

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR**

**“GUSTAVO A. MADERO”**

**MÉXICO D.F.**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA DE LAS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DE LA ZONA NORTE DEL  
ISSSTE.**

**TRABAJO 0352122**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. MARÍA XÓCHITL RUÍZ NAVARRO**



**ISSSTE**

**MÉXICO D.F.**

**“GUSTAVO A. MADERO”  
DIRECCION**

**2005  
No. Registro: 22.2004**



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: RUIZ NAVARRO  
MARIA KOVCHIL

FECHA: 30 SEP 2001

FIRMA: 

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR

  
DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"  
ISSSTE

**ASESOR DE TESIS:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francisco Gómez Clavelina', written over a horizontal line.

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA**  
PROFESOR ASOCIADO "C" TIEMPO COMPLETO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

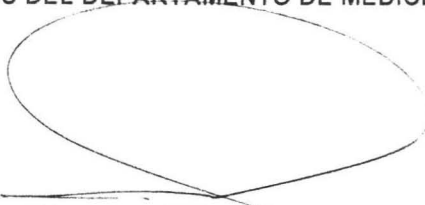


**AUTORIDADES DE LA C.M.F. "GUSTAVO A. MADERO".**

**DR. JORGE ANTONIO VÁZQUEZ CASTILLO**  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"GUSTAVO A. MADERO"

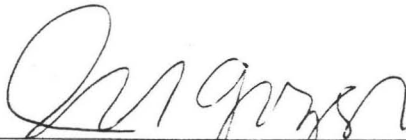
**DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES**  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"GUSTAVO A. MADERO"

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



---

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



---

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por estar siempre conmigo, y guiarme en todos los momentos de mi vida.

### **A MI MADRE**

Por todo el amor, cariño apoyo y todas sus enseñanzas para que saliera yo adelante, y aunque ya no esta conmigo que dios la bendiga en el cielo te quiero mucho mama.

### **A MI PADRE**

Porque a pesar de siempre estar ocupado me ha brindado durante estos 3 años su apoyo y comprensión.

### **A MI HERMANA SUSANA Y ALFREDO MIRANDA**

Gracias por todo su apoyo en todos los momentos que me ha brindado todo para sobresalir adelante los quiero mucho y han sido el mejor apoyo que me ha dejado mi mama.

### **MIS SOBRINOS**

Alfredo, Luis y Dany

Con mucho cariño por todo su apoyo, paciencia y ternura.

### **DR. LUIS BELTRAN LAGUNES**

Por estar siempre conmigo, darme todo tu amor y confianza, gracias por todo.

### **DR. GOMEZ CLAVELINA**

Por todo su tiempo dedicado para mi superación y la realización de este trabajo.

### **A LOS DRES RAUL PONCE Y SILVIA LANDGRAVE**

Gracias por su apoyo y asesoría para realización del estudio.

### **DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR**

Gracias por su apoyo y enseñanzas

### **DR. JORGE ANTONIO VÁZQUEZ CASTILLO**

Por su apoyo incondicional y su amistad.

### **A TODOS LOS PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD**

Les agradezco su contribución a mi formación como médico familiar

## **Resumen**

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos de atención primaria

**Diseño:** Transversal, prospectivo, cuantitativo y descriptivo

**Material y Métodos:** Se incluyeron todos aquellos médicos que atienden el primer nivel de atención de las clínicas de la delegación de la zona norte del ISSSTE. Durante Julio a Septiembre de 2004. Se aplicaron dos instrumentos, el primero variables sociodemográficas y el segundo Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario consta de tres subescalas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Ambos fueron anónimos.

**Resultados:** Un total de 148 encuestas. La edad media es de 48.15 años, con una desviación estándar de 9.04. 56.8% varones, casados 70.3%, 48% tiene 2 trabajos, el 50.7% tiene entre 11 y 20 años de antigüedad. El 69.8% atiende 24 pacientes al día. El 79.1% con Burnout medio y un 20.9% presentó Síndrome de Burnout alto.

### **Conclusiones:**

Coincidiendo con otros estudios, encontramos un nivel moderado de desgaste profesional en nuestros encuestados.

**Palabras clave:** Burnout. Médicos. Atención primaria.



## **Summary**

**Objective:** To identify the prevalence of Burnout Syndrome in primary care Physicians

**Design:** Cross sectional, prospective, quantitative and descriptive study.

**Material y Methods:** There was included all physicians that work in the primary care of the ISSSTE north delegation zone. During July and September of 2004. There were aplicated two questionnaires; the first was the sociodemographyc variables and the second Maslach Burnout Inventory (MBI). This test was made of three subscales: the emotional exhausted the depersonalization and the personal achievement. Both were anonymous.

**Results:** A total of 148 test. The medium age was of 48.15 years, with a standard deviation of 9.04. 56.8% were men, married 70.3%, 48% had 2 jobs, 50.7% has between 11 and 20 years old. The 69.8% work with 24 patients during the day. The 79.1% with middle Burnout and 20.9% with a high Burnout Syndrome.

## **Conclusions:**

Like other studies, we found a moderate level of Burnout in our sample.

**Words Keys:** Burnout. Physicians. Primary care.

## ÍNDICE

	Pág.
Título	1
1. Marco Teórico	2
1.1.1 Concepto	2
1.1.2 Antecedentes	2
1.1.3 Aspectos sociodemográficos	3
1.1.4 Instrumento de medición	4
1.1.5 Modelos Teóricos que contribuyen a la aparición de Burnout	5
1.1.6 Orígenes de la Medicina Familiar	6
1.1.7 El perfil del Médico Familiar	7
1.2. Planteamiento del problema	9
1.3 Justificación	10
1.4. Objetivos	
1.4.1 Objetivo General	10
1.4.2 Objetivos Específicos	10
2. Material y Métodos	11
2.1 Tipo de estudio	11
2.2 Diseño del estudio	11
2.3 Población, lugar y tiempo	11
2.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	11
2.5 Variables	12
2.6 Diseño estadístico	12
2.7 Instrumentos de recolección de datos	12
2.8 Procedimientos estadísticos	13
2.9 Cronograma	13

