



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y ENGAGEMENT EN RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. ENNAR ROMERO PIMENTEL  
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS  
DRA. MARIA ELOISA DICKINSON BANNACK

REGISTRO:  
6341010213

2014



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**

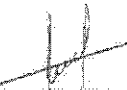
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y ENGAGEMENT EN RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR

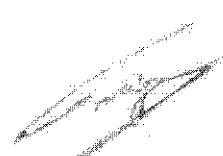
DR. ENNAR ROMERO PIMENTEL

AUTORIZACIONES



**DRA. CONSUELO GONZALEZ SALINAS**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"  
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



**DR. ANTONIO FRAGA MOURET**

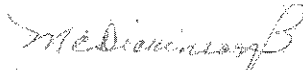
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE  
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y ENGAGEMENT EN RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR

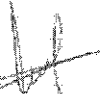
DR. ENNAR ROMERO PIMENTEL

**DIRECTORA DE TESIS**



**DRA. MARÍA ELOISA DICKINSON BANNACK**  
EPIDEMIOLOGA JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN  
ACADÉMICO FACULTAD MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ASESOR DE TESIS**



**DRA. CONSUELO GONZALEZ SALINAS**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"  
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT Y ENGAGEMENT EN RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ENNAR ROMERO PIMENTEL

AUTORIZACIONES



---

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA**

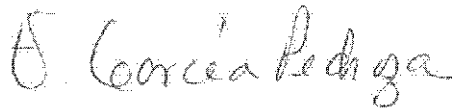
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



---

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN  
DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



---

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN  
DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

## DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir la especialidad. A mi esposa y compañera por su apoyo y confianza en todo lo necesario para a cumplir mis objetivos como persona y estudiante. A mis hijos por todo el tiempo tomado de su infancia. A mis padres, hermanos y sobrinos por estar siempre presentes, acompañándome.

## AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Debo agradecer de manera especial a la Dra. Eloísa Dickinson por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo. A la Dra. Consuelo González quien me ha enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

Un agradecimiento a la doctora Carolina Salinas por su apoyo y orientación en los momentos difíciles. En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo pero sobre todo cariño y amistad.

## ÍNDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	01
1.1 Antecedentes.....	01
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.3 Justificación.....	15
1.4 Hipótesis de trabajo.....	16
1.5 Objetivos.....	16
1.5.1 General.....	16
1.5.2 Especifico.....	16
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	17
2.1 Tipo de estudio.....	17
2.2 Diseño del estudio de investigación.....	17
2.3 Población, lugar y tiempo.....	18
2.4 Muestra.....	18
2.4.1 Tipo de muestra.....	18
2.4.1 Tamaño de la muestra.....	19
2.5 Criterios de selección.....	19
2.5.1 Criterios de inclusión.....	19
2.5.2 Criterios de no inclusión.....	19
2.5.3 Criterios eliminación.....	19
2.6 Variables.....	20
2.6.1 Definición operativa.....	20
2.7 Instrumento de recolección de datos.....	21
2.8 Método para la recolección de datos.....	21
2.9 Procedimiento estadístico.....	22
2.9.1 Diseño y construcción de la base de datos.....	22
2.9.2 Análisis estadístico.....	22
2.10 Cronograma.....	23
2.11 Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio....	23
2.12 Consideraciones éticas.....	24
<b>3. RESULTADOS</b> .....	26
<b>4. DISCUSIÓN</b> .....	35
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	30
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36
<b>7. ANEXOS</b> .....	40



# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 ANTECEDENTES

### SÍNDROME DE BURNOUT

#### Introducción

La primera referencia al concepto de Burnout es el Buddensbrooks una novela de Thomas Mann de 1901; donde se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Posteriormente el síndrome de Burnout fue descrito en el año de 1974 por Freudenberger un psiquiatra que trabaja como voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Él observó que transcurrido medio año de trabajo, la mayoría de los profesionales sufría una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento y a la desmotivación para su práctica. Describió que aquellos profesionales se vuelven menos sensibles y hasta más agresivos con sus pacientes. Para llamar de algún modo a ese patrón conductual eligió la palabra Burnout (que en la jerga psiquiátrica del momento se empleaba para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso). Lo define entonces como un estado de fatiga que se produce por dedicación a una causa o forma de vida que no produce la satisfacción esperada.<sup>1</sup>

La psicóloga Cristina Maslach desde 1976 se ha dedicado a estudiar las respuestas emocionales de los empleados, sobre todo en aquellas profesiones donde se ayuda

a las personas y eligió el mismo término descriptivo de Burnout, ya que gozaba de gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados, y no era estigmatizador, como algunos de los diagnósticos psiquiátricos, definiendo al Burnout laboral como un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo con desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia con falta de logros personales.<sup>2</sup>

## Definición

Desde 1994 Gil Monte ha seguido la trayectoria de Maslach y lo expresó como un estado de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan en contacto con personas.<sup>3</sup>

Salanova lo mencionó como un estado mental persistente negativo, relacionado con el trabajo en personas normales que se caracteriza por el agotamiento emocional, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia, motivación, y actitudes disfuncionales en el trabajo.<sup>4</sup>

En 2010 Montero lo definió como una respuesta prolongada a factores estresantes crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo, determinada por las dimensiones de agotamiento, cinismo e ineficacia.<sup>5</sup>

## Sinonimia

Los sinónimos que se le han dado son: Síndrome de burned out, estar quemado, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo.<sup>6,7</sup>

## Epidemiología

El síndrome de Burnout se presenta en todas aquellas profesiones donde las personas tienen que mantener un amplio contacto con otros y que requiere un alto compromiso laboral. Se estima que a nivel mundial el síndrome se presenta en un 22% de la población y en el área médica del 43%. En México la prevalencia del síndrome en profesores es de 25%, bibliotecarios 12-40%, policías 20%, enfermeras 20-35%, médicos generales 48%, cirujanos 32%, anestesiólogos 44%, ginecólogos 30-40% y familiares 59.7% de estos el 22 al 28% corresponde a residentes.<sup>1,8,9</sup>

Los factores que influyen de forma importante en la presentación del síndrome son las características sociodemográficas y ocupacionales tales como la edad, donde se observa que en los primeros años se tienen expectativas idealistas en la práctica cotidiana y es cuando las recompensas económicas y profesionales no son las esperadas, respecto al sexo se considera que las mujeres son más vulnerables por llevar la práctica profesional y del hogar al mismo tiempo hasta en un 45 % en comparación con los hombres. Se ha observado que el síndrome es más frecuente

en personas que no tienen una pareja estable. En cuanto a la antigüedad laboral se ha señalado que existen dos periodos en los cuales no se presenta el síndrome de Burnout llamados periodos de seguridad; el primero corresponde al periodo inmediato a la graduación ya que el síndrome se desarrolla a lo largo del tiempo y los profesionales que egresan se encuentran llenos de energía y motivación, el segundo ocurre posterior a los diez años de experiencia profesional ya que son los que se adaptaron y lograron permanecer en sus actividades y los demás no lograron adaptarse por lo que ya se cambiaron de trabajo o simplemente cambiaron de tarea. La sobrecarga laboral también influye por que el exceso de trabajo contribuye a la mala calidad de la asistencia, y finalmente el salario, esto es entre mejor remuneración exista mayor es la satisfacción laboral. <sup>8,10,11</sup>

## Dimensiones principales

Los componentes que se presentan en el síndrome de Burnout son:

***Despersonalización*** Se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.

***Falta de realización personal en el trabajo:*** Es la tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.

**Agotamiento emocional:** se combina la fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo, sentimientos de impotencia e inutilidad. Aparte se pueden presentar algunos de los síntomas físicos, conductuales y psicológicos; teniendo en los síntomas físicos: la fatiga crónica, dolor de cabeza, trastornos del sueño, dolores musculares, desórdenes menstruales, trastornos gastrointestinales, manifestaciones cardiovasculares (todas son manifestaciones tempranas). Las manifestaciones conductuales son: el ausentismo laboral, conducta violenta, bajo control de impulsos, conducta suicida, abuso de fármacos, incremento del consumo de alcohol o tabaco, conflictos matrimoniales y familiares. Los síntomas psicológicos: incluyen el distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, dificultad para concentrarse, disminución de la memoria, razonamiento, prejuicios, bajo rendimiento, puede haber depresión y/o ansiedad. <sup>7,8,10</sup>

## Manifestaciones del síndrome en médicos

Se ha observado que el síndrome de Burnout en médicos puede presentar conductas como la evitación del compromiso emocional, pérdida de contacto relacional manifestado con un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro. Presenta una disociación instrumental extrema que se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de solicitud de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias. Existe además un embotamiento y negación con falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes que se manifiestan en conductas

interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica. También la impulsividad juega un papel importante donde la persona pasa a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas o pacientes y maltrato al personal paramédico. La desmotivación generalmente se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.<sup>11,12</sup>

En la última década el síndrome de Burnout se ha estudiado en médicos residentes de medicina familiar, los cuales se encuentran expuestos a factores psico-estresantes a lo largo de su entrenamiento, donde se ha encontrado que las altas cargas de trabajo, los problemas de organización, la presión del tiempo, las exigencias emocionales, aunados con los factores de los pacientes, pueden desencadenarlo hasta en un 27% en comparación con otras especialidades. El agotamiento emocional está presente debido a las demandas educativas, indiferencia o actitud apática hacia las actividades académicas y baja eficacia profesional. Asimismo entre cada ciclo escolar se presenta otra ocasión para una intensa ansiedad, incertidumbre, expectativas y temores causados por; su sensación de limitaciones en relación con el conocimiento científico, los cambios de una etapa a otra, el contacto directo con las patologías de los pacientes terminales, la excesiva carga de trabajo, el contenido educativo combinado con el alto nivel de las demandas educativas, la falta de tiempo para el ocio, la familia y los amigos.<sup>13,14</sup>

En su formación los médicos residentes cumplen con dos actividades: la académica y la asistencial médica o quirúrgica que busca la obtención de pericia y aptitudes en los procedimientos técnicos, esto los somete a jornadas extenuantes generadas por la alta presión asistencial, las exigencias de los pacientes en reducir el tiempo de demora, las excesivas horas de trabajo, la falta de descanso, además de la poca cooperación de los enfermos y sus familiares, sin olvidar la responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico. Todo lo anterior provoca en el médico residente un deterioro en el rendimiento, lo que incrementa la tendencia a cometer errores, disminuye la capacidad para realizar un procedimiento previamente conocido, genera estrés, cambios de personalidad, pérdida de la memoria, ansiedad, desinterés en el trabajo, desorganización, depresión y finalmente Burnout.<sup>15,16</sup>

### La clasificación por grados de presentación

1. Primer grado. Los signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies.
2. Segundo grado. Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes. Las complicaciones varían desde las somatización; cuadros de estrés, expresiones de tipo muscular, nervioso y cuadros psicósomáticos. Las organizacionales: deterioro en las relaciones laborales, el empobrecimiento del desarrollo profesional,

rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

3. Tercer grado. Aquí los síntomas son más continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa, la persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales y se intensifican los problemas familiares. Las consecuencias pueden ser desde formas psiquiátricas con deterioro progresivo y encubierto de la persona, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso al trabajo) hasta el suicidio. <sup>10,17</sup>

## Instrumentos de medición

Se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para medir este fenómeno algunos han tenido una aplicación limitada. Sin embargo, otros como «Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) (Jones, 1980), el Burnout Measure (BM) (Pines y Arosón, 1988) y el Maslach Burnout Inventory (MBI: Maslach y Jackson, 1981/1986) han sido empleados de manera continua, sistemática y rigurosa, propiciando estudios y resultados que han contribuido a entender el fenómeno de quemarse por el trabajo. Este último es el más utilizado ya que presenta una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Este instrumento consta de 22 ítems, se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: agotamiento emocional (comprende nueve ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 relacionadas con el grado de afección por el trabajo de acuerdo con el inicio o la finalización de la jornada laboral, las sensaciones hacia el mismo y las percepciones



respecto a la cantidad de trabajo. Puntuación máxima 54. Leve: <19, moderado: 19-26, Severo: >26), despersonalización (comprende cinco ítems: 5, 10, 11, 15, 22 y evalúa el grado de cinismo con los pacientes y la pérdida de la perspectiva “humanitaria” del ejercicio de la actividad laboral. Puntuación máxima 30. Leve: <6, moderado: 6-9, severo: >9) y realización personal (este dominio funciona de manera inversa a los anteriores, es decir, a menor realización personal, mayor puntaje para la presencia del síndrome y por medio de ocho ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 se indaga acerca de la utilidad del trabajo percibida de manera personal, como una forma de contribuir al bienestar del prójimo y del trabajador mismo. Puntuación máxima 48. Leve: >39, moderado: 39-34, severo <34.)<sup>5,7,10,11,13,18</sup>

## Abordaje del Síndrome de Burnout

Diversas comunicaciones señalan que no existe un tratamiento específico, por lo que se han desarrollado estrategias individuales para su abordaje, donde se busca mejorar la comunicación para exponer y solucionar los problemas mediante la planeación de objetivos y metas. A nivel grupal se lleva a cabo mediante la formación de grupos de autoayuda cuyo fin es la satisfacción en las tareas. A nivel institucional se pretende lograr una buena relación con los directivos para fomentar un buen clima laboral, mejorar las condiciones de trabajo y una adecuada retribución.<sup>11,12</sup>

Otra forma en la que se planea abordar el síndrome es mediante la psicología positiva que surge de la necesidad creciente de una aproximación hacia los

empleados, generando así el término de engaged que hace alusión a las fortalezas del empleado de tipo emocional, cognitiva, motivacional, conductual del funcionamiento organizacional óptimo que ofrezca respuestas a las nuevas demandas, así como a los cambios que están aconteciendo en las sociedades modernas que realizan esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar la salud de los empleados mediante buenas prácticas relacionadas con el diseño y rediseño de puestos, el ambiente social y la organización.<sup>15,19</sup>

## ENGAGEMENT

El término de Engagement trata de englobar todas las características del positivismo laboral, se encuentra relacionado algunos factores como son la edad, los trabajadores de mayor edad desarrollan más entusiasmo por las actividades que realizan que los jóvenes; el género, los hombres puntúan más alto en los niveles de engagement que las mujeres; la ocupación, los directivos y ejecutivos puntúan más alto que los trabajadores que se encuentran en un rango más bajo; y sus dimensiones se oponen a las encontradas en el síndrome de Burnout.<sup>14,20</sup>

### Dimensiones principales

*El vigor* que se refiere a la energía como opuesto al agotamiento, caracterizado por altos niveles de energía, resistencia y activación mental mientras se trabaja, el deseo y la predisposición de invertir esfuerzo en el trabajo que se está realizando y la persistencia incluso cuando aparecen dificultades en el camino.

*La dedicación* (sería la opuesta al cinismo) donde se denota una alta implicación laboral y un sentimiento de entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo. Entendiéndose por dedicación a involucrarse, entusiasmarse, estar orgulloso e inspirado en el trabajo y se caracteriza por un sentimiento de importancia y desafío.

*La absorción* (opuesta a la baja realización personal) ocurre cuando se está totalmente concentrado en el trabajo, mientras se experimenta que el tiempo pasa volando y se tienen dificultades a la hora de desconectarse de lo que se está haciendo, debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración experimentadas.<sup>4,20,21,22,23</sup>

## Instrumento de medición

Para poder evaluar las características que se presentan en el Engagement respecto a la vinculación psicológica y el trabajo, se crea a partir de 1999 por Demerouti y colaboradores el cuestionario Utrecht Work Engagement Scale (UWES), que fue validado y usado en sus tres dimensiones como lo opuesto al Burnout por Schaufeli y colaboradores en el 2002. Se ha traducido en diversos idiomas y utilizado en los diferentes grupos ocupacionales; ejemplo, los trabajadores de cuello azul, dentistas, personal de hospitales, administradores, policías, maestros. Normalmente, los valores de  $\alpha$  de Cronbach para el rango de las escalas es entre 0,80 y 0,90 que mide las tres dimensiones del constructo: vigor, dedicación y absorción. Este cuestionario es auto-aplicable y en un inicio constaba de 24 ítems pero después de la revisión de

algunos estudios, 7 ítems fueron omitidos, posteriormente fueron encontrados otros errores en los ítems 6 de absorción y 6 de vigor, por lo que se puede encontrar la versión de 15 ítems, actualmente se utiliza una versión corta de 9 ítems (UWES-9) para estudiantes, los ítems corresponden a estas tres dimensiones: vigor 3 ítems (1,4,8.), dedicación: 3 ítems (5,7,10) y absorción 3 ítems (9,11,14). Se suma las puntuaciones de los ítems de cada dimensión, la corrección para la puntuación de los ítems de cualquiera de las dimensiones es;

Alto: 15-19, Medio 10-14, Bajo 1-9.<sup>20,24,25,26</sup>

## Desarrollo del Engagement

Diversos autores refieren que las estrategias que incrementen la autoeficacia son;

- El *“poder de creer que tú puedes”*: - Se crea el sentimiento de eficiencia para que se de un estado de activación afectiva, como energizantes y dinamizadores de su actividad cotidiana.
- *Favorecer las organizaciones saludables*. - Desarrolla un ambiente social de trabajo inspirador para los empleados, en donde están a gusto y trabajando con sus compañeros y jefes. <sup>4</sup>
- *Cursos para vivir mejor*. - El cuidado de la mente y del cuerpo, donde se incrementa el sentimiento de competencia y control, ofrece distracción y recuperación del trabajo. <sup>14</sup>

- *Mejorar las relaciones sociales.* - Se favorece el intercambio de emociones positivas amortiguando el estrés laboral. Sustituir pensamientos pesimistas, siempre en busca de saborear la vida (savoring): vivir el aquí y el ahora, recordar momentos felices, compartir experiencias positivas.<sup>21</sup>
- *Decisiones adaptativas.* - Sentirse satisfecho después de haber tomado una decisión. Evitando la rumiación, (no darle tantas vueltas a las cosas o posponerlas), por lo que se debe aclarar los pensamientos y establecer soluciones paso a paso.<sup>28</sup>
- *Resiliencia.* - Es el autoconocimiento, desde la consciencia se elige alimentar unas emociones u otras que ayuden en lugar de perjudicar, siempre con responsabilidad asumir el compromiso con la vida.<sup>29</sup>

## 1.2. Planteamiento del problema

Actualmente se ha puesto mayor énfasis en documentar el síndrome de Burnout que se presenta en Médicos debido a diferentes factores como es el contacto constante con las personas, la doble o triple jornada laboral generada por las guardias, el ambiente de trabajo e incluso el tipo de personalidad que presentan y específicamente en residentes de algunas especialidades por encontrarse sometidos a una gran presión por la existencia de las guardias y las múltiples tareas que desempeñan en la institución: que van desde la organización de actividades en el servicio, coordinación y el contacto directo con las autoridades. Convirtiéndose en un problema de salud por su alto impacto sobre la población, dada por una mala relación medico-paciente y una deficiente práctica médica. Su prevención se centraría en poder detectar de forma oportuna las características pertenecientes al Engagement y con esto evitar que los residentes presenten las manifestaciones clínicas del síndrome.

En resumen se observa que el síndrome que se presenta en los residentes de medicina familiar es un factor para una mala atención de calidad hacia los pacientes y sus familias. Al igual que existen características de Engagement no estudiadas que favorecen probablemente que los residentes logren concluir satisfactoriamente la especialidad.

Es por ello que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de síndrome de Burnout y de Engagement en residentes de medicina familiar y si existe alguna correlación entre ambos?

### 1.3 Justificación

Con el incremento a nivel mundial del síndrome de Burnout en el área de la salud, se observa que en los residentes existe una prevalencia del síndrome del 43% y para México se sitúa en el 22-28%. Lo que lo convierte en un problema que genera a largo plazo un desgaste personal, mala comunicación, una desintegración grupal que conlleva a un maltrato hacia los pacientes, una mala práctica clínica y finalmente la percepción inadecuada de la institución, con probables repercusiones personales que van desde el aislamiento, problemas familiares y económicas.<sup>3,5,11</sup>

En contraparte a lo encontrado en el Síndrome de Burnout, se pueden identificar las características propias del Engagement en el personal médico y sobre todo en los residentes. Con esta perspectiva se busca generar un cambio personal, una adecuada vocación de servicio traducida en una mejor atención de los pacientes y el mejoramiento en el ambiente laboral. Es por esta razón que se pretende realizar este estudio, ya que hasta el momento no se encuentra documentado de forma amplia la presencia de Engagement en médicos residentes.<sup>24,27</sup>

## 1.4 Hipótesis de Trabajo

En los médicos residentes de medicina familiar existe una relación inversamente proporcional entre la presencia de Engagement y el síndrome de Burnout

## 1.5. Objetivos

### 1.5.1 General:

Analizar la relación que existe entre la presencia de Engagement y el síndrome de Burnout en médicos residentes de Medicina Familiar.

### 1.5.2 Específicos:

1. Identificar la frecuencia del Síndrome de Burnout y de Engagement
2. Medir las tres dimensiones del síndrome de Burnout: la despersonalización, la falta de realización personal y el agotamiento emocional.
3. Medir las tres dimensiones del Engagement: vigor, dedicación y absorción.



