo de Burnout, la mayoría de las referencias señalan los estresores de la profesión, como:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

VARIABLES QUE SE RELACIONAN AL SÍNDROME DE BURNOUT SON DISTINTAS EN LOS DIFERENTES ESTUDIOS, SE HA PLANTEADO COMO PERFIL DE RIESGO: CONTAR CON MÁS DE 20 AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL Y MÁS DE 11 AÑOS EN LA MISMA INSTITUCIÓN, QUE LABORA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, TENER A SU CARGO MÁS DE 20 ENFERMOS Y TRABAJAR 36-40 HORAS A LA SEMANA. ⁽¹³⁾

Personalidad resistente: compromiso al trabajo, los cambios se ven como desafío antes que amenaza, previniendo de esta forma el Síndrome de Burnout. (13,14)

Sexo: las mujeres presentan más conflictos en el rol, teniendo como sintomatología depresión, conflictos familia-trabajo. Edad: relacionado con la madurez y la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. Gould (1985) relaciona que cuanto más joven la persona, más propensa esta al Burnout. Demandas emocionales: mayor demanda, más propensión al síndrome.

Patrón de personalidad tipo A: según Nagy y Davis (1985), estas personas se caracterizan por ser competitivas, de gran esfuerzo, agresivos, llevan prisa, impaciente, inquietos e hiperresponsables. ^(13,14)

Variables predictorias del Burnout en el contexto organizacional.

Negativa dinámica del trabajo: malas interacciones con los compañeros de trabajo.

Inadecuación profesional: no adaptarse al perfil profesional y personal del perfil del puesto. Exigencias del trabajo: las exigencias sobrepasan las racionalmente aceptables acompañadas de tareas desagradables. Mayor exigencia exige mayor responsabilidad.

⁽¹⁴⁾

FACTORES QUE INDICAN EL DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT.

Características del trabajo: excesiva carga de trabajo y poco tiempo para ello, esto añade peso al agotamiento emocional. Otros factores: falta de información o incapacidad de desarrollar una tarea, carencia de apoyo, ausencia de realimentación positiva y reconocimiento, falta de autonomía y autodeterminación. ⁽¹⁴⁾

Características individuales: gente joven, posiblemente con impericia laboral. Otros: baja autoestima, personalidad pasiva y rígida con dificultad de adaptación del entorno.

⁽¹⁴⁾

Entorno inadecuado: estrés y privación del sueño. Siendo el hospital un lugar que cuenta con los pre-requisitos. ⁽¹⁴⁾

Factores relacionados con el síndrome de Burnout:

- Personales:

Edad, Sexo, Estado civil, Número de hijos, Personas con las vive.

La edad aunque parece o influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este, siendo estos los primero años dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana. La edad con la que múltiples estudios concuerdan esta entre los 20 u 40 años de edad como factor de riesgo. ⁽¹⁵⁾

El género es principalmente el femenino, considerado como grupo vulnerable, debido a la práctica profesional y la tarea familiar. ⁽¹⁵⁾

El estado civil se ha asociado con las personas que no tienen pareja estable, sin embargo no hay un acuerdo unánime. En este caso la existencia o no de hijos y/o el vivir con más personas hace que el individuo por lo general sea más resistente al síndrome. ⁽¹⁵⁾

- **Laborales:**

Número de empleos, grado académico de residencia médica, horas laboradas a la semana, horas de traslado al sitio de trabajo.

El número de empleos se documenta que a mayor número de empleos mayor será la presencia del síndrome, como factor de riesgo 2 o más empleos. La antigüedad laboral tiene una relación con el síndrome encontrando en algunos estudios que entre mayor antigüedad, mayor riesgo de padecer síndrome de Burnout, siendo considerado mayores de 10 años de experiencia laboral. Se ha relacionado también el factor de horas de traslado como desencadenante de este síndrome, relacionando que al durar más de dos horas de traslado al sitio de trabajo, causa relación positiva con dicho síndrome. Horas laboradas se encuentra como factor de 36 a 40 horas a la semana. ⁽¹⁵⁾

Estos factores se relacionan al personal médico y en específico a médicos residentes, médicos en formación que están con predisposición a padecer Síndrome de Burnout. ⁽¹⁵⁾

Convertirse en médico especialista es un proceso complejo que requiere arduo trabajo y si bien en cada época el sistema de residencias médicas se ha llevado a cabo como el mejor posible, es necesaria la renovación constante para mejorar las condiciones de médicos residentes, pacientes y los propios sistemas de salud. ^(4,15)

Por eso es importante el estudio del síndrome de Burnout en residentes y en particular en residentes de Medicina Familiar, ya que no solo están enfocados a una área, sino que es un enfoque holístico, donde no sólo se enfoca en el aspecto biológico de un paciente sino también psicológico y ambiental; así mismo debe tener conocimientos de diversas enfermedades en las diferentes etapas de la vida. En muchos países se ha visto que los sentimientos de insatisfacción en el trabajo así como el estrés, son problemas compartidos por los médicos familiares en muchos países. ⁽¹⁵⁾

El síndrome de Burnout además es asociado con la erosión del profesionalismo y consecuencias personales serias. ⁽¹⁶⁾

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. Desde la primera vez que se acuñó el término en 1974 por Freudenberg, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el Burnout, aportando numerosas definiciones, modelos teóricos y componentes. Esta temática ha despertado interés también en la población general ya que parece ser que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales, sociales y económicos elevados. En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes. ⁽¹⁷⁾

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. 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. Según el sexo sería principalmente las mujeres 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. El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime¹⁸: 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 ⁽¹⁸⁾.