2.10 Recursos, humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	14
2.11 Consideraciones éticas	14
3. Resultados	15
3.1 Edad	15
3.2 Estado civil	17
3.3 Número de Hijos	17
3.4 Nivel profesional	18
3.5 Número de empleos	18
3.6 Horas de labor	19
3.7 Tipo de contrato	19
3.8 Antigüedad	19
3.9 Número de consultas otorgadas	20
3.10 Síndrome de desgaste profesional (Burnout)	21
4. Discusión	24
5. Conclusiones	25
- Anexos	26
- Referencias bibliográficas	30

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA DE LAS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DE LA ZONA NORTE  
DEL ISSSTE.**

## 1.- Marco teórico.

### 1.1.1 Concepto.

El término Burnout es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al castellano es "estar quemado". Dicho vocablo fue acuñado por el psicoanalista Herbert Freudenberg<sup>1</sup>, de uso coloquial, definía los efectos del abuso prolongado de drogas (*burned out on drugs*) para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo<sup>2</sup>.

### 1.1.2 Antecedentes

El Síndrome de Burnout (BO), fue descrito por primera vez en 1974 por el psicoanalista Herbert Freudenberg, lo definió como "un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo"<sup>2</sup>.

La definición mas aceptada del síndrome, es la propuesta por Maslach y Jackson<sup>3</sup> (1981) quienes consideran que tal síndrome es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal<sup>3</sup>.

Es definido como una enfermedad laboral y emocional de origen básicamente exógeno, que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo, afecta a los profesionales de salud cuya labor les exige implicación emocional con la gente. Por lo que el médico, por su situación laboral, está altamente expuesto a presentar este síndrome<sup>4</sup>.

En la actualidad se concibe el Burnout como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también en individuales y sociales, aunque pueden aparecer otros síntomas que se agrupan como sigue:

- o **Psicosomáticos:** (cefaleas, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores osteomusculares, alteraciones menstruales, insomnio, hipertensión, asma e incluso enfermedad coronaria<sup>5</sup>).
- o **Conductuales:** (ausentismo laboral, abuso de drogas, conducta violenta o de alto riesgo, conflictos matrimoniales, consumo elevado de cigarrillos<sup>6</sup>)
- o **Emocionales:** (distanciamiento afectivo, irritabilidad y celos<sup>7</sup>)
- o **Defensivos:** (negación de las emociones, atención selectiva, ironía y desplazamiento de afectos<sup>8</sup>)

No es fácil distinguir los síntomas del Síndrome de Burnout de sus efectos, sobre todo los psíquicos y comportamientos relacionados con ellos. La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral son algunos de los aspectos que lo caracterizan<sup>9</sup>.

Este padecimiento afecta a personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que les exige una respuesta emocional continua<sup>4</sup>. Los estudios publicados manifiestan un aumento progresivo de este fenómeno, especialmente en médicos de atención primaria, puesto que son los más expuestos al trabajar con los aspectos emocionales más intensos del ser humano (sufrimiento, miedo, sexualidad y muerte), no pudiendo y no debiendo ser totalmente ajeno a los mismos<sup>10</sup>.

### 1.1.3 Aspectos sociodemográficos

No hay un acuerdo unánime entre los diferentes autores en relación al origen del Síndrome de Burnout, pero si existe un nivel determinado de coincidencia para algunas variables como:

- Edad.- La cual no influye, aunque en los primeros años de la carrera hay un periodo de sensibilización, momento en que el profesional es más vulnerable, ya que al finalizarla sus expectativas no son las esperadas<sup>11</sup>.
- Género.- El femenino es el más sensible al tener que cumplir con las labores del hogar, el trabajo y la familia<sup>12</sup>.
- Estado civil.- Se ha asociado más frecuentemente con las personas que no tienen una pareja estable. Los solteros tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o que tienen parejas estables. La existencia de una familia con hijos o sin hijos hace que presenten mayor capacidad para afrontar los problemas personales y conflictos emocionales<sup>13</sup>.
- Antigüedad y carga laboral.- No hay acuerdo si influyen o no para la aparición de este síndrome<sup>11</sup>.

Se determinó que la población en riesgo son los profesionistas jóvenes, idealistas, optimistas que se entregan en exceso al trabajo<sup>14</sup>.

El Síndrome de Burnout, de "estar quemado" o enfermedad por estrés, es el resultado de la combinación de tres elementos: 1. El ambiente y los sucesos, 2. Los pensamientos negativos y 3. La activación del organismo como una respuesta psicológica y física, que dan como resultado la angustia, una emoción que se vuelve dolorosa y que termina por minar el equilibrio psicológico del médico (o de quien lo padece), lo cual se traduce frecuentemente en tensión, enojo, agresividad

incluso cólera, aunado a una sensación de negación, trabajo excesivo, miedo, aislamiento, soledad, martirio, resentimiento, desaliento y frustración. Llevando a tener actitudes riesgosas e incluso caer en adicciones al no poder actuar con objetividad, eficacia y eficiencia normales y colocando al individuo además en una grave situación de riesgo laboral y legal<sup>15</sup>.

#### 1.1.4 Instrumento de medición

En 1982 la psicóloga Christine Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario con 22 reactivos basados en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana y laboral<sup>3</sup>.

En este cuestionario se definen tres dimensiones características: cansancio emocional (CE), como la pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo; La despersonalización (DP), o desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio, y disminución de la realización personal (RP), o tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional<sup>16</sup>.

El desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de mala adaptación, a una situación de estrés crónico... al trabajo mismo, que produce el ejercicio de la profesión médica, siendo este intenso en un porcentaje de los médicos, posiblemente debido a las propias características de la medicina, a las presiones administrativas y sociales que se ven obligados a soportar, lo que conduce a medio plazo un cansancio psicológico y desmotivación produciendo unas claras consecuencias negativas para los profesionales, sus familias, los pacientes y también para las instituciones<sup>16</sup>.

El profesional desarrolla diferentes fases ante de llegar al agotamiento emocional. Éstas van de un entusiasmo y altas expectativas de idealización, a una fase de estancamiento y posteriormente frustración, en la cuál se cuestiona la utilidad de su trabajo y resalta los aspectos negativos de éste (guardias, bajos salarios, malas prestaciones, etc.). Por lo que al final se alcanza un estado de apatía en el trabajo y repercute en la calidad de vida del trabajador y no solo eso, sino también en la calidad de atención del paciente.<sup>2</sup>

El tema es motivo de preocupación por las repercusiones de ámbito personal y organizacional que se derivan, tales como el ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción (tanto de profesionales como de pacientes), riesgo de conductas adictivas, alta movilidad laboral y repercusiones en otras esferas como en la familiar<sup>11</sup>. Se han identificado factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados con su producción, como la sobrecarga de trabajo, pacientes difíciles, poco tiempo por paciente, salario, calidad de relaciones en el equipo y otros aspectos socio demográficos, como la antigüedad de más de 10 años en el puesto de trabajo, el sexo femenino, éstos por sí solos, no explican en su totalidad el fenómeno<sup>17</sup>.

De las diferentes ramas de la medicina, el médico familiar es aquel especialista que más comúnmente se encuentra sometido a tensión emocional en el primer nivel de atención e invierte mucho tiempo en la relación intensa con los pacientes y sus propios compañeros de trabajo, de una manera continuada. Estas circunstancias, junto con otras características de personalidad del profesional, relación con su ambiente laboral, presión institucional y otros factores asociados pueden conducir a un estrés profesional o síndrome de Burnout<sup>20</sup>.

Actualmente el desgaste emocional, entre los profesionales de la salud, adquiere una notable importancia; el número de médicos que lo presentan y las consecuencias negativas que trae a los médicos en su entorno familiar y con los pacientes<sup>16, 19</sup>. Debido a la alta población de pacientes que atiende en el primer nivel de atención, por lo que el objetivo principal en este estudio es identificar la frecuencia y distribución del Síndrome de Burnout en las clínicas de medicina familiar de la zona norte del ISSSTE, así como los factores probablemente relacionados.

#### **1.1.5. Modelos teóricos que contribuyen a la aparición del Burnout de Carroul y White (1982)<sup>21</sup>.**

##### **Teoría ecológica.**

Fue utilizada por Carroul y White para hacer un análisis de las causas del Burnout, lo describen como un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta la persona participa. Cada uno de los contextos (social, familiar, político, económico, etc.) Cuenta con un código propio de las relaciones, normas y exigencias, las cuales en ocasiones interfieren entre sí. Cherniss opina que las tendencias políticas, culturales y económicas han cambiado dramáticamente, orientándose en la actualidad a una valoración excesiva del éxito en el trabajo y la productividad, olvidándose o dándole poca importancia al valor humano.

##### **Teoría cognitiva.**

En esta teoría el sujeto actúa de filtro de sus propias percepciones por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos. El que un profesional se quemará dependerá de su forma de entender la relación con los clientes o receptores del servicio. Una forma ideal de actuar sería mostrarle un interés distante, es decir se debe mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. Todo lo que se aleje de esto, supondrá una excesiva identificación o bien un comportamiento distanciado.

##### **Teoría social y de las organizaciones.**

Para Golembiewski, Hills y Daly<sup>21</sup> el Burnout es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores. Esta teoría pone énfasis en la consideración del contexto laboral como un sistema familiar en el que los profesionales de los servicios humanos, necesitan superar



las dificultades que surjan entre los miembros del equipo antes de pretender prestar una atención adecuada a los pacientes.

#### 1.1.6. Orígenes de la medicina familiar.

En los países de habla inglesa, la medicina familiar se desarrolló desde la práctica de la medicina general.

En el siglo XIX y principios del XX la gran mayoría de médicos eran médicos generales, que practicaban la medicina, la cirugía y la obstetricia. En los primeros años del siglo XX comienzan a emerger las especialidades como la pediatría, medicina interna, cirugía, obstetricia y psiquiatría.

Es a mediados de los años 50, que el declinante número de médicos generales comenzó a crear una gran brecha en el nivel de atención primaria. En los Estados Unidos el informe de la comisión Millis en 1966, titulada *La Educación Graduada de los Médicos*, recomendó el entrenamiento especializado de posgrado para todos los médicos de atención primaria.

En Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada por un consejo *Ad hoc*. En Canadá, el primer examen para certificación tomada por el Consejo de Médicos de Familia se realizó en 1969<sup>22</sup>.

En México las primeras acciones de la medicina familiar se remontan al año de 1953, debido a la problemática que enfrentaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Un grupo de médicos de ésta institución que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, estableció un procedimiento de trabajo para los médicos en esa área. El Instituto se encontraba en una etapa de expansión y crecimiento, lo que provocaba numerosas dificultades y como resultado de esa situación, el trabajo de los médicos se entorpecía, el contacto médico-paciente era eventual y esporádico, el conocimiento de los problemas del paciente por parte del médico era muy reducido. Las visitas domiciliarias eran difíciles de realizar. Frente a éste panorama el grupo de médicos referido, estableció un procedimiento nuevo a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, con tiempos fijos para atender a la consulta y para realizar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias asignadas.

Para 1955, se establece el "sistema médico familiar", que se extiende a dos clínicas en la ciudad de México, además se hace la contratación y categorización del médico familiar.

En 1959, el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. Se introduce la clasificación del médico familiar en dos ramas: de adultos y de menores, se divide la población adscrita y se regularizan las horas contratadas para la prestación de los servicios.

En 1971, el IMSS planea y aplica un programa para formar en el posgrado a un profesional en medicina familiar. En marzo de ese mismo año se inician

actividades con los primeros 32 residentes en esa disciplina, la duración de la especialidad era de 2 años<sup>23</sup>. El reconocimiento de la especialidad por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) fue en 1974<sup>24</sup>. En 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM estableció el primer Departamento de Medicina Familiar de Latinoamérica<sup>23</sup>. En 1980 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) inician formalmente el curso de especialización en Medicina Familiar con programas académicos diferentes<sup>23</sup>.

Desde su creación hasta 1993 el IMSS hizo 4 modificaciones al programa académico de posgrado, hasta que en 1994 se elabora un programa que unifica los criterios que rigen a la especialidad, el llamado Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)<sup>24, 25</sup>.

En la actualidad el curso de posgrado en Medicina Familiar tiene una duración de tres años y las sedes se ubican en unidades y clínicas de medicina familiar que cuentan con especialistas en la disciplina. Se realizan además rotaciones en hospitales de segundo nivel que cuenten con las especialidades básicas: cirugía, pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, así como el servicio de urgencias.

#### **1.1.7. El perfil del Médico Familiar**

Existen diversas definiciones del médico familiar entre las que se encuentran la propuesta en 1991 por la Organización Mundial de los Médicos de Familia (WONCA), la cual menciona:

"El médico general o de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud que prestaran sus servicios cuando sea necesario".

"El médico general o de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnósticos de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, la religión, cultura o clase social. Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes"

"El médico general o de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad con la que trabaja"<sup>26, 27</sup>.

Las áreas de ejercicio profesional del médico son las siguientes:

1. Área de atención al individuo
2. Área de atención a la familia.
3. Área de atención a la comunidad.
4. Área de docencia a la investigación.
5. Área de apoyo (trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad).

Para describir a la medicina familiar, es importante comenzar primero con los nueve principios que rigen y gobiernan las acciones de la especialidad, cabe mencionar que ninguno de ellos es exclusivo de la medicina familiar, y que no todos los médicos de familia son ejemplo de los nueve.

1. El médico familiar está más comprometido con la persona que con el cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales.
2. Intenta comprender el contexto de la enfermedad dentro y fuera de su ambiente en el marco personal, familiar y social.
3. El médico familiar considera a cada contacto con su paciente como una oportunidad para aplicar medidas de prevención y educación sanitaria.
4. Ve en sus pacientes a una población en riesgo y no solo como individuo expuesto.
5. Se considera a si mismo como una red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.
6. El médico familiar desde un punto de vista ideal, debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes
7. Atenderá a sus pacientes en la consulta, en el domicilio, en el hospital, la distribución del tiempo y el interés lo hará de acuerdo a las circunstancias.
8. El médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico familiar es un gestor de recursos, porque al ser el médico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos y, dentro de ciertos límites, puede controlar el ingreso en los hospitales.

Las habilidades específicas del médico de familia son básicamente, la solución de problemas indiferenciados en el contexto de una relación personal continuada con los individuos y la familia. Habilidades preventivas con la identificación de riesgos y anomalías precoces de los pacientes. Habilidades terapéuticas y para gestionar recursos<sup>22, 28</sup>.

En resumen se puede decir que los tres principios fundamentales de la medicina familiar son: el estudio de la familia, la continuidad en la atención y el enfoque de riesgo.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Se estima que existen factores relacionados con actitudes de los médicos, que afectan la calidad de atención que otorgan, los cuales no han sido identificados.

Se esperaría que la percepción de los usuarios de la calidad de atención médica que reciben fuera de excelencia, sin embargo es clasificada como regular. Existen factores relacionados con actitudes de los médicos que afectan la calidad de atención que otorgan, factores que no han sido identificados.

El problema en concreto que dio motivo a la investigación de este estudio es porque observé que en las Clínicas de Medicina Familiar, un médico atiende alrededor de 22 a 27 pacientes diariamente por cada consultorio y turno. Es probable que los profesionales de la salud (médicos familiares) presenten un síndrome de desgaste profesional, conocido como Síndrome de Burnout, el cual no ha sido identificado en su magnitud ni trascendencia.

### **1.3 Justificación**

El Síndrome de Burnout implica un estado de cansancio emocional y físico poco estudiado. Su presencia repercute en la dinámica social, laboral y familiar de quien lo presenta. El conocer su prevalencia en la población médica, en el primer nivel de atención, permitirá realizar un diagnóstico real de su impacto en nuestra institución, y con ello, establecer medidas preventivas para mejorar el estado social y familiar del enfermo así como favorecer una adecuada asistencia al derechohabiente.

### **1.4 Objetivos.**

#### **1.4.1 Objetivo General:**

Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de atención primaria

#### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

1. Describir elementos demográficos básicos de la población estudiada
2. Clasificar a las personas encuestadas de acuerdo con la calificación obtenida mediante el cuestionario de Maslach
3. Calcular la frecuencia con que ocurre el Síndrome de Burnout en la población estudiada mediante la aplicación del cuestionario de Maslach
4. Identificar factores relacionados con la presencia del Síndrome de Burnout.

## **2. Material y Métodos**

### **2.1 Tipo de estudio**

El presente estudio es transversal, prospectivo, cuantitativo y descriptivo.

### **2.2 Diseño del estudio**

Para realizar este estudio se tomaron las recomendaciones de la Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar<sup>31</sup>.

Se diseñó un estudio transversal, prospectivo, cuantitativo y descriptivo, en las Clínicas de Medicina Familiar de la zona norte del ISSSTE. Con los médicos que atienden el primer nivel de atención.

### **2.3 Población, lugar y tiempo.**

Se aplicaron encuestas a todos los médicos en las 10 clínicas de medicina familiar de la delegación zona norte del DF del ISSSTE. Durante un periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2004.

### **2.4 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación**

#### **2.4.1 Criterios de Inclusión**

1. Médicos que atiendan en el primer nivel de atención
2. Su sitio de adscripción sea la clínica correspondiente
3. Antigüedad en el puesto mayor de un año
4. Aceptación voluntaria para participar en el estudio

#### **2.4.2 Criterios de exclusión**

- Que no acepten voluntariamente participar en el estudio

#### **2.4.3 Criterios de eliminación**

- Serán eliminados todos aquellos instrumentos que no sean llenados correctamente o con datos incompletos

## 2.5 Variables

2.5.1 Se estudiaron 12 variables que conforman el primer instrumento. A continuación se especifican las variables, en tipo, escala de medición así como las categorías o valores posibles. (Ver anexo 1)

## 2.6 Diseño estadístico<sup>33</sup>

El propósito estadístico de la investigación es describir la frecuencia del síndrome de Burnout. Se investigó a 148 médicos de atención primaria de las clínicas de atención primaria. Solamente se realizó una medición en los médicos. Las variables fueron cualitativas y cuantitativas. La escala de medición fue básicamente nominal.

## 2.7 Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron dos instrumentos de recolección:

- El primero consiste en una cédula de identificación básica de auto aplicación; corresponde a un cuestionario general sobre datos personales que incluye la mayoría de los factores de riesgo asociados a la presencia de Síndrome de Burnout, entre ellos edad, sexo, estado civil, número de hijos, tipo de contrato, nivel académico alcanzado, número de trabajos, antigüedad en el mismo, número de pacientes que atienden al día y horas de trabajo por día. **(Ver anexo 2)**
- El segundo constituye el cuestionario Maslah- Burnout-Inventory (MBI) diseñado para valorar el Síndrome de Burnout o de agotamiento profesional en sus 3 sub escalas:
  - Cansancio emocional (CE)
  - Despersonalización (DP)
  - Logros personales (LP)

El MBI consta de 22 reactivos con una escala de puntuación de Likert (0-6) de los que la subescala de CE formada por 9 ítems, valora la sensación de saturamiento emocional por el trabajo. La subescala de DP integrada por 5 ítems, mide la falta

de sentimientos y la respuesta impersonal hacia los pacientes. La subescala de LP consta de 8 ítems y mide los sentimientos de competencia y consecución de logros en el trabajo. Anexo 2

Con respecto al CE, las puntuaciones de 27 ó más indicarían un nivel alto, entre 19 y 26 moderado, y menor a 19 bajo.

En la subescala de DP, las puntuaciones superiores a 10 indicaría un nivel alto, de 6 a 9 moderado, e inferior a 6 bajo.

En la subescala LP, los valores superiores a 40 indican una LP alta, de 34 a 39 intermedia, y menor de 33 baja.

**Cuadro 1. Escala de Burnout**

	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<i>Cansancio Emocional</i>	$\leq 18$	19-26	$\geq 27$
<i>Despersonalización</i>	$\leq 5$	6-9	$\geq 10$
<i>Logros Personales</i>	$\geq 40$	34-39	$\leq 33$

En caso de obtener un cansancio emocional bajo, una despersonalización baja y una alta realización personal, no existe Burnout.

Altas puntuaciones en las subescalas de CE (de 9 ítems) y DP (5 ítems), y bajas en LP (8 ítems), reflejan un nivel alto de Burnout. **Anexo 3**

## **2.8 Procedimientos estadísticos**

### **2.8.1 Plan de codificación de los datos.**

Se encuentra referido en el anexo 1 columna 4.

### **2.8.2 Diseño y construcción de la base de datos.**

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS versión 10.0.

Se efectuará análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables en estudio. Se realizará un análisis uní variado para aquellos factores de riesgo conocidos con cálculo de los intervalos de confianza al 95%.

Considerando al diagnóstico en forma dicotómica, se realizó un análisis de regresión logística con intervalos de confianza para los coeficientes beta.

## **2.9 Cronograma**

Se realizó un cronograma el cual se presenta en el anexo 4.



## **2.10 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.**

El estudio fue realizado por un solo investigador. Los recursos humanos utilizados fue la autora, la cual se encargó de administrar los instrumentos. Se utilizaron recursos materiales como computadora, discos, fotocopias, lápices, borradores etc. Los recursos físicos utilizados fueron un aula y un consultorio. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora.

## **2.11 Consideraciones éticas.**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país <sup>30</sup>, el presente trabajo se clasifica como categoría uno, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que los individuos participantes en el estudio, solamente aportan datos a través de unas encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales. Además la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos <sup>29</sup>.

### 3. Resultados

Se realizaron un total de 148 encuestas al personal médico que constituye la totalidad de personal de este tipo en las 10 clínicas de medicina familiar de la delegación norte del ISSSTE y en ocho casos no fue posible la aplicación de los cuestionarios debido a que estas personas se encontraban de vacaciones. No hubo rechazo a la aplicación por parte del total de encuestados. (Ver cuadro 3)

**Cuadro No.3**  
**Número de médicos entrevistados en**  
**Clínicas de medicina familiar del ISSSTE de la zona norte**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
5 de Febrero	14	9.5
Aragón	29	19.6
Chapultepec	11	7.4
Gustavo A. Madero	14	9.5
Guadalupe	17	11.5
Guerrero	17	11.5
Juárez	12	8.1
Peralvillo	4	2.7
San Antonio	14	9.5
Santa María	16	10.8
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuestas realizadas. n=160

#### 3.1 Edad

Con respecto a la edad de los entrevistados, la edad media se sitúa a los 48 años, con una desviación estándar de 9.04, y un rango de 27 a 75 años. (Ver cuadro 4).

De las características sociodemográficas es de llamar la atención que 84 correspondieron al sexo masculino (56.8%), el estado civil predominante fueron casados, 104 que corresponde al 70.3% y su horario de labor fue de 6 horas en un 46.6%. (Ver cuadro 4)

**Cuadro No. 4**

**Características sociodemográficas y laborales de los pacientes incluidos en el estudio**

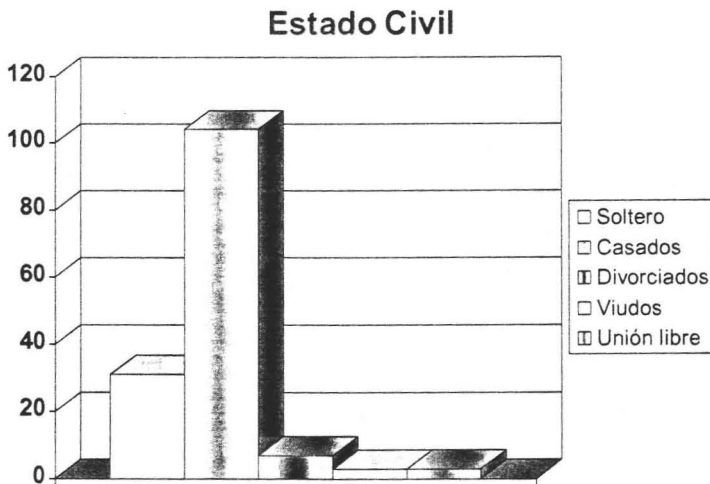
Características	Frecuencia * (n)
Sexo	
Masculino	84 (56.8)
Femenino	64 (43.2)
Edad	48.15±9.04
Estado civil	
Soltero	31 (20.9)
Casado	104 (70.3)
Divorciado	7 (4.7)
Unión Libre	3 (2.0)
Viudo	3 (2.0)
Número de Hijos	
Sin hijos	32 (21.6)
1-2	84 (56.8)
3-7	32 (21.6)
Número de trabajos	76 ( 51.4 )
1	71 ( 48 )
2	1 ( .7 )
3	
Horas de labor	
Seis	69 (46.6)
Ocho	13 ( 8.8)
Nueve	2 (1.4)
Diez	10 (6.8)
Once	4 (2.7)
Doce	48 (32.4)
Trece	1 ( .7)
Catorce	1 ( .7)
Tipo de Contrato	
Interinato	6 ( 4.1)
Base	137 (92.6)
Confianza	5 ( 3.4)
Antigüedad (años)	
1 - 10	33 (22.3)
11 - 20	75 (50.7)
21 - 30	30 (20.3)
31 - 40	10 ( 6.8)

\*Se incluye desviación estándar o porcentaje.

### 3.2 Estado Civil

El estado civil de los médicos entrevistados en las Clínicas de Medicina Familiar de la zona norte del ISSSTE se observa en la figura 1.

(Figura 1)



### 3.3 Número de Hijos

Se encontró que el 78% de los encuestados tiene dos o menos hijos, 21.6 rebasa esta cifra lo que no influyó en la aparición de Burnout. (Ver cuadro No. 4)

**Cuadro No. 4 Número de Hijos**

n = 148	No de hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
	0	32	21.6
	1	32	21.6
	2	52	35.1
	3	21	14.2
	4	6	4.1

Fuente: Encuestas realizadas. n=160

### 3.4 Nivel Profesional

Se encontró diversidad en el tipo de especialización de las personas encuestadas. El más alto porcentaje lo representaron los médicos generales con 45.3% de los casos, los especialistas en medicina familiar fueron el 37%. El porcentaje restante (18%) incluyó médicos de 18 especialidades diferentes. (Ver cuadro No. 5)

Cuadro N. 5

GRADO DE PREPARACIÓN	Frecuencia	Porcentaje (%)
Médicos generales	69	46.6
Médicos familiares	56	37.8
Otras especialidades	23	15.6
Total	148	100.0

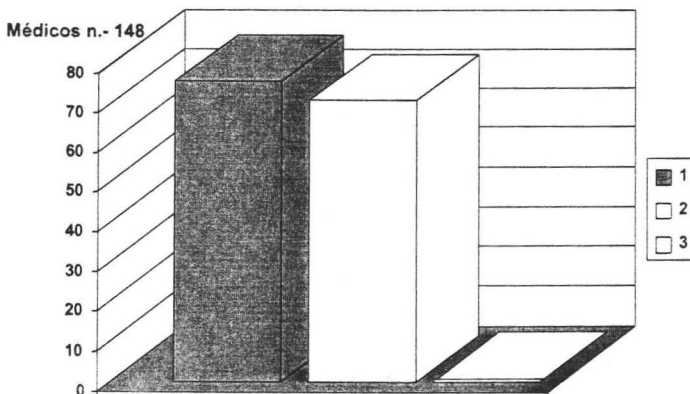
Fuente: Encuestas realizadas. n=160

### 3.5 Número de empleos

Con relación al número de empleos se encontró que la mayoría tiene un trabajo 51.4% y el 48% tiene 2 trabajos.

(Figura 2)

Número de empleos por médico



### 3.6 Horas de Labor

El tiempo de labores del médico en el 46.6% trabaja 6 horas al día y 32.4% trabaja doce horas sin que esto representara alguna diferencia estadística para padecer el síndrome (p. 0.345)

### 3.7 Tipo de contrato

En relación al tipo de contrato estos aparecen en el cuadro 7.

**Cuadro No. 7**

TIPO DE CONTRATO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Interino	6	4
Base	137	92.6
Confianza	5	3.4
Total	148	100

Fuente: Encuestas realizadas. n=160

### 3.8 Antigüedad

La antigüedad en el trabajo presentó una amplitud de clase desde uno hasta 39 años, con un promedio de 16.5 y desviación estándar de 8.3.

La actividad recreativa realizada por los encuestados fue en 104 casos que corresponde al 70.3% y el otro resto no realiza ninguna actividad

### 3.9 Número de consultas otorgadas

En cuanto al número de consultas otorgadas por los médicos fue de 24 durante su jornada laboral (102 y 68.9% respectivamente). (Ver cuadro No. 8)

**Cuadro No. 8**  
Número de pacientes atendido por día.

Consultas	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	1	.7
10	2	1.4
12	2	1.4
15	1	.7
16	6	4.1
17	1	.7
18	10	6.8
20	9	6.1
22	1	.7
24	102	68.9
25	5	3.4
28	1	.7
32	5	3.4
36	1	.7
50	1	.7
Total	148	100.0

Fuente: Encuestas realizadas. n=160

### 3.10 Síndrome de desgaste profesional (Burnout)

La aplicación del cuestionario de Malash Burnout Inventory (MBI) permitió identificar los valores correspondientes según la escala de calificación que establece niveles bajo, medio y alto para tres áreas evaluadas. Las frecuencias de estas calificaciones se presentan en el Cuadro 9.

**Cuadro 9**

**Porcentaje de personas con diversos grados de calificación según el test de Maslach Burnout**

<b>GRADO</b>	<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>	21 (14.2%)	70 (47.3%)	57 (38.5%)
<b>DESPERSONALIZACION</b>	9 (6.1%)	85 (57.4%)	54(36.5%)
<b>LOGROS PERSONALES</b>	2 (1.4%)	5 ( 3.4%)	141(95.3%)

Fuente: Encuestas realizadas. n=160

Se encontró Síndrome de Burnout alto en 31(20.9%) de 148 personas encuestadas, 79.1% presentó burnout en nivel medio. Ninguno de los encuestados tuvo bajo Burnout.

**Cuadro No.14**

**Porcentaje de pacientes con Síndrome de Burnout**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Burnout Alto	31	20.9
Burnout Medio	117	79.1

Fuente: Encuestas realizadas. n=160



La frecuencia observada del Síndrome de Burnout alto con relación a número de trabajos, número de pacientes, número de hijos, sexo, y estado civil se presenta en el Cuadro No.14

**Cuadro No. 15.**

**Características relevantes de los 31 médicos que presentaron calificación alta en el test de Maslach-Burnout.**

<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Dos o más trabajos	20	64.5
24 pacientes o más/día	25	81.6
17 ó más años de antigüedad	16	51.6
3 o más hijos	8	25.8
Sexo masculino	21	67.7
Estado civil (casados)	24	77.4

Fuente: Encuestas realizadas.

Al realizar la comparación de los factores de riesgo se pudo determinar que el sexo parece guardar una tendencia para padecer el síndrome con RMP de 2.168 (IC<sub>95</sub> 0.92 – 5.11), no así los otros factores involucrados

### Comparación de características de presentar o no el síndrome

Característica	Grupo sano (n=117)	Grupo enfermo (n = 31)	"p"
Edad	48.21 ±9.23	47.16 ± 8.25	Ns
Sexo*			
Femenino	55	9	0.072
Masculino	62	22	
Estado civil			0.536
Soltero	26	5	
Casado	80	24	
Divorciado	7	0	
Unión Libre	2	1	
Viudo	2	1	
Número de Hijos			0.772
Sin hijos	25	7	
1 – 2	68	18	
3 – 7	24	8	
Número de trabajos			0.109
1	65	11	
2	51	20	
3	1	0	
Horas de labor			0.345
Seis	58	11	
Ocho	11	2	
Nueve	2	0	
Diez	8	2	
Once	4	0	
Doce	32	16	
Trece	1	0	
Catorce	1	0	
Tipo de Contrato			0.203
Interinato	3	3	
Base	110	27	
Confianza	4	1	
Antigüedad (años)			0.726
1 – 10	27	6	
11 – 20	57	18	
21 – 30	24	6	
31 – 40	9	1	

RMP 2.168 (0.92 – 5.11)

#### 4. Discusión

Es importante señalar que de los 148 médicos que participaron en este estudio, 54.7% tienen alguna especialización de éstos 37.2% son especialistas en medicina familiar y 9.5% tienen otras especializaciones. 45.3% son médicos generales. Estas proporciones establecen que poco más de la mitad de médicos que atienden en las Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE en la región norte del Distrito Federal son especialistas, pero que casi una décima parte no son especialistas en medicina familiar.

El número de empleos se identificó en un rango de 1 a 3. 51.4% manifestaron tener solo un empleo, mientras que el 48% refirió tener dos empleos, menos del uno por ciento tiene tres empleos. Como consecuencia, 46.6% del personal médico labora seis horas al día y 32.4% doce horas. Casi la totalidad (92.6%) cuentan con un empleo de base (definitivo). La antigüedad promedio fue de 16.5 años con una desviación estándar de 8.3, lo cual establece una población en etapa intermedia de servicios.

Casi el 70% de los médicos atiende 24 pacientes al día en promedio en la institución, sin embargo, los que trabajan doce horas, atienden un número superior al día, no se cuenta con información respecto al número de personas que atienden fuera del ISSSTE. Más del 70% refirió practicar alguna actividad recreativa.

La calificación del test de Maslach-Burnout, permitió encontrar Síndrome de Burnout alto en 31 (20.9%) de los médicos. El resto de los médicos presentó calificación en rango medio y no se encontró persona alguna con nivel bajo.

Llama la atención que no se presentaron caso con nivel bajo, pues esto indica que existe un nivel de riesgo medio de presentar el síndrome, con las consecuencias que resultan en la práctica profesional, y que necesariamente pueden repercutir en la calidad de los servicios que se otorgan. Se buscó establecer la frecuencia con que este síndrome se relaciona con las variables descriptivas mencionadas, y se encontró que la mayor frecuencia de este problema se identifica con personas que tienen dos o más empleos, varones, que atienden 24 o más pacientes y que son casados. No se identificó un mayor porcentaje en las mujeres como se ha reportado en otros estudios<sup>11</sup>.

El hecho de tener un nivel medio de puntajes en el resto de los encuestados, representa una medida indirecta de riesgo para el desarrollo del Síndrome de desgaste profesional o Burnout.

Se sugiere la identificación puntual de las personas que en este estudio presentan el nivel alto y establecer estrategias que permitan la superación de este problema, así como la creación de programas que favorezcan un seguimiento de la evolución que presenten estos médicos mediante la evaluación secuencial de este síndrome.

## 5. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, se sugiere la realización de estudios semejantes que permitan el seguimiento y evolución de este problema sobretodo en las personas que obtuvieron calificación alta. Es sabido que el Síndrome de agotamiento profesional o de Burnout se relaciona con otros problemas como depresión en las personas que lo padecen, y riesgo de disminución de la calidad de los servicios que otorgan. Por otra parte, se recomienda a las autoridades institucionales, la búsqueda y aplicación de programas dirigidos al manejo de este problema de tal forma que los que padecen del problema puedan solucionarlo y se actúe bajo un enfoque preventivo con las personas que califican en nivel medio.

## Anexo 1. TIPOS DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

Nombre de la Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores que toman las variables o códigos.
Edad	Cuantitativa	Intervalo	1 a N
Sexo	Cualitativa	Nominal	0 = Femenino 1 = Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Número de hijos	Cuantitativa	Razón	1 a N
Residencia	Cualitativa	Nominal	Alfanumérico
Especialidad	Cualitativa	Nominal	0 = Si 1= No
Puesto actual	Cualitativa	Nominal	Alfanumérico
Número de trabajos	Cuantitativa	Razón	1, 2, 3
Horario	Cuantitativa	Razón	Número de horas
Tipo de contrato	Cualitativa	Nominal	0. Interinato 1. Base 2. Confianza
Antigüedad	Cuantitativa	Razón	1 a N
Número de pacientes	Cuantitativa	Razón	1 a N
Actividad recreativa	Cualitativa	Nominal	0= si 1= no

## ANEXO No.2 CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN GENERAL

Escriba Usted con letra de molde la respuesta correspondiente a cada uno de las preguntas.

Folio: \_\_\_\_\_ Turno en el que labora: \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

Especialidad SI ( ) Especifique \_\_\_\_\_ NO ( )

Puesto actual en su trabajo: \_\_\_\_\_

Número de Trabajos: \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato: \_\_\_\_\_

Antigüedad en la Institución: \_\_\_\_\_

Número máximo de pacientes que atiende al día: \_\_\_\_\_

Fecha de último periodo vacacional \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad recreativa SI ( ) NO ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dedica a esta actividad por semana? \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

## ENCUESTA MASLACH BURNOUT

## FRECUENCIA

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
	1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo					
	2.- Me siento agotado al final de la jornada de trabajo					
	3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo					
	4.- Fácilmente comprendo 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 estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas					
	10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión					
	11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo 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 ocurre a algunos de mis pacientes					
	16.- Trabajar directamente con las personas me produce estrés					
	17.- Fácilmente puedo crear un atmósfera relajada con mis pacientes					
	18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto 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					

**ANEXO 4**

**Cronograma**

Mes	MAR 2004	ABR 2004	MAY JUN 2004	JUL SEP 2004	OCT DIC 2004	ENE FEB 2005	MAR MAY 2005	JUN 2005	JUL 2005	AGO SEP 2005	OCT 2005
Etapa/actividad											
Marco teórico	X										
Material y métodos		X									
Registro y autorizaciones del proyecto			X								
Etapa de ejecución				X							
Recolección de datos					X						
Almacenamiento de datos						X					
Análisis de datos							X				
Descripción de los resultados								X			
Conclusiones del estudio									X		
Integración y revisión final									X		
Reporte final										X	
Autorizaciones										X	
Impresión del trabajo final										X	
Solicitud de examen de tesis											X

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *J Soc Issues* 1974; 30:159-65.
2. Prieto Albino L. Robles Argüero E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres
3. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1981.
4. Martínez de la Casa MA, Del Castillo Comas C. Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención primaria*. 2003; 6: 343- 348.
5. Brandt LP, Nielsen CV. Job stress and adverse outcome or pregnancy: a causal link or recall bias. *Am J Epidemiol* 1992;135:302- 11.
6. Freudenberger HJ, Richelson G. Burnout: the high cost of high achievement. Garden City: Anchor Press, 1980.
7. Prisa. El burnout o desgaste profesional: estudio empírico de los profesionales de educación primaria en Salamanca. Salamanca: Ed. Privada, 1992.
8. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioner: predictors of Psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med* 1993; 37:575-81.
9. Cebria J, Segura J. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*. 2001; 7: 459-468.
10. Olivar Castrillón C, González Morán. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria*. 1999; 24: 352-359.
11. Atance Martínez J. C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. De Salud Publica*. 1997;3:1-14.
12. Cooper CL, Rout U, Mental health, job satisfaction and job and stress among general practitioners. *BMJ* 1989; 289:366-70.
13. Moreno Jiménez B, Peñacoba Puente C. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI, 1996.
14. Caballero Martín M, Bermejo Fernández F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 2001; 5: 313-317.

15. Rocha J. Síndrome de "Burn Out" (¿El médico de urgencias incansable?). Medicina de urgencias. 2002; 1: 48 – 56
16. González RP. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Atención Primaria 1998;22: 580-584.
17. Pera G. Serra P. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria 2002; 16: 480- 486.
18. Orozco P., García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. Atención Primaria. 1993; 3: 135 - 138
19. Molina Siguero A, García Pérez MA. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Atención Primaria. 2003; 9: 564- 574.
- 20.- Méndez J. Estrés laboral o síndrome de "Burnout". Acta pediátrica de México. 2004; 24: 5 299 – 300
21. Álvarez Gallego E; Fernández Ríos L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I) revisión de estudios Revista Asociación española de neuropsiquiatría. 1991; 9: 257- 265.
22. Mc Whinney I, Orígenes de la medicina familiar. En; Ceitlin J, Gómez GT, Medicina de Familia: La clave de un modelo. Editorial SemFyC, España 2000: p. 15-23.
23. Narro RJ, Medicina Familiar. En: Soberón G, Kumate J, La Salud en México: Testimonio. Edit Fondo de Cultura Económica, México Tomo IV: Vol. 2:1988. P.239-252
24. Farfán SG, Perfil profesional del médico familiar en México. En: Ceitlin J, Gómez GT. Medicina de Familia: La clave de un modelo. Editorial SemFyC, España 2000: p. 186 – 190.
25. Plan Único de Especializaciones Médicas. Medicina Familiar. División de estudios de Postgrado e Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México, 3ª edición, México 2003.
26. Gallo VF, Perfil profesional del médico de familia. Bases conceptuales. E. Ceitlin J, Gómez GT. Medicina de Familia: La clave de un modelo. Edit. Semfyc, España 2000:164-178.
27. Gallo VF, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SG, Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria 1999; 23: 236-248.

28. Mc Whinney IR., Principios de la medicina familiar . Medicina Familiar. Mosby/Doyma Libros, España 1996, Cáp. 2: p. 12- 27.
29. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18va. Asamblea medica mundial en Helsinki, Finlandia 1964, enmendada en la 52ª. Asamblea General, Edimburgo Escocia, Octubre 2000.
30. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud 1983.
31. GAFIMF, Guía para la Tutoría de proyectos de investigación en Medicina Familiar, 1ª edición, edit. Medicina familiar Mexicana, México 2003.