



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL MANUEL GEA GONZALES
DIVISIÓN DE PEDIATRIA

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y ESTUDIO DE LOS
FACTORES DE RIESGO EN MÉDICOS RESIDENTES Y MÉDICOS
INTERNOS DE PREGRADO DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Tesis

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA

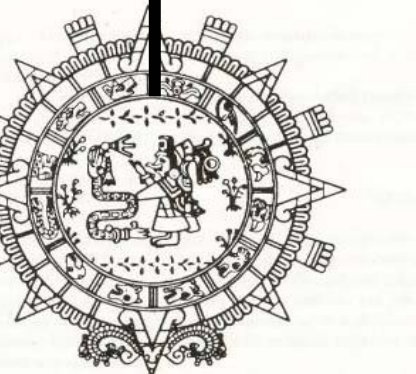
PRESENTA:

ADA RUTH DIONICIO AVENDAÑO

ASESORES:

DR. ABEL DELGADO FERNÁNDEZ

ADSCRITO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA MÉDICA



MÉXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

1 ANTECEDENTES	2
2 MARCO DE REFERENCIA	8
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4 JUSTIFICACIÓN	11
5 OBJETIVO	12
6 HIPÓTESIS	13
7 MATERIAL Y MÉTODO	14
8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
9 RESULTADOS	18
10 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	22
11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
12 GRÁFICAS	30
13 ANEXOS	32

ANTECEDENTES.

El Síndrome de Burnout (**SB**) se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional) y agotamiento emocional. ⁽¹⁾

No existe una definición aceptada de manera unánime sobre el SB, sin embargo existe consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Gil-Monte y Peiró afirman que el SB puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial. ⁽¹⁾

La perspectiva clínica asume el burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Modelos explicativos del burnout

a. Modelo clínico.

Desde una perspectiva clínica, Freudenberger en 1974, empleó por primera vez el término burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones que se dedican al cuidado de la salud y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. ⁽²⁾ Este enfoque sostiene que burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados. Fischer consideró el burnout como un estado resultante del trauma narcisista que condiciona una disminución en la autoestima de los sujetos, ⁽³⁾ mientras que Pines y Aronson (1988), lo conceptualizan como una condición en la cual se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Esto se acompaña de síntomas que incluyen: sensación de "vacío", sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de autoconcepto y actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta. ⁽⁴⁾

b. Modelo psicosocial.

La mayoría de los adeptos a este modelo aceptan en la actualidad la definición de burnout elaborada por Maslach y Jackson ⁵. Estos autores consideran el modelo psicosocial como una respuesta principalmente emocional condicionada por factores laborales y organizacionales. También argumentan que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas que necesitan cuidado, donde influyen los siguientes factores:

- Cansancio emocional: fatiga que se manifiesta física o psíquicamente o en ambos ámbitos. El cansancio emocional es la sensación de no poder dar más de uno mismo a quienes nos rodean.
- Despersonalización: desarrollo de sentimiento, actitudes y respuestas negativas como frialdad, poco apego, irritabilidad y pérdida de motivación. El profesional que experimenta la despersonalización trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros de equipo con el que trabaja mostrándose cínico, irritable, irónico y despectivo. Además culpabiliza al entorno de sus frustraciones y bajo rendimiento laboral.
- Sentimiento de que la realización profesional y/o personal es insuficiente. Surge cuando las demandas exceden la capacidad del profesional para atenderlas de manera competente y éste genera respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo, evita las relaciones personales y profesionales, experimenta incapacidad para soportar la presión y baja autoestima y, tiene un bajo rendimiento laboral. Estos síntomas provocan en el médico desilusión y sensación de fracaso y tienen como consecuencia: impuntualidad, abundancia de interrupciones, evitación del trabajo, ausentismo y abandono de la profesión.

A pesar de que la mayoría de los investigadores validan el modelo psicosocial expuesto, existen autores que discrepan con los supuestos planteados por Maslach y Jackson. Lo cierto es que el síndrome de burnout comprende una serie de alteraciones físicas, de comportamiento y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales adversos.

Factores asociados al Síndrome de Burnout

Expectativas incumplidas: durante los primeros años de práctica profesional, el médico advierte que las expectativas que se creó no coinciden con la realidad pues las recompensas personales, profesionales y económicas están debajo de lo prometido y esperado.

Sexo: las mujeres son un sector vulnerable que implica la práctica profesional y la vida familiar.

Estado civil: el SB está más estrechamente asociado a las personas que no tienen pareja estable, aunque no existe un acuerdo unánime. Al parecer los solteros (as) experimentan mayor cansancio emocional y despersonalización

y, menor realización. Asimismo, quienes tienen hijos son más resistentes a padecer el síndrome pues son personas con mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y tienden a ser más realistas gracias al apoyo familiar.

Horario laboral: algunos autores afirman que los turnos de trabajo largos y/o nocturnos pueden provocar la aparición del síndrome. Las enfermeras (os) son quienes presentan más frecuentemente trastornos de personalidad debida a sus jornadas laborales.

Riesgo psicológico durante los primeros años del desempeño laboral: existen autores que sustentan que durante los dos primeros años de ejercicio profesional existe una mayor probabilidad de que los médicos experimenten el síndrome de burnout. En cambio, aquellos que tienen diez o más años de experiencia difícilmente presentan rasgos de trastorno. Esto se debe, según Naisberg y Fenning, a que los profesionistas con propensión a experimentar el SB abandonan su labor en los primeros años y a que los médicos que ejercen de manera constantes durante un tiempo prolongado poseen un carácter estable, libre de perturbaciones.

Relación entre el SB y la sobrecarga laboral de los profesionales asistenciales: el exceso de trabajo origina una disminución en la calidad de los servicios prestados por los médicos tanto cualitativa como cuantitativamente (no se ha descubierto relación entre el número de horas que el médico está en contacto con los pacientes y la aparición del síndrome). El salario es otro factor determinante en el surgimiento de trastornos psicológicos.

Manifestaciones clínicas

En cuanto a los síntomas, diversos autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas: ⁽⁷⁾

- Síntomas psicósomáticos. Destacan los dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.
- Síntomas conductuales. Engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse.
- Manifestaciones emocionales. El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.

- Síntomas defensivos. Los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia.

Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

Etapa 2. El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).

Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.

Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

Se puede establecer dos tipos de repercusiones del síndrome de burnout: para el individuo (salud, reacciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento)

ESCALA DE MASLACH

Fueron Christine Maslach y Susan Jackson, quienes utilizaron instrumentos para describir el fenómeno, apoyados sobre la base de estudios de casos. Estos investigadores elaboraron un cuestionario que aplicaron a numerosos profesionales de servicios humanos y el instrumento resultante es el Maslach Burnout Inventory publicado inicialmente en 1981.⁽⁸⁾

La escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión castellano valora el desgaste profesional en sus tres dimensiones. Tiene 22 items que se deben responder usando 6 posibilidades.

Nunca	0
Pocas veces al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Unas pocas veces al mes o menos	3
Una vez a la semana	4
Pocas veces a la semana	5
Todos los días	6

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 items en forma

de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

ITEMS:

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 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. Me siento quemado (agotado) por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las 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 endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

El resultado de este cuestionario se obtiene en tres variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte:

Agotamiento emocional:

- Bajo < 18 puntos
- Medio de 19 a 26 puntos
- Alto > 27 puntos

Despersonalización:

- Bajo < 5 puntos
- Medio de 6 a 9 puntos
- Alto > de 10 puntos

Realización personal:

- Baja <33 puntos
- Media de 34 a 39 puntos
- Alta > 40 puntos

Una vez asignadas las puntuaciones, se suman para cada categoría y se clasifican en relación a su intensidad alta, media, baja. A partir de esta clasificación se cuenta el número de categorías que caen en cada una de estas intensidades y se clasifica al encuestado en el nivel de burnout correspondiente.⁽⁹⁾

Síndrome de burnout: se define como sujetos “agotados” por el trabajo o con estrés laboral, reflejándose en un puntaje 88 y más en la encuesta MBI.

Tendencia a padecer Síndrome de Burnout: Definido como sujetos que sin tener burnout tienen alta tendencia a padecerlo, reflejándose en aquellos que, obtienen 44 hasta 87 puntos en la encuesta MBI.

Sin Burnout: sujetos que no presentan síntomas de peso para padecer burnout, se refleja en aquellos que tuvieron 0-43 puntos en la encuesta MBI.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado - elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout y qué factores de riesgo están asociados a este síndrome, en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González?

4. JUSTIFICACIÓN.

El conocimiento respecto a la prevalencia y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout permitirá implementar programas de prevención para el desgaste profesional.

La relevancia se fundamenta en la necesidad de detectar al cuidador de la salud fatigado y que potencialmente puede contribuir a efectos adversos en sus pacientes. Se reconoce que los profesionales de la salud fatigados contribuyen en forma significativa en el error médico.

A los casos que sean detectados con síndrome de burnout se les ofrecerá intervención psiquiátrica.

5. OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es conocer prevalencia de síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González, así como conocer los factores que se asocian a dicho síndrome.

6. HIPÓTESIS.

Los médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González pueden cursar con síndrome de burnout.

La prevalencia de síndrome de burnout que esperamos en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González es de 35%.

7. MATERIALES Y MÉTODO.

De enero a agosto de 2007 se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y transversal en estudiantes de medicina de pregrado (médicos internos) y posgrado (residentes). Los primeros realizando su práctica clínica de pregrado y los segundos en el curso de posgrado dentro del programa único de especialidades médicas con reconocimiento por la UNAM. (pediatría, urología, medicina interna, otorrinolaringología, dermatología, cirugía general, urgencias, oftalmología, ginecoobstetricia, cirugía plástica, ortopedia y anestesiología; en el Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Secretaria de Salud de la ciudad de México.

El objetivo de este trabajo es conocer prevalencia de síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado de nuestro hospital. Y conocer factores que se asocian a dicho síndrome. Para lo anterior se estudio una muestra de 180 médicos de pregrado y posgrado, del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" a los que se les aplicó el instrumento de medida del síndrome de burnout (escala de Maslach) versión en español previamente validada, cuyas tres dimensiones se califican mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 6 puntos para cada ítem y cuya puntuación por dominio se interpreta de la siguiente manera:

Agotamiento emocional:

- ~ bajo < 18 puntos
- ~ medio de 19 a 26 puntos
- ~ Alto > 27 puntos

Despersonalización:

- ~ Bajo < 5 puntos
- ~ Medio de 6 a 9 puntos
- ~ Alto > de 10 puntos

Realización personal:

- ~ Baja <33 puntos
- ~ Media de 34 a 39 puntos
- ~ Alta > 40 puntos

El cuestionario se aplico de forma autoadministrada y los resultados se clasificaron en síndrome de burnout, con tendencia a síndrome de burnout y sin burnout, según puntaje obtenido en escala y subescalas del instrumento.

El tamaño de la muestra (150) se determino con base a una prevalencia esperada de síndrome de burnout en personal médico en capacitación de 35%, con una precisión de 5% y un nivel de confiabilidad de 95%.

Para la validación de resultados se utilizó estadística descriptiva: proporciones o porcentajes según escalas y subescalas de Maslach.

Para encontrar significancia estadística entre médicos residentes, médicos internos, factores de riesgo y servicio de adscripción, se utilizó la χ^2 a un nivel de significancia de 0.05%.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión.

- Se incluyeron a los médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González, que aceptaron participar en estudio
- Que cumplieron con los criterios de selección para realizar el internado de pregrado y la especialidad.

Criterios de exclusión.

- Médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital general Dr. Manuel Gea González con diagnóstico conocido de depresión u otros trastornos psiquiátrico.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios que se llenaron de forma incompleta. (Se eliminaron 6)

Definición de variables

Varlables independiente (CAUSA)		variables dependientes. (EFECTO)	
VARIABLE	ESCALA	VARIABLE	ESCALA
EDAD	ORDINAL: 20-25 AÑOS 26-30 AÑOS 31-35 AÑOS MÁS DE 35 AÑOS.	SINDROME DE BURNOUT	NOMINAL SI NO
GÉNERO	NOMINAL: FEMENINO MASCULINO		
ESTADO CIVIL	NOMINAL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE.		
TIENE HIJOS	NOMINAL: SI NO		

GRADO	NOMINAL: MÉDICO INTERNO MÉDICO RESIDENTE
AÑO ACADÉMICO	ORDINAL: R1 R2 R3 R4 R5 R6 R7
PREGUARDIA	NOMINAL: SI NO
POSTGUARDIA	NOMINAL: SI NO
GUARDIA	NOMINAL: SI NO
ROL DE GUARDIAS	NOMINAL: A-B A-B-C A-B-C-D A-B-C-D-E OTROS.
NUMERO DE HORAS QUE DUERME AL DIA	ORDINAL: 1 A 3 HORAS 3 A 6 HORAS 6 A 9 HORAS MÁS DE 9 HORAS
TIPO DE ESPECIALIDAD	NOMINAL: CLÍNICA QUIRÚRGICA.
ESPECIALIDAD	NOMINAL: ANATOMÍA PATOLÓGICA ANESTESIOLOGÍA CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA PLÁSTICA DERMATOLOGÍA GINECOLOGÍA MEDICINA INTERNA OFTALMOLOGÍA ORTOPEDIA ORTODONCIA OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIATRÍA RADIOLOGÍA

	URGENCIAS UROLOGÍA		
PERIODOS VACACIONALES QUE TIENE	ORDINAL: 1 2 MAS DE 2		

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado (anexo 2)

8. RESULTADOS

El estudio mostró un total de 174 encuestados, de estos 67 fueron del sexo masculino y 107 del sexo femenino. (tabla 1)

El sexo femenino tuvo mayor presencia de burnout que los hombres (54.1% vs 45.8%) ; con respecto al estado civil, los médicos solteros presentaron mas SB (87.5%) . Los médicos residentes (75%) de manera significativa presentaron mas burnout que los médicos internos (25%).,la edad de mayor riesgo fueron los 25 años (8.3%). El rol de guardia que produce mayor SB fue el ABC(62.5%). Tanto las especialidades medica como quirúrgicas tienen el mismo porcentaje en la presentación de síndrome (50%). La presencia de SN fue inversamente proporcional al grado de los años de residencia. (tabla 2.)

Como mencionamos al definir el SB, se evalúan tres subescalas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP). Se busco la relación variables-subescalas-burnout. Los médicos residentes, solteros con guardias ABC y que dormían de 1 a 3 horas; mostraron de manera significativa mayor riesgo para SB en las tres subescalas. (tabla. 3)

TABLA 1

	n	%
Sexo		
Masculino	67	38.51%
Femenino	107	61.49%
TOTAL	174	
Estado civil		
Soltero	139	79.89%
Casado	27	15.52%
Unión libre	7	4.02%
Divorciado	1	0.57%
TOTAL	174	
Grado académico		
Residente	136	78.16%
Interno	38	21.84%
TOTAL	174	
Edad		
22 años	6	3.45%
23 años	19	10.92%
24 años	11	6.32%
25 años	11	6.32%
26 años	30	17.24%
27 años	23	13.22%
28 años	20	11.49%

29 años	25	14.37%
30 años	15	8.62%
31 años	9	5.17%
32 años	2	1.15%
33 años	1	0.57%
34 años	1	0.57%
35 años	1	0.57%
<i>TOTAL</i>	174	
Rol de guardia		
Guardia AB	36	20.69%
Guardia ABC	104	59.77%
Guardia ABCD	30	17.24%
Guardia ABCDE	4	2.30%
<i>TOTAL</i>	174	
Tipo de Especialidad*		
Clínica	66	48.53%
Quirúrgica	70	51.47%
<i>TOTAL*</i>	136	
Año de residencia*		
R1	45	33.09%
R2	42	30.88%
R3	28	20.59%
R4	15	11.03%
R5	4	2.94%
R6	2	1.47%
<i>TOTAL*</i>	136	
Horas de sueño		
1 a 3 horas	14	8.05%
3 a 6 horas	123	70.69%
6 a 9 horas	36	20.69%
más de 9 horas	1	0.57%
<i>TOTAL</i>	174	

* No se incluyen a los 38 internos

TABLA 2

Con burnout

	n	%	p
Sexo			
Masculino	11	45.83%	0.683
Femenino	13	54.17%	
TOTAL	24		
Estado civil			
Soltero	21	87.50%	0.000
Casado	1	4.17%	
Unión libre	2	8.33%	
TOTAL	24		
Grado académico			
Residente	18	75.00%	0.014
Interno	6	25.00%	
TOTAL	24		
Edad			
22 años	1	4.17%	0.333
23 años	4	16.67%	
24 años	1	4.17%	
25 años	2	8.33%	
26 años	6	25.00%	
27 años	2	8.33%	
28 años	5	20.83%	
30 años	3	12.50%	
TOTAL	24		
Rol de guardia			
Guardia AB	6	25.00%	0.008
Guardia ABC	15	62.50%	
Guardia ABCD	3	12.50%	
TOTAL	24		
Tipo de Especialidad*			
Clínica	9	50.00%	
Quirúrgica	9	50.00%	
TOTAL	18		
Año de residencia*			
R1	6	33.33%	0.485
R2	6	33.33%	
R3	4	22.22%	
R4	2	11.11%	
TOTAL	18		
Horas de sueño			
1 a 3 horas	1	4.17%	0.000
3 a 6 horas	17	70.83%	
6 a 9 horas	6	25.00%	
TOTAL	24		
Grado académico			
Residente	18	75.00%	0.014
Interno	6	25.00%	
TOTAL	24		

* En esta clasificación no se incluyen los 6 internos que presentaron SB

TABLA 3

	Burnout con AE			Burnout con D			Burnout con RP		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Sexo									
Masculino	11	45.83%	0.683	11	47.83%	0.835	9	47.37%	0.819
Femenino	13	61.90%		12	52.17%		10	52.63%	
TOTAL	24			23			19		
Estado civil									
Soltero	21	87.50%	0.000	20	86.96%	0.000	16	84.21%	0.000
Casado	1	4.17%		1	4.35%		1	5.26%	
Unión libre	2	8.33%		2	8.70%		2	10.53%	
TOTAL	24			23			19		
Grado académico									
Residente	18	75.00%	0.014	17	73.91%	0.022	13	68.42%	0.108
Interno	6	25.00%		6	26.09%		6	31.58%	
TOTAL	24			23			19		
Edad									
22 años	1	4.17%	0.333	1	4.35%	0.229	1	5.26%	0.186
23 años	4	16.67%		4	17.39%		4	21.05%	
24 años	1	4.17%		1	4.35%		1	5.26%	
25 años	2	8.33%		1	4.35%		2	10.53%	
26 años	6	25.00%		6	26.09%		6	31.58%	
27 años	2	8.33%		2	8.70%		1	5.26%	
28 años	5	20.83%		5	21.74%		3	15.79%	
30 años	3	12.50%		3	13.04%		1	5.26%	
TOTAL	24			23			19		
Rol de guardia									
Guardia AB	6	25.00%	0.008	6	26.09%	0.015	3	15.79%	0.001
Guardia ABC	15	62.50%		14	60.87%		14	73.68%	
Guardia ABCD	3	12.50%		3	13.04%		2	10.53%	
TOTAL	24			23			19		
Tipo de Especialidad*									
Clínica	9	50.00%	1.000	9	52.94%	0.808	7	53.85%	0.782
Quirúrgica	9	50.00%		8	47.06%		6	46.15%	
TOTAL	18			17			13		
Año de residencia*									
R1	6	33.33%	0.485	5	29.41%	0.560	5	38.46%	0.442
R2	6	33.33%		6	35.29%		3	23.08%	
R3	4	22.22%		4	23.53%		4	30.77%	
R4	2	11.11%		2	11.76%		1	7.69%	
TOTAL	18			17			13		
Horas de sueño									
1 a 3 horas	1	4.17%	0.000	0	0.00%	0.000	1	5.26%	0.000
3 a 6 horas	17	70.83%		17	73.91%		16	84.21%	
6 a 9 horas	6	25.00%		6	26.09%		2	10.53%	
TOTAL	24			23			19		

* En esta clasificación no se incluyen los 6 alumnos internos que presentaron burnout

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En el marco social se está produciendo transformaciones sociológicas importantes en los últimos años, por ejemplo la familia ha modificado su estructura de funcionamiento. Los medios tecnológicos han dado un cambio brusco en nuestras vidas. Todo esto está provocando fuertes cambios que reducen drásticamente el número de interacciones interpersonales diarias “cara a cara”. Podemos decir que ha nacido una sociedad nueva en la que hay una serie de problemas y dificultades que son un riesgo para la competencia personal y social, algunos ejemplos serían: estrés, ansiedad, nerviosismo, soledad, aislamiento, analfabetismo emocional, agresividad, depresión y tristeza, irritabilidad, impulsividad, apatía, abuso de fármacos, ludopatía, adicción al trabajo e insomnio.

Ya desde la infancia y adolescencia la competencia social y las habilidades sociales no se enseñan de forma activa y sistemática dentro del contexto escolar, sino que lo hace cada profesor según su criterio (currículum oculto). En la escuela la enseñanza solo se centra en los aspectos intelectuales y el éxito académico, olvidando el bienestar personal y emocional.

Durante la formación médica desde los ciclos básicos, clínicos, hasta el internado y la residencia médica; difícilmente pares, profesores y tutores estimulan, cuidan o promueven las habilidades sociales. Esta investigación enfocada al estudiante de pregrado y posgrado (médicos interno y residente) es el ejemplo como el estudiante de medicina se ve enfrentado al ambiente difícil del medio hospitalario y el paciente con necesidades de cuidado médico, en donde su adiestramiento esta enfocado a promover conocimiento y competencias; en cuanto a sus habilidades sociales son manejadas mediante currículum oculto. Por lo tanto podemos decir que las habilidades de interacción social son un aspecto olvidado.

El porcentaje general de SB en este estudio fue del 13.8 % (24), que se puede considerar bajo en comparación con otros estudios sin embargo el estado preburnout es elevado (83.9%), lo que se considera un riesgo elevado para desarrollar SB. Dentro del adiestramiento del médico interno y residentes no esta contemplado la monitorización sobre el desgaste laboral ni cuenta con programas para potencializar sus habilidades sociales

El perfil profesional del estudiante de medicina debe girar alrededor de las habilidades sociales, enmarcadas en la competencia personal y social. Lo anterior es primordial para los profesionales del área de ayuda, dentro de la cual se incluyen a los médicos, enfermeros, psicopedagogos, trabajadores sociales, psicólogos y educadores sociales.

Nuestro trabajo mostró un grupo joven (20 a 30 años), situación esperada para los médicos internos y de posgrado, presentando el mayor porcentaje de burnout en el grupo de 20 a 25 años de edad (17.0%), o sea, los mas jóvenes de nuestra población estudiada.

Como seres humanos, los estudiantes de medicina no son inmunes a los efectos de la fatiga. En el caso de los médicos la regulación laboral permite

horarios largos de trabajo que son aplicados a los estudiantes de medicina en formación.

No está claro cuál es la duración óptima de periodos continuos de las jornadas clínicas, sin embargo se ha observado que los médicos que trabajan periodos continuos más cortos, suelen estar más descansados con mejor juicio y mejores decisiones clínicas. Con esto se logra mejores cuidados al paciente que con jornadas largas de trabajo. Nuestros resultados mostraron que el rol de guardias ABC tuvo asociación significativa con la presencia de burnout al igual que periodo corto de dormir (3 a 6 horas). Se ha sugerido que este tipo de guardias genera trastornos en el ritmo circadiano. Cabe mencionar que los orígenes de la fatiga es la privación aguda de sueño, acumulación de sueño, asociación carga de trabajo-fatiga, alteración del ritmo circadiano y aspectos de su vida personal.

El nuevo profesional de la medicina se enfrenta a una gran avalancha de nuevos conocimientos, tecnologías y dilemas éticos. En particular los nuevos modelos de la relación médico-paciente en un contexto de dificultad socio-económica de nuestro país. Por mencionar algunos nuevos retos.

La medicina moderna está basada en la cultura de la diligencia, no podemos negar los buenos resultados en la actividad médica, sin embargo todo lo anterior es precursor del error en el cuidado de los pacientes y con estudiantes-médicos con el riesgo elevado de sufrir Síndrome de Burnout.

El grado de responsabilidad en la atención del paciente es mayor en el médico de posgrado, lo que le genera mayor estrés, en comparación con el médico interno y así lo observamos en la presencia de burnout (75% vs 25%). Dentro del grupo de residentes llama la atención que la frecuencia de burnout es inversamente proporcional al mayor grado de residencia, siendo la explicación probable la adaptación del joven médico a la vida hospitalaria y mejor manejo de las necesidades laborales en base a sus propias habilidades sociales.

Otra variable que protege para padecer SB es la familia, amigos, pareja e hijos; nuestros resultados mostraron de manera significativa que el estudiante de medicina soltero sufre con mayor frecuencia de burnout.

No podemos dejar de lado en este trabajo hacer énfasis en las habilidades sociales que inmunizan para el cansancio laboral. ¿Cuáles son las habilidades sociales y competencias personales a desarrollar?

- ◆ Interacción comunicativa (**Proceso enseñanza-aprendizaje entre alumno-profesor**).
- ◆ Comunicación asertiva (**Asertividad**)
- ◆ Solución de problemas interpersonales (**Empatía**)
- ◆ Negociación
- ◆ Expresión de sentimientos y emociones
- ◆ Autovaloración (**Autoestima**)
- ◆ Optimismo y sentido del humor (**Resiliencia**)

Sin embargo la realidad es que tanto el médico interno como el residente son incorporados a la fuerza laboral de las unidades médicas y realizan muchas

funciones no contempladas en sus programas de formación. Por lo tanto son sometidos a jornales muchas veces superiores a cualquier trabajador de la misma unidad, incluso considerados fuera de las leyes laborales. Lo anterior genera un mayor estrés y la mayoría de las veces tenemos médicos cansados y desmotivados.

Sin duda es complicado solicitar cambios en el sistema de salud basado en estudiantes de pregrado y posgrado; en la carga de trabajo por necesidad social, contratación de cuidadores de la salud y en los deficientes sistemas de gerencia y administración en salud; sin embargo creemos que una oportunidad de disminuir la fatiga y sus complicaciones como el síndrome de burnout es la elaboración de programas que promuevan las habilidades sociales y evitar al máximo la aplicación de currículum ocultos generadores de deterioro en las capacidades sociales del estudiante de medicina y cuidadores de la salud.

SUGERENCIAS PARA LA PREVENCIÓN Y/O RESOLUCIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT

Diferentes autores están de acuerdo que el SB se puede prevenir y solucionar. A continuación mencionaremos algunas medidas de prevención.

I. Consejos y adaptaciones personales

a) Centrarse en el círculo de influencia

Se ha visto que en el burnout influyen muchos factores externos que a veces nos preocupan en exceso y no podemos modificar, lo que crea una molestia de impotencia y bloquea la modificación de pequeños aspectos que sí está a nuestro alcance corregir para mejorarlos.

II. Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables

a) Una consecuencia de SB es que comenzamos a abandonarnos. Podemos dejar de prestar atención a nuestra área de trabajo en cuanto a la organización y limpieza con el resultado de perder tiempo y energía con la consecuente sensación de trabajar en una pocilga; podemos abandonar nuestro aspecto físico o nuestros modales. Pero estas actitudes no mejoraran nuestro ánimo. Así que conviene hacer una lista de las molestias que nos roban energía y que podríamos eliminar. Como ejemplo ordenar el expediente médico, la mesa de trabajo, decidir que imagen queremos proyectar, iniciar la jornada médica aseado y de buen talante a pesar de haber estado de guardia. Estos son algunos ejemplos médicos. Se puede comenzar priorizando diez tareas y dándonos un tiempo razonable para abordarlas (de uno a tres meses).

III. Trabajar mejor en lugar de más.

Significa hacer pequeños cambios que puedan hacer el trabajo menos estresante, más eficiente. Existe una serie de estrategias útiles en este sentido.

a) Establecer objetivos realistas.

Es frecuente en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados, cuando no utópicos. (la injusticia, el hambre, la pobreza). Debemos que procurar conseguir cosas más específicas, más factibles, teniendo en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.

b) Hacer la misma cosa de manera diferente.

Intentar huir de la rutina, esto proporciona mayor sentido de autonomía y libertad personal.

c) Planificar adecuadamente nuestro tiempo.

Es importante ser conciente de cómo estamos utilizando nuestro tiempo. Podemos llevar unos días un registro pormenorizado y a partir de ahí organizarlo de una forma eficiente que permita utilizarlo precisamente en lo que nos interesa, sin que “nos lo roben” o tengamos la sensación de que no lo controlamos.

d) Permitirse pensar.

Darse la oportunidad de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una situación delicada o impertinente. La pausa del café en la mañana, puede ser útil para relajarse. Es importante evitar las prolongaciones de jornada gratuitas y frecuentes (a veces para seguir el ritmo de otros) que pueden contribuir al “agotamiento” y aversión hacia usuarios y colegas. En algunos trabajos se pueden hacer cambios de turno (de menos estrés).

e) Guardar distancia con los problemas.

El burnout aumenta cuando el profesional se relaciona demasiado con la gente. La empatía también supone distancia. No se puede ayudar profesionalmente sin ella. Eso implica asumir que no podemos “satisfacer” a todos nuestros pacientes (la satisfacción depende de variables que, en su mayor parte, no controlamos). También el saber “desconectar” y no llevarnos trabajo a casa (ni en las manos ni en la cabeza).

IV. Cuidarse a sí mismo además de a los otros

Es imposible que ayudemos a los demás sí, en primer lugar, no nos cuidamos de nosotros mismos. Podemos poner en práctica algunas de estas estrategias:

a) Acentuar los aspectos positivos.

En las relaciones de ayuda es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados, de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones. Esta ausencia de refuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración.

b) Conocerse a sí mismo.

Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar sobre el porqué de tales reacciones. Este autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa un acto víctimista, sino, por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal.

c) Establecer límites o fronteras.

Es importante diferenciar lo que es el trabajo y lo que es el hogar. Aunque a veces no es fácil, hay que intentar establecer una frontera entre ambos ámbitos. Maslach habla de “descompresión”, como en las personas que practican el buceo.

d) Mantener la vida privada.

Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un cónyuge comprensivo. Es importante tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni un “hobby” debe ocupar nuestro tiempo de trabajo, pues esto suele ser un signo o consecuencia de burnout.

e) Cambiar de trabajo.

Como último recurso o alternativa para profesionales “quemados” se puede considerar esta decisión que suele ser difícil en la sociedad en la que vivimos, pero no imposible. No hay que olvidar la posibilidad de haberse equivocado a la hora de escoger nuestra profesión. Y eso se percibe claramente y es factible, quizá hay que plantarse seriamente un cambio.

f) Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen. En ocasiones los síntomas de SB se traslapan con trastornos específicos

V. Manejo social e institucional

a). Manejo social.

En situaciones de agotamiento un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia o los amigos..Pero casi siempre va a ser más útil la ayuda de los propios compañeros de trabajo, que conocen los problemas que con mayor frecuencia llevan a esta situación. Ellos pueden tener o haber tenido sensaciones similares. Un buen compañero, se ofrecerá gustoso como apoyo permitiendo la expresión de estados emocionales, lo cual es útil. Una actividad recomendada es que cuando un compañero hace algo bien se le diga y sobre todo **“institucionalizar reuniones”** , donde previamente se haya preparado al grupo en habilidades sociales y se genere terapias de autoayuda en los equipos o servicios. Por desgracia a veces hay entornos de trabajo donde el ambiente se ha deteriorado tanto y donde el porcentaje de “quemados” es tan grande que no es fácil que se presten ayuda, sino que por el contrario el propio ambiente de trabajo contribuye aún más al burnout.

b) Gestión institucional

Esto es un punto difícil de modificar, pero desde luego, no menos importante. En una actividad como la médica son esenciales las condiciones de trabajo. En general en las unidades de trabajo médico

no existen profesionales que se dediquen precisamente a observar la calidad de los puestos de trabajo y a elaborar estrategias y proveer recursos o para mejorarla. La estructura de salud de nuestro país esta anquilosada y viciada difícil de cambiar. Coexisten en un mismo hospital la medicina de mayor calidad (transplantes, última tecnología) con la situación más caótica (por ejemplo, un servicio de urgencias colapsado con profesionales que superan un horario de trabajo razonable, mal pagados, con falta de recursos y sin ninguna sensación de control de su situación), una gran parte del personal con un perfil de estudiante-trabajador responsables de áreas críticas y de alto riesgo. Se prometen todo tipo de servicios a la población y luego no proveer los recursos suficientes, con lo que los profesionales del cuidado de salud se pueden encontrar con expectativas a las que no pueden responder de ninguna manera, con masificación, con instalaciones y recursos insuficientes. Es de importancia que la administración en salud clarifique los derechos y los deberes de los usuarios del sistema y priorice los servicios que quiere dar tomando las medidas necesarias, ofreciendo los recursos necesarios para que los profesionales puedan realizar su trabajo en una situación confortable y adecuadamente reconocida.

VI. Técnicas cognitivas para el autocuidado emocional

De las técnicas cognitivas sugeridas para el autoguiado emocional se sugieren:

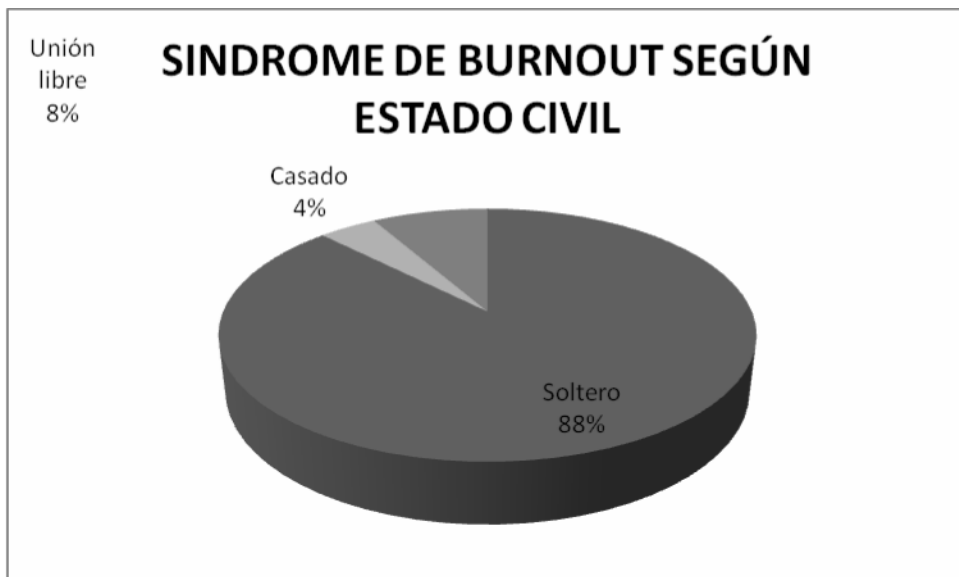
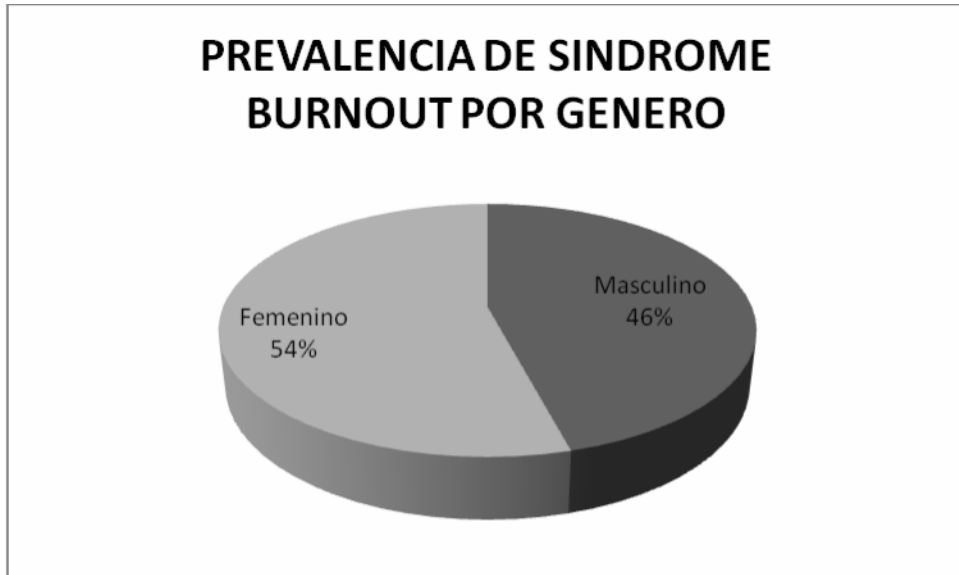
- a. Manejo de la autoestima
- b. Reestructuración cognitiva
- c. Habilidades sociales: asertividad
- d. Técnicas de afrontamiento
- e. Relajación y visualización
- f. Aserción encubierta
- g. Inoculación del estrés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

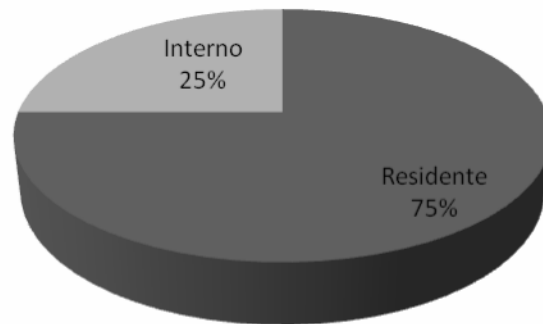
1. Gil-Monte, P. y Peiró, J. : Desgaste psíquico en el trabajo. Edit. Síntesis Psicología. España.
2. Freudemberger, H. "The Staff Burnout Syndrome in alternative institutions ". J of Social Issues. 1974;30:159-66.
3. Fischer, H. A psychoanalytic view of burnout. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. 1ª ed. Síntesis. Madrid. 1997
4. Manassero, M., Vázquez, A., Ferrer, M.; Fornés, J. y Fernández, M. Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. Memoria final de investigación. Madrid 1994.
5. Maslach C. Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Manual 3rd. ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. 1996. California.
6. Hidalgo Rodrigo I. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila. Med Clin Bare, 103(11):408-12, 1994.
7. Maslach, C. y Pines, A. "The Burnout Syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly. Nº 06. San Francisco. 1977.
8. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español de Maslach burnout inventory general survey. Salud Pública Mex, 2002; 44:33-40
9. Sandoval Carmen et al. Síndrome de burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. Colegio Médico de Chile. 1-10.
10. Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): Desgaste psíquico en el trabajo. Edit. Síntesis Psicología. España.
11. Palmer y col. Factores organizacionales asociados a síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. Salud Mental, 2005; 28 (1): 82-91
12. González Jiménez E. Alanis G. Granados M, et al. Síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. Revista de salud pública y nutrición, edición especial, 2004; 4.
13. Quiñónez Vega CM. Síndrome de burnout. Una realidad en los servicios de urgencias de México. Boletín AMUP. Asociación Nacional Mexicana de Urgencias Pediátricas 2004; 7(40): 12-15.
14. Robles Valdez M. Identificación de factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional en maestros de universidades mexicanas. Tesis Universidad Iberoamericana 1995.
15. García G, Dickinson ME. Frecuencia del síndrome de burnout en personal de primer y segundo nivel de atención. Tesis Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
16. Gutiérrez Aceves GA. Síndrome de burnout. Arch Neurocién Mex. Vol 11, No. 4 : 305-309, 2006.

17. Hernández Vargas C. Juárez García A. Et al. Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito federal. Rev Enferm IMSS 2005; 13 (3): 125-131.
18. Aranda Beltrán C. Et al. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública. Universidad de Guadalajara.
19. Pérez Cruz E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Medicina Interna México Volumen 22, Núm. 4, julio-agosto 2006.
20. Kuhn. I Síndrome de desgaste profesional. Frecuencia factores de riesgo y comorbilidad en residentes de un hospital de tercer nivel. Tesis de la especialidad de pediatría. Hospital infantil de México Federico Gómez. México: febrero 2006.
21. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica 2004; 35 (4): 173-8

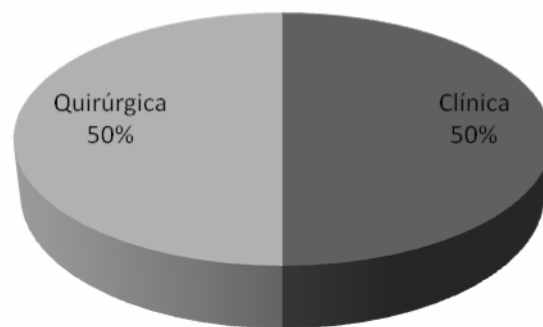
GRÁFICAS.



SINDROME DE BURNOUT SEGÚN GRADO ACADÉMICO



SINDROME DE BURNOUT SEGÚN TIPO DE ESPECIALIDAD



Anexo. 1

Prevalencia de síndrome de burnout y estudio de los factores de riesgo en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Instrucciones: favor de contestar las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta más adecuada.

NOMBRE: _____

EDAD		GÉNERO		ESTADO CIVIL	
_____		Femenino	()	soltero	()
		Masculino	()	casado	()
¿TIENE HIJOS?				unión libre	()
si	()			viudo	()
no	()			divorciado	()

RESIDENTE	()	AÑO ACADÉMICO		ROL DE GUARDIAS	
INTERNO	()	R1	()	A-B	()
		R2	()	A-B-C	()
ESPECIALIDAD:		R3	()	A-B-C-D	()
_____		R4	()	A-B-C-D-E	()
		R5	()	OTROS.	()
TIPO DE ESPECIALIDAD		R6	()		
Clínica	()	R7	()		
Quirúrgica	()				

NUMERO DE HORAS QUE DUERME AL DIA		HOY ME ENCUENTRO DE:	
1 A 3 HORAS	()	preguardia	()
3 A 6 HORAS	()	postguardia	()
6 A 9 HORAS	()	guardia	()
MÁS DE 9 HORAS	()		

PERIODOS VACACIONALES QUE TIENE:		FECHA DEL ULTIMO PERIODO VACACIONAL:	
1	()	MENOS DE 3 MESES	()
2	()	MENOS DE 6 MESES	()
MÁS DE 2	()	MÁS DE 6 MESES	()

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS COLOCANDO EL NÚMERO SEGÚN CORRESPONDA

Nunca	0
Pocas veces al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Unas pocas veces al mes o menos	3
Una vez a la semana	4
Pocas veces a la semana	5
Todos los días	6

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 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. Me siento quemado por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las 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 endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Prevalencia de síndrome de burnout y estudio de los factores de riesgo en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González”

El objetivo del estudio es conocer prevalencia de síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González, así como conocer los factores que se asocian a dicho síndrome. El conocimiento respecto a la prevalencia y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout permitirá implementar programas de prevención para el desgaste profesional.

Se me ha explicado que mi participación en este estudio consistirá en responder un cuestionario sociodemográfico y una escala de Maslach Burnout Inventory que valora el desgaste profesional. Y en caso de ser detectado con síndrome de Burnout se me brindará tratamiento.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que le plantee en relación a asuntos con la investigación

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado:

“Prevalencia de síndrome de burnout y estudio de los factores de riesgo en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Dr. Manuel Gea González”

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Investigador
Responsable o Principal

Nombre, y firma del testigo 1
Dirección
Relación que guarda con el paciente.

Nombre, y firma del testigo 2
Dirección
Relación que guarda con el paciente

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Alfonso Galván Montaña, encargado de la Dirección de Investigación. Presidente de las comisiones de Ética y de Investigación al: (01 55) 5666-6021