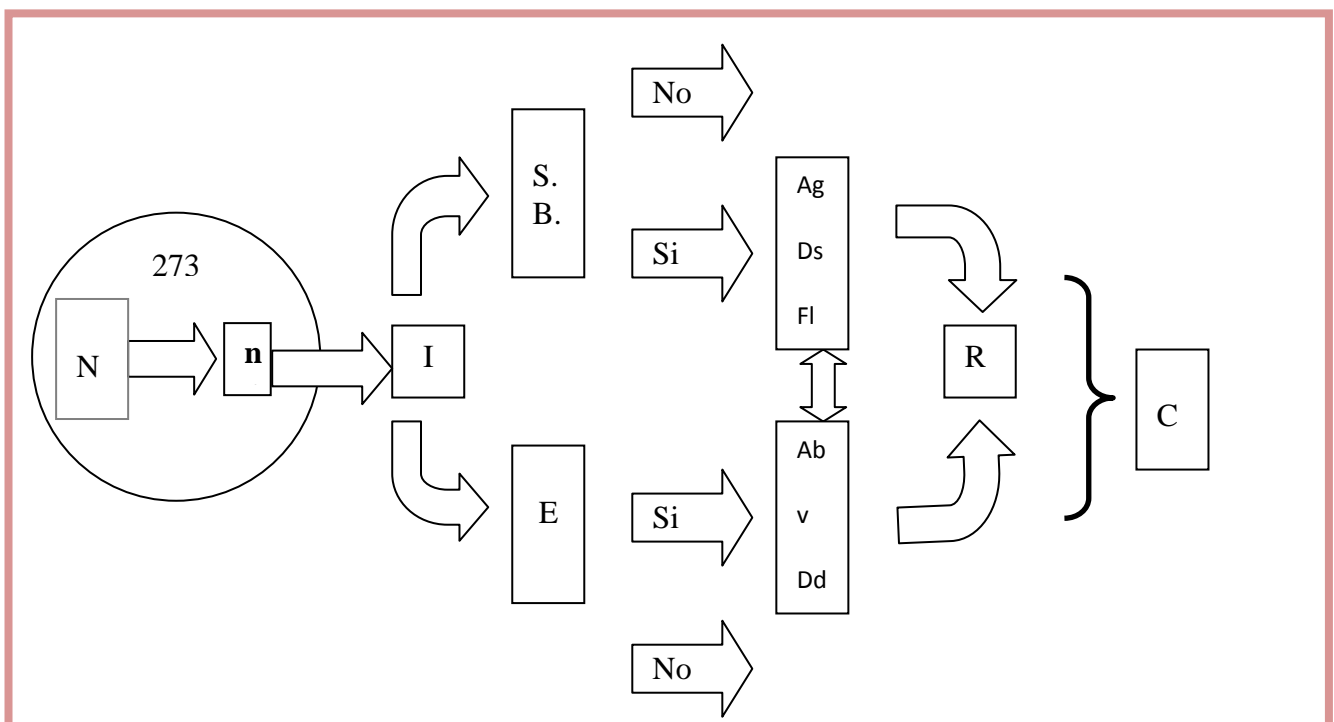
- Determinar la relación entre Síndrome de Burnout, Engagement y las características de la población: sexo, grado académico, estado civil.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 Tipo de Estudio

Sociomédico	Analítico
Observacional	Descriptivo
De corte transversal	

### 2.2 Diseño del Estudio de Investigación



N: Población total de Residentes

n: (273) .Número de Residentes de Medicina Familiar

I: Instrumento aplicado

Ds: Despersonalización

Fl: Falta de Logros Personales

Ab: Absorción

v: Vigor

S.B: Síndrome de Burnout

Dd: Dedicación

E: Engagement

R: Resultados

Ag: Agotamiento emocional

C: Conclusiones

### 2.3. Población, Lugar y Tiempo

Residentes de medicina familiar que acudieron a sus actividades académicas en las instalaciones de la facultad de medicina de la UNAM. Durante el período comprendido de Abril a Mayo del 2013.

### 2.4 Muestra

No probabilística por conveniencia.

#### 2.4.1 Tamaño de la muestra

En este estudio se realizó mediante un censo de los médicos residentes que acudieron a las actividades académicas en la facultad de medicina de la UNAM de los tres grados, de los cuales:

90 médicos residentes corresponden a primer año,

94 residentes a segundo

y 90 residentes a tercero.

#### 2.4.2 Tipo de muestreo

No requiere por ser un censo

## 2.5 Criterios de selección

### 2.5.1 Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos los residentes de medicina familiar que acudieron a las actividades académicas en la facultad de medicina de la UNAM, que aceptaron participar y que firmaron el consentimiento informado.

### 2.5.2 Criterios de no inclusión:

Se excluyeron a los residentes que no aceptaron, que no firmaron el consentimiento informado y aquellos que no asistieron por encontrarse en el servicio social.

### 2.5.3 Criterios de eliminación:

Se eliminaron las encuestas incompletas o mal llenadas.

## 2.6 Variables

### 2.6.1 Definición operativa

VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Síndrome de Burnout	Dependiente	Estado mental persistente negativo, relacionado con el trabajo.	-Agotamiento emocional  Despersonalización  -Baja realización personal	Leve 1-18 Moderado 19-26 Severo 27-54  Leve 1-5 Moderado 6-9 Severo 9-30  Leve 40-48 Moderado 34-39 Severo 1-34
Engagement	Independiente	Estado psicológico positivo relacionado con el trabajo.	-Vigor  -Dedicación  -Absorción en el trabajo	Alto 15-19 Medio 10-14 Bajo 1-9
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento. Agrupado en rangos	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos
Estado civil	Control	Tipo de contrato o convivencia que existe en una pareja	Cualitativa nominal	1) soltero(a) 2) Casado (a) 3) Viudo (a) 4) Divorciado (a) 5) Unión libre 6) Soltero
Sexo	Control	Rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de los organismos.	Cualitativa nominal	1. Masculino  2. femenino
Año de residencia	Control	Grado cursado	Cualitativa Ordinal	R1 R2 R3

Sede académica	Control	Lugar donde se halla la dirección o el núcleo principal de su actividad docente	Cualitativa Nominal	SSDF IMSS ISSSTE

## 2.7 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory para síndrome de Burnout.

El cuestionario Uwes para Engagement.

Se les agregaron las variables de edad, sexo, estado civil, año de residencia y sede académica.

## 2.8 Método para la recolección de datos

Se contacto a las autoridades de la subdivisión para que facilitaran la aplicación de los cuestionarios a los residentes de medicina familiar en el día que acuden a las actividades académicas. Posteriormente previa conocimiento y autorización por parte de los tutores se aplicaron los cuestionarios de Burnout y de Engagement, el formato fue en forma de encuesta con una explicación del contenido de la tesis de investigación, donde se especificaron las condiciones que debían de llevar y al mismo tiempo se resolvieron las dudas. En los casos donde los médicos residentes no acudieron a la facultad, se acudió a dicha sede para la aplicación de las encuestas previa autorización de las autoridades del departamento de la institución donde se aplicaron, eligiendo de igual forma el que realizan sus actividades académicas.

## 2.9. Procedimiento estadístico

### 2.9.1 Diseño y construcción de la base de datos.

Una vez recabada y completada la información se procedió a capturar los datos en una base creada en Excel versión 2003, Se realizó la captura de la información en la base de datos EPIINFO 2000. Se codificaron los datos obtenidos y se agruparon los resultados, para su análisis.

### 2.9.2 Análisis estadístico

Para variables cualitativas:

- Medidas de resumen; frecuencias o porcentajes.

Para las variables cuantitativas:

- Medidas de tendencia central: media, mediana y moda.
- Medidas de Dispersión: desviación estándar, varianza, rango y/o error estándar.

Para su presentación se utilizaron; tablas, gráficos de barras y pastel.

## 2.10 Cronograma

ACTIVIDAD / FECHA		AGOSTO Y SEPTIEM- -BRE 2011	OCTUBRE 2011 A ENERO 2012	FEBRERO A DICIEM- BRE 2012	ENERO Y FEBRE-RO 2013	MARZO Y ABRIL 2013	MAYO 2013	JUNIO 2013	JULIO 2013	AGOSTO 2013
Elección y aprobación del tema										
Recopilación bibliográfica										
<b>PLANEACIÓN</b>	Marco teórico									
	Registro de tesis									
	Registro y autorización									
<b>EJECUCIÓN</b>	Recolección de datos									
	Análisis									
	Descripción de resultados									
	Discusión, Conclusiones									
	Revisión final									
	Entrega de reporte final									
	Firma de autoridades									

## 2.11 Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio.

### 2.11.1 Recursos humanos:

- Investigador principal

### 2.11.2 Recursos físicos:

- Aula de la Unidad de Posgrado de Medicina Familiar
- Auditorios de la sedes académicas

### 2.11.3 Recursos materiales:

- Computadora.
- Cuestionarios (UWEST y Maslach Burnout Inventory ).
- Hojas blancas de papel, lápices y plumas.
- Software con paquetes estadísticos
- Transporte (carro, metro, camión) para acudir a las sedes y al departamento de Medicina Familiar.
- Auditorio de la sede donde se aplicó el cuestionario.

### 2.11.4 Financiamiento:

- Autofinanciado

## 2.12 Consideraciones éticas

Esta investigación se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo, analítico; en el cual los datos se obtuvieron de la aplicación de los instrumentos Maslach Burnout Inventory y UWES, por lo tanto, de acuerdo a la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial constatada en la 52ª Asamblea General Mundial de Edimburgo, Escocia en octubre del 2000, y modificada actualmente de la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, en Octubre 2008, Apartado B fracción ,22,23,24



y 25: en la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización, por lo que se solicitó a las autoridades correspondientes de la institución donde se realizó el estudio su consentimiento para la recolección, análisis y almacenamiento de la información.<sup>30</sup>

La Secretaría de Salud a través de la Ley General de Salud en materia de investigación ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud en su Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, es considerada como investigación sin riesgo, ya que este tipo de estudios emplean técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales. Cabe señalar que se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los datos de los participantes y en los casos que se requiera se canalizaran a la instancia correspondiente para su atención.<sup>31</sup>

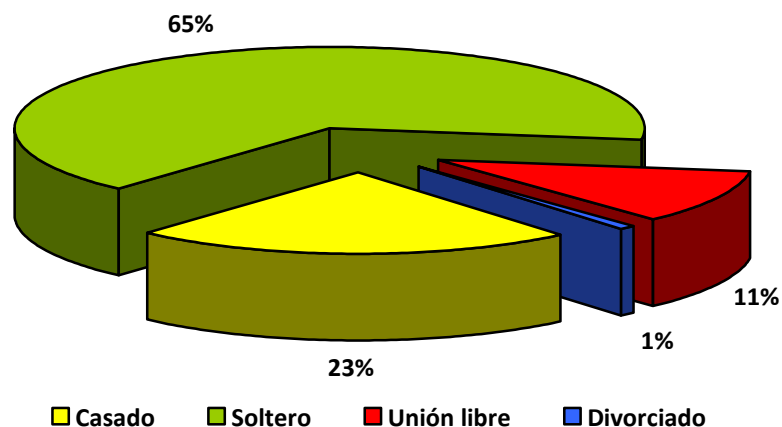
### 3. RESULTADOS

De una población total de 273 residentes de Medicina Familiar inscritos a la Universidad Nacional Autónoma de México, se aplicaron 238 encuestas durante el periodo de Mayo a Junio del 2013 de las cuales se eliminaron 5 por encontrarse errores en el llenado, 35 no se aplicaron, por encontrarse en el servicio social los residentes.

El promedio de edad de la población estudiada fue de 29 años, con una DS de 3.1 años y rango de 24 a 44 años, Respecto al estado civil de los residentes de Medicina Familiar la mayoría fueron solteros y solamente el 22.5% eran casados.

Figura 1

Frecuencia por estado civil en médicos residentes de Medicina Familiar



Fuente: Encuestas

En cuanto al sexo tres cuartas partes correspondieron al femenino y una al masculino.

Tabla 1

Frecuencia por sexo en residentes de medicina familiar

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	58	24.9 %
Femenino	175	75.1 %
Total	233	100 %

Fuente: Encuestas

Más del 80% de la población estudiada correspondió a residentes del IMSS, el 11.6% al ISSSTE y el 6.9% a la Secretaría de Salud. La distribución por grado académico fue la siguiente: 34.7% para R1, 37.8 para R2 y 27.5% para R3.

Tabla 2

Distribución de residentes estudiados por sede y grado académico

SEDE	AÑO						Total	
	1ero.		2do.		3er.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SSDF	6	2.57	5	2.57	4	1.71	15	6.86 %
IMSS	73	31.33	71	30.47	46	19.74	190	81.54 %

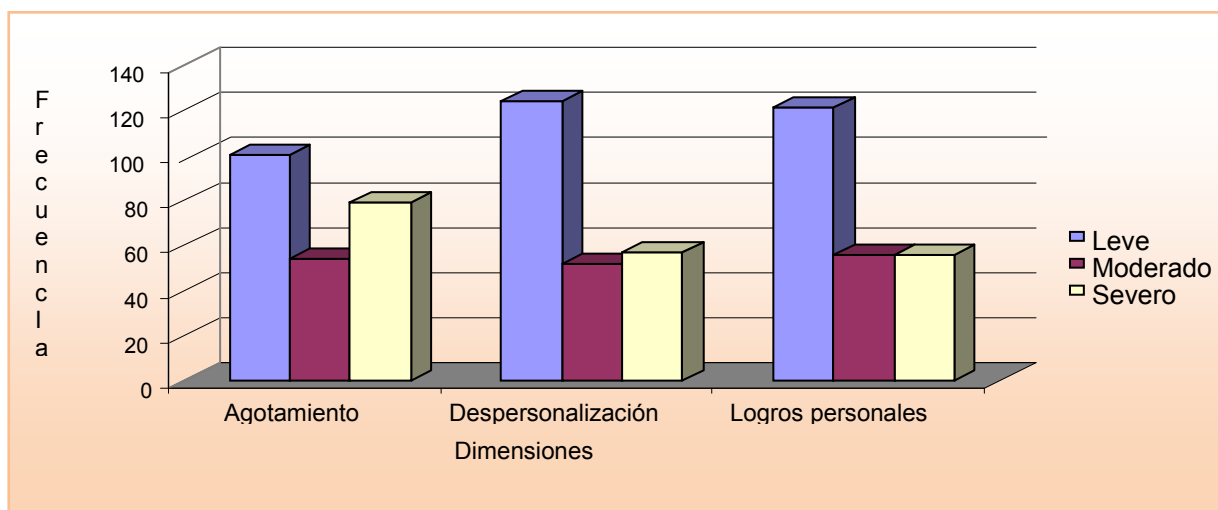
ISSSTE	2	0.85	12	4.72	14	6.00	28	11.58%
Total	81	34.75	88	37.76	64	27.46	233	100

Fuente: Encuestas

En el estudio se encontró una frecuencia del Síndrome de Burnout de 6.86% con 16 casos, sin embargo al tratar de identificar la frecuencia por institución, se observó que los casos se presentaron solamente en el IMSS, con una frecuencia para esta institución de 8.4%. En cuanto a las dimensiones del Síndrome el 33% de los encuestados reportó agotamiento severo, el 24.5% despersonalización y el 24% alteración severa en logros personales.

Figura 2

Distribución de las dimensiones del Síndrome en residentes

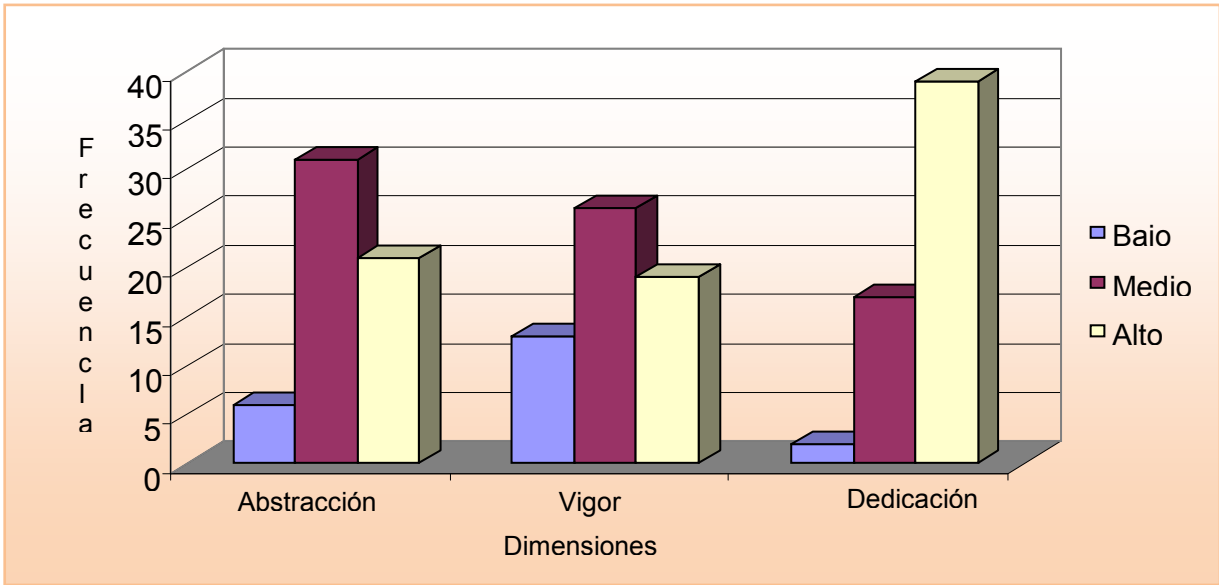


Fuente: Encuestas

En relación al Engagement el 71.7% de los encuestados presentaron Engagement alto, de éste la dimensión que se encontró con frecuencias más altas fue la dedicación con el 68.7%.

Figura 3

Distribución de las dimensiones de Engagement en la población estudiada



Fuente: Encuestas

En virtud que sólo se encontraron casos del Síndrome de Burnout en el IMSS, el análisis de factores asociados se realizó exclusivamente con ésta población que fue de 190 residentes.

Para fines del análisis de riesgo se tomaron sólo aquellos que presentaban las tres dimensiones altas para referirse como síndrome de Burnout y los que presentaron las tres bajas para sin síndrome de Burnout. De igual forma para Engagement se

tomaron las tres dimensiones altas para referirse a Engagement alto y los que presentaban las tres bajas para Engagement bajo. La población intermedia no se tomo en consideración.

Del total de los residentes que presentaron el síndrome (n=16); el 56.25% correspondió al sexo femenino, el 87.5% fue para los que se encontraban solteros y por grado académico la mayor frecuencia se presentó en el segundo año 43.75%, Al realizar el análisis de estas variables como factor de riesgo no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Tabla 3

Factores asociados al Síndrome en la población con síndrome de Burnout estudiada.

Variable		Síndrome de Burnout		Razón de momios	I.C.	P
		No.	%			
Femenino		9	(56.25%)	2.7	0.84-8.56	0.06
Soltero		14	(87.50%)	3.16	0.6-20.9	0.11
Año de residencia	1er.	4	( 25%)	2.07	0.07-9.6	0.32
	2do.	7	(43.75%)	2.08	0.4-10.5	0.29
	3er.	5	(31.25%)	3.62	0.6-27	0.08

Fuente: Encuestas

Del total de los residentes del IMSS el 62.1% (n=118) presentaron Engagement alto, en el sexo masculino el 19.49%, los casados el 13.55%, en el grado escolar se observó que en el primer año cerca de la mitad presento Engagement alto con

49.1% disminuyendo hacia el tercer año al 15.25%. Al realizar el análisis de asociación de éstas variables con el Engagement no se encontró significancia estadística.

Tabla 4

Factores asociados al Engagement en la población de residentes estudiada

Variable	Engagement		Razón de momios	I.C.	P	
	No.	%				
Masculino	23	(19.49%)	0.48	0.07-4.09	0.40	
Casado	16	(13.55%)	0.31	0.12-1.38	0.17	
Año de residencia	1er.	58	(49.15%)	2.76	0.19-79.7	0.39
	2do.	42	(35.59%)	3.50	0.42-33.39	0.16
	3er.	18	(15.25%)	0.10	0.0-1.24	0.02

Fuente: Encuestas

Se realizó un análisis de correlación de Pearson con la finalidad de saber si el Engagement y el síndrome de Burnout estaban relacionados entre sí. No se encontró correlación  $r=0.01$   $p=0.07$

Al correlacionar las dimensiones de Burnout y Engagement solamente se identificó claramente en la absorción con falta de logros personales  $r=0.06$   $p=0.0001$  (Figura 5)

Tabla 5

Análisis de correlación de las dimensiones de Engagement y de síndrome de Burnout en residentes

Engagement	síndrome de Burnout	r	P
Vigor	Agotamiento emocional	0.04	0.002

Dedicación	Despersonalización	0.01	0.1
Absorción	Falta de logros personales	0.06	0.0001

