

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



**SÍNDROME DE BURNOUT E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MÉDICOS
RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 110**

TESIS DE POST-GRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

Dr. Macbeth Ernesto Zaratuza Gómez Arias

ASESOR

Dr. Mayra Espinoza Hernández

GUADALAJARA, JALISCO.

FECHA DE PUBLICACIÓN: JULIO 2015.



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.

1. Título: Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110.

2. Identificación de los investigadores:

Investigador Responsable:

Dra. Mayra Espinoza Hernández

Profesor Titular de la especialidad de Medicina de Urgencias para Médicos de base del IMSS HGR No. 110

Adscripción: Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 110

Matricula: 99144188

Tel: 15628678.

Correo electrónico: orion_may@hotmail.com

Tesista.

Dr. Macbeth Ernesto Zaratustra Gómez Arias

Médico residente del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para médicos de base del IMSS.

Adscripción: Unidad Medico Familiar número 160 en Capilla de Guadalupe, Tepatitlán de Morelos, Jalisco.

Matricula: 11638516

Teléfono: 38123657

Correo electrónico: macsun75@hotmail.com

Contenido

Título.....	1
Identificación de los investigadores:.....	2
Resumen	4
Marco teórico.	5
Justificación	36
Planteamiento del Problema	38
Objetivos.	40
Hipótesis.	40
Materiales y Método.....	41
Aspectos éticos.	48
Recursos.	50
Cronograma de actividades	52
Resultados.....	53
Discusión	66
Conclusión	67
Bibliografía	68
Anexos	74

3. Resumen.

Título.

Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110.

Antecedentes.

El *burnout* médico afecta a un gran número de médicos especialistas en medicina de emergencia. La inteligencia emocional representa en una persona la posibilidad de manejar adecuadamente las situaciones de estrés y otras que conlleven al síndrome de Burnout. Es importante conocer estos aspectos del grupo de médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias ya que pueden ser determinantes en el éxito educativo.

Objetivo.

Identificar el Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110.

Material y método.

Tipo de estudio: Investigación transversal - descriptiva. **Universo de trabajo:** todos los Médicos Residentes del curso de especialización en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110. **Tamaño de la muestra:** 30 Médicos Residentes que actualmente se encuentran cursando la especialidad de Medicina de Urgencias en el Hospital General Regional No. 110. **Procedimiento:** La información se recolectará mediante encuestas las cuales se realizarán posterior a la firma de consentimiento de informado. Se aplicarán dos cuestionarios, el Maslach Burnout Inventory (22 ítems), que valora: cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo y el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), versión reducida y adaptada al castellano de la escala americana del Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de Salovey y Mayer. Integrado por 24 ítems, referido a 3 procesos: percepción, comprensión y regulación emocional de sí mismo. Se valora el grado en el que están de acuerdo con cada uno de ellos sobre una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde 1 “muy de acuerdo” a 5 “muy en desacuerdo”. **Análisis estadístico:** Se realizará por medio de estadística descriptiva. La descripción las variables cualitativas se realizará con frecuencia simple y porcentaje para las variables cuantitativas se utilizará la media y desviación estándar.

Resultados.

Se realizaron un total de 38 encuestas lo que representa la totalidad de residentes de la especialidad de medicina en urgencias en sus dos modalidades. De la modalidad presencial fueron 28 y la modalidad de medicina de urgencias para médicos de base fueron 10. Se obtuvo un promedio de edad de 30.3 años, siendo en la modalidad presencial 27.5 años el promedio y en la modalidad de médicos de base el promedio de edad fue de 38.4 años de edad.

Conclusión.

Se da la observancia que a mayor grado de control emocional no aparece síndrome de Burnout, así como en menor grado de estudio se observa la aparición del síndrome de Burnout.

4. Marco teórico.

Introducción.

En el estado actual del conocimiento y el debate, el término “*burnout*” no debe ser empleado como un diagnóstico. Aunque hasta la fecha no existe una definición acordada internacionalmente del síndrome de *burnout* y el *burnout* todavía no aparece en la versión actual de los sistemas de clasificación más utilizados (Clasificación Internacional de las Enfermedades décima revisión, CID-10, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales cuarta revisión, el DSM-IV) en la práctica, este diagnóstico se está realizando y se está utilizando como punto de partida para un tratamiento adicional.¹

La palabra inglesa de *burnout* es un término de difícil traducción en castellano. Como término coloquial que es, va más allá del simple agotamiento o estar exhausto, pues implica también una actitud hacia el trabajo de privación del ánimo. De igual manera, en México, en nuestro idioma, podríamos libremente traducirlo como estar quemado, consumido, tronado, o reventado. Como ninguno de estos términos se ajusta con precisión a lo que en la literatura científica se entiende como síndrome de *burnout*, usaremos este anglicismo en el desarrollo del tema.

Desde entonces y hasta la fecha, existen numerosos reportes del síndrome y la investigación en el campo es cuantiosa. Curiosamente, y tal vez por la dificultad de una traducción literal, en muchos de ellos, en los diferentes idiomas, el término acuñado inicialmente como *burnout* ha permanecido inalterado.²

El *burnout* médico ha recibido considerable atención en la literatura y afecta a un gran número de médicos especialistas en medicina de emergencia pero no hay un currículo estandarizado para el bienestar de la educación en los residentes. Un cambio cultural que se

necesita para educar sobre el bienestar, adoptar un enfoque preventivo y proactivo, centrado en la residencia.³

Utilizando las escalas de medición de Maslach (*MBI*) se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes, en distintos países es muy alta, independientemente de la especialidad de que se trate y del año en el que estén inscritos.⁴ Una revisión de la literatura sobre el tema, encontró que la frecuencia oscilaba entre un 17% hasta un 76% (con una mayor frecuencia entre el 40% y 50%) con cifras particularmente elevadas en el entorno del agotamiento emocional.^{5,6} En esa misma revisión, se encontró que las residentes y los médicos especialistas mujeres tienen una mayor frecuencia de aparición del síndrome (hasta de un 60% mayor que en los hombres) pues la posibilidad crece en ellas de manera directamente proporcional al tiempo de trabajo, incrementándose en un 12% por cada 5 horas arriba de las 40 semanales de compromisos laborales.⁶

En México, en el personal de salud del Estado de Guadalajara se ha observado que el 41.8% de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) presentan *burnout*; entre ambas instituciones se encuentran diferencias puntuales, por ejemplo, que al explorar el síndrome sólo en los trabajadores del ISSSTE⁷, la prevalencia es de 36.6%,⁸ mientras que al estudiar sólo a los trabajadores del IMSS, la prevalencia es de 42.3%,⁹ asimismo, en este mismo Estado Mexicano se ha encontrado que el 27% de los estudiantes de odontología se encuentran afectados por este padecimiento.¹⁰ Sólo se encontró un reporte de otro Estado Mexicano, Baja California, en donde se encontró que el 44% de los anesthesiólogos presentó el síndrome.¹¹

Historia del término “*Burnout*”.

Burnout ha existido como un fenómeno probablemente en todos los tiempos y en todas las culturas. Aquellos interesados en la literatura encontrarán descripciones de lo que ahora llamamos desgaste que se remonta hasta el Antiguo Testamento (Exodus 18: 17-18). Los pastores hablan de la “fatiga de Elías” (Schall, 1993). En la gran novela *Buddenbrooks* de Thomas Mann también podemos reconocer el asunto que se debate aquí en la propia figura de Thomas Buddenbrook. El verbo “to burn out” es usado por Shakespeare a final del siglo XVI.¹

El término tal como lo entendemos hoy en día apareció por primera vez en 1974 en los Estados Unidos de América, cuando fue utilizado por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger,^{1,12} quien lo definió como un estado de fatiga que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado. En más o menos el mismo tiempo fue popularizado por Ginsburg. Al principio designado a la degradación física y psicológica (usualmente) de trabajadores voluntarios en las organizaciones “alternativas” de ayuda tales como clínicas gratuitas, refugios de mujeres y centros de intervención en crisis.

Sin mencionar explícitamente el *burnout*, Bäuerle dio una descripción muy precisa del fenómeno, resultante de las experiencias de supervisión de los trabajadores de educación social y trabajadores sociales. Ella observó “la reducción de la resistencia psicológica solo a la mitad de sus carreras; la aparición de una actitud resignada y el resentimiento como consecuencia de tener más demanda de lo humanamente posible; la formación de una

estructura de carácter autoritario y una tendencia a comportamiento represivo como consecuencia de decepciones profesionales; un retiro interno de todas las personas y problemas humanos como un mecanismo de defensa por parte de aquellos quienes – sin recibir ninguna ayuda de sí mismos- pasan sus vidas profesionales teniendo que encontrar soluciones socialmente aceptables para personalidades difíciles en situaciones desesperadas.

Considerando que las descripciones de la década de 1960 están claramente matizadas por las actitudes sociales de aquellos años, a principios del presente siglo Farber puntualiza un cambio remarcable en la forma de *burnout*. El describe las clásicas víctimas de *burnout* en los años de 1970 y 1980 como personas quienes fallaron para alcanzar metas altruistas irrealmente altas, personas quienes, al menos superficialmente, habían sido idealistas. Los individuos de esta clase parecen haberse convertido en la excepción hoy en día. En contraste, él decía “el *burnout* de hoy se debe en gran parte a la presión de cumplir los requisitos cada vez mayores de los demás, o de la intensa competencia para ser mejor que los demás en la misma organización o empresa, o de la unidad para hacer más y más dinero, o de la sensación de que algo que obviamente uno se merece se mantiene en reserva”. En la primera categoría coincide parcialmente con el concepto de Síndrome del ayudante, desarrollado por Schmidbauer, los cuales son inconfundibles.¹

En 1981 Maslach y Jackson definieron el síndrome de *burnout* como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por un marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una

respuesta fría e impersonal hacia ellos y la falta de logros o de realización personal en el trabajo.¹³

Definición.

No existe en la actualidad una definición internacional válida de *burnout*. Solo podemos presentar los factores causales y modelos desarrollados que pretenden mostrar lo que el término “Burnout” comprende.¹

Síntomas.

La sintomatología de *burnout* demuestra, desde muy cerca, ser extremadamente compleja. Después de todo el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos de personas. Una sinopsis por Burisch refiriendo 202 publicaciones, donde condensa una lista de síntomas divididos en 7 grupos, la cual es muy larga y no muy específica. (Tabla 2).

Tabla 2. Grupos de síntomas en Burnout.
<ul style="list-style-type: none">● Síntomas de advertencia en la primera fase.<ul style="list-style-type: none">- Incremento en el compromiso con los objetivos.- Agotamiento.
<ul style="list-style-type: none">● Reducción del compromiso.<ul style="list-style-type: none">- Hacia pacientes y clientes.- Hacia los demás en general.- Hacia el trabajo.- Aumento de la demanda.
<ul style="list-style-type: none">● Las reacciones emocionales; culpando.<ul style="list-style-type: none">- Depresión.- Agresión.
<ul style="list-style-type: none">● Reducción de:<ul style="list-style-type: none">- El rendimiento cognitivo.- Motivación.- Creatividad.- Sentencia.

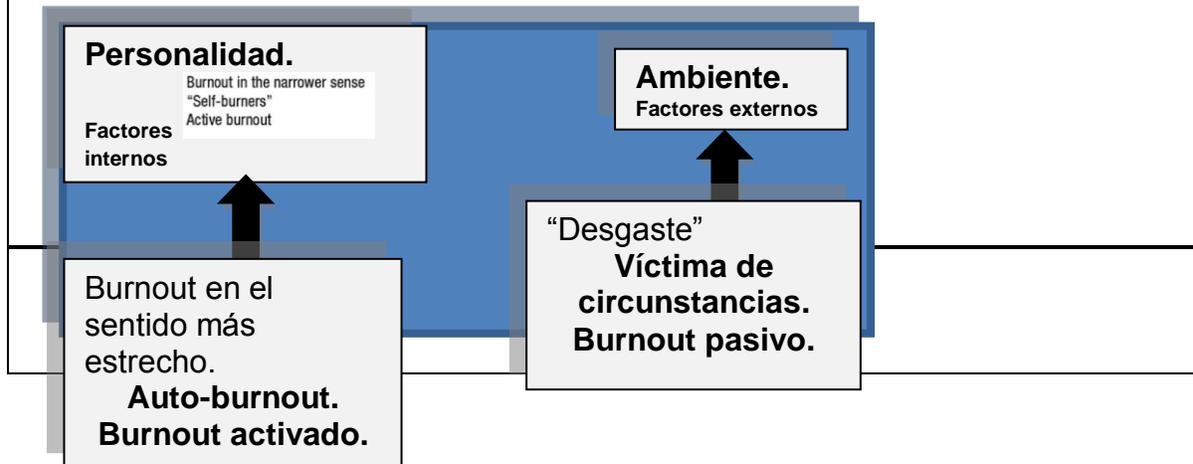
<ul style="list-style-type: none"> ● Aplastamiento de: - La vida emocional. - Vida social. - La vida intelectual.
<ul style="list-style-type: none"> ● Reacciones psicosomáticas
<ul style="list-style-type: none"> ● Desesperación.