En 1982, Maslach utilizó el término y destacó que quienes trabajan en servicios de ayuda humana pueden sufrir un cuadro de agotamiento profesional, consistente en adaptación patológica ante la pérdida progresiva de idealismo, objetivo y energía, consecuentes a las dificultades del trabajo cotidiano ⁽¹⁾. Construyó una prueba para evaluar los diferentes componentes del síndrome ^(10,18):

1. Agotamiento emocional: disminución y pérdida de los recursos emocionales.

2. Despersonalización o deshumanización: desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.

3. Falta de realización personal: percepción negativa del trabajo.

El ambiente laboral caracterizado por pobre comunicación entre el personal del hospital, la falta de recursos, la pobre autopercepción de proeficiencia técnica y de capacidad para cuidar de otros, son factores asociados con la presencia de síndrome de desgaste profesional. Los factores de riesgo son corta edad, sexo femenino, soltería o falta de pareja estable, jornada laboral prolongada, rasgos exagerados de personalidad (como en los histriónicos), expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio, reconocimiento o de mayores ingresos económicos. (19,20)

Para evaluar el Síndrome de Burnout se utiliza el test de Maslach.

- El 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. (18, 19,20)
- 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. (18, 19,20)
- La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. (18, 19,20)
- Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI. (18, 19,20)
- 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. (18, 19,20)

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. (18, 19,20)

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen. (18, 19,20)

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. (18, 19,20)

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”. (18)

CORRECCIÓN DE LA PRUEBA

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. (18, 19,20)

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto. (19,20)

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto. (19,20)

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto. (19,20)

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. ^(19,20)

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. ⁽²⁰⁾

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome. ^(20, 21, 22)

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro. ^(20, 21, 22)

Los instrumentos de medición para el Síndrome de Burnout y del agotamiento emocional laboral deben cumplir con dos criterios psicométricos fundamentales: confiabilidad y validez, de acuerdo a la perspectiva clásica de los test. Bajo estos criterios se han construido las escalas de medición “Maslach Burnout Inventory” (MBI) y “Agotamiento Emocional Laboral” (AEL). Dado que su aplicación en diferentes contextos o población requiere de nuevos estudios psicométricos, los objetivos del presente estudio fueron: a) analizar la estructura factorial de las escalas MBI y AEL para médicos mexicanos, y b) identificar los factores psicosociales de traslado, acontecimientos sociales y condiciones personales que interactúan con el *Burnout*. ⁽²¹⁾

En varios estudios se ha analizado la validez del Test de Maslach, test que se utilizara para medir el Síndrome de Burnout en residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF 33 El Rosario en México Distrito Federal. ^(20, 21, 22)

Estos estudios el inventario de agotamiento de Maslach es uno de los instrumentos más utilizados para medir la presencia de estrés laboral o *síndrome de quemado* en el trabajo; introducido en 1981, continúa siendo probado en su estructura factorial por diversos autores. ⁽²²⁾

Se conoce la investigación de Iwanicki y Schwab de 1981 (cit. por Gil-Monte y Peiró, 1997), quienes administraron el MBI a una muestra de 469 maestros. Los resultados

obtenidos, según cada uno de los factores, son: un alfa a .90 para realización personal, a .76 para agotamiento y un a .76 en despersonalización. Por otra parte, la investigación de Gold, de 1984, realizada con una muestra de 462 maestros (cit. por Gil-Monte y Peiró, 1997) arroja resultados similares, a .88, a .74 y a .72, respectivamente. Una investigación reciente, de García, Herrero y León (2007), obtiene niveles de confiabilidad altos de a .81 para realización en el trabajo, a 0.88 para agotamiento y 0.79 para despersonalización. En consecuencia, y a nivel internacional, los investigadores afirman que la validez factorial del MBI ha sido probada. (20, 21, 22)

No obstante, se recomienda mantener separadas las puntuaciones de cada subescala, es decir, no combinarlas en una puntuación única, pues no hay evidencia teórica para afirmar o no si cada una de las tres escalas mide un mismo constructo. (22,23)

La contestación de un cuestionario como éste deberá hacerse en un entorno en donde exista privacidad (a fin de evitar influencias de otros trabajadores, amigos o familiares), confidencialidad (con el objeto de que el encuestado sienta que contesta en forma anónima a fin de evitar conflictos laborales) y sin sensibilización sobre lo que se pretende explorar (con la finalidad de evitar el sesgo natural en un ambiente de por sí cargado de factores estresantes y cargas de trabajo frecuentemente exhaustivas). Como ya se ha señalado, el escenario más significativo de ser interpretado es el agotamiento emocional, y para muchos autores este es el componente central más importante del síndrome de Burnout y el que mayor valor tiene en la interpretación de resultados y eventuales medidas remediales. (23)

El MBI ha sido sujeto de múltiple escrutinios y modificaciones. Se ha considerado que muchos de los enunciados describen sentimientos en lugar de preguntar por ellos, que serían preferibles y de mayor valor cuestionarios que explorasen solo un escenario o solo dos de ellos y que las respuestas de la escala de Likert fuesen modificadas en la frecuencia de: 1) nunca, 2) menos de 12 veces al año, 3) una vez al mes, 4) más de una vez al mes y menos de una vez por semana, 5) una vez a la semana, 6) 2 a 4 veces por semana y 7) 5 o más veces por semana. (8).

Factores que inciden en su desarrollo

Las características del trabajo. En prácticamente todos los estudios disponibles sobre el tema, el factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado. Sobrecarga laboral y presión del tiempo para realizarla son los factores comunes y consistentemente relacionados con la aparición del síndrome de Burnout, particularmente con la aparición del agotamiento emocional (Exhaustion). (24)

Otros factores relacionados con el trabajo y que han sido asociados como factores crónicos desencadenantes son: falta de información o incapacidad de desarrollar satisfactoriamente el trabajo encomendado; carencia de apoyo de los supervisores encargados del área; ausencia de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo; percepción de inequidad; incompatibilidad de los valores éticos personales con aquellos de la institución, y falta de autonomía y autodeterminación en la resolución de problemas que puedan ser eventualmente resueltos en forma satisfactoria por el trabajador. (8,24, 25)

Las características individuales. Los rasgos de personalidad más frecuentemente asociados son: baja autoestima, personalidades pasivas y rígidas con dificultades de adaptación al entorno; e individuos con altas expectativas de desarrollo. (24)

El entorno desencadenante. No es casual que el síndrome de Burnout haya sido inicialmente descrito en trabajadores de la salud y que existan numerosas publicaciones de su presencia entre enfermeras, médicos residentes y médicos tratantes. El entorno de un hospital y, particularmente, en lo referente a las actividades de médicos internos, residentes y enfermeras novicias, cumple con todos los prerrequisitos para que el síndrome de Burnout se desencadene. (24, 25)

Dos factores agregados que actúan como factores gatillo han sido ampliamente reconocidos: el estrés y la privación del sueño. El estrés se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, más allá de sus capacidades para enfrentarla a la que se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia y el internado; incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y competitividad profesional. (25, 26, 27).

A este estado de estrés con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente privación del sueño por las horas de guardia a las que se ven frecuentemente sujetos. (26, 27, 28)

La privación del sueño en medicina, en esta etapa formativa de los residentes, es una de las características inherentes a la medicina y probablemente sea más notable comparada con las diferentes profesiones, pues excede con mucho a lo autorizado para otros trabajadores tales como los de la aviación, el transporte y los trabajadores de la industria nuclear (29-33).

El efecto de la privación del sueño en el desempeño laboral y académico y en la seguridad de la atención médica, ha sido ampliamente estudiado y recientemente sujeto a regulaciones normativas, pues está demostrado que la privación crónica del sueño altera la concentración y capacidad de decisión pudiendo elevar la frecuencia de errores médicos con consecuencias fatales. La fatiga crónica entre los residentes con

períodos de trabajo que van de las 80 a las 120 horas por semana es una práctica frecuente. Esta privación del sueño y sus consecuencias en la atención y capacidad de desarrollar destrezas, después de 24 horas de permanecer alerta, sin descanso, es equivalente a tener concentraciones de alcohol en sangre del 0.10%, lo que conduce a errores médicos y a alteraciones del estilo de vida en las relaciones sociales y familiares. ⁽²⁹⁾

Su frecuencia entre residentes. Utilizando la escala de medición de Maslach (MBI) se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes, en distintos países es muy alta, independientemente de la especialidad de que se trate y del año en el que estén inscritos. Las razones por esta tendencia al mayor agotamiento emocional entre las mujeres pueden tener diversas explicaciones relacionadas al género, pues perciben mayores presiones y acoso sexual entre médicos y residentes; presiones familiares del cónyuge o compañero; percepción de desaprobación por parte de los médicos adscritos en caso de quedar embarazadas, y desaprobación por parte de sus compañeros en caso de preñez durante la residencia. ^(23, 24, 25)

Su impacto en la atención médica y en la formación de los residentes

El profesionalismo implica un conjunto de actitudes que van desde identificación con los valores institucionales, presencia física y aspecto, hasta valores éticos, habilidades de comunicación con pacientes y familiares, empatía y compasión por los pacientes y adherencia a los códigos éticos que rigen la medicina. ^{(23, 24, 25- 34).}

El bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un impacto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional, los hace ser más productivos lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica recibida. A su vez, la satisfacción de los médicos con el bienestar social y organizacional mejora las condiciones de contratación de la institución y disminuye los costos salariales al aumentar la permanencia laboral y disminuir el recambio en la contratación por abandono o despidos ^{(8).}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de desgaste (Burnout) es un problema que se está presentando en profesionales que trabajan con personas, en especial en los médicos, por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos que pueden desencadenar dicho padecimiento; por externos entendemos cuestiones institucionales e internos como la personalidad del trabajador.

Existen factores asociados para la aparición de este Síndrome entre los cuales tomaremos en cuenta los factores personales y laborales.

El propósito de este trabajo es dar un panorama para que los médicos en formación de posgrado identifiquen los factores de riesgo, esta problemática en ellos o en sus compañeros y así se implementen estrategias de prevención o intervención en esta población.

En diversas investigaciones se ha tomado el grupo de salud como un grupo blanco para presentar Burnout, estudiantes, internos, pasantes y en este estudio se toma el grupo de médicos residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar.

Los referentes teóricos, que aquí se presentan, parten de la consideración de que la persona que se encuentra en constante interacción con los pacientes presenta Síndrome de Burnout.

Este Síndrome actualmente es medido por el Test de Maslach Inventory que evalúa en tres categorías: desgaste emocional, despersonalización e ineficiencia o realización personal.

Dentro del ambiente médico y más en el ambiente de formación implica que el médico residente desarrolle habilidades teórico-prácticas indispensables para su desempeño, desafortunadamente el presentar este Síndrome provocara en él un bajo desempeño.

El agotamiento emocional laboral se manifiesta por sentir insatisfacción en la actividad laboral, por sostener problemas interpersonales en el área de trabajo, por la tensión física y por un afrontamiento cognitivo-emocional.

En el desarrollo de la residencia médica se llevan a cabo varias actividades teórico-prácticas, basado en el modelo de competencias. El médico residente sufre de agotamiento al tratar de cumplir con las diversas exigencias de la residencia médica. Motivo por el cual el trabajo está enfocado a conocer cuáles son los principales factores predisponentes para presentar Síndrome de Burnout en Residentes de Medicina Familiar y cuáles de estos factores pueden ser modificables.

¿Cuál es la frecuencia del síndrome de burnout en residentes de medicina familiar adscritos a la umf 33?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia del síndrome de burnout en residentes de medicina familiar adscritos a la umf 33.

ESPECIFICOS:

- Identificar los factores personales (edad, sexo, estado civil, y personas con las vive), residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF 33.
- Determinar los factores laborales (horas laboradas a la semana, horas de traslado al sitio de trabajo), de los en residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF 33.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la UMF 33 de la Delegación Norte del D.F., se encuentra ubicada en el área de la Unidad Habitacional El Rosario, en las Avenidas de Aquiles Serdán, Renacimiento S/N y de las Culturas S/N, en la Delegación Azcapotzalco México D.F. El objetivo fue determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en residentes del curso de especialización de medicina familiar.

Se realizó un estudio de tipo no experimental, transversal, descriptivo, observacional. De 45 residentes del curso de especialización en medicina familiar se incluyeron a 37 que contaban con los criterios para realizar investigación. Se realizó un estudio por medio de la aplicación del cuestionario (**Anexo 1**), previa información del procedimiento y consentimiento informado. Una vez obtenida la información se procedió al análisis de resultados en forma escrita y gráfica, clasificando a los residentes si presentan o no Síndrome de Burnout y factores laborales y personales presentados.

El cuestionario diseñado ex profeso cuenta con ítems elaborados por el investigador con la finalidad de identificar factores personales (edad, sexo, estado civil) y laborales (horas laboradas a la semana, horas de traslado a su sitio de labor, grado académico) del encuestado. A partir del ítem 8 se encuentra el Test de Maslach que evalúa la presencia o no de Síndrome de Burnout, marcándose con una “x” la casilla correspondiente; tomando como mayor de 66 por puntuación para padecer dicho Síndrome. Dicho test cuenta con 22 ítems de los cuales evalúa desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal, se marcó con una “x” en una casilla que iban desde: nunca, alguna vez al año o menos, una vez al mes o menos, algunas veces al mes, una vez por semana, algunas veces por semana y todos los días.

De los 45 residentes que contestaron, 8 fueron excluidos por presentar Psicopatología de base conocida.

Para realizar el análisis de los datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

Este estudio se realizó bajo los lineamientos éticos de investigación en salud en seres humanos.

RESULTADOS

Se realizaron 45 encuestas a médicos residentes del Curso de Especialización en medicina familiar, siendo eliminados 8 por contar con psicopatología de base (Ansiedad y/o Depresión), de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la aplicación del Test de Maslach, se registraron 37 residentes con criterios de inclusión, de ellos el 67.56% presentó Síndrome de Burnout (25), el 32.43% no presentaron Síndrome de Burnout (12).

De los 37 residentes 19 contaron con edad mayor a 30 años lo que equivale al 51.35% y < 30 años fue el 48.64% (18). El síndrome de Burnout predominó en mayores de 30 años (13) representando el 52%.

El 78.38% fueron mujeres (29) y el 21.62% (8) hombres. Del total de mujeres el 76% (19) presentaron Síndrome de Burnout.

El 56.75% (21) si tenían pareja y un 43.24% sin pareja (16), de los cuales el 56% (14) contaban con pareja al momento del estudio y Síndrome de Burnout.

El 72.97% (27) ocupan <2 horas de traslado y 27.02% (10) ocupan >2 horas de traslado. De estos los que presentaron Síndrome de Burnout fue el 51.35% (19) los cuales utilizaban <2 horas de traslado a su sitio de labor.

El 100% de los que padecen Síndrome de burnout trabaja >40 horas a la semana.

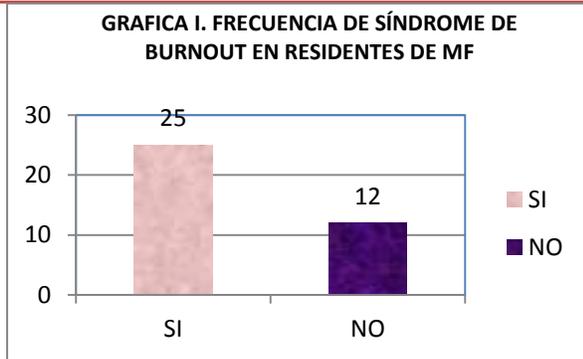
De los 25 residentes con síndrome de burnout, el 84% (21) viven con > 1 persona.

De acuerdo al grado académico, los residentes de 2do año cuentan con una frecuencia de 44%, seguida de los de primer año con un 32%, y por ultimo con un 24% los cuales representan residentes de tercer grado.

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA I. FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

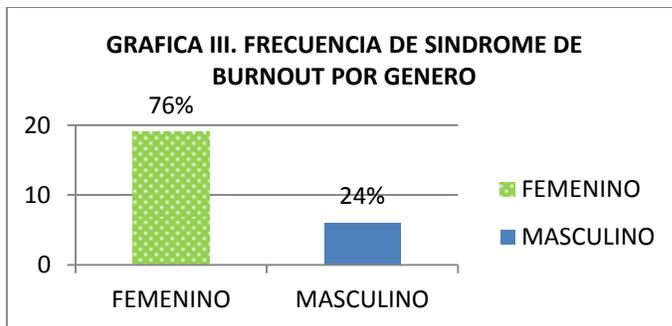
BURNOUT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	67.5675
NO	12	32.4324



FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT POR GENERO

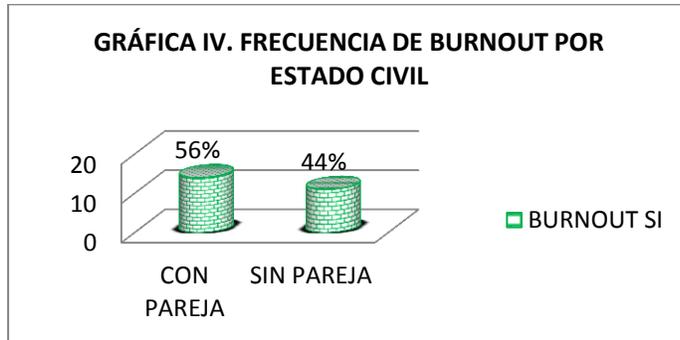
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	19	76%
MASCULINO	6	24%



FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

TABLA IV.

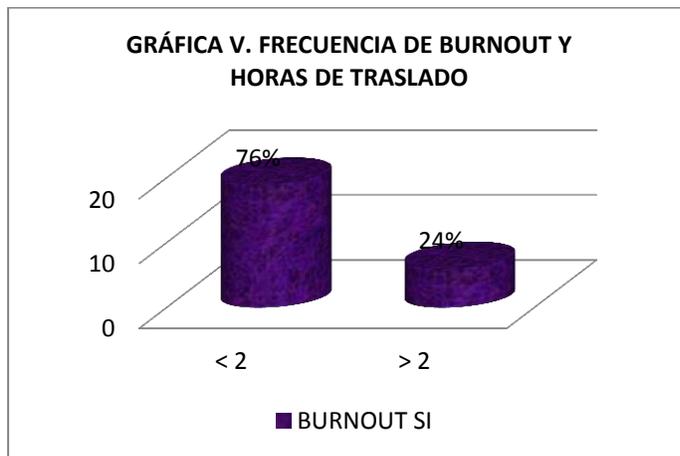
FRECUENCIA DE BURNOUT POR ESTADO CIVIL				
		CON PAREJA	SIN PAREJA	TOTAL
BURNOUT	SI	14	11	25



FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

TABLA V.

FRECUENCIA DE BURNOUT EN RELACION A HORAS DE TRASLADO				
		< 2	> 2	TOTAL
BURNOUT	SI	19	6	25

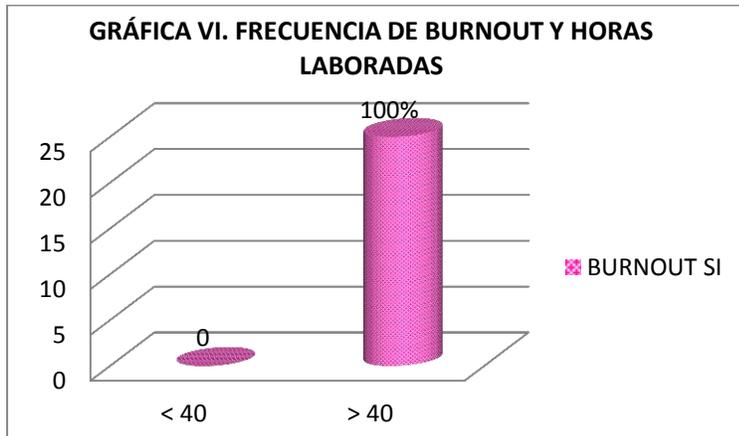


FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

“SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33”

TABLA VI.

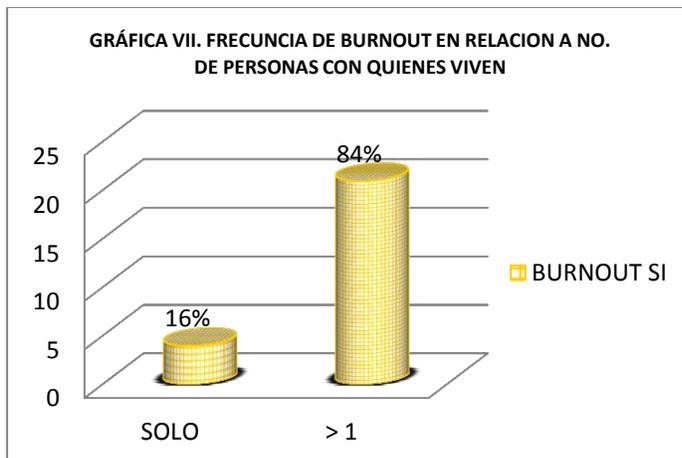
FRECUENCIA DE BURNOUT EN RELACION A HORAS LABORADAS A LA SEMANA				
		< 40	> 40	TOTAL
BURNOUT	SI	0	25	25



FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

TABLA VII.

FRECUENCIA DE BURNOUT Y NO. DE PERSONAS				
		SOLO	> 1	TOTAL
BURNOUT	SI	4	21	25

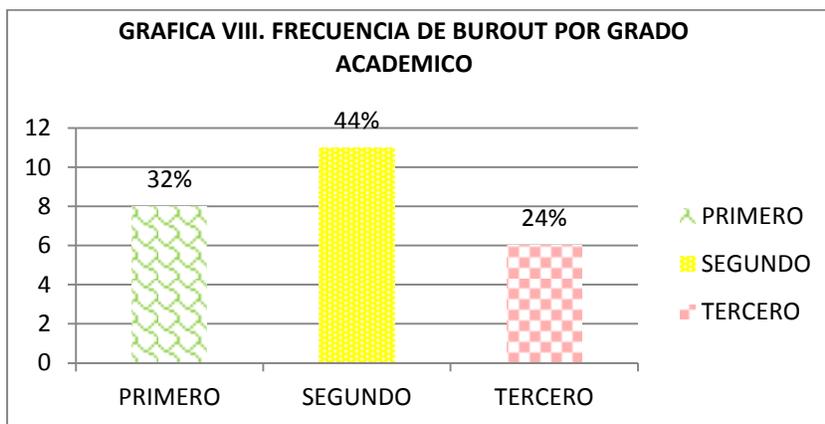


FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

TABLA VIII.

FRECUENCIA DE BURNOUT POR GRADO ACADEMICO

PRIMERO	8
SEGUNDO	11
TERCERO	6



FUENTE: TEST EX PROFESO Y TEST MBI EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 33

DISCUSIÓN

La finalidad del presente estudio fue evaluar la frecuencia de Síndrome de Burnout en residentes de Medicina Familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, previo consentimiento informado, se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en este estudio fue de 37 residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF 33 se les aplicó un cuestionario ex profeso, que incluía el Cuestionario Maslach Burnout Inventory, instrumento que diagnóstica dicho Síndrome; encontrándose una frecuencia en los tres grados académicos, representando un 67.56% lo cual es superior a lo reportado en otros estudios que estiman una frecuencia que va del 36% al 58.6% con un alto porcentaje de Burnout en al menos una de las tres escalas. El Estudio de Prieto et al. obtuvo 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. Con factores asociados personales y laborales como estado civil sin pareja, sexo femenino. (35,37).

En cuanto al género se encontró que la mayor frecuencia se encontraba en el sexo femenino con un porcentaje de 76%%, lo cual no es un factor independientemente asociado con el desarrollo de Síndrome de Burnout, esto se debió a que en el grupo de estudio de residentes de Medicina Familiar predominaban las mujeres. En el estudio de Pereda – Torales 2009, quien menciona el género femenino como predominante en el 72%. Arrieta – Vargas quien menciona una frecuencia del 100% en el género femenino Lo observado en otros estudios donde la mayoría de la población era de género femenino (35). 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 prolongaría el rol de mujer; sin embargo en nuestro estudio la mayoría de la población encuestada es de género femenino. (36)

Con respecto al estado civil, el estado civil con pareja fue el factor mayormente asociado con una frecuencia de 56.7567%. Este resultado no concuerda con el estudio de Pereda – Torales, quien menciona mayor frecuencia del 96% en estado civil sin pareja, Arrieta – Vargas, quienes mencionan mayor asociación al estado civil con pareja hasta en un 81%, tampoco hay un acuerdo unánime. El rango de edad encontrado con mayor frecuencia que presento Burnout fue >30 años con un 35.1351%, lo encontrado en otros estudios realizados en Médicos representando el 66.67%. En otros estudios realizados, se encontró que la edad de 20 a 40 años como factor en el Síndrome de Burnout con el 62.5%; Aranda et al menciona una edad promedio de 40 años con una frecuencia del 64%. (38)

En cuanto al número de personas con las que viven se obtuvo que el 84% de los que presentan Burnout viven con >1 persona, resultados encontrados en estudios de Peiró con un 57% reporta un porcentaje menor a lo reportado en nuestra investigación ⁽²⁴⁾.

En cuanto a la antigüedad laboral y grado académico, en publicaciones previas como el estudio de 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 menos a los 5 años. Hay una discrepancia de resultados en las diferentes publicaciones, pudieran estar asociadas a que las personas jóvenes presentan un periodo de estabilización en los primeros años. ^(38, 39)

Dentro de las horas laboradas a la semana se obtuvo que el 100% de los residentes laboran >40 horas a la semana, independiente de si presentaron o no Síndrome de Burnout; este estado de estrés con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente privación del sueño por las horas de guardia a las que se ven frecuentemente sujetos, según investigaciones de Martínez AJ y Fonseca. ^(26, 27, 28)

Las horas de traslado al sitio de labor identificaron que la mayoría de los residentes ocupaban <2 horas, si bien estudios realizados por Dyrbye y Harper cuentan como factor desencadenante. Las características del trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado y las horas de traslado, en este estudio tuvo un porcentaje de 72.9729%. ⁽²⁴⁾

CONCLUSIONES

El objetivo de la investigación fue determinar la frecuencia de Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar adscritos a la umf 33, encontrándose que el 67.5675% de los residentes tuvieron Síndrome de Burnout.

En cuanto a la edad >30 años fue el rango de edad que con mayor frecuencia se presentó Síndrome de Burnout, el género que registro el mayor porcentaje de presentación en Burnout fue el femenino, de estos con pareja, viviendo con > 1 persona al momento del estudio, con grado académico de 2°. En cuanto a horas de traslado los residentes que presentaron síndrome de Burnout ocuparon <2 horas de traslado, el 100% laboran >40 horas a la semana.

Se concluye que el Síndrome de Burnout es una enfermedad que se caracteriza por presentar agotamiento emocional, falta de realización personal y sentimiento de despersonalización, afectando a personal de la salud, en este estudio a residentes de medicina familiar.

Este estudio de Síndrome de Burnout permite tener una base teórica, para profundizar en como este está afectando el desempeño laboral de los médicos residentes. La calidad de la atención laboral, se verá reflejada en la calidad de atención al derechohabiente, ya que siendo el residente uno de los primeros contactos con este, es importante el mejoramiento de la salud física y emocional del prestador de servicios de Salud, mejorando la productividad de este.

Evaluar el Síndrome de Burnout en residentes de Medicina Familiar permite identificarlo y tratarlo para proporcionar un ambiente con adecuado clima laboral. Es importante el seguimiento en posteriores investigaciones en Residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina 33, con la finalidad de otorgarle al residente la ayuda necesaria para un mejor desempeño laboral. Recomiendo se haga se continúe con este estudio en investigaciones posteriores. Si bien el Síndrome de Burnout es desgaste en el ámbito laboral, es importante evaluar desde un principio la presencia de este en residentes para identificarlo e identificar psicopatologías agregadas que puedan mermar el desempeño educativo del médico en formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez A, Arce L, et. al. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, 2007; (141): 27-30.
2. Hernández C, Dickinson M, Fernández M. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. 2007, Rev Fac Med.
3. Browing K. Predictors of burnout among military mental health provider. Military Medicine, 2005; 176 (3): 253-260.
4. Graue E, Álvarez R, Sánchez M. El síndrome de burnout: la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. 2007; (51): 104.
5. López MA, González VF, Morales GMI, Espinoza MCE. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 233-242.
6. Chávez V, Aguilar E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev. Med IMSS 2002; 40 (6): 477-481
7. Plan Único de Especializaciones Médicas. División de Estudios de Posgrado e Investigación. Facultad de Medicina UNAM. <http://132.248.160.159/especialidades/web/puem.html>.
8. Dyrbye NL, Shanafelt DT. Physician Burnout A Potential Threat to Successful Health Care Reform. JAMA, May 18, 2011; (305): 19 2009.
9. Mitler MM, Dement WC, Dinges DF. Sleep medicine, public policy, and public health. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and practice of sleep medicine. 3rd edition. Philadelphia: WB Saunders; 2000; 17: 580-588.
10. Ripp J, Babyatsky M, Fallar R, Bazari H, Bellini L, Kapadia C, et. al. The Incidence and Predictors of Job Burnout in First-Year Internal Medicine Residents: A Five-Institution Study. Academic Medicine 2011; 86(10).
11. Curiel GRA, Rodríguez MM, Guerrero RF. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (3):221-226.

12. Jelle TP, Gazendam DMS, Tubben BJ, a Van der Heijden MMAF, et. al., Burnout in medical residents: a review. Blackwell Publishing Ltd 2007. *medical education* 2007; 41: 788–800.
13. Bragard I, Etienne AM, Libert Y, Merckaert I, Liénard A, Meunier J, et. al. Predictors and Correlates of Burnout in Residents Working With Cancer Patients. *J Canc Educ* 2010; 25:120–126.
14. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract.* 1975; 12:72-83.
15. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav.* 1976; 5:16-22.
16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981; 2:99-113.
17. Maslach C. *Burnout: The Cost of Caring.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1982.
18. Aranda C, Pando M, Torres T. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. *Rev psicología y salud Universidad Veracruzana* 2006; 26:15-21.
19. Jefatura de la Presidencia. Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 2003; 280: 41442-41458.
20. Preciado M, Salas E, Franco S, Vázquez J. Riesgos psicosociales, burnout y agotamiento emocional laboral en médicos de una institución de beneficencia. *Rev Cub de Salud y Trabajo* 2010, 11 (3):3-8.
21. Alvarado K. Validez factorial de Maslach burnout Inventory. *Rev Inv ISSN* 2012; (9); 1:1-22. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.
22. Buzzetti M. Validación del Maslach burnout inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G de Chile. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. 2012.
23. Zantinge ME, Verhaak PFM, H de Bakker D, van der Meer K, Bensing MJ. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped. *BMC Family Practice* 2009; 10:60.
24. Dyrbye NL, Harper W, Moutier C, Durning JS, Power VD, Massie S, Eacker A, et. al. A Multi-institutional Study Exploring the Impact of Positive Mental Health on Medical Students' Professionalism in an Era of High Burnout. *Academic Medicine*, 2012; 87 (8)

25. Ortega RC, López RF. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1576-7329. 2004; 4 (1): 137-160.
26. Martínez AJC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; (7): 1-3.
27. Thommasen H, Lavanchy M, Conelly I, Berkovitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinion of physicians of rural British Columbia. *Can Fam Phys* 2001; 47:737-744.
28. Fonseca, M.; Sanclemente, G.; Hernández, C.; Visiedo, C.; Bragulat, E.; Miró, Ò. Residentes, guardias y síndrome de burnout. Publicado en *Rev Clin Esp.* 2010; (210):209-215.
29. Maslach C. Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. En Schaufeli et al. Eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis. 1993: 1-16.
30. Maslach C, Schaufeli W. B., Leiter M P. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; (52): 397-422.
31. Gil-Monte P. R, Peiró J.M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15 (2): 261-268.
32. Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. 1993; 237-250.
33. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health.* 2000; 87:1013-1021.
34. Semmer N. Individual differences, work stress, and health. In *Handbook of Work and Health Psychology*. 1996: 51-86.
35. Armand G, Flicentrei D, Suñer R, Prats M, Braga FI influencia de factores personales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215-230.
36. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002; 29: 294-304.

37. 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.
38. 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).
39. Cruz EC, Sánchez MC. Frecuencia del síndrome de Burnout sociodemográficos y laborales, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. 2012 (39-40).

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33”

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #33 EL ROSARIO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33

INSTRUCCIONES: Marque con una **X** la respuesta correcta. Cabe destacar que los datos que usted proporcione serán manejados de manera anónima y confidencial.

1. Edad:
a) Menor de 30 años:
b) Mayor de 30 años:
2. Estado civil:
a) Con pareja:
b) Sin pareja:
3. Con cuantas personas vive:
a) Solo:
b) Más de 1 persona:
4. Grado académico de residencia:
a) Primer grado:
b) Segundo grado:
c) Tercer grado:

5. Horas laboradas a la semana:
a) Menor de 40 horas:
b) Mayor de 40 horas:
6. Horas de traslado a su sitio de labor:
a) Menos de 2 horas:
b) Mayor de 2 horas:
7. Se conoce con alguna de las siguientes psicopatologías (Ansiedad-Depresión):
a) Si:
b) No:

	Nunca (0)	Una vez al año o menos (1)	Una vez al mes o menos (2)	Algunas veces al mes (3)	Una vez a la semana (4)	Varias veces a la semana (5)	Todos los días (6)
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Siento que trato a algunos de los pacientes como objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento agotado por mi trabajo							
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca personalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

Maslach Burnout Inventory (MBI)

PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR	
SÍNDROME DE BURNOUT: puntaje	
SI	NO

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 33”

ANEXO 2



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
SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Nombre del estudio:	SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
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:	<u>¿CUAL ES LA FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT ASOCIADO A FACTORES PERSONALES Y LABORALES EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR ADSCRITOS A LA UMF33?</u> Este estudio identifica los factores de riesgo asociados para la presentación de Síndrome de Burnout en Residentes de Medicina Familiar, para así identificarlo y en primera instancia determinar los factores asociados y darle abordaje al Síndrome de Burnout
Procedimientos:	Se aplicara un cuestionario diseñado ex profeso, que incluye en el ítem 8 el Test MBI para así identificar factores y si presenta o no Síndrome de Burnout
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Instaurar programas de apoyo y evitar oportunamente complicaciones
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador me otorgara la información obtenida durante el proceso de estudio con el fin de a mi parecer permanecer o no en dicha investigación
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere sin que ello afecte mi actividad en el curso de Especialización en Medicina Familiar
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio.

Beneficios al término del estudio:

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

--

Investigador Responsable: Dra. Mónica Sánchez Corona Matrícula 99352132
Colaboradores: Elizabeth Castro Mercado, Médico Residente de tercer año del curso de Especialización 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	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
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	Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013