Fuente: Encuestas

Figura 3

Correlación de vigor y agotamiento emocional en residentes

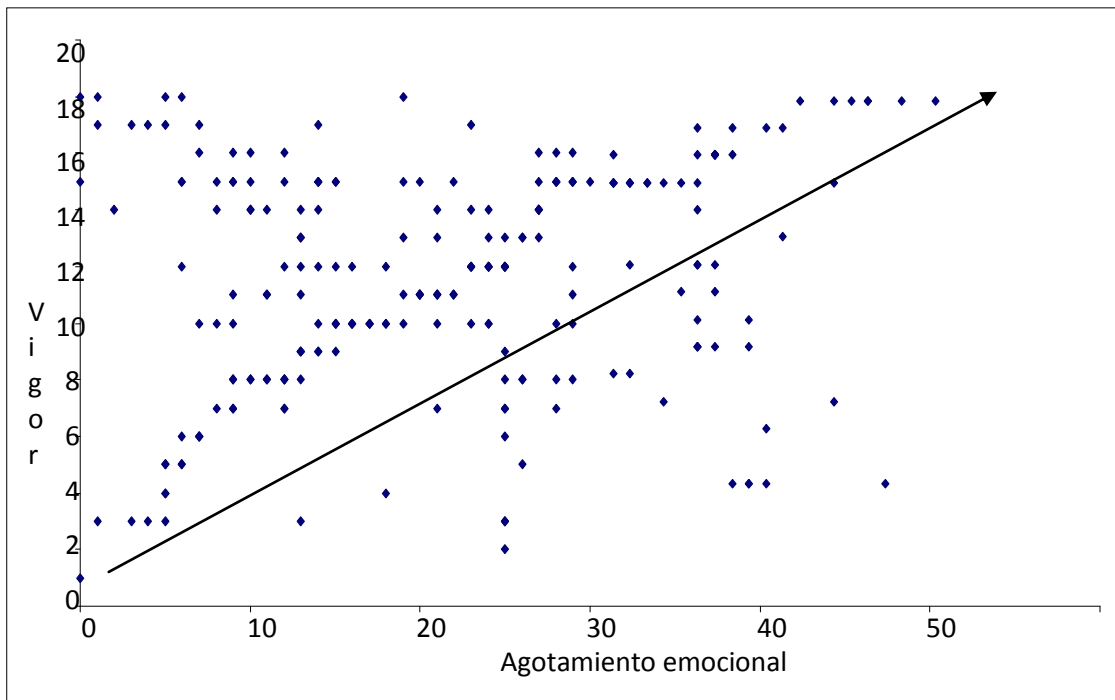


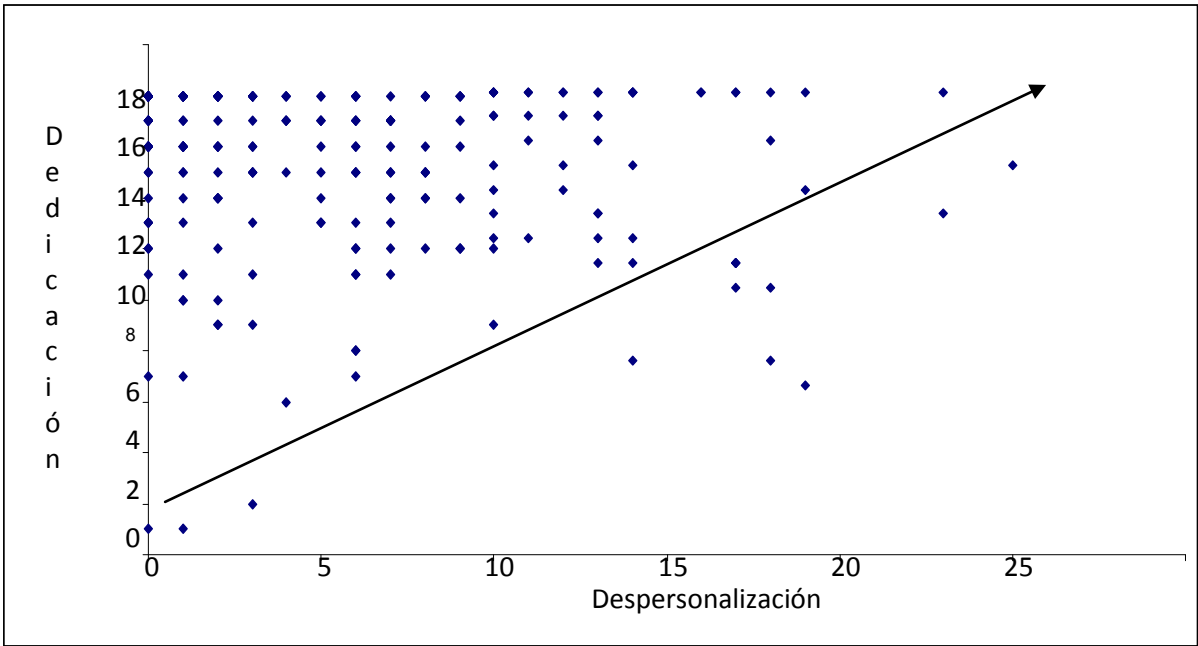
Tabla 1

Fuente: Encuestas

Figura 4

Correlación dedicación y Despersonalización en residentes

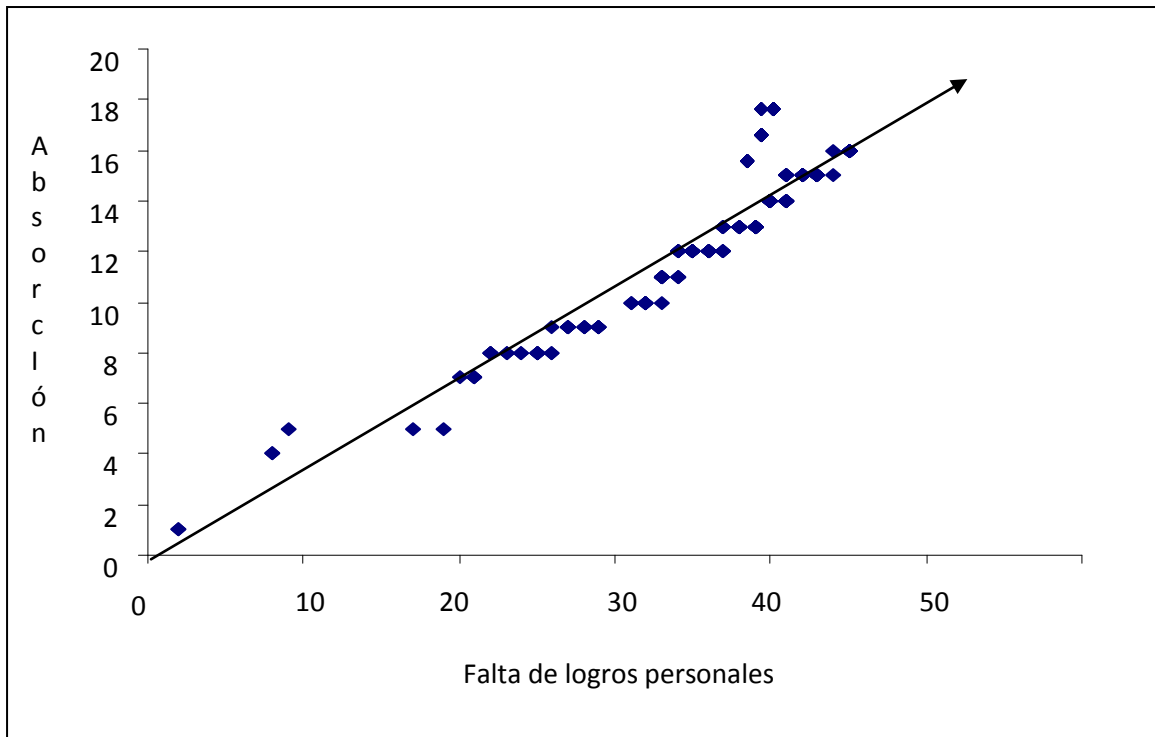




Fuente: Encuestas

Figura 5

Correlación de absorción y falta de logros personales en residentes



Fuente: Encuestas

## 4. DISCUSIÓN

En el estudio se encontraron datos diferentes a lo reportado en la mayoría de las publicaciones como: la frecuencia del síndrome de Burnout de 6.86% muy por debajo de lo reportado que va del 22 al 28% para residentes.<sup>8,11</sup> No existió diferencia significativa en la presentación entre hombres como en mujeres.<sup>9</sup> Y ser soltero no se identifico como factor de riesgo para presentar el síndrome.<sup>10</sup>

Algunos autores describen una mayor prevalencia del síndrome durante el primer año de la especialidad relacionándola con la falta de experiencia, el desarraigo y la incertidumbre laboral.<sup>31</sup> En este estudio la mayor frecuencia se presentó en el segundo año, estas diferencias podrían explicarse por el tamaño de muestra, que es una limitante de este estudio.

Todos los casos detectados con síndrome de Burnout pertenecieron al IMSS y puede explicarse por que esta institución aporto el 80% de los encuestados.

En este estudio no se encontró correlación entre el síndrome de Burnout y Engagement bajo.

## **5. CONCLUSIONES**

Con respecto al número de la muestra ( $n = 233$ ), consideramos que podría ser insuficiente para lograr peso estadístico en función de la frecuencia.

Los residentes de Medicina Familiar presentaron una baja frecuencia en el síndrome de Burnout lo cual no permitió establecer una adecuada correlación con la presencia de Engagement alto.

Debido a la presentación del síndrome de Burnout en residentes se debe de buscar alternativas para evitar que se incremente su frecuencia de forma individual mediante técnicas de relajación que eliminen el estrés o con la implementación de horarios a nivel hospitalario donde puedan realizar actividad física.

De forma grupal el fomentar las relaciones interpersonales con el fortalecimiento de los vínculos sociales dirigidos por psicoterapeutas.

Y a nivel institucional la identificación del Engagement para evitar que se presente el síndrome mediante la evaluación de riesgos psicosociales.

Evaluar el riesgo psicosocial que presentan los residentes para desarrollar el síndrome.