Freudenberger intento describir el desarrollo cronológico del síndrome de *burnout* en un modelo de 12 fases. (Tabla 3).¹

Tabla 3. Modelo de fases de Burnout.
<ul style="list-style-type: none"> ● Compulsión de probarse a uno mismo (ambición excesiva). ● Trabajar más duro. ● Descuidar las necesidades propias. ● El desplazamiento de los conflictos y necesidades. ● Desaparición del tiempo de no-trabajo relacionado con las necesidades. ● El aumento de la negación del problema, la flexibilidad disminuye de pensamiento / comportamiento. ● Retirada, falta de dirección, el cinismo. ● Los cambios de comportamiento / reacciones psicológicas. ● La despersonalización: la pérdida de contacto con uno mismo y de las propias necesidades. ● Vacío interior, ansiedad, conducta adictiva. ● El aumento de sensación de falta de sentido y la falta de interés. ● Agotamiento físico que puede ser mortal.

Los factores que pueden causar *burnout* son, como era de esperar, múltiples. Tras Fisher quien realizo una división de los factores relacionados de etiología ambiental la cual ha demostrado ser factible. (Figura 1).¹

Figura.1.



Modelos etiopatogénicos.

Los factores etiológicos para *burnout* identificados por acuerdo de diferentes autores se han agrupado (Tabla 4). Modelos psicológicos explicativos han sido desarrollados tomando estos factores en cuenta.¹

Tabla.4. Factores etiológicos internos y externos de Burnout.

● Factores internos / rasgos de personalidad.

- Altas expectativas de sí mismo (idealista), ambición elevada perfeccionismo.
- Fuerte necesidad de reconocimiento.
- Siempre queriendo complacer a otras personas, la supresión de las necesidades propias.
- Se siente insustituible; no quiere o no puede delegar.
- Trabajo y compromiso duro, al punto de sobreestimación de sí mismo y sobrecargados.
- Trabajo como la única actividad significativa, como un sustitutivo de la vida social.

● Los factores externos.

- Altas demandas en el trabajo.
- Problemas de liderazgo y colaboración.
- Instrucciones contradictorias.
- Presión de tiempo.
- Mal ambiente en el trabajo, acoso.
- Falta de libertad para tomar decisiones.
- Falta de influencia en la organización del trabajo.
- Pocas oportunidades para participar.
- Baja autonomía o derechos a expresar su opinión.
- Problemas de jerarquía.

- Pobre comunicación interna (trabajadores).
- Restricciones administrativas.
- Presión de los superiores.
- Aumento en la responsabilidad.
- Mala organización del trabajo.
- Falta de recursos (personal, fondos).
- Reglas y estructuras problemáticas institucionales.
- La falta de oportunidades percibidas para la promoción.
- La falta de claridad sobre los roles.
- La falta de retroalimentación positiva.
- Pobre trabajo en equipo.
- Ausencia de apoyo social.

Descrito como *burnout* se refiere exclusivamente a la actitud en el desempeño laboral y debe diferenciarse claramente de la depresión clínica que afecta otras esferas de la vida.

En general se acepta que el factor central desencadenante es el excesivo agotamiento emocional (*exhaustion*) que gradualmente lleva a quien lo experimenta, a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuente incapacidad de responder adecuadamente a las demandas de servicio. En el proceso de este distanciamiento ocurre una despersonalización caracterizada por indiferencia y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece (*cynicism*).

Es muy probable que el agotamiento emocional y la indiferencia en el trabajo se traduzcan en ineficacia laboral como resultado de la insatisfacción y de pobres expectativas personales, por lo que algunos autores consideran que la ineficacia laboral (*ineffectiveness*), sea más bien el resultado del agotamiento emocional, y de la despersonalización, que un componente propio del síndrome. Sin embargo, para otros autores, la insatisfacción laboral y el pobre desempeño en el trabajo se desarrollan en forma paralela y consideran a la ineficacia laboral como una parte integral del cuadro del

síndrome.¹⁴ Se presenta con mayor frecuencia en trabajadores de la esfera de prestación de servicios y relaciones humanas con cargas de trabajo excesivas (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) Se considera de importancia en el ambiente de salud, en el trabajo, pues las consecuencias laborales del mismo son ausentismos y cambios frecuentes o abandono del trabajo. Desde el punto de vista institucional, el contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora el ambiente laboral y es generador de conflictos con los compañeros de trabajo y con los integrantes de la familia.¹⁵

Hay una asociación entre *burnout* y enfermedades cardiovasculares, musculo esqueléticas, cutáneas, y enfermedades alérgicas, y en sentido prospectivo con diabetes mellitus 2 e hiperlipidemia. Comorbilidades somáticas incrementan la severidad de *burnout*. Los mecanismos neurobiológicos y psicobiológicos subyacentes de los efectos de *burnout* aún son desconocidos. Algunos autores reportan cambios neuroendocrinos, hemostáticos e inflamatorios en pacientes con *burnout*, que no difieren esencialmente de aquellos encontrados en otras condiciones de estrés crónico, desordenes por estrés postraumático o depresión. Por ejemplo, marcadores inflamatorios incrementados han sido reportados, como los encontrados ocasionalmente en enfermedades depresivas.¹

Una revisión de la literatura de estudios relevantes de 17 años atrás a la fecha, con el objetivo de búsqueda de investigación neurobiológica en la etiología de *burnout*, así como etiología inmunológica, en diferentes combinaciones, encontrando que: los estudios enfocados en la relación entre *burnout* y la desregulación del eje adrenal-pituitaria-hipotálamo (eje-APH) han proporcionado resultados inconsistentes. Datos de estudios subsecuentes con diseños mejorados sugieren que no hay desregulación del eje-APH en *burnout*, pero los resultados no dan lugar a interpretaciones más concretas. Hay cierta

evidencia de alteraciones en la función inmunológica en *burnout* en comparación con controles. Aunque existe una fuerte evidencia de una relación entre el estrés y el deterioro en la neurogénesis del hipocampo, no existe un estudio del *burnout* en este ámbito. Los datos sobre la participación monoaminérgica en *burnout*, que es una de las vías posibles, es escasa. En esta revisión de literatura, se sugiere que en la investigación futura de guías para la evaluación del funcionamiento del eje-APH (es decir, el momento de muestras de saliva o de sangre y el control de los posibles factores que influyen en el funcionamiento del eje-APH) en pacientes diagnosticados clínicamente con *burnout* debe tomarse en cuenta, y además del eje-APH, tomar en cuenta la evaluación de neurogénesis en el hipocampo, neurotrofinas, funcionamiento de la inmunidad y el sistema monoaminérgico proporcionarían más datos sobre la neurobiología de *burnout*.¹⁶

En una revisión sistemática, se refiere que no encontraron biomarcadores potenciales, en gran parte debido, a la incomparabilidad de los estudios. Argumentan la necesidad de un enfoque longitudinal en investigaciones futuras para dar cuenta de la heterogeneidad del *burnout*.¹⁷

En lo que respecta al diagnóstico diferencial, los estudios analizados discuten en particular la asociación entre *burnout* y depresión, y el concepto de “agotamiento persistente” correspondiente al “síndrome de fatiga crónica” de la medicina Anglo- americana. Y entre el *burnout* y alexitimia (incapacidad para percibir sentimientos en uno mismo o para otros, o para expresarlos con palabras). Correlaciones entre *burnout* y depresión parece ser particularmente relevante, el *burnout* al menos como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión.¹

Burnout en médicos residentes.

El personal sanitario más vulnerable al estrés y el síndrome de *burnout* son los médicos en el periodo de formación.⁴

La carga de trabajo y contenido educativo excesivo, combinado con el alto nivel de demandas educativas, la falta de tiempo para el ocio, la familia y los amigos. Además de estos aspectos, rasgos de personalidad inherentes a estudiantes de medicina incluyen obsesividad, perfeccionismo, y la auto-exigencia. Estos factores son potencialmente responsables de la alta incidencia de suicidio, depresión, uso de sustancias psicoactivas, problemas maritales, estrés, agotamiento y la disfunción profesional en los médicos y estudiantes de medicina.¹⁸

Un médico o residente afectado con el síndrome tiene una mayor tendencia a cometer errores médicos, con altos costos para la salud del paciente y que coadyuvan a agravar los síntomas de agotamiento emocional.¹⁹

El bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un impacto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional, los hace ser más productivos lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención medica recibida.¹⁹

Maslach Burnout Inventory (MBI).

Un número de instrumentos de prueba están ahora disponibles para servir como “medida” del síndrome de *burnout* (o lo bastante cerca de registrar esto de manera semicuantitativa).

(1). Maslach y Jackson en 1981(13,20), elaboraron un instrumento para medirlo, el MBI (Maslach Burnout Inventory) que consiste en 22 enunciados que se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles. El MBI (Tabla.5) es el estándar de oro para la evaluación del *burnout*. Donde a pesar de investigaciones en las que se cuestionan enunciados de este cuestionario como: “Me siento quemado por mi trabajo “y” Me he vuelto más insensible hacia la gente desde que tomé este trabajo”, evaluado en la escala de Likert de 7 puntos originalmente elaborado por Maslach, exhibiendo fuertes asociaciones con varios resultados clave publicados. Estas asociaciones son consistentes con los reportados entre estos resultados y el MBI, proporcionando un soporte adicional para la utilidad de estas dos preguntas como una herramienta de evaluación para *burnout*. Esto a su vez puede facilitar futuros estudios destinados a comprender las consecuencias de *burnout* e informar las posibles intervenciones para reducirlo.^{20, 21,22}

Tabla.5. Maslach Burnout Inventory (MBI).¹³

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

Este cuestionario usa un sistema de respuestas que gradúan la frecuencia con que el individuo experimenta los sentimientos descritos en cada enunciado, en una escala de Likert de 7 valores:

1. Nunca.
2. Pocas veces al año o menos.
3. Una vez al mes o menos.
4. Pocas veces al mes.
5. Una vez por semana.
6. Varias veces a la semana.
7. Diariamente.

El MBI original consiste de 22 enunciados, que evalúa dividido en tres escalas:¹

1. Agotamiento emocional. (9 enunciados).
2. Despersonalización (5 enunciados).
3. Ineficiencia laboral y realización personal. (**Tabla 6**).

Tabla 6. Escalas de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Agotamiento emocional. (9 enunciados). (A mayor puntuación, mayor agotamiento).	
No.	Enunciado
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
8	Me siento “quemado” por mi trabajo.
13	Me siento frustrado en mi trabajo.
14	Creo que estoy trabajando demasiado.
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.
20	Me siento acabado.
Despersonalización. (5 enunciados). (A mayor puntuación, mayor despersonalización).	
No.	Enunciado
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.
22	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.
Ineficiencia laboral y realización personal. (8 enunciados). (A menor puntuación, mayor afectación del sujeto explorado).	
No.	Enunciado
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
9	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
12	Me siento muy activo.
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse los resultados por separado.

Donde el agotamiento emocional es medido como: rango bajo si es menor a 18 puntos, medio de 19-26 puntos, y alto cuando es mayor a 27 puntos. La despersonalización es

medida como: rango bajo cuando es menor a 5 puntos, medio de 6-9 puntos y rango alto cuando es mayor a 10 puntos. Finalmente la ineficiencia laboral y realización personal es medida como: rango bajo si es mayor a 40 puntos, medio cuando es de 34-39 puntos y alto cuando es menor a 33 puntos. En caso de obtener un bajo agotamiento emocional, una baja despersonalización y una alta Ineficiencia laboral y realización personal: no existe *burnout*. En el resto de los casos hablaríamos de *burnout*: alto en el caso de obtener un alto agotamiento emocional, una alta despersonalización y una baja Ineficiencia laboral y realización personal; y moderado en el resto de los casos.¹³

No obstante, el síndrome de *burnout* por el trabajo no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. Maslach y Schaufeli señalan que aunque este síndrome aparece como un proceso específico de estos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (v.g. en amas de casa). Sin embargo, evaluar el síndrome de *burnout* por el trabajo en estos trabajadores mediante el MBI supone un gran problema. Su evaluación, según el MBI, fue concebida para evaluar únicamente a profesionales de servicios y sus enunciados hacen alusión a las personas destinatarias del trabajo (pacientes o alumnos) por ello es prácticamente imposible de aplicar en las actividades en las que el trabajador no tiene un contacto directo con el cliente o usuario de la organización.

Sin embargo, en la última edición del manual Maslach Burnout Inventory los autores establecen la necesidad de identificar las diferentes versiones comercializadas del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, b) el MBI-Educators Survey (MBI-ES) la versión del MBI-HSS para profesionales de la

educación, que se diferencia de la anterior en que se sustituye la palabra paciente por alumno en los enunciados, y c) el MBI- General Survey (MBI-GS).^{23,24}

Existen además instrumentos los cuales se adaptan a cada población estudiada, en términos de lenguaje y cultura y de las ocupaciones específicas,(aparte del Maslach Burnout Inventory, MBI, existen las versiones: Shirom Melamed Burnout Cuestionario, SMBQ; Oldenburg Burnout Inventory, OLBI; Copenhagen Burnout Inventory, CBI, Escuela Burnout Inventory, SBI), formando un *burnout* tridimensional consistente en la construcción de tres componentes de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal (o insatisfacción con el logro personal).¹

Inteligencia emocional y le educación médica

La educación médica es una actividad de gran importancia en el desarrollo de cualquier sociedad, por lo cual es necesario reflexionar sobre cuanto ocurre en ella, el actor principal en esta actividad es el médico en formación, pues este debe asumir una serie de tareas, planes académicos y actividades a desarrollar para construir su propio aprendizaje. La formación del médico residente implica habilidades intelectuales y emocionales, que la facilitan o la inhiben.^{25,26}

El médico residente durante su formación debe contar con algunos elementos personales e individuales que favorezcan el proceso de enseñanza-aprendizaje en el cual se encuentran, sin duda una de estas características es la IE, en ese sentido, Aristóteles, quien fuera el primero en preocuparse por valorar el desarrollo de una condición que permitiera al hombre poder hacer procesos de reflexión y posterior autorregulación de sus estados afectivos cuando decía en su *Ética* a Nicómaco: *Cualquiera puede ponerse furioso... eso es fácil, pero, ponerse furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta y de la forma*

*correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto y de la forma correcta... Eso no es fácil.*²⁷

Inteligencia

En nuestra sociedad se ha tenido la idea en los últimos siglos de la persona inteligente, desde la escuela tradicional, que era aquel niño que dominaba las lenguas clásicas como el latín o griego y las matemáticas, algebra o geometría, recientemente, se identifica al niño inteligente como aquel que obtiene una puntuación elevada en los test de inteligencia. El CI se ha convertido en el referente de este ideal y este argumento se sustenta en la relación positiva que existe entre el CI de los alumnos y su rendimiento académico.²⁸

La inteligencia se conceptualiza como la capacidad global del individuo para actuar racionalmente y con éxito, esta no garantiza el éxito en la vida cotidiana, no facilita la felicidad ni con la pareja, hijos, o que se tengan más y mejores amigos. El CI de las personas no contribuye al equilibrio emocional ni a la salud mental.^{28, 29, 30}

El termino inteligencia proviene del latín “intelligentia”, que a su vez deriva de “inteligere”, palabra compuesta por dos términos: “intus” (entre) y “legere” (leer, escoger), el origen etimológico del concepto inteligencia hace referencia a quien sabe leer, entendiéndose por “leer” a la capacidad de ver, interpretar y escoger. En consecuencia; un individuo es inteligente cuando es capaz de escoger la mejor opción entre las posibilidades que se presentan a su alcance para resolver un problema.^{31, 32, 33}

La inteligencia sirve como capacidad a los individuos para:

- Resolver problemas cotidianos.
- Generar nuevos problemas que solucionar.
- Crear productos o para ofrecer servicios dentro del propio ámbito cultural.

Howard Gardner propuso en 1990 la existencia de siete tipos de inteligencias específicas, las cuales trabajan con competencia autónoma e independiente, con funcionamiento simultáneo, se combinan de manera adaptativa para el individuo y la cultura, sin afectarse entre sí.^{34,35}

A continuación se definen cada una de ellas, contando ejemplos del tipo de personas que las desarrollan:

➤ *Inteligencia Lingüística*

Capacidad de usar las palabras de manera efectiva, de forma oral o escrita. Sensibilidad al significado y sonido de las palabras, estructura al lenguaje y diversas formas de uso, estas personas utilizan ambos hemisferios cerebrales; Poetas, novelistas, periodistas, literatos y otros.

➤ *Inteligencia Lógico-Matemático*

Habilidad para el manejo de cadenas de razonamientos, patrones y orden, razonamiento y entendimiento de relaciones numéricas, habilidad para resolver problemas, plantear hipótesis e inferir consecuencias, bases del pensamiento científico, resolver problemas de lógica y matemáticas; Científicos, matemáticos, investigadores e ingenieros.

➤ *Inteligencia Musical*

Sensibilidad referida a la capacidad de percibir, discriminar, transformar y expresar las formas musicales, uso adecuado del ritmo, tono, melodía, construcción, lectura e interpretación de la música; Cantantes, compositores de canciones, directores de orquesta, críticos musicales.

➤ *Inteligencia Kinestésico-Corporal*

Capacidad para emplear el cuerpo o partes del mismo realizando actividades o resolviendo problemas, en la expresión de ideas y sentimientos, incluye habilidades de

coordinación, destreza, equilibrio, flexibilidad, fuerza y velocidad; Atletas, bailarines, artesanos y cirujanos.

➤ *Inteligencia Espacial*

Capacidad de pensar en tres dimensiones, percibir imágenes externas e internas, recrearlas, transformarlas o modificarlas, formar, comprender y maniobrar, permitiendo la orientación espacial; Navegantes, arquitectos, pintores, pilotos, ingenieros, cirujanos, decoradores, escultores.

➤ *Inteligencia Interpersonal*

Capacidad para entender las intenciones, estados de ánimo, motivaciones y deseos ajenos, trabajar eficazmente en equipo; Líderes, religiosos, políticos, actores, vendedores, docentes y psicólogos.

➤ *Inteligencia Intrapersonal*

Capacidad de conocerse y comprenderse uno mismo en sentimientos, motivaciones, debilidades y fortalezas de la manera más objetiva posible, creando un modelo útil y eficaz de uno mismo que ayudara a la autorregulación de la propia vida; Líderes, religiosos, teólogos, políticos, docentes y psicólogos.^{32, 36,37}

La inteligencia intrapersonal y la interpersonal conforman la IE y juntas determinan nuestra capacidad de dirigir nuestra propia vida de manera satisfactoria.^{36,37}

Posteriormente Gardner propone 3 nuevos tipos de Inteligencia:

➤ *Inteligencia Ecológica o Naturista*

Capacidad de integrarse con la naturaleza, pudiéndose identificar y discriminar así las distintas formas vivientes o no presentes en nuestro alrededor.

➤ *Inteligencia Trascendental, Existencial o Espiritual*

Sensibilidad por la existencia del ser humano y su trascendencia, preocupación por la existencia de un Ser Supremo o de un ordenador universal.

➤ *Inteligencia Moral*

Capacidad presente para poder diferenciar entre el bien y el mal, respeto a la vida y convivencia humana pacífica.³²

Emoción

Frente a el concepto rígido de inteligencia y el famoso Test para determinar el CI, diseñado por Binet y perfeccionado por Terman y Spearman, en las primeras décadas del siglo XX, aparecen también conceptos como aptitud, inteligencias múltiples de Gardner e IE de Daniel Goleman, se considera según este último un puente entre lo emotivo y el intelecto, comprendiendo que ambas funciones se interconectan, en las instancias de la actividad humana e involucran aspectos como el autoconocimiento de las emociones, autocontrol, auto-motivación, empatía y habilidad social.³²

Por lo que se debe definir el término emoción el cual proviene del latín “emotionis” que significa un impulso conducente a la acción. Es un estado anímico que surge por alguna impresión sensorial, o la aparición en la mente de ideas o recuerdos que dan lugar a una conmoción orgánica, que generan alteraciones en los gestos, expresiones, en la atención y con respecto a las acciones, pueden ser paralizantes o en muchos casos ocasionar conductas agresivas.³⁰

Una emoción es un estado complejo del organismo, caracterizado por una exaltación o perturbación que predispone a la acción y se genera como respuesta a un acontecimiento externo o interno.³⁰

Darwin en 1872 fue el primero en estudiar científicamente las emociones, entendió que las conductas emocionales evolucionan porque beneficiaron a aquellas especies que hicieron uso efectivo de ellas, Vigotsky en 1926 propuso; El fundamento del proceso educativo será aprender a tener poder y dominio sobre las reacciones emocionales. En 1942 Hebb consideró que esta evolución incremento su complejidad, las alteraciones en el procesamiento y regulación emocional habrían tenido graves consecuencias en los procesos adaptativos de las especies, Piaget plantea en 1954 que los procesos afectivos nunca generan ni modifican las estructuras intelectuales, tampoco se encuentra un estado afectivo sin elementos cognitivos, ni lo inverso.²⁷

Afirmo Vásquez que las emociones ocurren sin la participación de ningún tipo de cognición, los circuitos cerebrales subyacentes a las emociones y a la cognición son diferentes, pues en investigaciones realizadas en animales con lesiones en estructuras como la Neocorteza y el Hipocampo, reconocidas por su compromiso en los procesos cognitivos, aquellos todavía presentan respuestas emocionales.^{32,33}

Se establece la idea de que todo sistema racional tiene un fundamento emocional, se asegura que en el mundo de los mamíferos, especialmente de los humanos, el desarrollo de la inteligencia es inseparable del de la afectividad, curiosidad, pasión, además la facultad de razonamiento puede ser disminuida y hasta destruida por un déficit de emoción, el debilitamiento de la capacidad para reaccionar emocionalmente puede llegar a ser la causa de comportamientos irracionales.²⁷

Goleman plantea la existencia de 8 emociones básicas con sus respectivas manifestaciones:

1. Frustración-enojo
2. Miedo-ansiedad
3. Tristeza- depresión

4. Vergüenza-evitación
5. Satisfacción-culpa
6. Alegría
7. Repulsión
8. Sorpresa y Amor

Existen cambios fisiológicos cuando decimos tener una de ellas, manifestándose en la respiración, expresiones faciales, ritmo cardiaco, presión sanguínea, tensión muscular; sea por miedo, aflicción, cólera, gozo, entusiasmo, amor.³⁰

Las emociones no son duraderas, y pueden ser placenteras; como cuando se emociona un padre por el nacimiento de un hijo, o porque un estudiante logró egresar en sus estudios, o puede ser negativa como en el caso de la muerte de una persona querida, o por enterarse de alguna catástrofe.³⁴

Las emociones poseen un ingrediente fisiológico pues el estado emocional produce mutaciones en el sistema nervioso central, y también tiene un componente subjetivo, producto de la abstracción mental del sujeto que relaciona lo percibido o vivido en otros elementos presentes en sus recuerdos o concepciones ideológicas, que provocarán reacciones diferentes en cada persona ante una misma situación desencadenante, por su distinta apreciación subjetiva de los hechos.

Mediante la emoción el individuo trata de adaptarse a la nueva situación que lo impacta. Por tanto las emociones son importantes y pueden salvarnos la vida ante un peligro, por ejemplo; el miedo nos impulsa a correr, por lo que es importante aprender a conocer nuestras emociones y dominar las reacciones que generan, pues pueden tener consecuencias desagradables, a esto se denomina IE.³⁴

Relación Inteligencia-Emociones

A partir de lo anterior, se ha planteado y descrito la intersección entre el conocimiento y sentimientos, por lo que a continuación se describen 3 tipos de cerebros:

1. Racional

Representado por la Neocorteza (Lóbulos Prefrontales), responsable de los procesos abstractos del pensamiento.

2. Reptil

Involucra a la Medula Oblongada o Bulbo Raquídeo, responsable de los comportamientos instintivos.

3. Cerebro Emocional

En este, el Sistema Límbico controla las respuestas emocionales al medio ambiente como la ira, temor y alegría.

Dado que el Sistema Límbico ubicado en el centro o base del Cerebro mismo, funciona como un interconector de lo que sucede en el Sistema Nervioso Central, intercomunicando los impulsos del *Cerebro Reptil*, con los pensamientos del *Cerebro Racional*.³²

Los procesos cognitivos y emocionales podrían explicarse a partir de los complejos procesos de asociación e integración las células nerviosas, que se comunican mediante fibras nerviosas y neuronas con el Sistema Inmunológico, Endocrino y Sistema Límbico, en general todos coordinados por los Lóbulos Prefrontales de la Corteza Cerebral, más exactamente el izquierdo, que ayudan a modular las emociones fuertes, inhibiendo, reflexionando, analizando o escogiendo entre una amplia gama de opciones para manejar o expresar las emociones. Esto es Inteligencia Emocional.³²

Inteligencia Emocional

Rojas dice que la inteligencia y las emociones son los componentes más característicos de la psicología humana, pilares fundamentales para la configuración de las estructuras psicológicas, como la personalidad individual.³²

Thorndike fue el precursor del concepto de Inteligencia Emocional, al establecer la Inteligencia Social y definirla como la habilidad para comprender y dirigir a los seres humanos de cualquier edad y género, actuando de manera sabia en las relaciones interpersonales.

Gardner lanza su libro *Frames of Mind* (Estructuras de la Mente), señalando que la Inteligencia Intrapersonal y la Interpersonal estaban relacionadas con la competencia emocional y social respectivamente.^{30,32}

Salovey y Mayer fueron los primeros en definir la IE como una forma de Inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y comprender los estados emotivos propios y de otros, discernir entre ellas y utilizar la información para guiar nuestros pensamientos y acciones.^{28,29, 32,33,35,38-40}

Daniel Goleman mediante su Libro Best-Seller (*Inteligencia Emocional*) en 1995, definió IE como capacidad que tienen los seres humanos para tomar conciencia de nuestras emociones, comprender las de los demás, tolerar presiones y frustraciones laborales, competencia para trabajar en equipo y adoptar una posición empática que ayudaran al desarrollo y éxito personal.^{29, 30, 32, 39,40-42}

Goleman en 1996 explica la superioridad de la IE sobre la Inteligencia académico-verbal con un principio sólido: Toda producción humana se realiza en interacción con otros seres humanos (incluido el sí mismo), razón por la cual debemos centrar nuestra atención en las relaciones humanas.^{30, 32, 38, 39, 41,42}

La mayoría de los autores están de acuerdo en considerar que la IE incluye 5 metahabilidades o dimensiones:

- *Autoconocimiento* Capacidad de conocimiento de nuestras propias emociones.
- *Autocontrol* Capacidad para controlar nuestras propias emociones.
- *Auto-motivación* Capacidad de motivarse así mismo.
- *Empatía* Capacidad de conocimiento de las emociones.
- *Habilidad social* Capacidad para relacionarse con los demás.²⁹

Tipos de Inteligencia Emocional según la personalidad

Según diversos estudios, la IE no solo depende de las emociones, sino también de un correcto pensamiento, por lo cual se deduce que a mayor CI mayor es el desarrollo de la IE. La principal diferencia entre los tipos de IE se da entre hombres y mujeres, puesto que las mujeres tienen más desarrolladas las habilidades interpersonales, lo que significa que son más conscientes de sus sentimientos y de los demás, por lo que pueden entablar mejores relaciones, por otro lado los hombres tienen un mayor concepto de sí mismos y de la independencia, lo cual les genera una autoestima más alta y mayor facilidad para enfrentar situaciones con altos grados de estrés.

Categorías de Inteligencia Emocional:

La IE se divide en cinco categorías básicas:

- **Conciencia de sí mismo:**

Capacidad de reconocer sentimientos que uno tiene y están directamente relacionados con la conciencia emocional y la confianza en uno mismo.

- **Autorregulación:**

Manera de decidir y controlar cuánto va a durar una emoción y qué intensidad tendrá mediante técnicas como autocontrol, confiabilidad, adaptabilidad o innovación.

- **Motivación:**

Relacionada con el positivismo, compromiso e iniciativa de llegar a los objetivos pautados.

- **Empatía:**

Ver y entender cómo se sienten los demás, de esta forma se aprende de los demás y se consiguen determinados objetivos.

- **Habilidades sociales:**

Tener buenas relaciones interpersonales es otro de los pasos hacia el éxito. Se puede lograr mediante comunicación, influencia, liderazgo, gestión de conflictos, cooperación o trabajo en equipo, entre otros.^{43,44}

Modelos de Inteligencia Emocional

a. Modelo mixto

Combinan dimensiones de personalidad, optimismo y capacidad de auto-motivación con habilidades emocionales (Goleman y Bar-On). En nuestro país este modelo de IE ha tenido más difusión gracias a Daniel Goleman.^{28, 42, 45}

b. Modelo de habilidad

Modelo de John Mayer y Peter Salovey es menos conocido, pero cuenta con gran apoyo empírico en las revistas especializadas. Se centra de forma exclusiva en el procesamiento emocional de la información y estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento.

Este modelo implica 4 componentes:

1. Percepción y expresión emocional
2. Facilitación emocional
3. Comprensión emocional
4. Regulación emocional.²⁸

Aplicaciones de la Inteligencia Emocional

En termino simple la IE es la aplicación inteligente de las emociones, por lo que cuando una persona tiene conocimiento eficaz sobre su IE puede encauzar, dirigir y aplicar sus emociones, permitiendo así que las mismas trabajen a favor y no en contra de la personalidad.⁴⁴

Las emociones pueden guiar todas las actitudes de nuestra vida hacia pensamientos constructivos, que mejoren en forma absoluta los resultados finales que queremos alcanzar.

La IE tiene aplicaciones infinitas: En nuestro entorno, familia, trabajo. Es un instrumento para solucionar desde una situación desagradable con un compañero de trabajo, hasta finalizar el trato con un paciente particularmente difícil, hasta resolver de forma definitiva y tranquila las situaciones familiares que la mayor parte de las personas vive como destructivo, cansador y frustrante.⁴⁴

La IE puede ayudar desde dentro de nuestro ser interno, o en aplicaciones interpersonales, ayudando a los demás. Puede cambiar situaciones muy negativas en situaciones de éxito, permitiendo la importante actitud perseverar en una tarea hasta terminarla. Al aplicar la IE se puede enfrentar impedimentos que no permiten el éxito que se busca, disfrutando las vivencias en lugar de padecerlas.

Factores que modifican la Inteligencia Emocional

La Inteligencia Emocional se encuentra modificada por múltiples factores, entre ellos los socio-demográficos y familiares, estos últimos se dividen en convivencia y confianza.

El apego a los padres y hermanos que generalmente dura toda la vida y sirven como modelos para relacionarse con las demás personas.

Dentro de la familia el ser humano experimenta sus primeros conflictos sociales. El tipo de disciplina que ejercen los padres, sus relaciones interpersonales, las discusiones familiares entre hermanos, entre otros, proporciona al individuo importantes lecciones de conformidad, cooperación, competencia y oportunidades para aprender como influir en la conducta de los demás.

Un ambiente familiar cargado de conflictos interpersonales provoca déficit en el desarrollo emocional y genera distintos niveles de ansiedad, por lo tanto modificará la capacidad emocional.⁴⁶

La IE como toda conducta es transmitida de padres a hijos, sobre todo a partir de los modelos que el individuo se crea. El conocimiento afectivo está muy relacionado con la madurez general, autonomía y competencia social.⁴⁷

Métodos de evaluación para la Inteligencia Emocional

La IE es un área de gran interés en la conducta humana, motivo por el cual fue necesario encontrar una manera de evaluarla, la literatura actual defiende dos procedimientos de abordaje de la evaluación de la IE:

Existen varios cuestionarios sobre IE, similares en estructura, cada uno evalúa diferentes componentes en ella.

1. Cuestionarios o escalas de auto-informe

Configurados por una serie de enunciados verbales cortos a los que el sujeto debe responder en una escala graduada (tipo Likert), que responde de acuerdo o en desacuerdo con respecto a las mismas, calificando como 1 a Nada de acuerdo, 2 en Algo de acuerdo, 3 es Bastante de acuerdo, 4 es Muy de acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo, proporcionando una valoración subjetiva a determinadas competencias emocionales, mediante el auto-informe, así el sujeto realiza una estimación de su IE auto-percibida.

- Ventajas:

Menor tiempo para su administración, no sobrepasan los 15 minutos

Breves instrucciones

Costo mínimo en su administración

Se realizan de manera colectiva

2. Pruebas de habilidad o ejecución.

El planteamiento de pruebas de habilidad es para evaluar si una persona es hábil o no en cierta competencia emocional, se combinan ejercicios que permiten inferir la competencia de los sujetos en la solución de problemas relacionados con las habilidades emocionales.^{38,39,45,46}

Cuestionario Trait Meta-Mood Scale modificado. (TMMS-24)

La medida de Autoinforme elegida para valorar la IEP es el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) de Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos (2004), esta es una versión reducida y adaptada al castellano de la escala americana TMMS de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai (1995), permite evaluar la IE desde un modelo teórico coherente y desarrollado, evalúa las creencias que tienen las personas sobre su capacidad de atención,

claridad y reparación de estados emocionales, consta de un total de 48 Ítems en su versión extensa, existiendo las versiones reducidas de 30 y 24 ítems, con tres sub-escalas: Atención a los sentimientos, Claridad en los sentimientos y Regulación emocional.⁴⁷

El TMMS-24 es uno de los instrumentos más utilizados y de más antigüedad en este campo, integrado por 24 ítems, el cual proporciona un indicador de los niveles de IEP, la escala se compone por tres subfactores; Atención a los propios sentimientos, Claridad emocional y Reparación de los estados de ánimo, estas 3 dimensiones claves de la IE de 8 ítems cada una, evalúa lo que Slovey y Mayer denominan Inteligencia Emocional Percibida (IEP), o meta-conocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales.^{33,35,38-40,44}

Estos 24 ítems del TMMS-24 se refieren a los 3 procesos de la IE; percepción, comprensión y regulación emocional, donde para cada uno de ellos son los siguientes ítems: Para la atención emocional son: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8. Los correspondientes a la claridad de sentimientos son: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16. Para la Reparación emocional son: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.^{33,44}

Se les solicita a los sujetos en estudio que valoren el grado en el que están de acuerdo con cada uno de ellos a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, que varía desde nada de acuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5). Este indicador se denomina “Índice de Inteligencia Emocional Percibida o auto-informada” y revela las creencias y expectativas de los sujetos sobre si son capaces de percibir, discriminar y regular emociones.⁴⁷

Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos (2004) encontraron en la escala una consistencia interna (α de Cronbach) de .90 para Atención, .90 Claridad y .86 Reparación, igualmente

presenta una fiabilidad test-retest adecuada (Atención =.60; Claridad = .70 y Reparación = .83).^{46,47}

Uno de los trabajos más conocidos dentro de las medidas a través de autoinformes es el de Schutte, Malouff, May, Haggerty, Cooper, Golden y Dornheim (1998), basado en el modelo de Salovey y Mayer (1990).

Evaluación del TMMS-24

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores componentes del test de IE, se suman los ítems del 1 al 8 para el factor atención emocional, los ítems de 9 al 16 para el factor de claridad emocional y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones. Luego se compara la puntuación en cada una de las áreas evaluadas con las tablas de referencia y con ello establecer el nivel de IE con el que cuenta. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.⁴⁷

La veracidad y confianza de los resultados obtenidos dependerá de lo sincero que hayan sido los sujetos al responder a las preguntas.

5. Justificación.

Desde los datos estadísticos puede verse que el 7 y el 10% de los médicos son discapacitados por la depresión, el suicidio, el alcoholismo, la drogadicción, o matrimonios infelices. Se ha encontrado que los residentes de Medicina de Emergencia tienen una mayor prevalencia de abuso de sustancias en comparación con otras especialidades. A pesar de estas estadísticas alarmantes, es un reto para enfatizar y legitimar el bienestar en la educación de los residentes. Creemos que un cambio de cultura debe ocurrir en la medicina para tratar el autocuidado médico, centrado en la residencia, y adoptar un enfoque preventivo y proactivo. (3).

Es de alta importancia el conocer los niveles de Inteligencia Emocional (IE) de los Médicos Residentes en formación, ya que esta se encuentra influida por circunstancias que se presentan en su vida cotidiana, en su área de trabajo, relación directa entre compañeros, profesores, etc. La inteligencia emocional es un conjunto de características de la personalidad que los seres humanos tienen y que en caso de que los médicos residentes cuenten con ellas, puede representar un factor que disminuya la posibilidad de síndrome de Burnout o de cualquier otro tipo de afectación en su desarrollo profesional.

El conocer los niveles de IE de los Residentes del HGR # 110 del IMSS probablemente nos permitirá establecer medidas de apoyo a dicho grupo de médicos, entre ellos psicológico, aportando estrategias para el mejoramiento del residente en su formación y posterior desenvolvimiento como especialista, para desarrollar y mejorar sus relaciones familiares, sociales, laborales y académicas.

Con el presente protocolo de investigación, a través de sus resultados tanto de la presencia o no del síndrome de Burnout, como del saber si cuentan con inteligencia emocional o no los médicos residentes, se podrá conocer a través de ellos, aspectos importantes acerca de

su personalidad que pueden ser determinantes tanto para el éxito educativo o que representan un obstáculo para ello.

Al conocer los resultados del presente protocolo de investigación, estos pueden resultar de tal trascendencia que representen una herramienta para la creación de estrategias y metodologías operativas o educativas propiamente dichas que propicien el desarrollo de la inteligencia emocional y con ello tal vez, disminuir o evitar el desarrollo de síndrome de burnout y se puede impactar positivamente en el éxito educativo de este grupo de médicos.

El presente protocolo de estudio es factible debido a que se utilizarán los recursos con los que ya cuenta el instituto como lo es los médicos residentes, área física de educación médica en el hospital y los recursos humanos como un asesor y un Tesista que no representan un gasto adicional para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

6. Planteamiento del Problema

El proceso de enseñanza-aprendizaje implica dos actores principales, profesores y alumnos. En medicina esto no es la excepción, en particular los alumnos de las especialidades médicas, son profesionales altamente calificados en materia sanitaria, capaces de dar respuestas generalmente acertadas y rápidas a problemas de salud de las personas, mediante decisiones tomadas en condiciones de gran incertidumbre y que precisa formación continua a lo largo de toda su vida laboral. Para el logro de lo anterior, es necesario alcanzar el éxito educativo, por lo que idealmente se debe contar con todo lo necesario para ello, por ejemplo, en cuanto a los médicos residentes es necesario contar con una personalidad que favorezca el aprovechamiento académico, de ellas, las características o estado psicológico de los residentes es factor clave.

La formación del médico como especialista transcurre dentro de un contexto en el que influyen muchos factores en este logro educativo, es frecuente encontrar que los médicos residentes muestran conductas o sentimientos con repercusiones educativas, personales y profesionales, que si bien es importante para el estudiante contar con un coeficiente intelectual alto para llegar a su meta de ser médico, también debe contar con un nivel adecuado de Inteligencia emocional y de no encontrarse con manifestaciones del síndrome de Burnout, ya que el médico deberá tomar decisiones en las cuales no debe ignorar el sentir propio, del paciente, familiares y la sociedad a la que pertenece.

En contraste, es fácil suponer que cuando un médico en formación no cuenta con Inteligencia Emocional y carga con manifestaciones del síndrome de Burnout, será una persona que le resulte muy difícil alcanzar las metas formativas en términos de las competencias educativas que le marca el programa de especialización medica en el que se encuentre. No solo esto es el problema, sino que también existen consecuencias, es decir,

cuando no se logra el éxito educativo, pueden generarse sentimientos que empeoren el síndrome de Burnout o que imposibiliten al médico para trabajar en el fortalecimiento o desarrollo de su inteligencia emocional.

Dado lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110?

7. Objetivos.

Objetivo General

1. Identificar el Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110.

Objetivos Específicos

1. Conocer las características socio-demográficos de los Médicos Residentes de la especialidad en Medicina de Urgencias del Hospital General Regional No. 110.
2. Identificar el Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110 de acuerdo a la edad.
3. Identificar el Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110 de acuerdo al género.
4. Identificar el Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110 de acuerdo al estado civil.

8. Hipótesis.

Por el tipo de estudio no se plantea hipótesis.

9. Materiales y Método.

Diseño metodológico: Estudio descriptivo transversal.

Universo de trabajo.

Está constituido por todos los médicos residentes del curso de especialización en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110 vigentes en el ciclo lectivo 2014-2015.

Tamaño de la muestra.

Sera no probabilística por conveniencia. Se incluirá un total de 30 residentes del curso de especialización en medicina de urgencias del Hospital General Regional No 110, mismos que se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 8 Médicos residentes de primer año, 9 médicos residentes de segundo año y 13 Médicos residentes de tercer año.

Criterios de inclusión:

- Médicos residentes de todos los grados del curso de especialización en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110 vigentes en el ciclo 2015-2016.
- Voluntad de participar y firma de autorización para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Residentes del curso de especialización en medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 110 que hayan decidido libre y voluntariamente no participar en el estudio.

- Médicos residentes de otras especialidades médicas en el Hospital General Regional 110.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos.
- Cuestionarios con respuestas dobles.

Procedimiento

1. Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud 1303 del Hospital General Regional No. 110 se realizarán las encuestas a los médicos residentes de la especialidad dentro del aula durante una de sus clases ordinarias.
2. Se explicará a los alumnos de los tres grados (Anexo 1) el objetivo del estudio, se especificará el carácter anónimo y confidencial de la información obtenida a través del cuestionario.
3. Previo a su consentimiento escrito (Anexo 2) de los médicos residentes, el Tesista procederá a proporcionar una ficha de identificación donde se incluyen las variables sociodemográficas de los mismos (Anexo 3).
4. Posteriormente se aplicará el Maslach Burnout Inventory (22 ítems) (Anexo 4), que valora: cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Se determinarán los resultados de los tres escenarios (síndrome de *burnout*) sumando en forma independiente para los tres escenarios, así mismo se interpretaran los resultados por separado: Agotamiento emocional será medido como: rango bajo si es menor a 18 puntos, medio de 19-26 puntos, y alto cuando es mayor a 27 puntos. La despersonalización será medida como: rango bajo cuando es menor a 5 puntos, medio de 6-9 puntos y rango alto cuando es mayor a 10 puntos. Finalmente la ineficiencia laboral y realización personal será medida como: rango bajo si es mayor a 40 puntos, medio cuando es de 34-39 puntos y alto cuando es menor a 33 puntos (Anexo 5).
5. Después se aplicará el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) que se trata de una versión reducida y adaptada al castellano de la escala Americana del Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de Salovey y Mayer. Instrumento integrado por 24 ítems, referido a 3

procesos: percepción, comprensión y regulación emocional. Se valora el grado en el que están de acuerdo con cada uno de ellos sobre una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde 1 “muy de acuerdo” a 5 “muy en desacuerdo”. (Anexo 6). El cuestionario presenta ítems específicos para cada área a evaluar (Anexo 7). El perfil emocional de los participantes se obtendrá de manera diferencial para hombres y mujeres. Las puntuaciones se situarán correlativamente en que SE DEBE MEJORAR, SE TIENE ADECUADA O EXISTE EXCELENTE atención de los propios sentimientos, Claridad emocional o Reparación de los estados de ánimo; según sea el sub-factor, correspondiente a la calificación según el género y la puntuación obtenida con respecto a la tabla (Anexo 8).

6. Una vez que el médico residente entrega los cuestionarios contestado se realizará una revisión rápida con la finalidad de detectar errores de llenado o respuestas incorrectas y cuando así ocurra se le pedirá al médico que las corrija.
7. La información recabada se vaciará en una hoja del programa Excel de Office previamente elaborada para el presente protocolo de investigación, misma que nos ayudará a realizar el análisis estadístico de la información.

Análisis estadístico:

Se realizará por medio de estadística descriptiva. La descripción las variables cualitativas se realizará con frecuencia simple y porcentaje para las variables cuantitativas se utilizará la media y desviación estándar.

Definición Operacional de variables.

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Instrumento y fuente	Estadígrafo
Edad	Tiempo que ha transcurrido del nacimiento a la actualidad	Dependiente Cuantitativa Continua	Años cumplidos	Encuesta directa	N (%)
Genero	Condición biológica que distingue a un hombre de una mujer.	Dependiente Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Encuesta directa	N (%)
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona respecto a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Dependiente Cualitativa	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado	Encuesta directa	N (%)
Inteligencia Emocional	Capacidad global del individuo para actuar racionalmente y con éxito. Atención	Dependiente cualitativa nominal.	Hombre/mujer: Debe mejorar su autoestima (<21 y 24 puntos respectivamente) Adecuada atención (22-32 y 25-35 puntos respectivamente) Debe mejorar su atención (>32 y >36 puntos respectivamente)	Encuesta directa	Frecuencia, simple y relativa. N (%)

	Claridad		<p>Hombre/mujer: Debe mejorar su autoestima (<25y 23 puntos respectivamente)</p> <p>Adecuada atención (26-35 y 24-34 puntos respectivamente)</p> <p>Excelente claridad (>36 y >35 puntos respectivamente)</p>		
	Reparación		<p>Hombre/mujer: Debe mejorar su autoestima (<23y 23 puntos respectivamente)</p> <p>Adecuada atención (24-35 y 24-34 puntos respectivamente)</p> <p>Excelente claridad (>36 y >35 puntos respectivamente)</p>		

Síndrome de Burnout	Valoración según cuestionario: Maslach Burnout Inventory (MBI).	Dependiente cualitativa nominal.	Bajo. Menor a 18 puntos. Medio. 19-26 puntos. Alto. Mayor a 27 puntos.	Encuesta directa	Frecuencia, simple y relativa. N (%)
	Agotamiento emocional.		Bajo. Menor a 5 puntos. Medio. 6-9 puntos. Alto. Mayor a 10 puntos.		Frecuencia, simple y relativa. N (%)
	Despersonalización.		Bajo. Mayor a 40 puntos. Medio. 34-39 puntos. Alto. Menor a 33 puntos.		Frecuencia, simple y relativa. N (%)

10. Aspectos éticos.

El protocolo será sometido para su aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud No 1303 del Hospital General Regional No. 110 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Los aspectos éticos del presente trabajo de investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, se refiere (publicado en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984) dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII), del título segundo correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo se considera una investigación con riesgo mínimo, según el acuerdo al artículo 23 y por lo tanto no representa riesgo para el médico residente que acepte participar.

El protocolo cumple además con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes, se deberá identificar que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, el informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

La realización del presente protocolo de investigación conlleva que el médico en formación proporcione información importante acerca de su autopercepción, misma que garantizaremos confidencialidad de la misma, además, como garantía al médico residente de ello, se firmará consentimiento informado por parte del médico residente. Es importante

mencionar que de acuerdo a sus resultados, se le proporcionará apoyo en el caso de requerirlo y aceptarlo, como lo es el hecho de canalizarlo al servicio de psicología o cualquier otro que pudiera favorecer al médico como ser humano integral.

11. Recursos.

Financieros:

- Propios y del Instituto Mexicano del Seguro Social

Humanos:

- Investigador responsable
- Médico Residente de Medicina de Urgencias

Materiales:

- a. Impresiones
- b. Fotocopias de la ficha de identificación, cuestionario e instrumento
- c. Lápices
- d. Bolígrafos
- e. Corrector
- f. Marca-textos
- g. Hojas de papel bond tamaño carta
- h. Engrapadora
- i. Carpetas
- j. Protector de hojas
- k. Borrador
- l. Calculadora

Tecnológicos:

- a. Computadora
- b. Impresora láser
- c. Unidad de almacenamiento masivo

Económicos:

- Los recursos económicos que se requieren para la realización de la presente investigación serán costeados por el investigador y su asesor.

Sesgos y limitaciones.

Sesgos: La falta de información completa en los cuestionarios

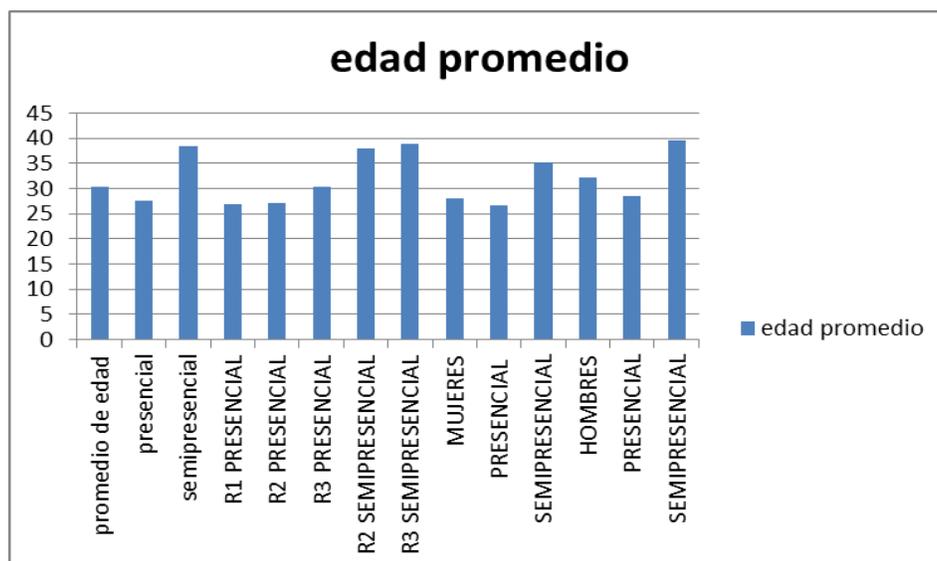
Limitaciones: No se contemplan limitaciones en este estudio.

12. Cronograma de actividades 2015 del protocolo: Síndrome de Burnout e inteligencia emocional en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del hospital general regional no. 110.

Actividades a realizar	2015		
	Junio	Julio	Agosto
1.- Envío de protocolo al Comité Local de Investigación 1303	X		
2.- Recolección de datos		X	
3.- Análisis de la información		X	
4.- Resultados y Conclusiones			X
5.- Terminado			X

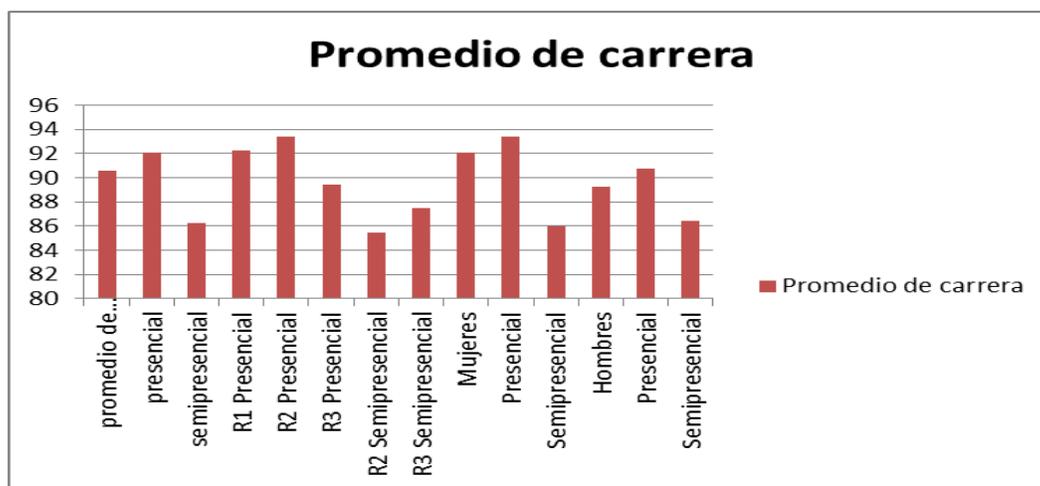
13. Resultados

Se realizaron un total de 38 encuestas lo que representa la totalidad de residentes de la especialidad de medicina en urgencias en sus dos modalidades. De la modalidad presencial fueron 28 y la modalidad de medicina de urgencias para médicos de base fueron 10. Se obtuvo un promedio de edad de 30.3 años, siendo en la modalidad presencial 27.5 años el promedio y en la modalidad de médicos de base el promedio de edad fue de 38.4 años de edad. A continuación se muestra en la gráfica 1 la distribución de edad de acuerdo a las variables estudiadas.



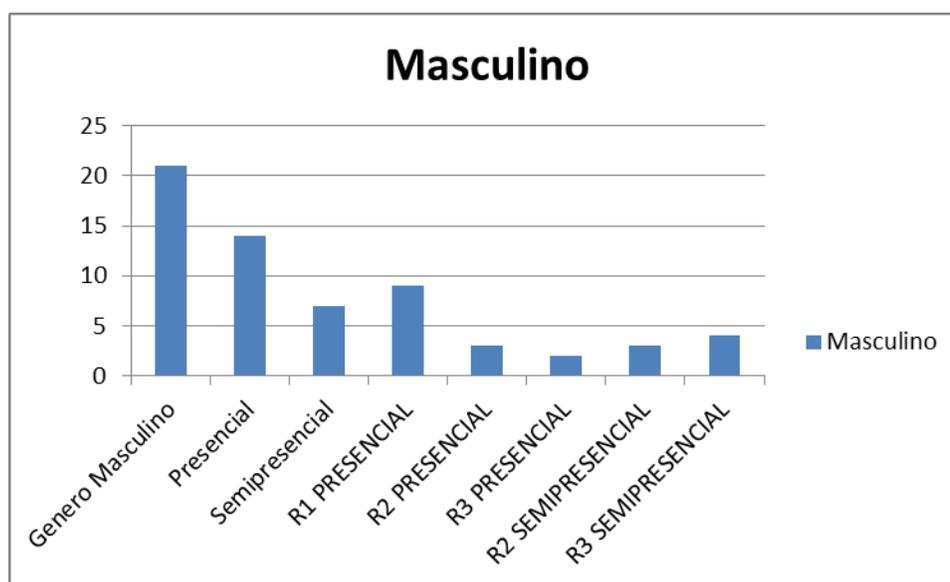
Grafica 1. Distribución de edad de acuerdo a las diversas variables estudiadas.

En cuanto a la variable **Promedio de la carrera de medicina** se observó que es de 90.5 en totalidad de las dos modalidades, donde el promedio en la modalidad presencial de 92.0 y en la modalidad semipresencial es de 86.3. Lo anterior se muestra en la gráfica 2.



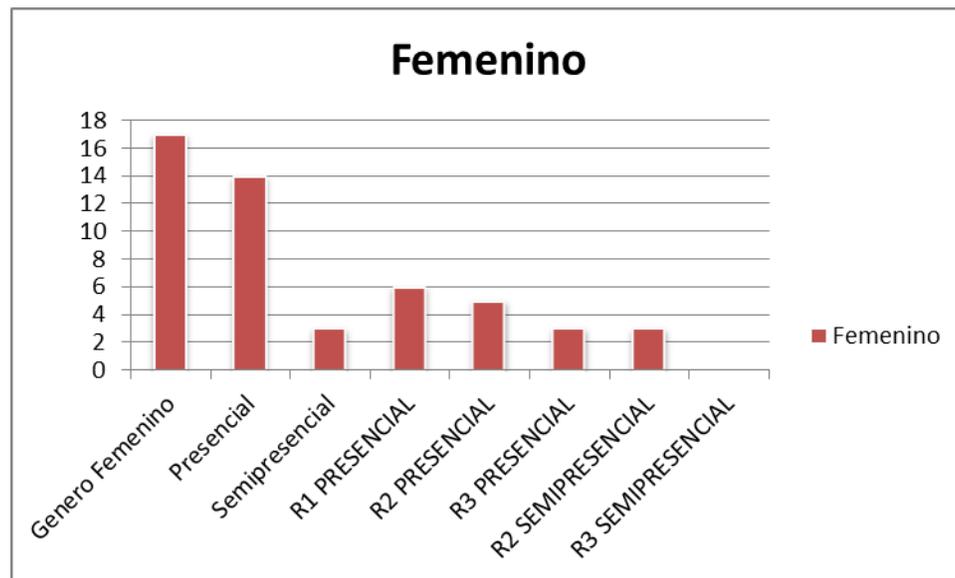
Gráfica 2. Promedio de la carrera de medicina en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En cuanto al **género masculino** en total fueron 21 de la modalidad presencial 14 de la modalidad semipresencial 7. Esto quiere decir que el 55.2% del total de residentes es de género masculino.



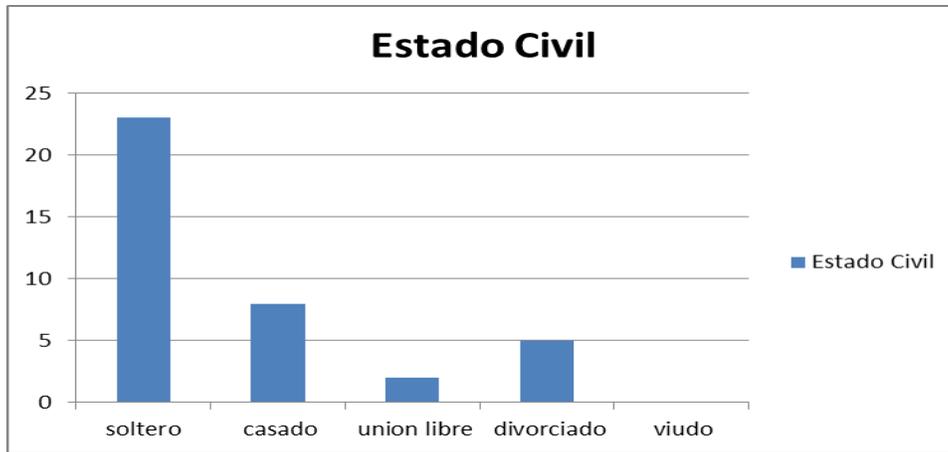
Grafica 3. Cantidad de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En cuanto al **género femenino** en total fueron 17 de la modalidad presencial 14 de la modalidad semipresencial 3, esto es el 44.7% del total de residentes es de género femenino.



Grafica 4. Cantidad de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En canto a la variable **estado civil** de los residentes en totalidad fue de soltero: 23, Casado: 8, Unión Libre: 2, Divorciado 5, viudo: 0. Esto quiere decir que el 60.5 % de la totalidad de residentes es soltero, el 21% es casado, el 5.2% se encuentra en unión libre y el 13.2 % es divorciado.



Grafica 5. Estado civil en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En la aplicación del cuestionario **TMMS-24** en la primera parte que evalúa la **atención emocional** que son los ítems del 1 al 8 los que **prestan poca atención**, en hombres son en total 12 de los cuales 8 son de la modalidad presencial y 4 de la modalidad semipresencial, en mujeres donde en totalidad son 10 siendo de la modalidad presencial 8 y de la modalidad semipresencial 2. Esto en porcentaje nos dice que en total de hombres el 31.5% del total de residentes prestan poca atención emocional. En el total de mujeres el 26.3% del total de residentes prestan poca atención emocional.

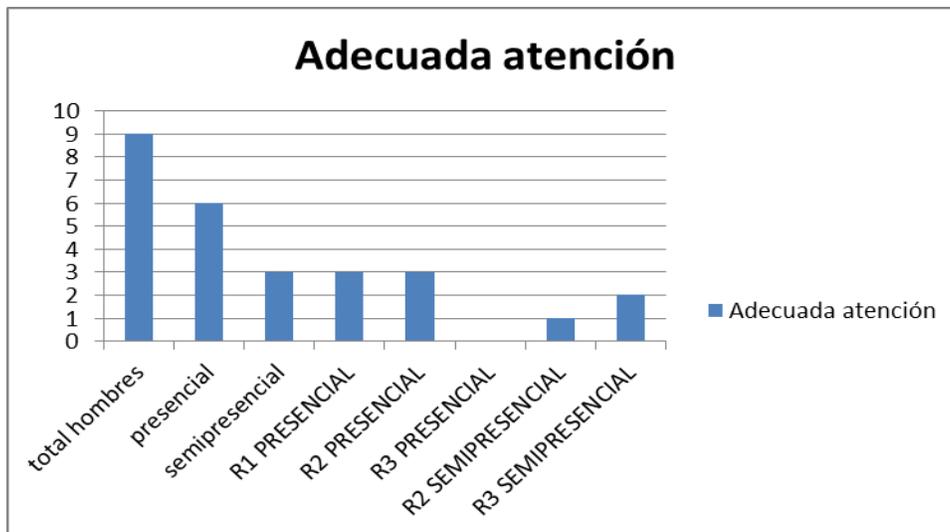


Grafica 6. Cantidad que debe prestar más atención de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

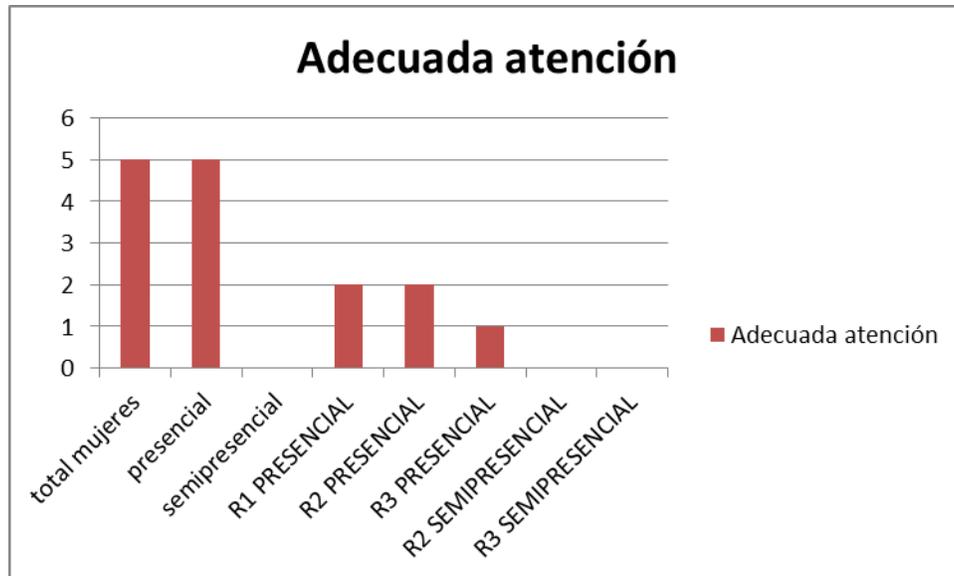


Grafica 7. Cantidad que debe prestar más atención de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En la misma modalidad de atención emocional los que cuentan con una **adecuada atención a su estado emocional** en hombres en total son 9, de la modalidad presencial 6 y de la modalidad semipresencial 3. En mujeres son 5 en total las mismas que son presenciales. En porcentaje en hombres del total de residentes el 15.7% cuentan con adecuada atención a su estado emocional. En mujeres el porcentaje del total de residentes es el 13.1% presentan una adecuada atención a su estado emocional.



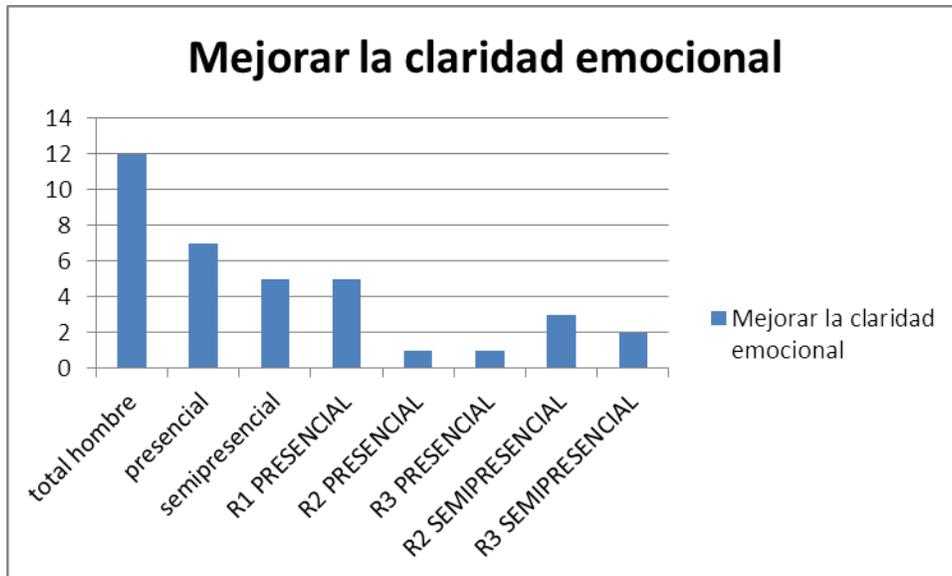
Grafica 8. Cantidad que presenta una adecuada atención de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.



Grafica 9. Cantidad que presenta una adecuada atención de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

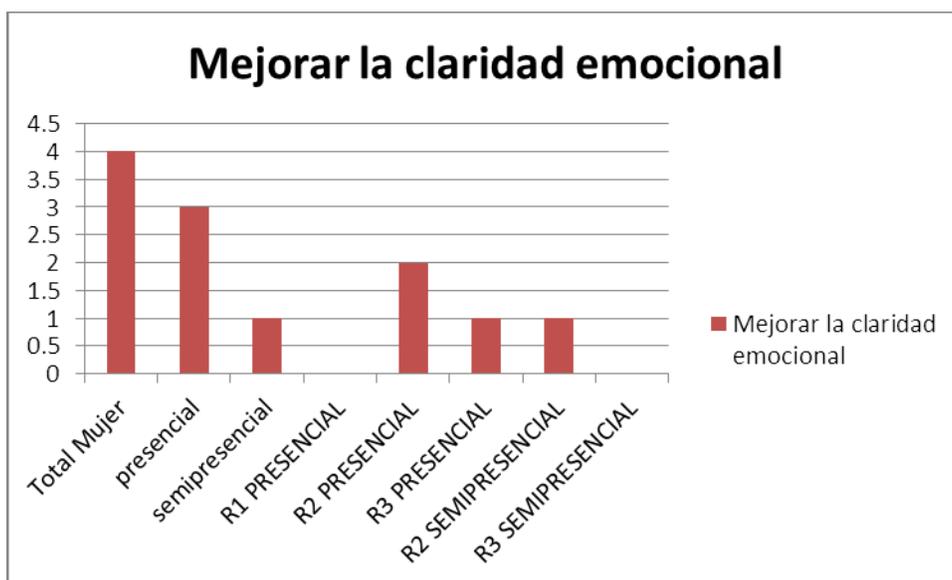
En la misma modalidad de atención emocional los que **prestan demasiada atención y requieren mejorar su atención** en hombres el número total es de 0, siendo en este rubro donde las mujeres con presencia de 2 en total siendo 1 de modalidad presencial y 1 en modalidad semipresencial. Lo que da de resultado en hombres el 0% del total de residentes y el 5.2% en mujeres del total de residentes.

En la segunda parte del cuestionario TMMS-24 donde se califica la claridad emocional observamos lo siguiente en cuestión a los que deben **mejorar su claridad emocional** en relación a los hombres en total son 12 de los cuales 7 son de la modalidad presencial y 5 de la modalidad semipresencial, siendo el 31.5% en hombres del total de residentes.



Grafica 10. Cantidad que mejorar la claridad emocional de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En relación a las mujeres que deben mejorar su claridad emocional en total fueron 4, de las cuales 3 son de la modalidad presencial y 1 de la modalidad semipresencial. Siendo el 10.5 % del total de residentes.



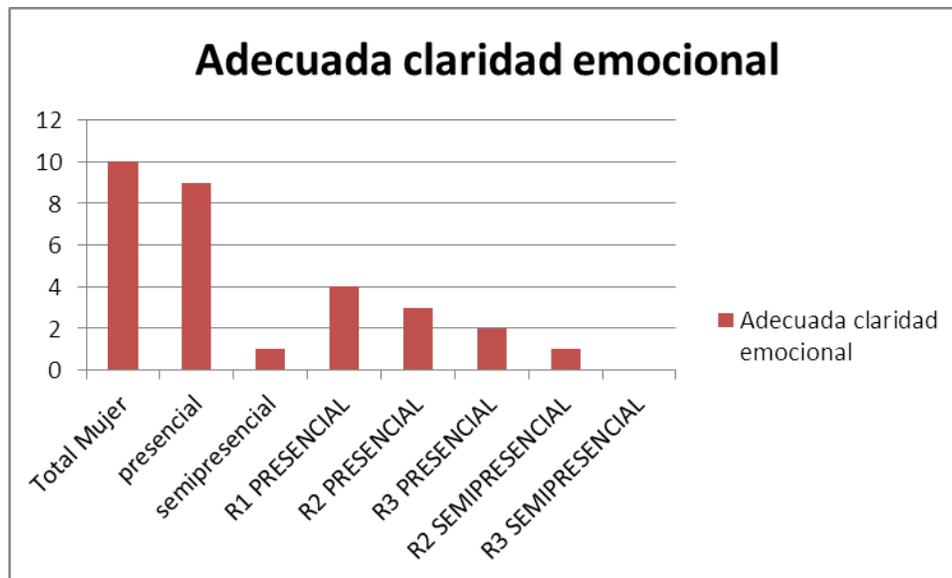
Grafica 11. Cantidad que mejorar la claridad emocional de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En la cuestión donde encontramos **adecuada claridad emocional** en relación a los hombres en total son 7, de la modalidad presencial en cantidad de 6 y en la modalidad semipresencial 1. Siendo el 18.4% del total de residentes.



Grafica 12. Cantidad que presentan adecuada claridad emocional de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

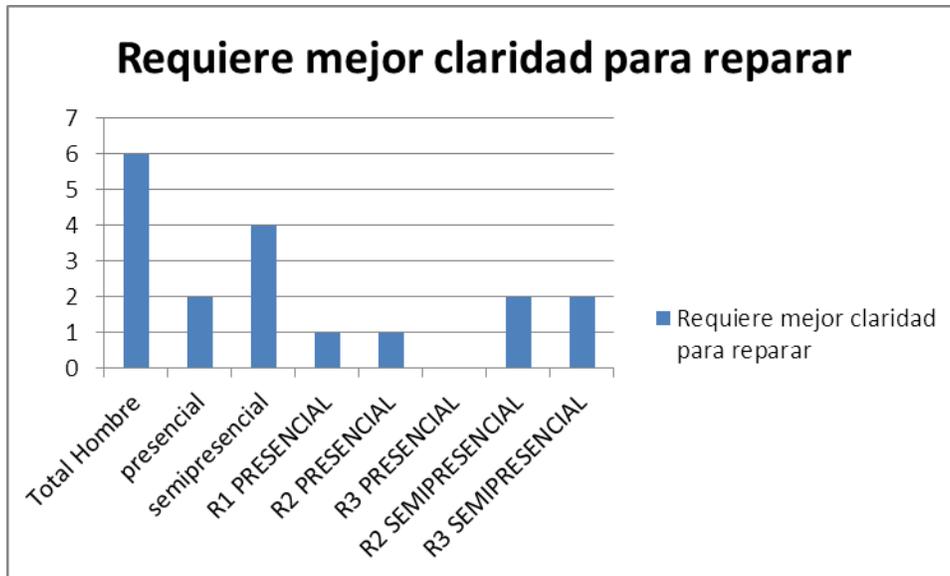
En la misma premisa pero con referencia a las mujeres encontramos que en totalidad son 10 de las cuales la modalidad presencial son 9 y de la modalidad semipresencial es 1. Siendo el 26.3% del total de residentes.



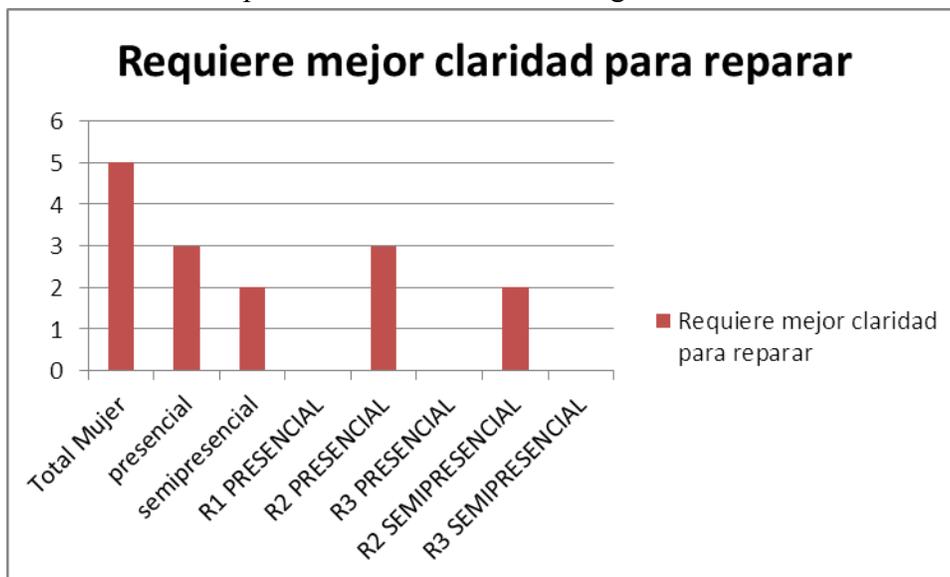
Grafica 13. Cantidad que presentan adecuada claridad emocional de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

Encontramos que lo que presentan **excelente claridad emocional** en relación a los hombres en totalidad son 2 repartidos en la modalidad presencial 1, y en la modalidad semipresencial 1. Así mismo observamos que en relación a las mujeres en total son 3, 2 de la modalidad presencial y 1 de la modalidad semipresencial. Esto es el 5.2% en hombres del total de residentes y el 7.8% en mujeres del total de residentes.

Ya en el tercer módulo de TMMS-24 donde se califica la **capacidad para reparar el estado emocional** nos encontramos con lo siguiente, en hombres que **requieren mejor claridad para reparar** la totalidad fueron 6, de la modalidad presencial 2, de la modalidad semipresencial 4. En mujeres la totalidad fueron 5 siendo de la modalidad presencial 3 y de la modalidad semipresencial 2, esto quiere decir que el 15.7% en hombres del total de residentes requiere mejor claridad para reparar lo emocional, así mismo en mujeres es el 13.1% del total de residentes.



Grafica 14. Cantidad que requieren mejor claridad para reparar de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.



Grafica 15. Cantidad que requieren mejor claridad para reparar de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

Encontramos que en adecuada claridad para reparar, la totalidad de hombres fue de 12 siendo 9 de la modalidad presencial y 3 de la modalidad semipresencial, ahora en mujeres el total fue de 6, siendo el mismo número para la modalidad presencial, y 0 para la modalidad semipresencial. Esto quiere decir que en hombres es de 31.5% del total de residentes y en mujeres es el 15.7% del total de residentes.



Grafica 16. Cantidad que presentan adecuada claridad para reparar de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.



Grafica 17. Cantidad que presentan adecuada claridad para reparar de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

Ahora para una **excelente claridad para reparar** en totalidad en hombres fue de 3 todos en referencia a la modalidad presencial, ahora que en mujeres en total fueron 6, de la modalidad presencial 5 y de la modalidad semipresencial 1. Esto es en hombres el 7.8% del total de residentes y el 15.7% de mujeres del total de residentes.

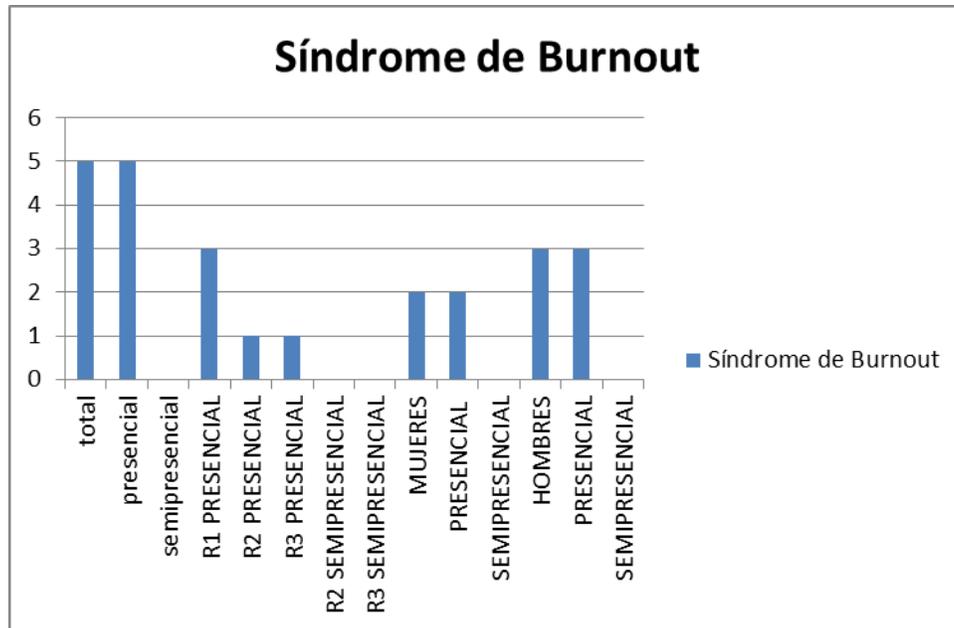


Grafica 18. Cantidad que presentan excelente claridad para reparar de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.



Grafica 19. Cantidad que presentan excelente claridad para reparar de género femenino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

En el caso de **síndrome de Burnout** encontramos en total 5 casos de los cuales son en totalidad de la modalidad presencial, así mismo 2 casos en mujeres y 3 casos en hombres, por lo que en porcentaje del total de residentes es el 13.1% en el caso de los hombres es el 7.8% y en mujeres el 5.3% del total de residentes.



Grafica 20. Cantidad que presentan síndrome de Burnout para reparar de género masculino en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias de ambas modalidades.

14. Discusión

La actualidad representa un espacio de tiempo en el cual el andar de la sociedad se ha tornado sumamente vertiginoso; los grandes avances tecnológicos y la marcha para perfeccionarlos y adaptarlos a las masas han dejado de lado el espacio emocional y cultural para dar paso a una sociedad dinamizada principalmente por el engranaje de la producción y las actividades laborales a marcha forzada. Esto aunado al descontrol emocional provocan estrés dentro del área laboral con sus consecuentes resultados, como el no ser parte de un equipo de trabajo para beneficio del derechohabiente, por lo que se realiza este estudio en la observancia que puede ser utilizado para próximos estudios, que puedan plantear medios o soluciones a esta problemática.

Los médicos residentes son personas que se encuentran en una etapa de formación como especialistas, sometidos a un ritmo de trabajo particular que influye sin lugar a dudas en su calidad de vida como personas y como profesionales. Resulta importante que los médicos cuenten con los elementos de personalidad como lo es la inteligencia emocional para evitar la presencia del síndrome de Burnout, si esto ocurre así, seguramente el éxito educativo sería mayor en los médicos residentes del curso de especialización en medicina de urgencias.

15. Conclusión.

Se da la observancia que a mayor grado de control emocional no aparece síndrome de Burnout, así como en menor grado de estudio se observa la aparición del síndrome de Burnout.

16. Bibliografía

1. Kaschka, W, Korczak D, Broich K. Review article Bournout: a Fashionable Diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(46): 781-7.
2. Dion G, Tessier R. 1994. Validation and translation of the burnout inventory of Maslach and Jackson. *Can J Behav Sci.* 1994; 26: 210-27.
3. Schmitz GR, Clark M, Heron Sh, Sanson T, Kuhn G, Bourne Ch, et al. Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. *J Emerg Trauma Shock* 2012 Jan-Mar; 5 (1):64-69.
4. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-2889.
5. Gautam M. Women in medicine stresses and solutions. *West J Med* 2001; 174:37-41.
6. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. The worklives of women physicians. *J Gen Intern Med* 2000; 15:372-380.
7. Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev Costarric Salud Pública* 2006; 15 (29): 1-7.
8. Aranda C, Pando M, Torres TM, Salazar JG, Aldrete MG. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud* 2006; 16 (1):15-21.
9. Aranda C, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete MG, Pèrez MB. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev. Cubana Salud Pub (revista en internet)* 2005 (citado 06 Nov. 2012.); 31(2), disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

10. Preciado ML, Vázquez JM. Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (1): 11-9.
11. Palmer LY, Gómez A, Cabrera CC, Prince R, Searcy R. Prevalencia de síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Med Mèx* 2005; 141 (3):181-3.
12. Pereda L, Marquez FG, Hoyos MT, Yañez MI. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009; 32 (5): 399-404.
13. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.
14. Lee RT, Ashforth BE. Ameta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol.*1996; 81: 123-33.
15. Gil PR, Peirò JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15 (2): 261-268.
16. Sertoz ÖÖ, Binbay İT, Elbimete H. The Neurobiology of Burnout: The Hypothalamus- Pituitary-Adrenal Gland Axis and Other Findings. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19 (3): 1-11.
17. Danhof MB, Van T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *J Psychosom Res* 2011; Jun: 70(6): 505-24.
18. 19 23Fontes de Oliva E, Andrade Sh, Rodriguez A, Vieira E, Matos T. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *CLINICS* 2012; 67 (6): 573-579.
19. López RM, Martín CM, Fuentes CI, García E, Ortega R, Cottès AD, et al. El síndrome de Burnout en el personal sanitario. *Med Pal.* 2000; 7(3): 94-100.

20. Dikmetas E, TOP M, Ergin G. An Examination of Mobbing and Burnout of Residents. Turkish J of Psychiatry 2011; 1-12.
21. West C, Dyrbye L, Satele D, Sloan J, Shanafelt T. Concurrent Validity of Single-Item Measures of Emotional Exhaustion and Depersonalization in Burnout Assesment. J Gen Intern Med 2012; 27(11): 1445-52.
22. Alvares J, Campos B, Maroco J. Maslach Burnout Inventory- Student Survey: Portugal-Brazil cross- cultural adaptation. Rev Saùde Pública 2012; 46(5): 816-24.
23. Gil P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública Mex 2002; 44: 33-40.
24. Fernández O, Hidalgo C, Martin A, Moreno S, García del Rio B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. Emergencias 2007; 19:116-121.
25. Lifshitz A. Zerón L, **Los escenarios de la educación médica. Los retos de la educación médica en México.** 1ª ed., Academia Nacional de Educación Médica, México, 2010. P 95-102.
26. Rodríguez SJ, Higuera RF, De Anda BE, Educación Médica. **Aprendizaje basado en problemas.** 1ª ed., Editorial Médica Panamericana, México. 2004. P 25-42.
27. Vásquez HF. **Importancia de la Inteligencia Emocional en la práctica del buen trato en la escuela.** Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. Psicogente; Diciembre 2009; 12 (22), 422-432.
28. Fernández BP, Extremera PN. **La Inteligencia Emocional como una habilidad esencial en la escuela.** Universidad de Málaga, España. OEI-Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

29. García GJ, García GE, Arnaud VM, Mendoza GJ, Arámbula ME, González MF. **Inteligencia Emocional en Médicos Residentes del Hospital General de México;** Revista médica del Hospital General de México; 2009; 72(4):178-186.
30. Barragán VC, Frausto DA, Aguilar DD, **Inteligencia emocional en el ámbito educativo.** Psiquis. México; Septiembre-Octubre 2011; Vol. 20, Núm. 5, 134-147.
31. **Definición de Inteligencia.**
<http://ahamgangama.wordpress.com/2011/07/04/howard-gardner-definicion-de-inteligencia> (consultado en línea el 28 de abril de 2015)
32. Vásquez DF. **La Inteligencia Emocional: un campo incipiente en la investigación psicológica:** Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Revista Psicogente. 2003; 1: No II: 17-34.
33. Bueno GC, Teruel MM, Valero SA. **La Inteligencia Emocional en alumnos del Magisterio: La percepción y comprensión de los sentimientos y emociones.** Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2005; 19 (3), 169-194.
34. **Definición de inteligencia emocional.** <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/inteligencia-emocional> (Consultado en línea el 29 de marzo de 2015)
35. Extremera PN, Durán A. **Inteligencia Emocional y su relación con los niveles de baronet, engagement y estrés en estudiantes universitarios.** Facultad de Psicología, Universidad de Málaga. Revista de Educación;2007; 342. 239-256.
36. Ursua N. **Posturas actuales en discusión. Filosofía crítica de las ciencias humanas y sociales.** Ed. Coyoacán, 2005. P 243-321.
37. Stobart G. **Tiempos de pruebas: los usos y abusos de la evaluación.** Ed. Morata. Madrid, España. 2010. P 70-87.

38. González RA, Peñalver GJ, Bresó EE. **La evaluación de la inteligencia emocional: ¿Autoinformes o pruebas de habilidad?** Universitat Jaume I. Fórum de Recerca no. 16 ISSN 1139-5486.
39. Sanjuán QA, Ferrer HM. **Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de emociones.** Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín; Septiembre 2008; Vol. XXVI No 2; 226-235.
40. Anadón RO. **Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios.** Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado. ISSN 1575-0965; 2006; 9(1), 1-13. Enlace web: <http://www.aufop.com/aufop/home/>. (Consultado en línea el 01 de Febrero de 2015).
41. García GJ, García GE, Arnaud VM, Mendoza GJ, Arámbula ME, González MF. **Factores que condicionan diferencias en el nivel de dominio de la Inteligencia Emocional en residentes:** Hospital General de México; 2009.
42. Goleman D. **La Inteligencia Emocional.** Ediciones B. México, S. A. de C. V. www.edicionesb.com.mx; 2000, 2da edición, Junio 2001
43. **Tipos de inteligencia Emocional** <http://otramedicina.imujer.com/4643/tipos-de-inteligencia-emocional> (Consultado el 22 de Mayo del 2015)
44. Extremera PN, Fernández BP. **La Inteligencia Emocional: Métodos de Evaluación para el Aula.** Revista Iberoamericana de Educación.
45. Bar-On R. **The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A Test of emotional intelligence.** Toronto: Multi-Health Systems; 1997.

46. Chico E. **Evaluación psicométrica de una escala de Inteligencia Emocional.**
Boletín de Psicología; 1999; 62, 65-78.
47. Ruiz MM, Castellanos CE, Enríquez HC. **Factores que favorecen el desarrollo de inteligencia emocional y su impacto en el rendimiento académico del estudiante universitario.** Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo: ISSN 2007-2619; Enero-Junio 2013

ANEXOS.

ANEXO 1

Cantidad de residentes de la Especialidad en Medicina de Urgencias en el Hospital General Regional No. 110.

ESPECIALIDAD	RESIDENTES			
Grado	1	2	3	TOTAL
Número de residentes	8	9	13	30



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	SÍNDROME DE BURNOUT E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 110						
Patrocinador externo (si aplica):	_____						
Lugar y fecha:	_____						
Número de registro:	_____						
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar el Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional de los residentes de urgencias para encontrar mejoras en la enseñanza y atención del residente						
Procedimientos:	Se realizarán 2 cuestionarios los cuales serán respondido por los residentes de urgencias del Hospital General Regional No 110, donde se evaluará su la presencia de Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional respectivamente.						
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad generada por los cuestionarios a realizar						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar las herramientas educativas y personales para que los residentes se desenvuelvan mejor en su sede obteniendo mejor estabilidad emocional y a su vez mejorar el rendimiento académico						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informarán los resultados del estudio, respetando la identidad de cada residente cuestionado						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Conocer si existe el síndrome de Burnout y la Inteligencia Emocional de los residentes de urgencias de Hospital General Regional No 110 para buscar mejoras del residente así como de la sede.						

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

Investigador Responsable: **Dra. Mayra Espinoza Hernández.** Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional No. 110. Matricula: 99144188. Tel: 15628678.

Investigador Asociado: **Dr. Raúl Escalante Montes de Oca.** Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General Regional 46. Matricula 99147808. Teléfono: 3312809954

Colaboradores/Tesista/Aplicador: **Dr. Macbeth Ernesto Zaratusa Gómez Arias.** Médico residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para médicos de base del IMSS. Matricula: 11638516 Teléfono: 38123657. Correo electrónico: macsun75@hotmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Edad:	
Género:	F__ M__
Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Divorciado ()	

CUESTIONARIO. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).

Maslach C, Jackson SE. 1981. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 2:99-113.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

6.1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

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

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

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

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.8. Me siento “quemado” por mi trabajo.

01. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.

7. DIARIAMENTE.

6.10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.12. Me siento muy activo.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.13. Me siento frustrado en mi trabajo.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.14. Creo que estoy trabajando demasiado.

1. NUNCA.

2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.20. Me siento acabado.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

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

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

6.22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

1. NUNCA.
2. POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
3. UNA VEZ AL MES O MENOS.
4. POCAS VECES AL MES.
5. UNA VEZ POR SEMANA.
6. VARIAS VECES A LA SEMANA.
7. DIARIAMENTE.

ANEXO 5. RANGOS DE EVALUACIÓN DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).

	Bajo.	Medio	Alto
Agotamiento emocional.	Menor a 18 puntos.	19-26 puntos.	Mayor a 27 puntos.
Despersonalización.	Menor a 5 puntos.	6-9 puntos.	Mayor a 10 puntos.
Ineficiencia laboral y realización personal.	Mayor a 40 puntos.	34-39 puntos.	Menor a 33 puntos.

ANEXO 6. CUESTIONARIO TRAIT META-MOOD SCALE MODIFICADO (TMMS-24)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos.

Lea atentamente cada frasee indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas, ni malas.

No emplee mucho tiempo en cada pregunta. Los resultados son anónimos. Gracias.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupa mucho por lo que siento					
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones					
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de animo					
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos					
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente					
7	A menudo pienso en mis sentimientos					
8	Presto mucha atención a como me siento					
9	Tengo claros mis sentimientos					
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos					
11	Casi siempre se cómo me siento					
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones					
14	Siempre puedo decir cómo me siento					
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones					
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos					
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista					
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables					
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida					
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal					
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme					
22	Me preocupo por tener un buen estado de animo					
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz					
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo					

ANEXO 7. ÍTEMS CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS 3 DIMENSIONES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

- **Atención emocional.**

1	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupa mucho por lo que siento					
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones					
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo					
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos					
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente					
7	A menudo pienso en mis sentimientos					
8	Presto mucha atención a como me siento					

- **Claridad de sentimientos.**

9	Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos					
11	Casi siempre se cómo me siento					
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones					
14	Siempre puedo decir cómo me siento					
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones					
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos					

- **Reparación emocional.**

17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables					
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida					
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal					
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme					
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo					
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz					
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo					

ANEXO 8. TABLAS DE PUNTUACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL TMMS-24

- **Atención**

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su atención: presta poca atención Menos de 21 puntos	Debe mejorar su atención: presta poca atención Menos de 24 puntos
Adecuada atención 22 a 32 puntos	Adecuada atención 25 a 35 puntos
Debe mejorar su atención: presta demasiada atención más de 33 puntos	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención más de 36 puntos

- **Claridad**

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su claridad: Menos de 25 puntos	Debe mejorar su claridad: Menos de 23 puntos
Adecuada claridad 26 a 35 puntos	Adecuada claridad 24 a 34 puntos
Excelente claridad: Más de 36 puntos	Excelente claridad: Más de 35 puntos

- **Reparación**

Puntuaciones Hombres	Puntuaciones Mujeres
Debe mejorar su claridad: Menos de 23 puntos	Debe mejorar su claridad: Menos de 23 puntos
Adecuada claridad 24 a 35 puntos	Adecuada claridad 24 a 34 puntos
Excelente claridad: Más de 36 puntos	Excelente claridad: Más de 35 puntos

CARTA DE TERMINACIÓN DE LA TESIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN JALISCO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 46
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS

Guadalajara, Jalisco, julio de 2015

Asunto: *Carta de terminación de la tesis*

DR. RUBEN CAMACHO MIRAMONTES
Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud HGR No. 110
PRESENTE

Por medio de la presente informo a usted de la terminación del proyecto de Tesis titulado:

“SÍNDROME DE BURNOUT E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 110”

Con número de registro:
R-2015-1303-26

MACBETH ERNESTO ZARATUSTRA GÓMEZ ARIAS

Alumno de Tercer Año del Curso de la Especialidad en Medicina de Urgencias con sede HGR No. 46 sin otro particular, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

DR. MAYRA ESPINOZA HERNÁNDEZ
DIRECTOR DE TESIS



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morales y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1303
H. GERAL REGIONAL NUM 110, CALISCO

FECHA 16/07/2015

DRA. MAYRA ESPINOZA HERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

SÍNDROME DE BURNOUT E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 110

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1303-26

ATENTAMENTE

DR.(A). GERMÁN GUILERMO LÓPEZ GUILLÉN
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1303

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS