



**“PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON SÍNDROME
DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 2”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

DR. LEONARDO GUTIÉRREZ PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON

ASESOR DE CONTENIDO

DR. ENEAS CASTILLEJOS CASTELLANOS

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 02.



**“PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON SÍNDROME
DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N. 2”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

DR. LEONARDO GUTIÉRREZ PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON

COORDINADOR CLÍNICO DE TURNO
ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.2

ASESOR DE CONTENIDO

DR. ENEAS CASTILLEJOS CASTELLANOS

Dr. José Manuel Sumuano Ymatzu
*Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud*

Dr. Héctor Armando Rincón León
*Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud*

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 2016

AGRADECIMIENTO

A Dios

Gracias por haberme permitido terminar una meta más en mi vida, por brindarme salud durante ella, y así poder alcanzar esta meta.

A mi familia

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado culminar otro reto en mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza.

DEDICATORIA.

A mis maestros

Que influyeron con sus lecciones y experiencias en contribuir a mi aprendizaje como especialista preparado para los futuros retos, en ayuda de los pacientes a mi cargo, a todos y a cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

A mis compañeros y amigos

Por brindarme su apoyo y amistad en las buenas y en las malas, por compartir momentos de alegría y tristeza.

Sinceramente

Dr. Leonardo Gutiérrez Pérez.

ÍNDICE

1. Resumen	7
2. Antecedentes	9
3. Justificación	21
4. Planteamiento del problema	23
5. Objetivos	24
General	24
Específico.	24
6. Hipótesis	25
7. Material y método	26
a. Diseño de estudio	26
b. Tipo de estudio	26
c. Periodo de estudio	26
d. Población	26
e. Muestra	26
f. Criterios de selección de muestra	27
g. Análisis estadístico	27
h. Variables del estudio	28
8. Instrumento de recolección de datos	29
9. Procedimiento.	30
10. Consideraciones éticas	32
11. Recursos, financiamiento	36
12. Resultados	37
13. Discusión	52
14. Conclusión	54
15. Recomendaciones	55
16. Referencias bibliográficas	56
17. Anexos	61

RESUMEN

El síndrome de Burnout es un proceso en donde se inicia con el estrés emocional, generando así una tensión en el individuo y progresando al agotamiento. Se trata de un concepto *multidimensional*, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes más identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización profesional en el médico.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias del Hospital General de Zona N 2. Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal descriptivo comparativo. En Médicos Residentes del Servicio de urgencias del Hospital General de Zona N 2 en Tuxtla Gutiérrez Chiapas. En el período comprendido de Junio a Diciembre 2015, que cumplan con los criterios de inclusión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se utilizó para la captura de datos el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 21 en español para Windows, con el objeto de describir a través frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS: En el presente estudio se pudo observar la presencia del síndrome de Burnout en los residentes que participaron en el estudio. La prevalencia es del 42.22%. LA dimensión más afectada fue la del agotamiento emocional.

CONCLUSIONES: La correlación significativa fue el curso de especialidad, en este caso, todas las residentes del curso de medicina familiar semipresencial fueron las que presentaron la aparición del síndrome con afectación en las tres dimensiones; y también se relacionó con la jornada laboral precisamente de las mismas residentes quienes tienen jornadas de 8 y 12 horas.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de burnout, Médicos residentes.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a process where you start with the emotional stress, thus creating a strain on the individual and progressing to exhaustion. It is a multidimensional concept, accompanied by physical and emotional symptoms, the most identified components are: emotional exhaustion, depersonalization and poor professional performance at the doctor.

GENERAL OBJECTIVE: To assess the prevalence and factors related to burnout syndrome in medical residents in the emergency department of the General Hospital of Zone 2. N Tuxtla Gutierrez Chiapas.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional comparative study. Resident Doctors in the emergency department of the General Hospital of Zone N 2 in Tuxtla Gutierrez Chiapas. In the period from June to December 2015, that comply with the inclusion criteria.

STATISTIC ANALYSIS. SPSS: (StatisticalPackageforthe Social Sciences) version for Windows 21 in Spanish, in order to describe through absolute and relative frequencies used for data capture.

RESULTS: In the present study we observed the presence of burnout syndrome in residents who participated in the study. The prevalence is 42.22%. Hardest hit was the dimension of emotional exhaustion.

CONCLUSIONS: The significant correlation was the specialty course, in this case, all residents of family medicine blended learning course were those that showed the onset of the syndrome with involvement in three dimensions; and also it related to the workday precisely the same residents who have 8 days and 12 hours.

KEYWORDS: burnout syndrome, medical residents.

ANTECEDENTES

El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.^{1,2}

El síndrome de Burnout es un proceso en donde se inicia con el estrés emocional, generando así una tensión en el individuo y progresando al agotamiento. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes más identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización profesional en el médico. Sus efectos, si no se detectan a tiempo, conducen al agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona.

El desgaste tanto emocional como físico son factores que se desprenden del Síndrome de Burnout, el cual se manifiesta como un problema que se presenta en profesionales quienes trabajan con personas, especialmente en personal de salud o medicina.

Las múltiples exigencias que se pueden presentar en la vida del ser humano, ha facilitado el desarrollo de trastornos físicos y psicológicos. Pero hoy en día el estrés, la sobrecarga laboral o el muy conocido síndrome de Burnout es una patología que acompaña en gran parte a la población trabajadora. Esta se considera como la fase avanzada de un desgaste laboral, que se produce especialmente en empresas u organizaciones que dan servicios y afecta en su gran mayoría a profesionales que tratan directamente con clientes o usuarios. Más recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo o como mecanismo de defensa que se manifiesta en las profesiones de ayuda, es decir que se presentará más en personas que dependiendo de su trabajo mantienen una interacción de asistencia a otros individuos.

Los médicos enfrentan dificultades que ejercen presión sobre ellos afectando sus valores y principios profesionales.³ Todas éstas presiones inciden sobre ellos para provocar estados psicosomáticos y desgaste emocional que ha llevado a agruparlos en el reconocido síndrome de burnout.

Cabe indicar que en un principio, este síndrome fue específicamente relacionado con profesionales cuya actividad principal era dar servicio social, es decir, estar en contacto directo con las personas, pero estudios recientes muestran que este síndrome puede presentarse en cualquier tipo de profesión.

La depresión afecta en la vida laboral de las personas y condiciona la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como síndrome de burnout o desgaste profesional.⁴, cuando se trata de personal médico o paramédico, puede considerarse más severo, ya que se pueden presentar un mayor número de accidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, y los enfermos pueden ser atendidos con un déficit en la calidad y calidez que se merecen, lo cual repercute en el proceso de curación.⁵

Antecedentes del síndrome de Burnout:

La primera referencia al concepto de burnout se puede encontrar en Buddensbrooks,⁶ una novela de Thomas Mann de 1901; allí se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Más tarde, Graham Greene utiliza el término en A burnt-out case,⁷ una publicación de 1961.

El término burnout fue descrito por Freudenberg, un psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York, define el síndrome como "un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, o a una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo". En 1974. Observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación laboral y agresividad con los pacientes.⁸

El síndrome de burnout o agotamiento profesional ha alcanzado mayor difusión a partir de los trabajos de Cristina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología; se refería a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos:

Posteriormente, en 1982, cuando la psicóloga Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto de 22 ítems, basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar las tres características básicas del síndrome: el agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización o vivencia.⁹

El residente y el síndrome de Burnout:

El médico residente está expuesto debido a las horas de trabajo a la semana que acumula, el ambiente estresante en el que labora y la personalidad que desarrolla durante su etapa de entrenamiento. Esto hace que la residencia médica genere un periodo de estrés constante donde se desarrolla un conocimiento exponencial de la medicina en un corto lapso de tiempo, lo que conlleva al médico residente a generar diversos grados de responsabilidad, estrés y, probablemente, una sensación de un mínimo control en su vida, siendo más susceptible para adquirir este síndrome. Dado que el objetivo es la residencia médica, el estrés es casi inevitable y será parte diaria de la formación de aquel que en un ámbito hospitalario se encuentra.

Sin embargo dicho estrés puede llevar a sentimientos de insuficiencia en el trabajo y soledad, identificando elementos como sentimientos de incapacidad, falta de apoyo y desesperanza.^{10, 11}

La Definición del síndrome de burnout proviene de: Un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, y que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Maslach y Jackson consideran 3 Componentes esenciales del síndrome de burnout:

1.- Agotamiento o cansancio emocional:

Combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad. El Agotamiento Emocional está marcado por la escasez de recursos emocionales para reaccionar ante las situaciones del entorno, incapacidad para seguir afrontando las responsabilidades laborales y las exigencias de los destinatarios de los servicios.

2.- Despersonalización:

Se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales, pasando por la vida pero no sintiéndose parte de ella, proyectando ésta sensación hacia los usuarios y hacia los compañeros de trabajo.

3.- Falta de realización personal:

En el trabajo, tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional, es provocada por la autopercepción negativa respecto a sus competencias y posibilidades de éxito.

Causas del “Burnout” según la OMS

1. Falta de éxitos terapéuticos y de progreso observable en los pacientes.
2. Descuido institucional de las necesidades del paciente, a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.
3. Inadecuados sistemas de promoción que afectan el necesario prestigio social.
4. Falsos liderazgos.
5. Falta de interacción social. (El profesional se aísla de sus vínculos personales y de sus colegas)

7. Falta de apoyo entre los miembros de un equipo.

Manifestaciones del síndrome de "burnout" en la práctica profesional

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes conductas:

1. Evitación del compromiso emocional:

La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

2. Disociación instrumental extrema:

Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

3. Embotamiento y negación:

La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

4. Impulsividad:

La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

5. Desmotivación:

Se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Complicaciones:

El desarrollo del síndrome de burnout puede adquirir distintas formas de evolución:

1. Psiquiátricas

Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).

2. Somáticas

Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.

3. Organizacionales

Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.¹²

En el desarrollo del síndrome de burnout interceden factores de tipo ambiental, cultural y personal¹³⁻¹⁴. Se ha observado que entre los factores de tipo ambiental los trabajadores del sector servicios, los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores prevalencias de burnout.

Además, entre los profesionales sanitarios se han hallado diferencias en la intensidad del síndrome de burnout entre las distintas profesiones, y en el seno de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos¹⁵

El concepto de Burnout, ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos. Por lo tanto, a continuación se detallarán algunos conceptos psicológicos y psicopatológicos que se diferenciarán al estudio de este síndrome:

Estrés general:

Entre estrés general y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el burnout solo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. El estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano, cuando el Burnout es un síndrome exclusivo de contexto laboral.

Fatiga física:

Se diferencia por un proceso de recuperación rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito con respecto a la fatiga, mientras que el burnout la recuperación es lenta y va acompañado de sentimientos profundos de fracaso.

Tedio o aburrimiento:

Tedio o aburrimiento han sido términos utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. El burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar en cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida:

El término crisis de la mediana edad se usa para describir un período de cuestionamiento personal, se diferencia del burnout porque tal crisis puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y sin embargo el burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior.

Depresión.

La depresión tiene una correlación significativa en el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los elementos más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout, los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia.

Factores individuales que influyen en el desgaste profesional:

Personalidad:

Características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto de los individuos. La interrelación y la comunión de todas estas características, generalmente estables, serán las que determinarán la conducta y el comportamiento de una persona y también de acuerdo a la estabilidad de las mismas, predecir la respuesta que puede dar un individuo al cual conocemos ante determinada circunstancia.

Factores de tipo laboral:

Son aquellas condiciones de las cuales diversos estudios han concluido que derivado de los términos: Peligro, Daño y Riesgo que existan en el trabajo y al no ser removidos generarán como consecuencia, accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Factores sociales:

Si tenemos en cuenta que el apoyo y valoración social están significativamente relacionados con la satisfacción laboral y negativamente relacionados con la ansiedad y el estrés, se entenderá por qué este factor es importante. La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto que puede, por tanto, facilitar los efectos estresantes sobre el burnout. Esta relación ha sido observada también en diferentes colectivos que desarrollan su labor profesional con personas.

Causas del “burnout” según la OMS

1. Falta de éxitos terapéuticos y de progreso observable en los pacientes.
2. Descuido institucional de las necesidades del paciente, a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.
3. Inadecuados sistemas de promoción que afectan el necesario prestigio social.
4. Falsos liderazgos.
5. Falta de interacción social. (El profesional se aísla de sus vínculos personales y de sus colegas)
6. Falta de apoyo entre los miembros de un equipo.

Intervenciones para el gerenciamiento del estrés ocupacional

Los estudios sobre calidad de vida en el trabajo han contribuido a alertar a los dirigentes de las instituciones en relación a la importancia de mejorar las relaciones personales y la organización del trabajo en el ambiente organizacional, intentando minimizar el impacto de los estresores ocupacionales y la consecuente enfermedad.

Con respecto a la concepción del desarrollo del proceso, entre los estudios que abordan el síndrome de burnout desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés percibido, en la secuencia del proceso del síndrome a través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de quemarse. Establecer el desarrollo de proceso de quemarse es necesario para su identificación y prevención, así como para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención.

El objeto de cualquier programa de gerenciamiento del estrés no es que los participantes eliminen el estrés. Por el contrario, la meta de la capacitación debería ser educar a las personas sobre la naturaleza y el impacto del estrés y asegurar que ellas posean una variedad de habilidades intra e interpersonales para utilizarlas constructivamente contra el estrés.¹⁶

Recomendaciones para evitar el Síndrome de “Burnout”

- ✓ Implicarse en actividades externas al trabajo
- ✓ Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares
- ✓ Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales
- ✓ Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación
- ✓ No saltar periodos de vacaciones
- ✓ Desarrollar actividades físicas
- ✓ Realizar una psicoterapia focalizada en el problema para prevenir la crisis del Síndrome.

Estudios previos

En Cuba en el año 2003, se realizó un estudio a médicos. Donde Se observó la prevalencia de Burnout de 35% superior en el primer nivel de atención, presentándose predominantemente en mujeres.¹⁷ En un estudio tipo transversal en 287 profesionales de la salud realizado en el 2003 en la Ciudad de la Habana, Cuba, sobre el estrés y el Burnout en los niveles primarios y secundarios de atención médica se encontró que el 35% del personal médico y el 23.7% del personal de enfermería presentaban síntomas del síndrome de Burnout.¹⁸

En el año 2005, en Guadalajara, México, se realizó un estudio, sobre determinar la presencia de los factores psicosociales laborales (sociodemográficos y laborales) y su relación con el síndrome de burnout en Médicos de familia que laboraban en dos instituciones de salud para población derechohabiente. Participaron 197 médicos, 73 (37,1%) mujeres y 124 (62,9%) hombres. La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión agotamiento emocional.¹⁹

Otro estudio realizado en España en el 2007, de prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España. El síndrome de burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente).²⁰

En el año 2008 en el curso de especialización de Medicina del Trabajo, realizado en el HGR No.1 Vicente Guerrero, se realizó un estudio con el personal de enfermería, referente a los factores asociados a Síndrome de Burnout. Donde se observó que laborar en turno nocturno y en los servicios con mayor carga de trabajo, tiene alta significancia para cursar con Síndrome de Burnout. La sensación de sobrecarga de trabajo lleva a un bajo rendimiento laboral aunado a la baja posibilidad de establecer un trato adecuado con el paciente, provocando falta de realización en el trabajo.²¹

En México un estudio realizado en el Hospital General del INER, fue en el primer brote de influenza (del 23 de abril al 10 de mayo de 2009). fue Medir el grado de estrés en médicos residentes en un hospital de tercer nivel, durante la contingencia sanitaria causada por el virus de influenza AH1N1. De 99 médicos residentes de diferentes especialidades relacionadas con la medicina respiratoria. Donde la mayor proporción de médicos residentes con síndrome de burnout son los de segundo año de la especialidad de neumología. Así mismo, se identificó que los médicos residentes menores de 30 años tienen mayor probabilidad de presentar síndrome de burnout. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al lugar de origen.²²

En San Martín Bogotá Colombia, en el año 2011, se llevó a cabo otro estudio sobre determinar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en una población de docentes de la Fundación Universitaria. Dentro de los resultados el agotamiento emocional fue alto en un 30,8% (n=24), moderado en un 43,6% (n=34) y bajo en un 25,6% (n=20). En despersonalización fue alto en un 17,1% (n=14), moderado en un 48,8% (n=40) y bajo en un 34,1% (n=28). En baja realización personal fue moderado en un 1,4% (n=1) y bajo en un 98,6% (n=72). En el análisis multivariado se encontró asociación con agotamiento emocional y el APGAR familiar leve, siendo 16,84 veces mayor frente al funcional.²³

JUSTIFICACIÓN

La depresión afecta la vida laboral de las personas, condiciona la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como Síndrome de Burnout o desgaste profesional, cuando se trata de personal médico o paramédico, puede considerarse más severo, ya que se pueden presentar un mayor número de accidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, y los enfermos pueden ser atendidos con un déficit en la calidad y calidez que se merecen, lo cual repercute en el proceso de curación^{37, 38}.

Los residentes son los más afectados durante su formación, ya que se encuentran particularmente vulnerables al estrés y a presentar Síndrome de Burnout³⁹

Bajo condiciones de excesos de cargas laborales, que constantemente alteran los estados de ánimo y pueden conducir a la aparición del síndrome señalado con el consecuente desarrollo del agotamiento emocional, despersonalización, sensación de pérdida del desarrollo profesional y eventual ineficacia en la atención médica prestada y que pueden afectar, no solo su formación sino la calidad de la atención médica esperada.⁴⁰

En las últimas décadas el desgaste emocional ha tenido mayor auge, donde las consecuencias sobre la salud de los trabajadores han sido más conocidas como una manifestación en el cuerpo y la mente. El desempleo y el subempleo creciente (abarca a más de 1 000 millones de habitantes del mundo según la Organización Internacional del Trabajo), en los procesos de trabajo y consecuentemente una

degradación de las condiciones laborales, son algunas de las consecuencias de la globalización.⁴¹

México carece de información sobre los factores psicosociales que están impactando la salud de los trabajadores. Así como también no existen muchos estudios con la rigurosidad suficiente donde muestren las causas principales y los costos que tienen a nivel individual y de la sociedad.

En el presente trabajo se realizó un análisis del tema de los factores psicosociales, los cuales mantienen una relación en la manera que se organiza, divide el trabajo y aquellas manifestaciones más evidentes que tienen estrecha relación con el estrés y su repercusión en la salud mental del trabajador.

En el HGZ II de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, los reportes que se encuentran en el área de archivo muestran el diagnóstico de síndrome de Burnout probablemente subutilizado ya que los registros que se tienen son de 25 casos en el año 2014.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina y médicos practicantes, la prevalencia oscila nivel mundial entre 43 y 45% en médicos generales.^{24, 25} y de 22 hasta 60% en especialistas.^{26, 27} Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%.^{28, 29} La prevalencia en México es de 44%.³⁰

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 inscritos³¹. Otros síntomas producto del estrés laboral que pueden presentarse durante la residencia y que no necesariamente están relacionados con el síndrome son: pérdida del apetito (hasta 61%); pérdida del sentido del humor (hasta en un 52%) y alteraciones durante el sueño (hasta en un 72%). No es de extrañar que en el grupo de residentes exista entonces una mayor tendencia (7%) a la depresión clínica y al abuso de alcohol^(32, 33,34, 35).

Estudios anteriores han demostrado que ha llegado al campo de la medicina las señales de alarma del síndrome de desgaste laboral que afecta, mayoritariamente, a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud y la educación.³⁶

Por ello nace la siguiente pregunta de investigación **¿cuál es la prevalencia y factores relacionados al Síndrome de Burnout en médicos residentes del**

Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona N 2 IMSS Tuxtla Gutiérrez Chiapas?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia del Síndrome Burnout y los factores relacionados en los residentes del servicio de urgencias del Hospital General de Zona N 02 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las características socio demográficas en los residentes del servicio de urgencias relacionados al Síndrome de Burnout.
- Determinar si existe diferencias en la aparición del Síndrome Burnout por especialidad y grado académico.
- Determinar si existe correlación entre el síndrome de Burnout y los factores sociodemográficos.

HIPÓTESIS GENERAL

- Las residentes que rotan en el servicio de urgencias cursan con diversos grados de síndrome de Burnout.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Los factores sociodemográficos influyen en la aparición del síndrome de Burnout en los residentes que rotan en el servicio de urgencias.
- Existen diferencias en la aparición de síndrome de Burnout dependiendo la especialidad cursada.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Cuantitativo, transversal, comparativo y exploratorio.

TIPO DE ESTUDIO

Encuesta Descriptiva.

PERIODO DE ESTUDIO:

De Junio a Diciembre del 2015.

POBLACIÓN

Residentes de la especialidad de Medicina de Urgencias en su modalidad semipresencial, residentes de la especialidad en medicina familiar en su modalidad presencial y semipresencial, que rotan en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona no. 02 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MUESTRA

No se calculó el tamaño de muestra ya que se incluyeron el total de residentes, es decir, 35 residentes que cursan la especialidad de medicina familiar tradicional, 7 residentes de Medicina de Urgencias en modalidad semipresencial y 3 residentes de medicina familiar en modalidad semipresencial. En total 45 médicos residentes.

Para analizar los datos se utilizará una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 15 en español.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- Residentes de la especialidad de Medicina de Urgencias en su modalidad semipresencial, residentes de la especialidad en medicina familiar en su modalidad presencial y semipresencial.
- De cualquier grado de especialidad.
- Ambos géneros.
- Que rotan en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona no. 02 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Criterios de exclusión:

- Que no acepten participar.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se realizará una base de datos en el programa SPSS 15.0. Versión en español en donde se realizará el análisis de las frecuencias absolutas y relativas y así mismo se realizarán análisis bivariados utilizando tablas de contingencia para obtener la prueba estadística de chi cuadrada para establecer si existen diferencias significativas para el estudio.

8. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES: Especialidad cursada y modalidad de la misma.

VARIABLE DEPENDIENTE: Síndrome de Burnout.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
GÉNERO	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Fenotipia del residente al momento de la evaluación.	Masculino Femenino	Nominal.
EDAD	Años y meses que presenta el paciente desde su nacimiento hasta el momento actual	De acuerdo a la deferencia entre el año actual y año de nacimiento registrado en la cartilla IMSS.	35 a 40, 41 a 45. 45 a 50 Mayor a 51	Nominal
CURSO DE ESPECIALIDAD	Estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados.	Especialidad cursada por el médico residente.	Medicina Familiar tradicional. Urgencias médico quirúrgicas semipresencial. Medicina familiar semipresencial.	Nominal.
GRADO DE ESPECIALIDAD	Es el nivel de estudio de posgrado del licenciado en medicina.	Nivel escolar cursado dentro de la especialidad del médico residente.	R1 R2 R3	Ordinal.
HORAS LABORADAS	Es el tiempo durante el cual el médico residente debe encontrarse en sus áreas de aprendizaje teórico-práctico.	Es el número de horas en el día que labora el residente dependiendo de su especialidad y modalidad.	8 horas 12 horas 24 horas.	Nominal.
ESTADO CIVIL	Característica de una persona que la ubica en una situación legal al momento del registro	Lazos que unen a las personas.	Soltera Unión libre Casada Viuda Divorciada	Nominal
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Cansancio emocional: valora el agotamiento emocional debido a las exigencias del trabajo.	Condición del Síndrome de Burnout relacionada con el cansancio de acuerdo a la escala de Maslach.	Bajo Moderado Alto	Ordinal
DESPERSONALIZACIÓN	Es el grado de indiferencia y apatía frente a la sociedad.	Condición del Síndrome de Burnout relacionada con la indiferencia personal de acuerdo a la escala de Maslach.	Baja Moderada Alta	Ordinal
REALIZACIÓN PERSONAL	Son sentimientos de éxito y de realización personal.	Condición del Síndrome de Burnout relacionada con la realización personal de acuerdo a la escala de Maslach.	Baja Moderada Alta	Ordinal

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos se recolectaron recolección para medir medir las variables descriptivas y de estudio sobre prevalencia y factores relacionados con Síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias (ver Anexo) No 1; el cual está constituido de 3 apartados: 1) Datos de identificación; 2) Datos sociodemográficos. Anexo 3: este instrumento fue validado por escala Maslach Burnout inventory. El cuestionario evalúa las tres dimensiones del síndrome: el cansancio emocional consta de 9 reactivos (1,2,3,6,8,13,14,16,20); la despersonalización integrada por 5 reactivos (5,10,11,15,22); y por último, la realización profesional se compone de 8 reactivos (4,7,9,12,17,18,19,21). Los grados de intensidad van desde: 0 = nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; hasta 6= todos los días. Altas puntuaciones en las dos primeras dimensiones y baja en la tercera definen al Síndrome Burnout.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

El instrumento de evaluación fue validado con un alfa Cronbah, de .80 y fue retomado del Médico Residente de la especialidad Urgencias Medico Quirúrgicasdel Instituto Politécnico Nacional, Médico Cirujano: Crysehelen Jiménez Aguil en el año 2011, en la ciudad de México en el HGZ no. 01 Vicente Guerrero.

PROCEDIMIENTO

El protocolo se sometió a revisión del comité local de investigación número 702 del Hospital General de Zona no. 02 de Tuxtla Gutiérrez para que en caso de su aceptación sea registrado al Sistema de registro electrónico del comité de investigación para su aceptación final.

Una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el director de la unidad de estudio brindara todas las facilidades para la realización del estudio, posteriormente se dio información y solicitó consentimiento informado a los residentes que participaron en el estudio.

A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó una encuesta para determinar la prevalencia y los factores relacionados al síndrome de Burnout en los residentes que fueron incluidos en el presente estudio.

El registro primario consideró además la obtención de datos sociodemográficos.

Una vez que se obtuvo toda la información se representó de acuerdo a la hoja de recolección de datos diseñada de una forma que se identifican en un primer momento información sociodemográfica, y posterior todo lo relacionado con las dimensiones del síndrome de Burnout.

Se realizó por medio de una encuesta a través de un cuestionario sobre características sociodemográficas anexo 1, escala Maslach Burnout inventory 0= nunca 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días, y se dará un lapso de 30 minutos en el servicio de urgencias del Hospital General Zona, No 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. Se seleccionó a través del listado, para la contestación del mismo.

Posteriormente se procedió al ordenamiento de la información recabada para la interpretación posterior de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

La información se vació en el programa SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences), donde se utilizará la versión 15 en español para Windows con la obtención de medidas de tendencia central y la chi cuadrada.

Al finalizar todo el proceso de investigación y el análisis estadístico detallado de la información, los datos se representaron de acuerdo al diseño de la cédula de recolección de información en tablas representativas, con la correspondiente descripción de cada una.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación presente se apega a los establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de La federación el 16 de abril de 1990, La Ley General de Salud en su Art. 100, el Reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social, y La Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio de 1975, Venecia de 1983 y Hong Kong de 1989 respecto a las investigaciones en los seres vivos.

Para garantizar la seguridad de los datos y garantizar la veracidad de la investigación, se considera lo dispuesto en el título quinto de los aspectos éticos de la investigación humana capítulo 1 de la Ley General de Salud del 2011 de acuerdo a los artículos 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103. El cual dicta lo siguiente:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I.** Solicitud por escrito;
- II.** Información básica farmacológica y preclínica del producto;
- III.** Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- IV.** Protocolo de investigación, y
- V.** Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Se entregó el formato de consentimiento informado del cual se dio a conocer a los residentes que participaron en el estudio para la autorización de su participación en el estudio.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

a) Humanos

Tesista.

Director de tesis.

Asesor metodológico.

b) Materiales

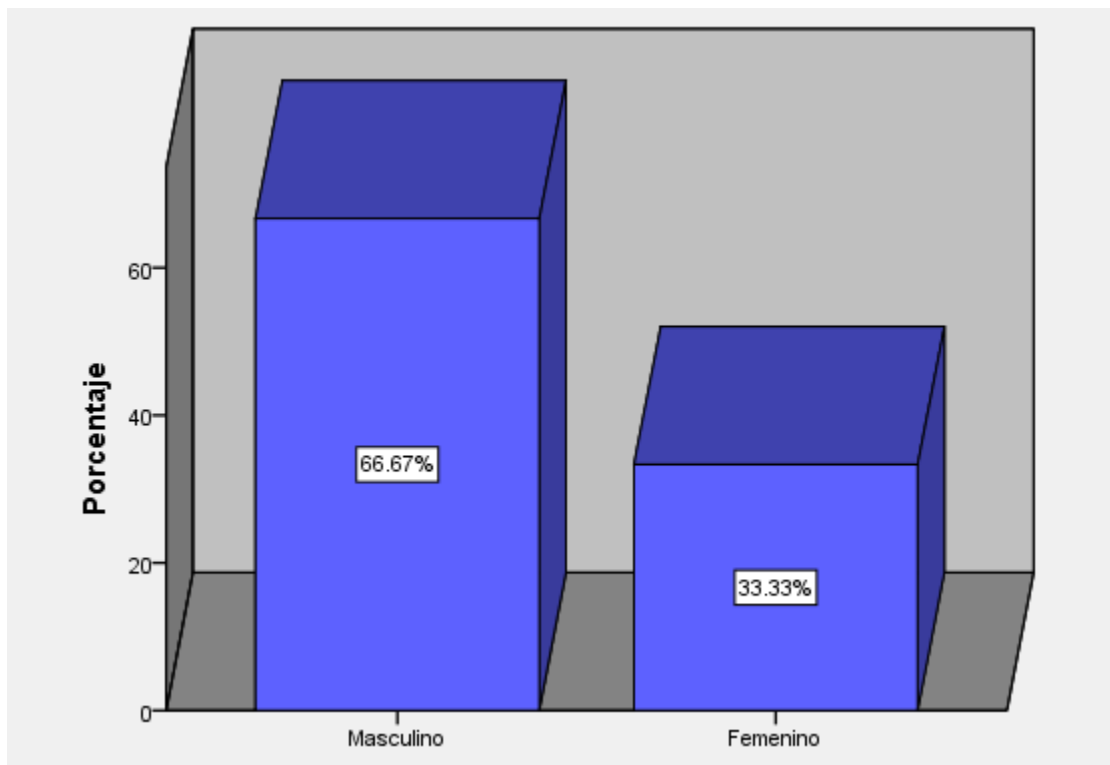
CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Hojas	238	\$00.30	\$ 285.60
Corrector	3	\$ 20:00	\$ 60:00
Bolígrafo	24	\$ 5.00	\$ 120:00
Goma	3	\$ 3.00	\$ 9.00
Lápiz	2	\$ 2.50	\$ 5.00
Sacapuntas	2	\$ 3.00	\$ 6.00
Grapas	1	\$ 20.00	\$ 20:00
Engrapadora	1	\$ 250.00	\$ 250.00
Clips	1	\$ 20.00	\$ 20.00
Computadora	1	\$ 5 000.00	\$ 5 000.00
Impresora	1	\$ 800.00	\$ 800.00

c) Financieros

Los gastos generados durante el estudio serán financiados con recursos propios del investigador

RESULTADOS

Gráfica No. 1 Sexo.

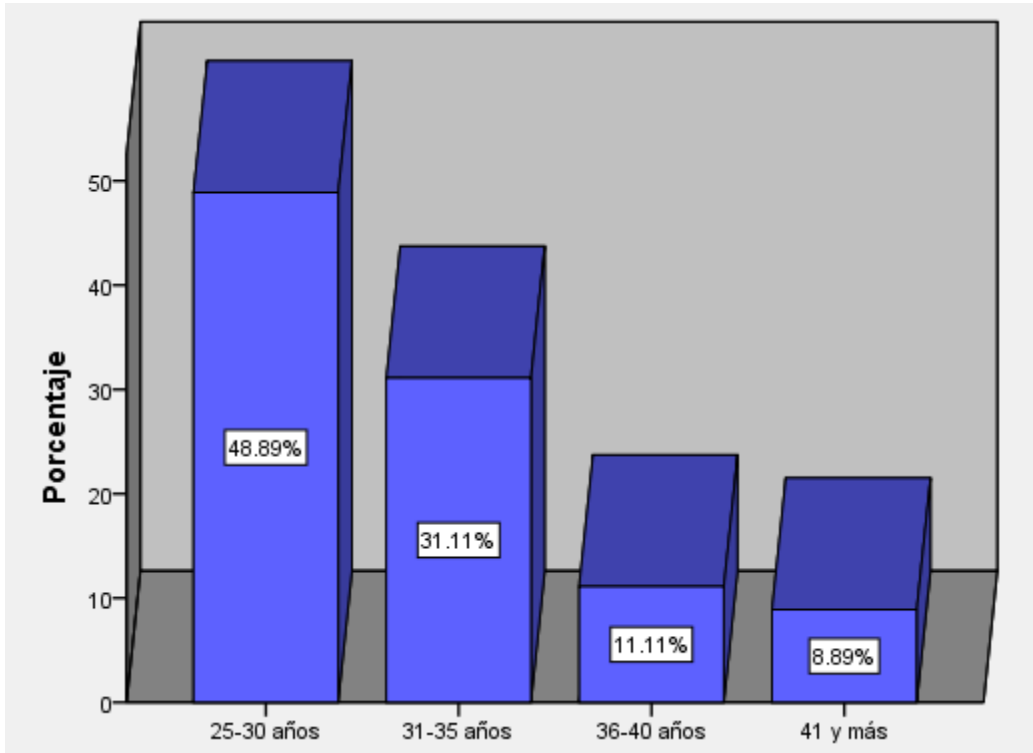


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	30	66.7	66.7
Femenino	15	33.3	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 01 se observa que los 45 residentes que aceptaron participar en el estudio 30 son hombres que representan una frecuencia relativa de 66.67% y 15 mujeres que representan una frecuencia relativa del 33.33%. Es decir la mayoría de los participantes son hombres en una relación de 2:1 en comparación con las mujeres.

Gráfica No. 2 Edad.

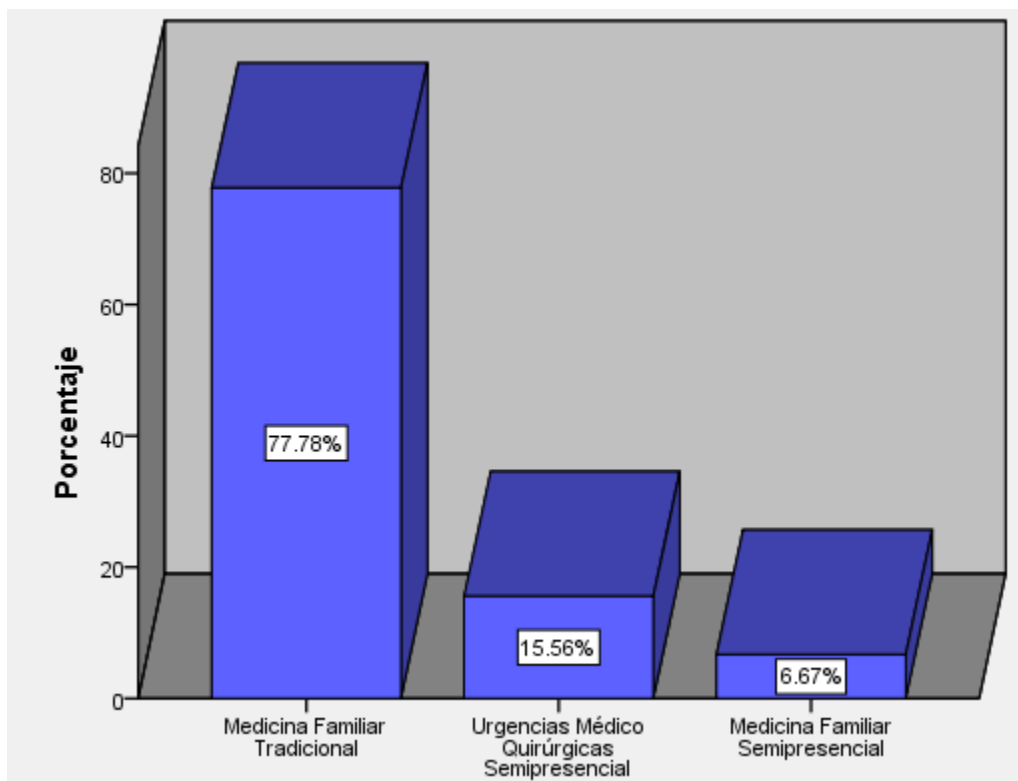


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25-30 años	22	48.9	48.9
31-35 años	14	31.1	80.0
36-40 años	5	11.1	91.1
41 y más	4	8.9	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica 02 de Edad se dividieron en rangos de 5 años, el rango de 25 a 30 años cuenta con 22 residentes que representan un 48.9% seguido del rango de 31 a 35 años con 14 residentes que equivalen al 31.1%, El rango de 41 y más años es el de menor frecuencia absoluta solo con 4 residentes que representan un 8.9% del total de los residentes que participaron en el estudio.

Gráfica No. 3 Curso y modalidad.

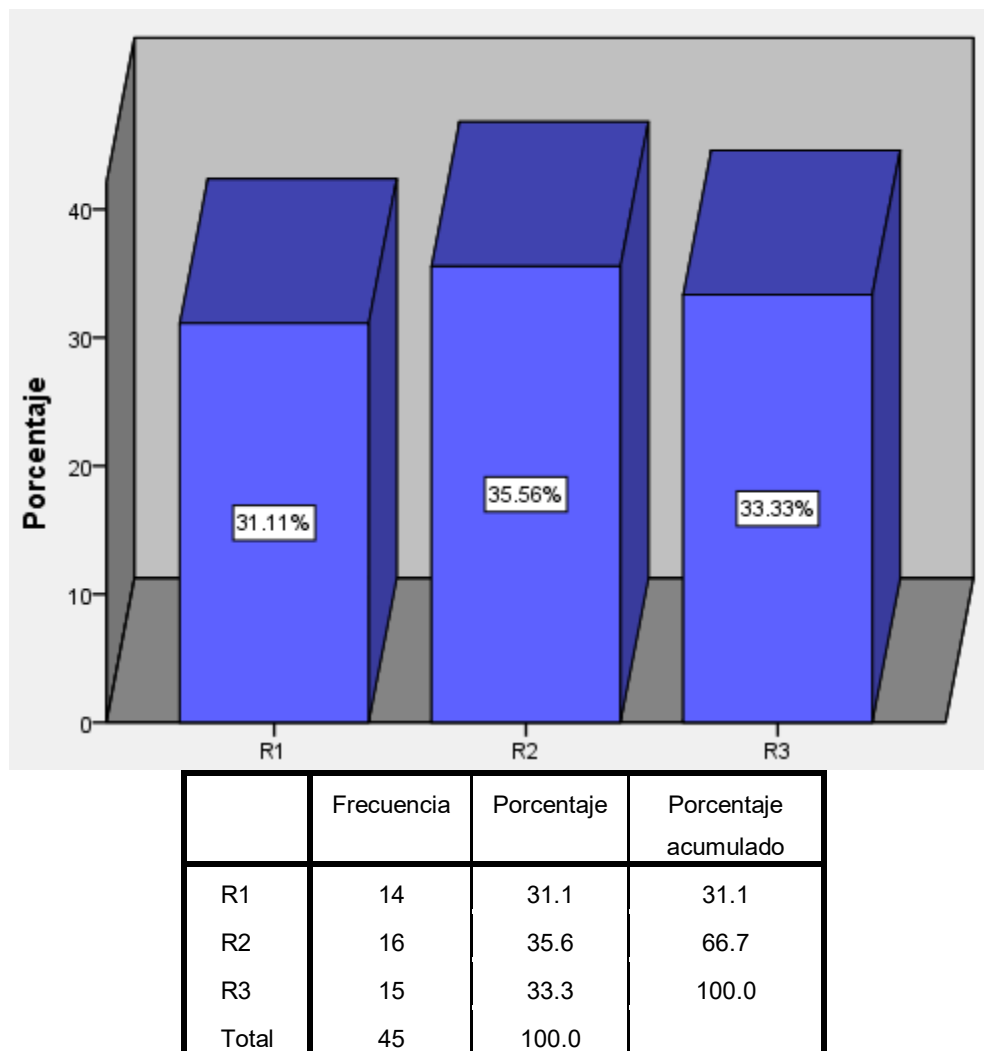


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina Familiar Tradicional	35	77.8	77.8
Medicina de Urgencia semipresencial	7	15.6	93.3
Medicina Familiar Semipresencial	3	6.7	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 03 de Curso y Modalidad se dividieron en tres grupos, el grupo con mayor número de residentes es el del curso de medicina familiar en modalidad tradicional con un total de 35 residentes que representan un 77.78%, seguido del curso de la especialidad de Medicina de Urgencias con un total de 7 residentes que representan el 15.56% y finalmente el curso de medicina familiar semipresencial

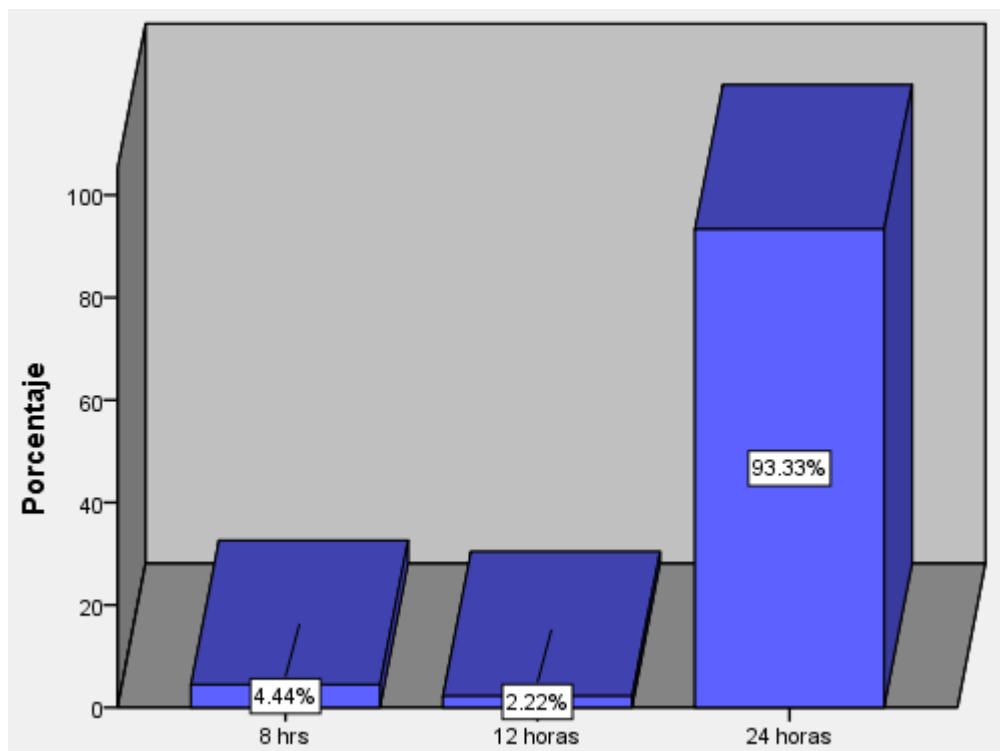
Gráfica No. 4 Grado de Especialidad.



Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 04 de grado de especialidad los resultados muestran que en el primer grado de especialidad, es decir, en el R1, son 14 residentes en total representando un 31.1%, 16 residentes don R2, es decir, un 35.6% y 15 residentes de encuentran cursando el R3 representando un 33.3%. Prácticamente no hay diferencias entre los tres grados de los cursos de especialidad que están cursando.

Gráfica No. 4 Horas laboradas.

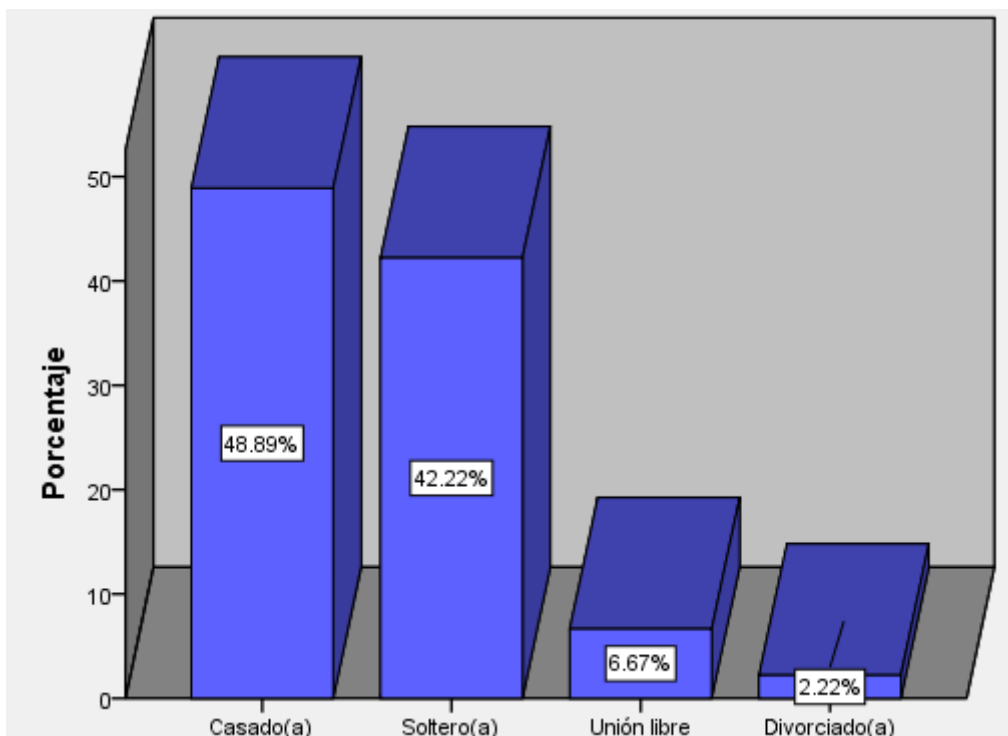


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
8 horas	2	4.4	4.4
12 horas	1	2.2	6.7
24 horas	42	93.3	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 04 de horas laboradas se encontraron diferencias en cuanto a los horarios que los residentes se encuentran en el servicio de urgencias. 42 de los residentes rotan 24 horas en el hospital, es decir, haciendo guardias, representando un 93.3%, seguido de 2 residentes que permanecen 8 horas en el hospital, que representa el 4.4% y un residente hace 12 horas de jornadas que representa un 2.2%.

Gráfica No. 5 Estado Civil.

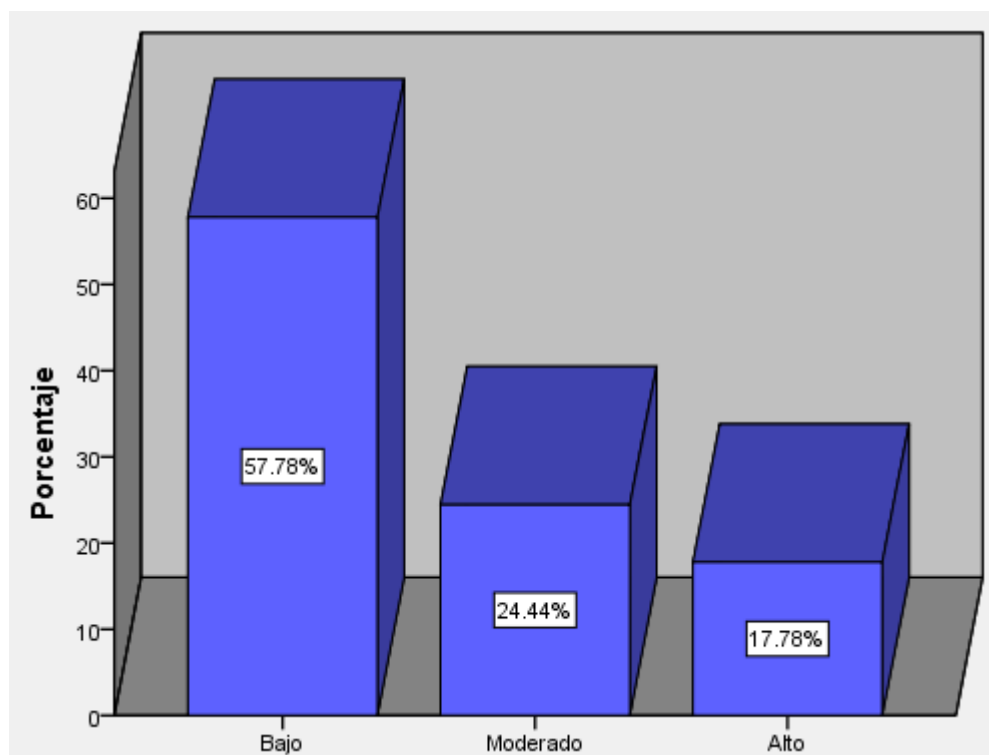


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casado(a)	22	48.9	48.9
Soltero(a)	19	42.2	91.1
Unión libre	3	6.7	97.8
Divorciado(a)	1	2.2	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 05 sobre el estado civil de los residentes, 22 de los mismos son casados con un porcentaje del 48.9%, seguidos del estado soltero(a) con 19 residentes que representa el 42.2%, 3 en unión libre que es el 6.7% y finalmente 1 divorciado representando el 2.2%.

Gráfica No. 6 Agotamiento emocional.

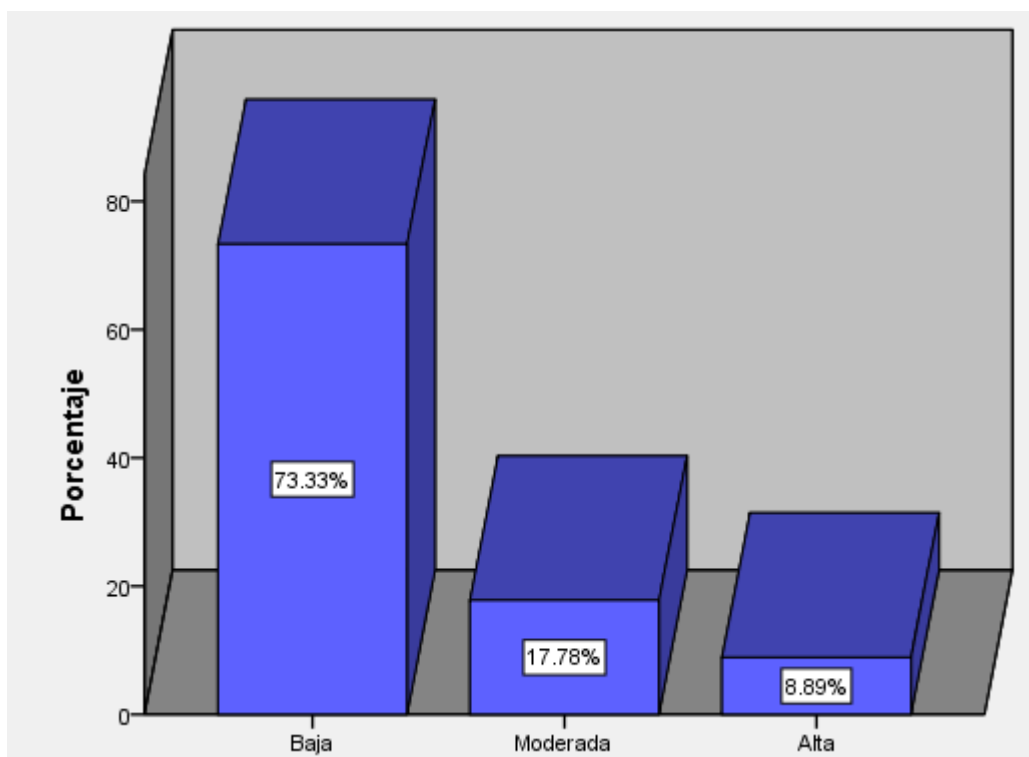


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	26	57.8	57.8
Moderado	11	24.4	82.2
Alto	8	17.8	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

De las dimensiones del síndrome de Burnout, en la gráfica no. 06 la de agotamiento emocional, en grado bajo se encuentran 26 residentes, que representan el 57.78%, en grado moderado 11 residentes, es decir, el 24.4% y finalmente en grado alto 45 residentes, que representan el 17.8% del total.

Gráfica No. 7 Despersonalización.

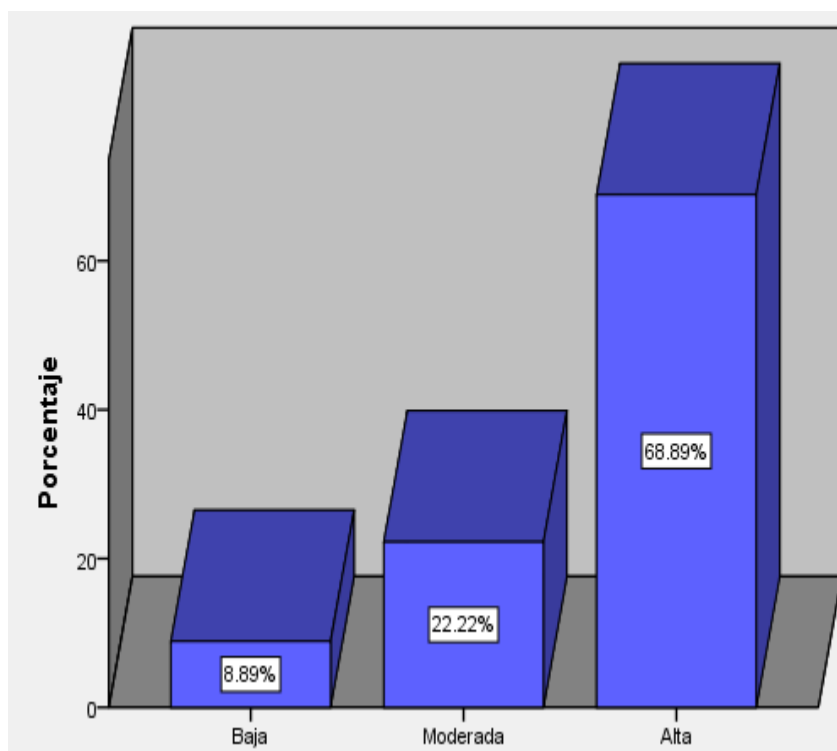


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	33	73.3	73.3
Moderada	8	17.8	91.1
Alta	4	8.9	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 07 de la dimensión de despersonalización el síndrome de Burnout se encontraron 33 residentes en grado bajo, que representa el 73.3%, en grado moderado 8 residentes, es decir un 17.78% y finalmente en grado alto 4 residentes que representan una frecuencia relativa del 8.9%.

Gráfica No. 7 Realización personal.

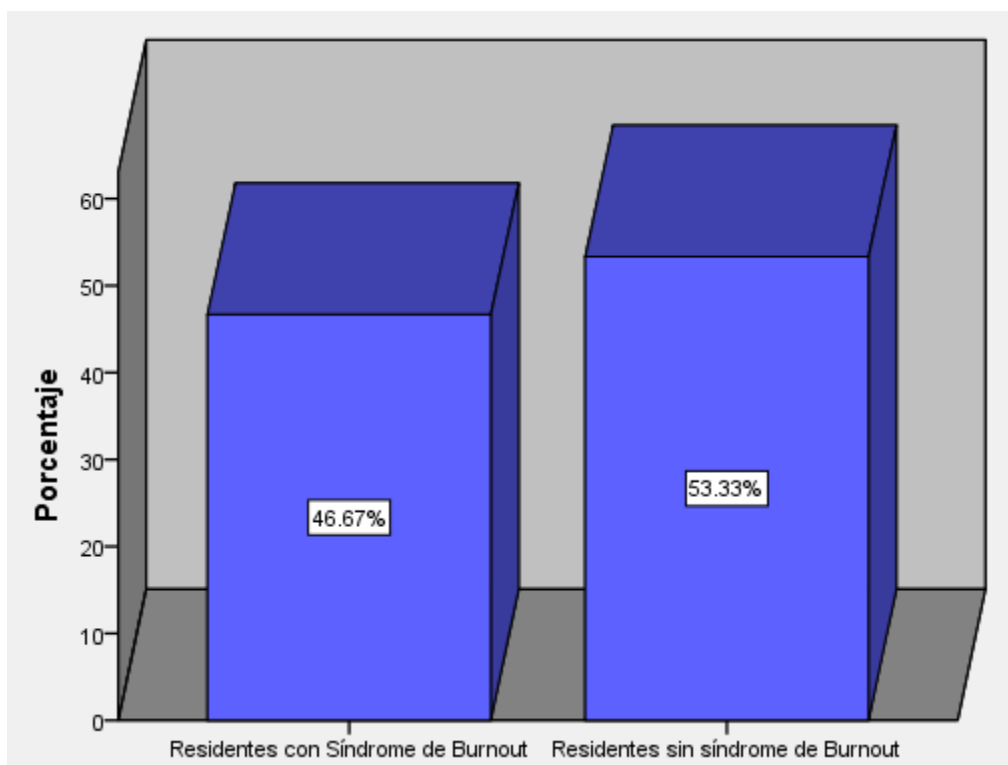


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	4	8.9	8.9
Moderada	10	22.2	31.1
Alta	31	68.9	100.0
Total	45	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la gráfica no. 07 que corresponde a la dimensión de la realización personal, 4 residentes se encontraron en grado bajo, correspondiendo a una frecuencia relativa del 8.8%, 10 residentes se encontraron en grado moderado, representando un 22.22% y finalmente en grado alto 31 residentes, es decir 68.9%.

Gráfica No. 8 Prevalencia del Síndrome de Burnout.



	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Residentes con Síndrome de Burnout	19	42.2	42.2
Residentes sin síndrome de Burnout	26	57.8	100.0
Total	45	100.0	

En la gráfica no. 08 se observa que la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes que participaron en el estudio fue de 42.22%, en comparación con el 57.78% que no presenta el síndrome.

Tabla de contingencia no. 01 Grado de Residencia / Especialidad y modalidad.

		Especialidad y modalidad			Total
		Medicina Familiar Tradicional	Medicina de Urgencias Semipresencial	Medicina Familiar Semipresencial	
Grado de Residencia	R1	11	2	1	14
	R2	12	2	2	16
	R3	12	3	0	15
Total		35	7	3	45

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la tabla de contingencia no. 02 se observa que en el estudio de los 45 residentes que participaron, 11 son R1, 12 R2 y 12 R3, casi con las mismas frecuencias en los tres grados, sin embargo los residentes de medicina familiar de modalidad tradicional son 35 en comparación a los de medicina familiar semipresencial que son solo 3 y los residentes de Medicina de Urgencias que fueron en total 7.

Tabla de contingencia No. 02 Especialidad y modalidad / Horas laboradas

		Horas laboradas			Total
		8 horas	12 horas	24 horas	
Especialidad y modalidad	Medicina Familiar Tradicional	0	0	35	35
	Medicina de Urgencias Semipresencial	0	0	7	7
	Medicina Familiar Semipresencial	2	1	0	3
Total		2	1	42	45

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la tabla de contingencia no. 02 de la correlación de variables especialidad y modalidad con las horas laboradas, llama la atención que los residentes de medicina familiar en modalidad semipresencial son los que laboran solamente 8 y 12 horas a diferencia de los residentes de medicina familiar en modalidad tradicional y los residentes de Medicina de Urgencias que laboran las 24 horas en los servicios.

Tabla de Contingencia no. 3 Especialidad y modalidad / Dimensión del Agotamiento Emocional

		Dimensión del Agotamiento Emocional			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
Especialidad y modalidad	Medicina Familiar Tradicional	21	9	5	35
	Medicina de Urgencias Semipresencial	5	2	0	7
	Medicina Familiar Semipresencial	0	0	3	3
	Total	26	11	8	45

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.687 ^a	.003
Razón de verosimilitudes	13.418	.009
N de casos válidos	45	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la tabla de contingencia no. 03 se correlacionaron las variables especialidad y modalidad con la dimensión del agotamiento emocional, se encontró una $p:0.003$ la cual es significativa, el análisis nos muestra que los residentes de medicina familiar son los únicos que cuentan con grado alto de agotamiento, 5 del curso de medicina familiar tradicional y 3 de medicina familiar semipresencial, es decir los residentes de medicina familiar que rotan en urgencias del hospital general de zona no. 02 tienen más predisposición para presentar agotamiento emocional en comparación a los residentes de Medicina de Urgencias que en su mayoría se presentaron en riesgo bajo y solamente 2 en moderado.

Tabla de Contingencia no. 4 Especialidad y modalidad / Despersonalización

		Despersonalización			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Especialidad y modalidad	Medicina Familiar Tradicional	27	6	2	35
	Medicina de Urgencias Semipresencial	6	1	0	7
	Medicina Familiar Semipresencial	0	1	2	3
	Total	33	8	4	45

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.166 ^a	.004
Razón de verosimilitudes	11.283	.024
N de casos válidos	45	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la tabla de contingencia no. 04 se correlacionaron las variables especialidad y despersonalización encontrándose una $p:0.004$, la cual es significativa, en el análisis de esta correlación se observa que los residentes de medicina familiar en ambas modalidades, tradicional y semipresencial presentan grados altos y moderados, a diferencia del curso de Medicina de Urgencias donde la mayoría está en grado bajo, e incluso solamente un residente en grado moderado. Es de hacer notar que las residentes del curso semipresencial de medicina familiar no tuvieron grado bajo, solamente moderado y alto de despersonalización, lo que podría tomarse como factor predisponente.

Tabla de Contingencia no. 5 Horas laboradas / Realización Personal.

		Realización Personal			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Horas laboradas	8 hrs	0	2	0	2
	12 horas	1	0	0	1
	24 horas	3	8	31	42
Total		4	10	31	45

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.732 ^a	.001
Razón de verosimilitudes	11.356	.023
N de casos válidos	45	

Fuente: Cuestionario para determinar la prevalencia y factores relacionados con síndrome de Burnout en médicos residentes del servicio de urgencias.

En la tabla de contingencia no. 05 se correlacionaron las variables especialidad y realización personal encontrándose una $p:0.001$ la cual es significativa donde se encontró que las residentes de medicina familiar que son las que se encuentran en el hospital en jornadas de 8 y 12 horas tienen grados menores de realización personal, situándose en grado bajo y moderado solamente, en comparación con los residentes que laboran 24 horas tienen en su gran mayoría grados altos de realización personal.

DISCUSIÓN

Este estudio presenta la descripción de 45 residentes que rotan en el servicio de urgencias en el Hospital General de Zona no. 02 de Tuxtla Gutiérrez, donde se observó una elevada prevalencia de desgaste emocional. Aunque la bibliografía señala que el síndrome de Burnout puede afectar a personas de diferentes profesiones, también es claro que los médicos residentes que cumplen largas jornadas en los hospitales tienden a tener más dimensiones afectadas, sin embargo en el presente estudio los médicos residentes con menos jornadas laborales fueron los que presentaron más afectaciones en sus dimensiones, principalmente en el de despersonalización y de agotamiento emocional, que correspondió a los médicos residentes de medicina familiar en modalidad semipresencial. Esto es contrario a la literatura que señala que a mayor número de horas de jornada laboral mayor la presencia de Burnout^{42, 43}. Llama la atención que no hubo diferencia significativa al correlacionar las dimensiones del Burnout con el grado cursado de especialidad, aunque cabe señalar que la muestra fue pequeña y no fue homogénea, ya que solamente fueron 7 residentes de Medicina de Urgencias, 3 de medicina familiar semipresencial que fueron los que más afectaciones tuvieron y 35 de medicina familiar en modalidad tradicional. En otros estudios se ha observado que los residentes de tercer año presentan mayor prevalencia del síndrome.⁴³

En el presente estudio se pudo observar la presencia del síndrome de Burnout en los residentes que participaron en el estudio. La prevalencia es del 42.22% con resultados similares a lo que dicen otros estudios, por ejemplo en un estudio realizado a residentes de especialidades quirúrgicas se encontró una prevalencia del 43.9%⁴², en cambio en un estudio también a residentes pero de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México se encontró una prevalencia del 35%.⁴³ Cabe señalar que los residentes que presentaron el síndrome de Burnout en las diferentes dimensiones fueron los de medicina familiar en modalidad semipresencial en el 100%, los de medicina familiar en modalidad tradicional en

menos porcentaje y los de urgencias médico quirúrgicas no lo presentaron lo que es distinto a lo descrito en otros estudios ^{42,43}.

De las tres dimensiones, la más afectada para el síndrome de Burnout fue la del agotamiento emocional que a diferencia de lo que dice la literatura donde se señala que la dimensión más afectada es la de despersonalización. ⁴⁴. Sin embargo coincide con un estudio realizado en el donde se realizó a 36 profesionales de la salud y la dimensión del agotamiento emocional también fue la más afectada ⁴⁵. Esta dimensión refleja de alguna manera la relación que existe con los pacientes, y ante la sobrecarga que el médico residente puede sentir, éste instala esta defensa como medida protectora.

En el presente estudio al correlacionar las variables sociodemográficas con las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout no se encontró ninguna correlación significativa estadísticamente para comentarse. En diversos estudios se ha encontrado que el hombre es más susceptible a padecer el síndrome que la mujer, pero en este estudio no hubo diferencia significativa. ⁴⁶.

Existieron algunas limitaciones como el hecho del tamaño de muestra y la disparidad de los grupos de residentes, lo que debe considerarse cuidadosamente al hacer las interpretaciones y los hallazgos. En futuros estudios sería conveniente la aplicación del instrumento de medición por personal ajeno a la institución para disminuir el sesgo.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio sugieren la implementación de medidas para prevenir la aparición del síndrome de Burnout en los médicos residentes. Si bien es conveniente la necesidad de largas jornadas laborales ante pacientes que repercuten en su aprendizaje teórico práctico, se debe incluir el fomento del desarrollo individual para establecer redes de apoyo que favorezcan las relaciones interpersonales de los mismo residentes así como la relación de estos con sus profesores, médicos adscritos y directivos de la unidad hospitalaria, todo encaminado finalmente a contribuir en la mejora la calidad de atención a los derechohabientes.

El presente trabajo se desarrolló satisfactoriamente con la participación de todos los residentes que rotan en el servicio de urgencias.

Las variables sociodemográficas como el sexo, la edad, estado civil, etcétera no influyeron en la presencia del síndrome de Burnout, es decir, no hubo correlación significativa con las dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

La correlación significativa fue el curso de especialidad, en este caso, todas las residentes del curso de medicina familiar semipresencial fueron las que presentaron la aparición del síndrome con afectación en las tres dimensiones; y también se relacionó con la jornada laboral precisamente de las mismas residentes quienes tienen jornadas de 8 y 12 horas.

La dimensión más afectada fue el agotamiento emocional, aunque como conclusión se puede decir que el síndrome de Burnout en los residentes que rotan en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona no. 02 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas constituye un problema de salud, ya que su prevalencia fue su presentada en casi la mitad de los residentes.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos del presente trabajo de investigación dejan las siguientes recomendaciones:

- Socializar los resultados del presente estudio para que se gestione e implemente un programa sostenido e integral para la evaluación e identificación de este problema de salud en el médico residente.
- Realizar futuros estudios con muestras más amplias para poder generalizar los resultados.
- Promover las medidas preventivas como el fomento a las relaciones interpersonales en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- De Pablo R, Suberviola J. La prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
2. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal hospitalario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
- 3.- Grau, A et al. 2009 F. Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en síndrome burnout. En el personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Española de Salud Pública.* (83): 215-230
4. Toral VR, Aguilar MG, Juárez PC. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Ocup Med.* 2009; 59(1):8-13.
5. Rosales JJ, Gallardo CR, Conde MJ. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Medico Quirúrgicas.* 2005; 001(10):25-36.
6. Mann T. *Buddenbrooks.* Berlín: S Fisher, 1901.
7. Greene G. *A burnt-out case.* Nueva York: Viking Press, 1961.
8. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165. 2. Maslach Burnout Inventory.
9. Maslach Burnout Inventory (2.a Ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.
10. Larsson J, Rosenqvist U, Holmström I. Enjoying work or burdened by it? How anaesthetists experience and handle difficulties at work: A qualitative study. *Br J Anaesth* 2007; 99: 493-499.

11. Lerderer W, Kinzl JF, Trefalt E et al. Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 58–63.
12. Lipko E, Dumeynieu I. *Patología Laboral*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
13. Pines A, Guendelman S. Exploring the relevance of burnout to mexican blue collar women. *J Vocat Behav*. 1995; 47: 1-20.
14. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19: 463-470.
15. Sarason SB. *Caring and compassion in clinical practice*. San Francisco: Jossey Bass; 1985.
16. Meichenbaum D, Deffenbacher JL. *Stress inoculation training*. *Couns Psychol*. 1988;16:69-90.
17. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *RevCub Salud Pública* 2003; 29 (2): 103-110.
18. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *RevCub Salud Publica* 2003;29(2):103-110.
- 19.- Aranda BC, Pando MM, Salazar EJG, Torres LTM, AldreteRMG, Pérez RM. Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2005;31(2).
- 20.- Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats, Florencia Braga influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español *Rev esp salud pública* 2009; España Madrid 83: 215-230.

- 21.- Francia-Pérez LA. Factores de riesgos asociados a síndrome de Burnout en personal de enfermería de H.G.R. No. 1 “Vicente Guerrero”, México 2008, Tesis de especialización en Medicina de Trabajo IMSS.
- 22.- Fernando Austria-Corrales F, Beatriz Cruz Valdés B , Herrera Kiengelher L, Vázquez-García JC, Salas-Hernández J, Síndrome de Burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza A H1N1 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Secretaría de Salud Gaceta Médica de México. 2011; 147:97-103 México, D.F.
- 23.- Edgar Ibáñez P. Ángela Bicienty M. Yeily Thomas A. Jeannette Martínez G. Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de odontología Fundación Universitaria San Martín, Bogota Colombia, 2011.
24. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL et al. Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. *Acad Med* 2006; 81 (4): 374-384.
25. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin Proc* 2006; 81 (11): 1435-1442.
26. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med* 2003; 114 (6): 513-519.
27. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and selfreported patient care in an internal medicine residency program.[see comment][summary for patients in *Ann Intern Med* 2002; 136 (5): 129]. *Ann Intern Med* 2002; 136 (5): 358-367.
28. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient

care, and education in an internal medicine residency program. Arch Intern Med 2005; 165 (22): 2601-2606.

29. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. BMJ 2008; 336 (7642): 488-491.

30. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. Gac Med Mex 2005; 141 (3).

31. Thomas NK. Resident Burnout. JAMA 2004; 292:2880-2889.

32. -Gautam M. Women in medicine: stresses and solutions. West J Med. 2001; 174:37-41

33. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, et al. The Work lives of women physicians. J Gen Intern Med 2000; 15:372-380.

34. Daugherty Sr, Baldwin DC Jr, Rowley BC. Learning satisfaction and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions. JAMA 1998; 279:1194-9

35. Shanafelt, TD, Bradley, KA, Wipf, JE; Back, AE. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. Ann Intern Med. 2002; 136:358-367.

36. Gil Monte P. Desgaste físico en el trabajo, el síndrome de quemarse. Madrid: Paidós, 1997.

37. Toral VR, Aguilar MG, Juarez PC. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. Occup Med. 2009;59(1):8-13.

38. Rosales JJ, Gallardo CR, Conde MJ. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2005;001(10):25-36.

39. Plan Único de Especializaciones Médicas. División de Estudios de Posgrado e. Investigación. Facultad de Medicina UNAM.
40. Statement of justification/impact for the Final Approval of Common Standards Related to Resident Duty Hour. Chicago, Ill: ACGME; 2003.
41. Martínez S. [Editorial] Revista Salud problema Nueva Época. UAM-X. México, 2005;5(8):3-4.
42. Paredes, Olga, Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Médica/Med. 16 (1): 25-32, 2008. Bogotá, Colombia.
43. Pérez, Elizabeth, Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, medigraphic artemisa, Medicina Interna México, 2006; 22:282-6. México, D.F.
44. Jara, Aaron, Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2015 Lima, Perú. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2015.
45. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 313- 317.
46. Álvarez, Adriana. Síndrome de Burnout en médicos en hospitales públicos de la ciudad de corrientes. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina. No. 141. Enero, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RELACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

	2015		2016	
	Enero – Junio	Julio – Diciembre	Enero – Mayo	Junio – Julio
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO				
ENTREGA AL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN				
RECOLECCIÓN DE DATOS				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES				

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**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:	Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en residentes del servicio de urgencia del HGZ 02 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2016.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el síndrome de Burnout en residentes de urgencias.
Procedimientos:	Encuesta directa y llenado de cuestionario expreso.
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar la prevalencia y los factores relacionados en residentes de urgencias.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionara si el participante lo solicita.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Existe

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

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: _____

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

Investigador Responsable: _____

DR. LEONARDO GUTIÉRREZ PÉREZ

Colaboradores: _____

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

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p>	<p><u>LEONARDO GUTIÉRREZ PÉREZ</u></p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p>
<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>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</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUESTIONARIO: “PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES”

Instrucciones: Lea las preguntas atentamente, revisa todas las opciones y elige la respuesta que prefieras. Para llenar el cuestionario utiliza un bolígrafo.

Caracterización socio demográfica

A.- Género

Masculino _____ Femenino _____

B- Edad

1. 25 a 30 años _____
2. 31 a 40 años _____
3. 41 a 50 años _____
4. 51 y más años _____

C.- Especialidad

1. Urgencias Médico Quirúrgicas modalidad semipresencial _____
2. Medicina Familiar modalidad tradicional _____
3. Medicina Familiar modalidad semipresencial _____

D.- Grado académico

1. R1 _____

2. R2 _____

3. R3 _____

E- Horas laboradas

1.- 8 hrs _____

2.- 12 hrs _____

3.- 24 hrs _____

PARTE 2.- ESCALA DE MASLACH.

INSTRUCCIONES: Conteste con honestidad las frases siguientes indicando la frecuencia con que se experimenta ese sentimiento.

0= Nunca

1= Pocas veces al año o menos

2= Una vez al mes o menos

3= Unas pocas veces al mes

4= Una vez a la semana

5= Pocas veces a la semana

6= Todos los días

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 como 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. Siento que mi trabajo me está desgastando	
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
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 con mi trabajo	

14. Creo que estoy trabajando demasiado	
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes	
16. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés	
17. Puedo crear fácilmente una atmosfera 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 culpa de alguno de sus problemas.	