Se encuentran pocos estudios relacionados al positivismo laboral dentro del área médica por lo que valdría la pena el realizar investigaciones en un futuro.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gutiérrez AG. Celis LM. Moreno J, S. et al. Síndrome de Burnout. Arch. Neurol. Mex. 2006;11(4):305-309
2. Maslach Ch. Comprendiendo el Burnout. Jun 2009;11(32):37-43
3. Gil-Monte PR, Peyró JM, Validez factorial de Maslach Burnout Inventory en una Muestra Multiocupacional. Psicothema Esp.1999;11(3):679-689
4. Salanova M. Schaufeli W. El engagement en el trabajo cuando el trabajo se convierte en pasión. Madrid.2009;1-320
5. Montero MJ. Garcia CJ.A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)" BioMedCent.Public Health Esp.2010;(10):1-9
6. Álvarez HG. Medécigo VS. Ibarra GC. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el Estado de Sonora 67, Bol Med Hosp Infant. Mex. 2010;(1):44-51

7. Catsicaris C. Eymann A. Cacchiarelli N. et al La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Argent. 2007; 105(3):236-240
8. Houkes I. Winants Y. Twellaar M. Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study BioMedCent. Public Health Esp. 2011;(11):240-253
9. Méndez CA. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución, Anal Med. Méx. 2011;56 (2):79-84
10. Dickinson BM. Gonzalez SC. Fernandez OM. et al. Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. Archiv Med Fam 2007;9(2):75-79
11. Pejušković B. Lečić TD. Priebe S. et al. Burnout Syndrome among physicians- the role of personality dimensions and coping strategies. Psychiatria Danubina. Croatia 2011; 23(4):389-395
12. Cárdenas AE. Cabrera PC. Viniegra VL. et al. Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ámbito académico laboral Rev. Med. IMSS 2010;48(2):227-231
13. Pereda T L. et al .Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Salud Mental Mex. 2009;(32):399-404.
14. Carrasco GA. Corte CC. León RJ. Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el Burnout y estrés laboral Rev. Dig. Prev. 2010. (1):1-22
15. Livewire : Untangling Engagement <http://www.livewireinc.com/index.php/2009/>

insight/untangling- engagement/ Feb.10, 2013,1-3

16. Fernández MO. Hidalgo CC. Martín TA. et al. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emerg. Esp.* 2007 (19): :116-121
17. Hernández VC. Dickinson BM. Fernández OM. et al. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev. Fac. Med. UNAM* 2008;51:(1)E-F:11-14
18. Santos FE. Araujo AJ. Bezerra RA. Burnout Syndrome in Nurses in an Intensive Care Unit .*Einstein.Braz.* 2009; 7(1):58-63
19. Carreño MJ. et al. Guía clínica de intervención psicológica en personal de salud *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24 (4): 257-264
20. Employee Engagement: An Overview of the Literature on the Proposed Antithesis to Burnout *The Irish Journal of Psychology.* 2006;27(3-4):130-141
21. McManus C. Jonvik H. Richards P. et al. Vocation and avocation: leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors *BioMedCent.Public Health Esp.* 2011.9:(100):1-18
22. Xanthopoulou D. Bakker AB. Demerouti E. et al. Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources, *Journal of Occupational and Organizational Psychology.* 2009. (82):183–200
23. Zigarmi D. Nimon K, Houson D. et al Beyond Engagement: Toward a Framework and Operational Definition for Employee Work Passion, *Human Resource Development Review* 2009;8(3):300-326

24. Orton P. Orton C. Pereira GD. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice BioMedCent.Public Health Esp. 2011(02)74:1-8
25. Seppala P. Mauno S. Feldt T. et al. The Construct Validity of the Utrecht Work Engagement Scale: Multisample and Longitudinal Evidence J Happiness Stud. 2009 (10):459–481
26. Bicket M. Misra S. Wright SM. et al Medical student engagement and Leadership within a new learning community BioMedCent.Public Health Esp. 2010;10(20):1-6
27. De Oliva CE. Andrade SS. Rodrigues AA. et al. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study.Clinics 2012;67(6):573-579
28. Livewire:UnderstandingEngagement <http://www.livewireinc.com/index.php/2009/insight/understanding-engagement/> Feb.10, 2013,1-3
29. Livewire:EncouragingEngagement,<http://www.livewireinc.com/index.php/2009/insight/encouraging-engagement/> Feb.10, 2013,321-349
30. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Oct2008. 1-5.
31. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 4-23.

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1 Cuestionario para aplicación.

CENTRO DE SALUD TIII "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"								
RESIDENCIA MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR								
Numero de cuenta: _____				Fecha: _____ Mayo 2013				
Edad: _____ años.			Año: R1 ( ) R2 ( ) R3 ( )					
Sexo: M ( ) F ( )		Sede académica: _____						
Estado civil: Casado(a) (cuántos años): _____, Unión libre (cuántos años): _____, Soltero(a),								
Divorciado(a) (cuántos años): _____ Viudo(a) (cuántos años): _____.								
Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, decida y marque con una <u>X</u> si se ha sentido de esta forma.								
0) Nunca	1) Pocas veces	2) Una vez al mes o menos	3) Pocas veces al mes o menos	4) Una vez a la semana	5) Pocas veces a la semana	6) Todos los días		
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6	
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6	
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6	
5. Siento que trato a algunos de los pacientes como objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6	
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6	
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6	
8. Me siento agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6	
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	0	1	2	3	4	5	6	
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6	
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca personalmente	0	1	2	3	4	5	6	
12. Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6	
13. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6	
14. Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6	
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6	
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6	
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6	
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6	
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6	
20. Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6	
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con calma	0	1	2	3	4	5	6	
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6	



Las siguientes preguntas se refieren al bienestar de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, decida y marque con una X si se ha sentido de esta forma.

	0) Nunca	1) Casi nunca	2) Algunas veces	3) Regularmente	4) Bastantes veces	5) Casi siempre	6) Siempre
1. Mis tareas como estudiante me hacen sentir lleno de energía.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento fuerte y vigoroso cuando estoy estudiando o voy a las clases	0	1	2	3	4	5	6
3. Estoy entusiasmado con mi carrera	0	1	2	3	4	5	6
4. Mis estudios me inspiran cosas nuevas	0	1	2	3	4	5	6
5. Cuando me levanto por la mañana me apetece ir a clase o estudiar	0	1	2	3	4	5	6
6. Soy feliz cuando estoy haciendo tareas relacionadas con mis estudios	0	1	2	3	4	5	6
7. Estoy orgulloso de hacer esta carrera	0	1	2	3	4	5	6
8. Estoy inmerso en mis estudios	0	1	2	3	4	5	6
9. Me "dejo llevar" cuando realizo mis tareas como estudiante	0	1	2	3	4	5	6

## ANEXO 2 Carta de consentimiento informado

CENTRO DE SALUD TIII "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"  
RESIDENCIA MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y DE ENGAGEMENT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013

El / la que suscribe DR. (A) \_\_\_\_\_ acepto que se me ha explicado amplia y detalladamente acerca de las características del Síndrome de Burnout y de Engagement, por parte del Dr. Ennar Romero Pimentel. Se me explico que el cuestionario no llevara más de 20 minutos. Por lo que en pleno uso de mis facultades mentales autorizo a los Médicos Residentes y Tutores para el manejo y clasificación de la información vertida en los cuestionarios. Al mismo tiempo que se me hizo hincapié que de presentar características del Síndrome de Burnout se me canalizara con la instancia correspondiente para recibir tratamiento.

Lo anterior en el entendido de que éste ejercicio se realiza con fines académicos y de investigación, siendo manejada en forma confidencial para salvaguardar mi integridad y de los demás participantes. Y que en el momento que decida puedo abandonar el cuestionario, o solicitar información al respecto de la información.

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico Residente

(Información manuscrita y autógrafa)

Nombre y firma del Investigador:

Fecha de entrega a la Secretaría Técnica del Cuerpo Colegiado:

Sello y firma de recibo en la Secretaría Técnica del Cuerpo Colegiado: