



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Coordinación de Educación e Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad De Medicina Familiar No. 20

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES FAMILIARES”**



T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

DR. HERNANDEZ VERGARA FABRICIO

Tutora:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO.20

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO.20**

Vo. Bo.

DRA MAXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF NO.20

DEDICATORIA

A MI ESPOSA

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado. LORENA.

A MI HIJA

Que con su presencia y amor me dio el aliento necesario para culminar este proyecto de mi vida.

A MIS PADRES

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS:

Dra. Santa por todo su apoyo, en estos tres años y en especial por el tiempo dedicado para la realización de esta tesis.

A MIS AMIGOS:

Marianita por su apoyo a la realización de mi tesis y cartel, para el proceso de titulación, así mismo por todos aquellos momentos en que me hizo reír cuando las cosas se ponían tensas al realizar mi tesis.

A Erick y Silvia quienes me brindaron su amistad incondicional desde el segundo año hasta el término de nuestra residencia y sobre todo por esos momentos de diversión en las guardias cuando la presión nos apremiaba más.

INDICE

Resumen	
Título	
Antecedentes.....	1
Justificación.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Hipótesis.....	10
Objetivos.....	11
Sujetos, material y métodos.....	12
Resultados.....	17
Discusión.....	23
Conclusiones.....	25
Recomendaciones.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos.....	29

“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE UMF 20 Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES FAMILIARES”

Hernández-Vergara Fabricio¹, Vega-Mendoza Santa²

1. Médico residente de tercer año en Medicina Familiar UMF20, IMSS.
2. Médico Familiar, profesora adjunta de la especialidad de Medicina Familiar UMF20, IMSS.

Introducción: El síndrome de Burnout se ha correlacionado con las actividades médicas ejercidas por los profesionales de la salud en formación impactando en la calidad de la atención. **Objetivos:** Determinar la presencia de síndrome de burnout en residentes de medicina familiar asociado a factores familiares. **Metodología:** Estudio transversal analítico, en 53 residentes de medicina familiar sede UMF20 IMSS, ciclo académico 2012-2013, se aplicó encuesta de datos generales, familiares instrumento Maslach Burnout Inventory-HS, APGAR, Holmes, Goldberg, DUKE-UNC. **Análisis descriptivo,** χ^2 y RM al IC 95%. **Resultados:** sexo femenino 66%(35), edad 25-30 años 66%(35), solteros 67.9%(36), Grado académico tercer año 41.5%(22), primero 30.2%(16), segundo 28.3%(15), rol de hijo 60%(35), da aporte económico 88.7%(47), de familias normofuncionales 96.2%(51), con redes de apoyo el 100%(53), crisis leve-moderada 20.8%(11), mayor crisis por enfermedad de familiar 17%(9), solo el 3.8%(2) presentaron Burnout, percibido en agotamiento 1.9%(1) y despersonalización, el 37.7%(20) con ansiedad, y el 18.9%(10) con depresión, 79.2%(42) con baja autoestima. Los 2 médicos con Burnout fueron 1 masculino y 1 femenino, de 25-35 años, 1 soltero y 1 unión libre, segundo y tercer año, un hijo y un esposo(a), con aporte económico, familias normofuncional, con redes de apoyo, 1 con riesgo moderado, 1 con ansiedad, ambos con baja autoestima y sin depresión. **Conclusiones:** Se encontró bajo porcentaje de Burnout en médicos residentes, no hubo factores familiares relacionados ya que estos son independientes de las actividades que realizan los médicos en formación.

Palabras clave: síndrome de burnout, crisis familiares, funcionalidad familiar, redes de apoyo, ansiedad, depresión, médicos residentes, medicina familiar

"BURNOUT SYNDROME IN FAMILY MEDICINE RESIDENTS OF UMF 20 AND ITS ASSOCIATION WITH FAMILY FACTORS"

Hernández-Vergara Fabricio¹, Vega-Mendoza Santa²

1. Médico residente de tercer año en Medicina Familiar UMF20, IMSS.
2. Médico Familiar, profesora adjunta de la especialidad de Medicina Familiar UMF20, IMSS.

Introduction: Burnout syndrome has been correlated with medical activities by health professionals in training impacting the quality of care. To determine the presence of burnout in family medicine residents associated with family factors.

Methods: cross-sectional study in 53 family medicine residents IMSS UMF20 based, academic year 2012-2013 survey of general information, family MASLACH BURNOUT INVENTORY-HS, APGAR, HOLMES, GOLDBERG, DUKE -UNC was applied. Descriptive analysis chi² and RM to 95%. **Results:** 66 % female (35), age 25 to 30 years 66% (35), singles 67.9% (36). Academic degree third year 41.5% (22), first 30.2% (16), second 28.3% (15), the role of child 60% (35), gives economic contribution 88.7% (47) 96.2% of families normofuncionales (51), support networks 100 % (53) 20.8% mild-moderate difficulty (11), major crisis familiar sick of 17% (9), only 3.8% (2) had Burnout, perceived exhaustion 1.9% (1) and depersonalization, 37.7% (20) with anxiety, and 18.9% (10) depression, 79.2% (42) with low self-esteem. Burnout 2 physicians were 1 male, 1 female, 25-35 years, one single and one free union, second and third years, a son and a husband or wife, with economic support, normofuncional families, and support networks 1 moderate risk, one with anxiety, low self-esteem both with and without depression. **Conclusions:** We found a low percentage of Burnout in medical residents, there were family related factors as these are independent of the activities performed by doctors.

Keywords: burnout, family crises, family functioning, support networks, anxiety, depression, medical residents, family medicine.

**SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UMF 20 Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES FAMILIARES**

ANTECEDENTES

Los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés y el “síndrome de quemarse por el trabajo” (Burnout) ocupan un lugar destacado y son causa principal del deterioro de condiciones de trabajo; fuente de accidentes y ausentismo.¹ Hans Seley definió al “síndrome general de adaptación” como la respuesta del organismo a algo perdido, desequilibrio al que se debe enfrentar que produce respuestas a nivel individual, psicológico y fisiológico ante un estímulo (estresor), es un evento constante en el transcurso de la vida del trabajador, obstáculo o reto que debe superarse.² A nivel institucional baja el rendimiento y productividad de las empresas, por eso se estudia el estrés laboral en los servicios de salud en relación con el desarrollo del síndrome de Burnout.³

El Burnout es una respuesta a fuentes de estrés crónico, la entrada es un distrés (estrés patológico) producido por un desequilibrio entre expectativas y realidad de trabajo.⁴

El psiquiatra americano Herbert Freudenberg lo definió como “un estado de fatiga o frustración padecido por la dedicación de una causa, forma de vida o relación que no produce la esperada compensación”. Las investigadoras Cristina Maslach y Susan Jackson lo definen como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en los individuos que trabajan con personas, caracterizado por un proceso progresivo continuo que requiere al menos de seis meses de periodo desadaptativo.

La prueba de desgaste profesional de Maslach Burnout Inventory (MBI) se describió para evaluar sus diferentes componentes; el cuestionario se realiza de 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal.⁵

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones, y en Colombia fue validado por la Universidad de Antioquia en el año 2004⁶. Está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. En la versión inicial la escala para valorar los ítems presentaba dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de siete adjetivos que van de nunca a todos los días, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.⁷

En el periodo formativo de especialización para residencias médicas o posgrado se asumen nuevas y grandes responsabilidades en el ámbito profesional y personal, con alta incidencia de patología relacionada con el estrés laboral, elevadas tasas de depresión, conductas adictivas, somatizaciones, conflictos familiares asociados a excesivas cargas de trabajos nocturnos, excesiva auto-exigencia, inseguridad laboral futura, situaciones como la muerte de pacientes, errores en la actuación clínica, indefinición profesional, períodos de transición, además de factores individuales, sociales y grupales, coloca al residente en situaciones de estrés constante de varios tipos: laborales, educativos, psicológicos, familiares, sexuales y organizacionales, que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de Burnout o desgaste profesional.³

Los residentes pierden su pasión por la Medicina, se vuelven menos humanos, cínicos, menos éticos e infelices con su profesión, susceptibles a la ansiedad y abuso de sustancias, ignoran necesidades como cuidados preventivos de salud, hábitos de buena alimentación y relaciones personales, tienden al uso excesivo del alcohol, pobre higiene personal, somatizaciones, cefaleas, trastornos del sueño, alteraciones conductuales, musculares, gastrointestinales, etc.^{7,8}

Los mayores requerimientos de tiempo necesarios para la formación académica limitan la vida de pareja y el desempeño del rol de padre o madre; aparecen problemas de coordinación y de organización, como horarios de comida diferentes

a los de la familia, que llevan al médico a no participar de aquellos momentos; dificultad para conseguir silencio durante el día mientras procura descanso y existe menor oportunidad de vida social al disminuir la participación en actividades con amigos o familiares por las pocas horas recreativas. Todo esto altera la dinámica familiar. Es así como Pérez Cruz vincula el síndrome de Burnout con la depresión lo que afecta la estructura personal y familiar, reflejado también en la calidad y desempeño laboral.⁹

Para entender y hallar soluciones a los problemas generados en el marco del ejercicio médico durante la residencia, se sugiere analizar desde el periodo formativo del curso de especialización. De ahí la inquietud por conocer el grado de agotamiento emocional, despersonalización y el nivel de realización personal que perciben los médicos residentes, ya que los indicadores de prevalencia son alarmantes, a nivel mundial se reportan cifras hasta de 75% de médicos residentes con síndrome de Burnout y es correlacionado con el impacto que produce a nivel de la atención médica, principalmente en los elevados índices de errores y negligencia médica la cual, en sus formas más sutiles provoca altas prematuras a pacientes. Ante la gran demanda de servicios, las actividades médicas ejercidas por los residentes e internos en los hospitales asumen aproximadamente 80% de la carga asistencial de las instituciones.⁴ Prevenir nuestro Burnout, el “desengaño”, el “desgaste profesional”, implica comenzar a trabajar por una perspectiva mucho más holística, biopsicosocial, de muchas especialidades sanitarias; significaría hacer hincapié en los recursos de solidaridad y de autogestión solidaria e implementarlos en nuestros servicios, sociedades, instituciones, familias y, en general, en nuestras relaciones. Ser realistas nos permitirá una mejor relación con el entorno, lo que favorecerá la aparición de nuevos procedimientos, cambios en los programas de educación y formación, y nos servirá para adoptar medidas para prevenir este síndrome, al mejorar calidad y calidez humana. Si los directivos del programa de la residencia no están atentos al manejo del estrés de sus residentes, es posible que se sufra de un “Burnout” antes de completar el programa.⁶

En el año 2009 en el estado de Nayarit, se realizó un estudio sobre la prevalencia de síndrome de Burnout, en residentes de medicina familiar en donde se reportó que, la prevalencia encontrada del síndrome de Burnout por cada una de las dimensiones afectadas, en médicos residentes de la UMF No. 24, y se asocia la percepción entre la dinámica familiar (disfunción familiar) y el grado de residencia, el más frecuente fue disfunción severa y moderada en alumnos de 2° y 3° grados.¹⁰

Arenas reporta en su estudio que las manifestaciones de los residentes de 2° y 3° años eran reflejadas en el área digestiva 80% (gastritis, colitis) 65% en la esfera psicológica con manifestaciones de ansiedad, insomnio y miedo.^{5, 6, 8} Las manifestaciones clínicas más frecuentes del síndrome en este estudio fueron: cefaleas, somnolencia, cansancio posguardia, lumbalgias, ansiedad, depresión, colitis, alteraciones menstruales, gastroenteritis y enfermedad ácido péptica, hostilidad e inestabilidad emocional.

Respecto al género el nivel intermedio de Burnout se presentó en mujeres, que han encontrado mayores niveles de Burnout en ellas por la doble carga de trabajo (profesional y familiar) aunque también se describe en algunos artículos como al más afectado al hombre.^{10, 11, 12} Según el estado civil también existe controversia, no hay un acuerdo unánime. Parece ser que las personas solteras tienen más cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable, pero el síndrome se ha asociado más con las personas que no tienen pareja estable.^{11, 12}

En cuanto al grado de residencia se sabe que hay mayor presencia Burnout a mayor grado de residencia. Esta diferencia se ha visto en la literatura pero no coincide con el mayor Burnout encontrado en algunos artículos en los que ubican al síndrome en los primeros años de ejercicio profesional.

Estas cifras de prevalencia encontradas en algunas de las dimensiones del síndrome nos hacen pensar que éste se encuentra presente en nuestra población.¹¹

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.^{7, 13}

La dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas, como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que esta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir.^{10, 13}

Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo con las etapas por la que pase su ciclo vital. El médico no escapa a estas características. En su formación profesional, el médico busca culminar sus estudios de cuarto nivel en medio de grandes dificultades, sometiéndose a exceso de trabajo debido a esfuerzos de guardias hospitalarias que conllevan al cansancio, estrés producido por las pocas horas dedicadas a su familia, restricción de las horas de sueño, así como también problemas en la adaptación a los programas curriculares de los postgrados. Aunado a ello, existe el hecho de compartir más horas de su vida cotidiana con el paciente, con los compañeros de trabajo y menos con su núcleo familiar, todo lo cual podría traer como consecuencia, disfunción de su grupo familiar.¹³

La población en general ve al médico como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psicoafectivos; sin embargo, por lo antes expuesto, se hace necesario estudiar el complejo de causalidad que puede influir en la funcionalidad de los residentes, para poder responder adecuadamente a las expectativas de los consultantes.¹³

El ideal sería que este profesional contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor y afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención al individuo, familia y comunidad de mejor calidad, pero a su vez cumplir con las exigencias propias de los estudios de cuarto nivel y de esta manera finalizar la especialidad con el más alto índice académico.¹³

El estado de ánimo influye en la forma de expresión de la personalidad, donde el neurotismo alude a un nivel típico de ajuste emocional del individuo. Los niveles más altos en esta dimensión experimentan aflicción emocional. Entre sus diferentes manifestaciones están la ansiedad, depresión y la hostilidad.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos – dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia de alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%).

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos.^{14, 15}

En un estudio realizado en 2008 en la asociación de factores psicosociales en el desarrollo de síndrome metabólico en médicos residentes, ocupando la Escala de Reajuste Social Holmes y b) Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, se encontró la presencia de estrés y depresión asociado a síndrome metabólico y agotamiento profesional.¹⁵

JUSTIFICACION

El estudio del Síndrome de Burnout ha ido creciendo en complejidad a medida que se ha profundizado en la identificación y evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes, tiene como fortaleza aportar elementos de juicio no tan sólo para constatar la creciente importancia de la magnitud del síndrome en el área de la salud, sino también describir y analizar factores de riesgo asociados en un medio institucional, con más de 60 años de experiencia en otorgar seguridad social, donde una de sus principales modalidades es la atención médica familiar. ¹⁶

El hombre, además de trabajar, tiene otras rutas ineludibles: las superaciones personal, fraternal, filial, parental, conyugal, laboral, social, etc. Tiene que sortear satisfacciones y sufrimientos que le producen estrés y afectan su salud. El estrés produce respuestas a nivel individual, psicológico y fisiológico a un estímulo (estresor). Es un evento constante en el transcurso de toda la vida del trabajador, el cual forma parte de un obstáculo o reto que debe ser superado en el 75% de los residentes que se mencionan en los estudios para no continuar con el al insertarse a las actividades laborales. ^{6, 17}

La entrada al síndrome de Burnout es un distrés (estrés patológico) producido por un desequilibrio entre las expectativas y la realidad del trabajo, con manifestaciones psicológicas y físicas o la misma muerte, con repercusiones en la vida personal, familiar, social y en la institución donde labora. Es y debe ser reconocida en nuestro país, México, como una enfermedad laboral. ¹⁷

Las cifras de prevalencia encontradas, aunque no son tan altas como en otros estudios, son elevadas con respecto a otros países. Ello nos hace pensar que el síndrome está presente en esta población y que los factores sociodemográficos y laborales son causa; o al menos existe una relación significativa hacia el desarrollo del síndrome.

Es imprescindible, por un lado, el considerar que el punto de partida hacia el desarrollo del síndrome es a nivel organizacional; por tanto, se debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral, como el crear programas de socialización, de apoyo, de trabajo en equipo, de planificación, de participación, de retroinformación, de crecimiento personal y de desarrollo organizacional. Por otro lado, los factores estresantes extra-laborales también deben ser considerados con la misma importancia. Es necesario fomentar los valores personales y familiares, aprovechar cualquier momento de convivencia con la familia y con los compañeros de trabajo. Las soluciones son preventivas y terapéuticas a nivel individual, grupal y organizacional. Entre las medidas preventivas tenemos la de evitar que la enfermedad o el daño llegue; si la enfermedad ya se instauró, habrá que controlarla, tratarla, pedir apoyo y evitar complicaciones. Cuanto más pronto se instaure las medidas preventivas, la evolución o curación serán una realidad.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población en general ve al médico como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psicoafectivos; sin embargo, por lo antes expuesto, se hace necesario estudiar el complejo de causalidad que puede influir en la funcionalidad de los residentes, para poder responder adecuadamente a las expectativas de los consultantes.

En la UMF 20 con los residentes de la especialidad en medicina familiar, después de 6 meses de entrenamiento, que es el tiempo mínimo de adaptación a nueva situación laboral, acompañado por guardias nocturnas y complementadas en servicios de rotación, que se prolonga durante los tres años de formación, sumando el cansancio o agotamiento continuo teniendo repercusión en las relaciones familiares, sociales, recreativas, académicas, etc.

Por tal motivo se investigara que médicos residentes presentan o no síndrome de Burnout y su asociación a factores familiares.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la severidad del síndrome de Burnout y sus factores familiares en residentes de medicina familiar?

HIPOTESIS

Existe Síndrome de Burnout asociado a factores familiares en los residentes de medicina familiar de la UMF 20 del IMSS de la zona norte del D.F.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar asociado factores familiares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la presencia de Burnout y su severidad
- Determinar factores familiares
 - Funcionalidad familiar como:
 - Crisis familiares
 - Redes de apoyo
- Identificar características sociodemográficos
- Identificar la asociación de Burnout con lo familiar, aprovechamiento académico y características sociodemográficas.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

Este estudio se realizó con los residentes de Medicina familiar de la UMF 20 de los tres grados, que ya habían realizado los 6 primeros meses de residencia.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Nuestra investigación se consideró como un estudio transversal analítico debido a que ciertas variables no podrán ser controladas.

Fue prospectivo, porque la recolección de datos será a partir de nuevas encuestas e instrumentos de medición.

GRUPOS DE ESTUDIO

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Esta investigación fue dirigida específicamente al grupo de médicos residentes, sin importar grupo etario y grado de residencia

CARACTERISTICAS DE LOS TESTIGOS: no aplica

CRITERIOS DE INCLUSION

Médicos que se encontraban cursando la especialidad de Medicina familiar y que ya hayan cursado sus primeros 6 meses de adaptación al nuevo ámbito laboral y académico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos aquellos sujetos, que sean médicos de la especialidad que no desearan participar en la encuesta y/o no terminaron la misma. Todos los médicos

residentes que no acudieron a la realización de encuesta, por ausentismo actividad laboral, incapacidad o periodo vacacional.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellos que no completaron todos los ítems de la encuesta.

Tamaño de la muestra y tipo de muestreo: se tomó un grupo natural de médicos residentes de primero, segundo y tercer año de la UMF 20 del IMSS delegación norte D. F., durante el periodo del ciclo académico 2012-2013, y los meses agosto-septiembre

Total de la muestra= 53 médicos residentes 16 de primer año, 15 de segundo año y 22 de tercer año.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Sexo o género	Independiente	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Pregunta directa al médico acerca de su género describiendo: Hombre Mujer	Cualitativa nominal.
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona en años, la cual debe ser exacta para poder entrar en el estudio.	Pregunta directa al médico sobre su edad en ese momento.	Cuantitativa continua
Grado de especialidad	Independiente	Tiempo que ha ocurrido desde que el medico ingreso a la especialidad.	Primer año Segundo año Tercer año	Cuantitativa de razón o proporción.
Estado civil	Independiente	Otorgada por el residente. Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Cualitativa politómica

		con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.		
Síndrome de Burnout	Dependiente	Resultado de la combinación de factores estresantes en el entorno social laboral que desencadenan un estrés crónico.	Síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización en el trabajo, sobre todo en individuos que trabajan con otras personas. Evaluado con el instrumento MBI-HS ^{1, 2, 4} en presencia o ausencia. También se determinaran las áreas afectadas: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Que a continuación se mencionan	Cualitativa nominal
Cansancio emocional	Independiente	Causar fatiga al animo	Sentimiento del médico residente emocionalmente exhausto por su trabajo.	Cualitativa ordinal
Despersonalización	Independiente	Separar conscientemente un problema, opinión, etc., de las características del hablante o actuante	Respuesta interpersonal fría de parte del médico residente hacia los pacientes	Cualitativa ordinal
Falta de realización personal	Independiente	Falta de auto aprecio o auto estimación	Serie de respuestas hacia uno mismo y a su trabajo	Cualitativa ordinal
Ansiedad	Independiente	Estado de inquietud o zozobra del ánimo. Trastorno psicológico asociado al síndrome de Burnout. Medido con el instrumento de Goldberg.	Leve Moderada Severa	Cualitativa politómica
Depresión	Independiente	Estado psíquico de abatimiento. Trastorno psicológico asociado al síndrome de Burnout. Obtenida mediante la	Leve Moderada Severa	Cualitativa politómica

		aplicación del instrumento de Goldberg.		
Funcionalidad familiar	Independiente	Relacionado a las funciones principalmente vitales dentro de la familia	Capacidad de una familia para lograr un efecto de equilibrio entre factores estresantes y recursos y obtener por tanto un mejor equilibrio psicosocial. Medido con el instrumento de APGAR familiar. ⁷	Cualitativa ordinal.
Redes de apoyo	Independiente	Grupo de personas miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia.	Con apoyo Sin apoyo, Medido a través del instrumento DUKE-UNC	Cualitativa ordinal
Crisis familiares	Independiente	Estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza por incapacidad de manejar situaciones particulares.	Medido con el instrumento de Holmes que lo evalúa con la siguiente puntuación: >300: En riesgo de enfermedad. 150 a 299 +: Riesgo de enfermedad moderado. <150 -: Sólo tiene un pequeño riesgo de enfermedad.	Cualitativa nominal
Rol Familiar	Independiente	Es la posición que ocupa determinado individuo en un sistema social definido.	Padre, madre; hijo o hija; esposa o esposo.	Cualitativa nominal

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizará en el periodo comprendido de Agosto-septiembre del 2012 en la UMF 20, siendo un estudio transversal analítico. Previo

consentimiento informado y explicación del objetivo del presente proyecto de investigación, a los jefes de enseñanza de la unidad, para la realización del estudio, para posteriormente generar una cita para la realización de la encuesta, previo consentimiento informado a los residentes de la UMF 20.

Se realizaran 1 encuesta, en la que se aplicaran 5 instrumentos los cuales son los siguientes:

- MBI que evalúa la presencia de Síndrome de Burnout en su versión para trabajadores de la salud, validado en los estudios de ARENAS 2006, ARANDA2005, LOPEZ 2007 Y PEREZ 2006.
- APGAR familiar para conocer la situación de apoyo familiar que presenta cada residente, validado por el consejo de medicina familiar
- GOLDBERG para ansiedad y depresión,
- DUCKE-UNC para valorar las redes de apoyo validado en el estudio de Gonzales en el 2005 en Venezuela.
- HOLMES modificado para valorar la presencia de crisis familiares validado en el estudio de Montes de Oca en el 2008

La manera en cómo se llevara a cabo la recolección de datos, será de forma personal, sin colaboradores.

PRUEBAS ESTADISTICAS UTILIZADAS: Se utilizará estadística descriptiva y prueba de Chi cuadrada para determinar asociación y significancia estadística. Utilizando un intervalo de confianza del 95%.

PAQUETES ESTADISITICOS UTILIZADOS: SPSS edición 21.

RESULTADOS

Características generales

De los 53 médicos residentes que participaron en el estudio, se encontró los siguientes datos en cuanto a las características generales, predominio del sexo femenino 66% (35), sobre el masculino 34% (18), la edad de mayor prevalencia estuvo entre los 25 a 30 años de edad 66% (35), seguida de los residentes de entre 31-35 años 26.4% (14). El estado civil predominante fue el de soltero con un 67.9% (36), seguido el 22.6% (12) de residentes casados. En el grado académico la mayoría se encontraban en el tercer año de la especialidad 41.5%, (22), seguidos por el primer año 30.2% (16) y finalizando con el segundo año académico 28.3% (15). En el rubro de la religión la mayoría refirió ser católico 84.9% (45) y la minoría ser testigo/evangelista 1.9% (1).Tabla 1

Tabla 1. Características generales de los residentes de medicina familiar dela UMF 20

		N	%
Sexo	Femenino	35	66.0
	Masculino	18	34.0
Edad	25-30	35	66.0
	31-35	14	26.4
	36-40	3	5.7
	41 o más	1	1.9
Estado civil	Soltero	36	67.9
	Casado	12	22.6
	Unión libre	5	9.4
Grado académico	Primer año	16	30.2
	Segundo año	15	28.3
	Tercer año	22	41.5
Religión	Católico	45	84.9
	Testigo	1	1.9
	Evangelista	1	1.9
	Cristiano	2	3.8
	Otra	4	7.5

Características familiares

En cuanto a las características familiares se obtuvieron los siguientes datos: en el rol familiar de los residentes el que más predominó fue el de hijo con 66% (35) seguido del rol de esposa o esposo con 15.1% (8). Dan aporte económico a la familia el 88.7% (47), mientras que el 11.3% (6) no aportaba económicamente. En este momento refirieron encontrarse en familias normo-funcionales 96.2% (51), el 100% (53) con redes de apoyo; sin riesgo de crisis 45.3% (24), seguida de riesgo leve y moderado ambas con 20.8% (11) y solo una minoría con riesgo severo de crisis 13.2% (7). El tipo de crisis que se mencionó con más frecuencia fue la enfermedad de un familiar 17% (9), seguida de exámenes 13.2% (7), cambio en las condiciones laborales, actividad laboral o finanzas familiares ambas con un 11.3% (6). Tabla 2

Tabla 2. Aspectos familiares de los residentes de medicina familiar de la UMF 20.

		N	%
Rol familiar	Hija o hijo	35	66.0
	Madre o padre	3	5.7
	Esposa o esposo	8	15.1
	Esposa y mamá	4	7.5
	Esposo y padre	3	5.7
Aporte económico	Sí	47	88.7
	No	6	11.3
Función familiar	Disfunción leve	2	3.8
	Normo funcional	51	96.2
Redes de apoyo	Con apoyo	53	100
	Sin apoyo	0	0
Crisis familiares	sin riesgo	24	45.3
	riesgo leve	11	20.8
	riesgo moderado	11	20.8
	riesgo severo	7	13.2
Tipo de crisis	Cambio condiciones laborales	6	11.3
	Cambio en actividad laboral	6	11.3
	Cambio en finanzas familiares	6	11.3
	Enfermedad de un familiar	9	17.0
	Exámenes	7	13.2
	Otros (cambio del lugar de trabajo, enfermedad personal, muerte de un familiar, no estar en reuniones familiares, peleas con colegas, etc.)	19	36

Síndrome de Burnout

Dentro de la evaluación de síndrome de Burnout se encontró que el 3.8% (2) lo presentaban, así mismo las áreas de evaluación del síndrome de Burnout, las que mostraron afectación fueron agotamiento y despersonalización en 1.9% (1) respectivamente.

Tabla 3. Presencia de síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar de la UMF 20.

		N	%
Burnout	Sí	2	3.8
	No	51	96.2
Agotamiento	Sí	1	1.9
	No	52	98.1
Despersonalización	Sí	1	1.9
	No	52	98.1
Realización personal	Sí	53	100
	No	0	0

Características psicológicas del residente

En la evaluación de las características psicológicas se observó un 62.3% (33) sin ansiedad y el 37.7% (20) con ansiedad. Sin presencia de depresión el 81.1% y con depresión al 18.9%, se reportan con autoestima baja 79.2% (42) y con autoestima adecuada solo el 20.8% (11). Tabla 4

Tabla 4. Características psicológicas de los residentes de medicina familiar de la UMF 20

		N	%
Ansiedad	Sin ansiedad	33	62.3
	Con ansiedad	20	37.7
Depresión	Sin depresión	43	81.1
	Con depresión	10	18.9

Autoestima baja	Si	42	79.2
	No	11	20.8

Datos generales y síndrome de Burnout

Al realizar la asociación de las características generales de los residentes con la presencia o ausencia de síndrome Burnout, se encontró que el 50% eran mujeres y 50% hombres con síndrome de Burnout. Los grupos etarios en donde encontró síndrome de Burnout fueron en el de 25-30 años y 31-35 años, con el 50 % respectivamente. En relación al estado civil y la presencia de síndrome de Burnout, los residentes, el 50% eran solteros y el 50% se encuentran en unión libre presentaron síndrome de Burnout. En el rubro de la religión y presencia de síndrome de Burnout, el 50% de los residentes profesaban religión católica presentaron síndrome de Burnout. Por último los residentes que presentaron síndrome de Burnout, fueron 50% (1) del segundo año, así mismo, 50% (1) de tercer año, presentaron síndrome de Burnout.

Tabla 5. Características generales relacionadas con Burnout

Características generales	Síndrome de Burnout				*P
	Presente		Ausente		
	N	%	N	%	
Sexo: Femenino	1	50	34	66.7	.568
Masculino	1	50	17	33.3	
Edad: 25-30	1	50	34	66.7	.879
31-35	1	50	13	25.5	
36-40	0	0	3	5.9	
41 o mas	0	0	1	2	
Estado civil: soltero	1	50	35	68.6	.123
casado	0	0	12	23.5	
unión libre	1	50	4	7.8	
Religión: católico	1	50	44	86.3	.247
testigo	0	0	1	2.0	

evangelista	0	0	1	2.0	
cristiano	0	0	2	3.9	
otra	1	50	3	5.9	
Grado: primer año	0	0	16	31.4	.604
segundo año	1	50	14	27.5	
tercer año	1	50	21	41.2	

Aspectos familiares y síndrome de Burnout.

La presencia de síndrome de Burnout se encontró que aquellos residentes que cumplían el rol de hija o hijo un 50% (1), que cumplían el rol de esposa o esposo el 50% (1). Quienes aportaban económicamente a gasto familiar el 100% (2), presento síndrome de Burnout. Con familia funcional 100%, presento síndrome de Burnout. Con respecto a la presencia de redes de apoyo en el síndrome de Burnout, el 100% (2) presento el síndrome. El 50% (1) de los residentes sin riesgo de presentar crisis familiares presento síndrome de Burnout, y él 50% (1) de los residentes con riesgo moderado de crisis familiares presento síndrome de Burnout.

Tabla 6. Aspectos familiares y síndrome de Burnout.

Aspectos familiares	Síndrome de Burnout				*P
	Presente		Ausente		
	N	%	N	%	
Rol familiar: Hija o hijo	1	50	34	66.7	.708
Madre o padre	0	0	3	5.9	
Esposa o esposo	1	50	7	13.7	
Esposa y mama	0	0	4	7.8	
Esposo y padre	0	0	3	5.9	
Aporte económico: Si	2	100	45	88.2	.606
No	0	0	6	11.8	
Función familiar: Disfunción leve	0	0	2	3.9	.775
Normofuncional	2	100	49	96.1	
Redes de apoyo: Con apoyo	2	100	51	100	-
Sin apoyo	0	0	0	0	

Crisis familiares: sin riesgo	1	50	23	45.1	.666
riesgo leve	0	0	11	21.6	
riesgo moderado	1	50	10	19.6	
riesgo severo	0	0	7	13.7	

Aspectos psicológicos y síndrome de Burnout.

Por ultimo analizamos los aspectos psicológicos y la presencia de síndrome de Burnout, en donde encontramos que quienes tenían síndrome de Burnout el 50% (1) presento ansiedad, y el 50% (1) no presento ansiedad. En el rubro de depresión se encontró que el 100% (2) no presentaba depresión con síndrome de Burnout. Se observó que el 100%(2) de los residentes con autoestima baja presentó Burnout%.

Tabla 7. Aspectos psicológicos y síndrome de burnout.

Aspectos psicológicos	Síndrome de Burnout				*P
	Presente		Ausente		
	N	%	N	%	
Ansiedad: Si	1	50	19	37.3	.715
No	1	50	32	62.7	
Depresión; Si	0	0	10	19.6	.487
No	2	100	41	80.4	
Autoestima baja: Si	2	100	40	78.4	.461
No	0	0	11	21.6	

DISCUSION.

Se encontró un bajo porcentaje de síndrome de Burnout en los médicos residentes sin asociarse a factores familiares.

En un estudio realizado en médicos residentes de una UMF de Nayarit en donde se evidenció al síndrome de Burnout en 42 residentes como baja aparición. En otros estudios realizados en México la prevalencia fue de 47.5%, y el reportado por López Morales en Veracruz determinó una frecuencia de 61.5% en residentes de Medicina Interna, 84.6% presentó agotamiento emocional, 53.8% despersonalización y 61.5% falta de realización personal.^{3, 10, 11, 12} A diferencia de nuestro estudio se observó una baja frecuencia de Síndrome de Burnout ya que lo presentaron solo dos residentes; las subescalas afectadas fue la de agotamiento y despersonalización.

López Morales¹² encontró 68% de disfunción familiar asociado con la duración de jornadas laborales, 10 residentes en otro estudio llama la atención la asociación significativa entre percepción de la dinámica familiar (disfunción familiar) y el grado de residencia, el más frecuente fue disfunción severa y moderada en alumnos de 2° y 3° grados. Lo que no se observó en nuestro estudio debido a que los residentes que presentaban síndrome de Burnout pertenecían a familias normofuncionales y no se asoció otro factor familiar.

En el estudio realizado por Osuna y cols.¹¹, el sexo femenino fue el más afectado; sin embargo, hubo 40.5% de cansancio emocional bajo, con un nivel de realización personal alto en 80.9%, no se encontró baja realización personal, por tanto se tiene buen grado de satisfacción de logros personales; aun así la literatura coloca al género femenino como un factor vulnerable, por los conflictos propios de la mujer durante el transcurso de la especialización médica. Respecto a nuestros resultados al género y la presencia de síndrome de Burnout se presentó en una mujeres y un hombres en igual proporción, lo cual no coincide con numerosos autores, que han encontrado mayores niveles de Burnout en mujeres por la doble carga de trabajo (profesional y familiar) aunque también se describe en algunos artículos como al más afectado al hombre.¹² Según el estado civil

también existe controversia, no hay un acuerdo unánime, pues en los residentes estudiados uno era soltero y otro en unión libre.

En cuanto al grado de residencia se encontró mayor Burnout a mayor grado de residencia, reportado en los estudios realizados en Veracruz y Nayarit.^{11, 12} Y en nuestro estudio se presentó el síndrome en los residentes de segundo y tercer año.

Estas cifras de prevalencia encontradas en algunas de las dimensiones del síndrome nos hace pensar que éste no se encuentra presente en nuestra población, aunque los factores sociodemográficos y laborales en nuestro análisis no fueron significativos, probablemente relacionado a que los residentes estudiados, conocían la mayoría de los instrumentos utilizados, pudieran haber falseado la información ocasionando un sesgo en los resultados, por lo que se propone la repetición del estudio en ciclos posteriores.

CONCLUSIONES.

En el presente estudio los resultados muestran que la población estudiada eran mujeres, el grupo de edad de mayor predominio fue el de 25-30 años, estado civil solteros.

La presencia de síndrome de Burnout en los residentes de la UMF 20, solo fue del 3.8% y que las subescalas con afectación para el síndrome de Burnout es el agotamiento y despersonalización.

Así mismo los factores familiares como la funcionalidad familiar no influye en la presencia de síndrome de Burnout, pues los residentes que presentaron síndrome de Burnout, pertenecían a familias con funcionalidad familiar normal y con redes de apoyo intra y extrafamiliar, y solo un residente con riesgo moderado de crisis familiares.

RECOMENDACIONES.

En nuestro estudio se encontró baja prevalencia de síndrome de Burnout, sin embargo no es concordante ante la exposición de más de veinticuatro horas de actividades clínicas y académicas con lo reportado en otros estudios, probablemente debido a que los residentes ya están acostumbrados a estas actividades y a un afrontamiento adecuado de las situaciones cotidianas sin importar los eventos familiares y el estado civil. Además hay que considerar que los datos pudieron haber sido manipulados para no evidenciar debilidad antes sus pares, por lo que se sugiere la evaluación en cada ciclo académico con nuevos instrumentos apropiados para adultos jóvenes para disminuir el sesgo de la información y en caso necesario dar un manejo oportuno.

BIBLIOGRAFIA

- 1.** Aranda BC, Pando MM, Torres LT y cols. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia. México. An Fac Med Lima 2005; 66:225-231.
- 2.** Arenas OJ. Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. Cirujano General 2006; 28:103-109.
- 3.** Blandin J, Martínez AD. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del hospital militar "Dr. Carlos Arvelo". Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología 2005; 51:12-15.
- 4.** Cedeño E, Brandt TC. Síndrome de Burnout en los residentes de postgrado de medicina familiar y en los médicos familiares en Venezuela. Médico de familia 2003; 11: 91-99.
- 5.** Guevara CA, Diana MD, Henao P, y cols. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali 2002. Colomb Med 2004; 35:173-178.
- 6.** Tizón JL. ¿Profesionales "quemados" profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? Aten Prim 2004; 33:326-330.
- 7.** Rodríguez Paipilla MG, Rodríguez Gómez R., Riveros Gutiérrez R., Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010, Universidad del Rosario - Universidad CES escuela de medicina y ciencias de la salud facultad de medicina especialización en epidemiología, 2011.
- 8.** Curiel GJA, Rodríguez MM, Guerrero RF. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. Rev Med Inst. Méx. Seguro Soc. 2006; 44: 221-226.
- 9.** Aranda BC, Pando MM, Salazar EJ, cols. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, Instituto Reg. de Inv. en salud pública UDG. 2004. Disponible en ([URL:http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp05205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp05205.htm))
- 10.** Pérez CE. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Med Int Mex 2006; 22: 282-286.
- 11.** Osuna Paredes MK, Medina Carrillo L, Romero Paredes JJ., Álvarez Álvarez M., Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México, ATEN FAM 2009; 16

12. López MA. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales Prolongadas. Rev Méd Seg Soc. 2007; 45: 233-242.

13. González C., Mejía M., Angulo L y D`avila M., Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los Residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los Andes. Mérida. Venezuela., Med ULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 12 N° 1-4. 2003. (2005). Mérida. Venezuela

14. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas
Aguirre Hernández R., López Flores J.F., Flores Flores R.C., Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit, México. Revista Fuente 2011; 8: p28-33

15. Montes de Oca García E., Loría Castellanos J., y Chavarría Islas R., Prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico en personal médico de un servicio de urgencias, Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias
Rev Cub Med Int Emerg 2008; 7: 1260-1272

16. Aranda Beltrán C., Pando Moreno M., Torres López T., Salazar Estrada J., Franco Chávez S., Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México, Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos An Fac Med Lima 2005; 66: 225-231.

17. Castañeda-Aguilera, E.; García de Alba García, J. E. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Revista Colombiana de Psiquiatría 2010; 39: 67-84

ANEXOS

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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Distrito Federal, a ____ del mes _____ del 2012
Por medio de la presente autorizo	_____
Participar en el protocolo de investigación titulado	“Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar de la UMF 20 y su asociación con factores familiares”
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

El objetivo del estudio es: Determinar la presencia de síndrome de Burnout y su asociación con factores familiares en residentes de MEDICINA FAMILIAR de la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares en este momento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la actividad laboral y en caso de detectarse alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

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

	NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA

Cuestionario Maslach Burnout Inventory versión HS

	El presente cuestionario es para conocer su grado de agotamiento laboral, marque con una cruz la casilla que indique lo que usted piensa sobre cada pregunta	Nunca	Algun a vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas							

	que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							

1 7	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
1 8	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
1 9	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
2 0	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
2 1	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
2 2	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Cuestionario APGAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Cuestionario GOLDBERG para ansiedad, A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS (Puntos)		PUNTOS
	Si (1)	No (0)	
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?			
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?			
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?			
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse			
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)			
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?			
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?			
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)			
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?			
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

A continuación se presenta la subescala de depresión.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS		PUNTOS
	Si (1)	No (0)	
¿Se ha sentido con poca energía?			
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?			
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?			
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?			
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)			
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?			
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)			
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?			
¿Se ha sentido usted enlentecido?			
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

Cuestionario de DUKE-UNC para redes de apoyo:

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					

6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ESCALA DE HOLMES PARA ESTRÉS PSICOSOCIAL
 MARQUE CON UNA X SI HA PADECIDO DE ALGUNA O ALGUNAS DE LAS ASEVERACIONES MENCIONADAS A CONTINUACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO.

Escala de Holmes Rahe	Puntuación
1 Muerte del cónyuge	100
2 Separación o divorcio	70
3 Proceso judicial o problemas legales graves pudiendo terminar en encarcelamiento	68
4 Muerte de un familiar cercano	65
5 Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	55
6 Contraer matrimonio	50
7 Quedarse sin trabajo	47
8 Retiro laboral	45
9 Reconciliación con el cónyuge	45
10 Enfermedad de un miembro de la familia o mejoría marcada de una enfermedad crónica en un miembro de la familia	44
11 Rotura de un noviazgo o relación similar	42
12 Embarazo	40
13 Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
14 Muerte de un amigo	38
15 Cambio brusco de las finanzas familiares (en más o en menos)	38
16 Reajuste en la empresa o conflictividad laboral en la empresa en que trabaja	38
17 Cambio en el tipo de actividad laboral	38
18 Empréstito o hipoteca de más de seis mil euros	38
19 La esposa se queda embarazada	35
20 Cambio radical (en más o en menos) en el número de disputas familiares	35

21 Enamorarse o iniciar una nueva amistad íntima y profunda	34
22 El marido o la esposa pierde su empleo	33
23 Mudanza	32
24 Cambio de lugar de trabajo	31
25 Accidente o situación de violencia física	30
26 Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	30
27 La esposa comienza a dejar de trabajar fuera de casa	29
28 Peleas o desacuerdos con vecinos o familiares no residentes en la casa familiar (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	28
29 Éxito personal de gran envergadura	28
30 Exámenes	27
31 Promoción en el trabajo	27
32 Peleas o desacuerdos con colegas y compañeros de trabajo (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	26
33 Reformas en la casa (importantes)	25
34 Deterioro notable de la vivienda o del vecindario	25
35 Cambio en las costumbres personales (de salir, vestir, de estilo de vida, etc.)	24
36 Cambio importante en las horas o condiciones de trabajo	23
37 Cambio en las opiniones religiosas	22
38 Cambio en las opiniones políticas	22
39 Modificaciones en la vida social (en más o en menos) aparte de los posibles cambios en las costumbres o hábitos personales	20
40 Cambio en la manera o duración del sueño	18
41 Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	17
42 Cambio en las costumbres alimenticias o apetito	16
43 Vacaciones fuera de casa	15
44 Fiestas de Navidad y Reyes o su equivalente	13
45 Problemas legales menores (incluyendo sanciones de tráfico)	11
TOTAL	