



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA Y SU RELACIÓN CON INDICADORES DE TRATO DIGNO.”**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSÉ HERNÁNDEZ SALGADO.

DIRECTOR DE TESIS

DR. TOMAS CHAPA LUQUE.

2010



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.

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA Y SU RELACIÓN CON INDICADORES DE TRATO DIGNO.

AUTOR. DR: JOSÉ HERNÁNDEZ SALGADO

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA Y SU RELACION CON INDICADORES DE TRATO DIGNO.

AUTOR. DR: JOSÉ HERNÁNDEZ SALGADO

DIRECTOR DE TESIS

DR. TOMAS CHAPA LUQUE.
TECNICO ACADEMICO ASOCIADO
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA.
U.N.A.M.

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA Y SU RELACIÓN CON INDICADORES DE TRATO DIGNO.

AUTOR. DR: JOSÉ HERNÁNDEZ SALGADO

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
Coordinación de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DEDICATORIAS

A DIOS Y NUESTRO SEÑOR JESUCRISTO por darme la oportunidad de un día más.

A mi amada esposa Martita, su cariño incondicional, su paciencia, regalo de dios.

In memoriam de mi madre.

A mi padre por su apoyo.

A mi único hermano Osvaldo dios lo bendiga.

A mis suegros, cuñados, sobrinos por su apoyo durante la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas aquellas personas que me apoyaron en algún momento a la realización y culminación de este trabajo que para no omitir nombres me limito a reconocer su entrañable ayuda, amigos todos.

Médicos de centro de salud Dr. José castro Villagrana por la participación en este estudio.

A los pacientes, familiares de pacientes que participaron en la realización de encuestas.

CONTENIDO

ÍNDICE

1. MARCO TEORICO.	1
1.1. Antecedentes.	1
1.2. Planteamiento del problema.	7
1.3. Justificación.	7
1.4. Objetivos.	9
2. MATERIAL Y METODOS.	10
2.1. Tipo de estudio.	10
2.2. Diseño de la investigación.	10
2.3. Población, lugar y tiempo.	11
2.4. Muestra.	12
2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	12
2.6. Definición conceptual y operativa de variables.	13
2.7. Instrumentos de recolección de datos.	14
2.8. Método para recolectar la información.	19
2.9. Maniobras de control de sesgos.	20
2.10. Prueba piloto.	20
2.11. Análisis estadístico.	20
2.12. Cronograma.	21
2.13. Recursos humanos, físicos y financiamiento.	22
2.14. Aspectos éticos y de bioseguridad.	22
3. RESULTADOS.	24
4. DISCUSIÓN.	29
5. CONCLUSIONES.	31
6. REFERENCIAS.	31
7. ANEXOS.	33

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DE CENTRO DE SALUD DR JOSE CASTRO VILLAGRANA Y RELACION CON INDICADORES DE TRATO DIGNO

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

Los profesionales de la salud son el personal del sector público más afectados por el síndrome del desgaste profesional. Se trata de profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás y se asienta sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia, con una gran tendencia a implicarse en el trabajo^{1,2}.

En este síndrome tiene un papel muy importante la presión del trabajo y el ambiente físico que envuelve al profesional. De hecho, se puede definir como un estrés laboral prolongado. Esta perspectiva de prolongación en el tiempo implica el término de quemarse².

Se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés laboral y aunque no se trata de una relación de causa-efecto, el estrés laboral es un factor importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales, dando lugar a numerosas enfermedades físicas y mentales^{3,4,5}.

Historia

En 1901 Thomas Mann, en su novela *The Buddenbrooks*, se refiere a este término o concepto. En esta obra literaria se relata la decadencia de una familia y va implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra^{1,3,5,6,7}.

El primero en usar el término fue Graham Green en una publicación de 1961, "A burnout case".

El Síndrome clínico fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes^{7,8,9}.

El término burnout o agotamiento profesional, ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach desde 1976, quien dio a conocer esta palabra burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente

entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban "quemándose" ¹⁰.

Martínez y Del Castillo: en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, es muy alta (76.4%)". ²⁰

Ibáñez y Vilaregut: en el estudio "Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Revista de Enfermería clínica", determinaron que: "El 71.4% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y éstos se correlaciona con el cansancio emocional y la despersonalización. Las enfermeras que desean cambiar su horario de trabajo (42.9%) o de profesión (32.9%) puntuaron más alto en la sub escala de cansancio emocional. Por tanto, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer burnout sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo". ²¹

Varela y Fantao: en el informe "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud (España)", arribaron a los siguientes resultados: "Se obtuvieron valores altos de cansancio emocional (54.3%) y despersonalización (55.6%); mientras que, la realización profesional fue del 6.9%. No se han hallado diferencias en estos parámetros en función de la edad, el estado civil, sexo, tipo de contrato y el ámbito de ejercicio". ²²

Román: en la investigación "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención en Chile", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención". ²³

Definición

La psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o síndrome del Burnout (quemado.). Esta autora lo describió como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal" que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas ^{7, 8, 10, 11}.

Características:

Los rasgos definitorios del síndrome de burnout provienen de los trabajos de Maslach y Jackson quienes consideran tres componentes esenciales:

1. El Cansancio Emocional: constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos. ^{13,16}
2. La Despersonalización: se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse de agotamiento.
3. La Falta de Realización Personal: el sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional) si bien puede surgir el efecto contrario, una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente. ^{13, 14, 16}

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la auto evaluación negativa.

Por otro lado, este síndrome está considerado como una variable continua, que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados. Además, la progresión no es lineal, más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo.

El síndrome de burnout o de agotamiento profesional se considera un proceso continuo y los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir^{13, 14, 15, 16}

Factores que influyen en el desgaste profesional

Personalidad: Eventos vitales, edad y años de ejercicio profesional, sexo, familia y apoyo social. Una personalidad madura y una situación vital favorable serían factores protectores ante el desgaste profesional.

Factores Laborales: Profesiones de gente que trabaja con gente. Condiciones laborales deficitarias en cuanto a medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos, sobrecarga de trabajo.

Factores Sociales: La extensión del síndrome de desgaste profesional hace pensar que el burnout puede ser un síntoma de problemas sociales más amplios^{15, 16}.

Evolución del Cuadro y Sintomatología Asociada

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

2° Etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo o aprieta el acelerador, para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible.

3° Etapa: Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descritos a los que se añaden:

Síntomas Psicosomáticos: como cefaleas, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial y alteraciones menstruales.

Síntomas Conductuales: como ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares y conducta de alto riesgo como conducción temeraria.

Síntomas Emocionales: El rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender. Ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas e incluso paranoides hacia clientes, compañeros y jefes. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.

Síntomas Defensivos: El individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros, jefes, de su situación, no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

4° Etapa: El individuo deteriorado psicológicamente y físicamente, hace que tenga bajas frecuentes, ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, que lo convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

Se ha descrito a los profesionales de las denominadas profesiones de ayuda, como los más vulnerables al agotamiento emocional y escepticismo en el ejercicio de su actividad laboral al interactuar y tratar reiteradamente con otros sujetos. El síndrome de burnout se ha asociado a gran cantidad de problemas de salud así como ausentismo laboral, constatándose tanto en observaciones clínicas como en investigaciones empíricas que han intentado arrojar luz sobre este fenómeno tan extendido en nuestros días. En general se percibe el malestar laboral a través de la falta de valoración social en su trabajo (apoyo social) y falta de medios, tiempo y recursos (apoyo material) para el desempeño de sus tareas; dureza del mismo (usuarios o pacientes conflictivos, exceso de responsabilidad) bajos salarios, falta de estímulos laborales, desinterés de las autoridades por la salud laboral, a lo que unen el reconocimiento de sus propias carencias sobre su formación profesional actual e incluso falta de vocación o capacitación para el trabajo. Se reconoce también que la relación con sus superiores tiene un carácter burocrático, muy ligada al control/sanción y poco vinculada al trabajo en equipo por lo que el estrés se puede incrementar así como el excesivo papeleo y su escasa participación en la resolución de sus problemas laborales o profesionales, así como las conflictivas relaciones con compañeros, subordinados, usuarios y pacientes.^{13, 14.}

Una gran cantidad de factores influyen en la presencia o no de este síndrome de estar quemado: como constantes fuentes de malestar (jornadas largas, gran cantidad de usuarios, papeleo excesivo, usuarios o pacientes conflictivos o demandantes, falta de vocación, falta de capacitación, no le guste el trabajo, etc.). Los recursos emocionales del sujeto tales como la existencia de motivaciones negativas que le orillaron a tomar el trabajo y las características psicológicas del propio sujeto como problemas de personalidad, inteligencia emocional ante situaciones estresantes, depresión previa o exacerbada por el síndrome de burnout^{13, 14, 15, 16.} Se incluye en la OMS en el capítulo XXI del CIE-10.

INDICADORES DE CALIDAD.

México en la actualidad cuenta con una sociedad más abierta, responsable y participativa que demanda del gobierno bienes y servicios de calidad, que avance con criterios de eficacia, eficiencia, transparencia y rendición de cuentas, que modifique la tradicional forma de ejecutar programas en la Administración Pública orientándola hacia nuevos objetivos tales como las políticas públicas, la gerencia pública y la gerencia social. Este cambio de rumbo en materia de salud pública, se encuentra orientado hacia un nuevo paradigma consistente en considerar la perspectiva de los usuarios para garantizar tanto el *trato digno*.¹⁷

Ofrecer una gran cantidad de servicios no es suficiente si no se ofrece con una adecuada calidad, ya que entonces aumenta la probabilidad de someter a los usuarios a riesgos sin los correspondientes beneficios, de ahí la necesidad de hacer Gestión de Calidad. Asimismo existe un reconocimiento generalizado de que los procesos que se realizan con calidad contribuyen a una mayor eficiencia operativa; lo que en materia de salud se ve reflejado en que el paciente sea capaz y participe activamente en el proceso de su atención. El

planteamiento anteriormente señalado es recogido por la **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**, la cual tiene el objetivo de Elevar la calidad de los servicios de salud. ¹⁷. De esta forma la monitorización de indicadores es un sistema consistente en el registro periódico de parámetros de medición que reflejan el estado asistencial a nivel unidad, jurisdiccional, institucional, estatal y nacional, por ejemplo los *indicadores de trato digno* y atención médica efectiva del sistema INDICA.

Si bien el muestreo, diagnóstico de salud y monitorización de indicadores son herramientas que sirven para el control de un problema de salud, también son fuente de información para la identificación y selección de un problema que merece la mejora continua.¹⁷.

El Trato Digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define en la Cruzada como:

1. Respeto a los Derechos Humanos y a las características de la persona
2. Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de él o de ella
3. Interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos
4. Amabilidad

El conjunto de indicadores que conforman este índice miden el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica. ¹⁹.

Para realizar las mediciones en unidades de salud y servicios de urgencias en hospitales se han diseñado los siguientes formatos para el

Índice de Trato Digno:

- F1-TD/02: Recolección de datos de Indicadores de Trato Digno
- F2-TD/02: Concentración de datos del Formato F1-TD/02

Ver anexos.

Definición del indicador: Porcentaje de pacientes atendidos por el personal de medico que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno. Los criterios son las condiciones señaladas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Definición operacional: Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal medico durante su atención.

El índice de Trato Digno se construye con los siguientes indicadores y tiene un valor máximo de 100 puntos:

Cuadro: 1.

<i>Indicador y satisfacción con el mismo.</i>	<i>Estándar.</i>
Oportunidad en la atención.	85%
Comunicación con el medico.	85%

Recetas surtidas de manera completa.	95%
Trato recibido del personal de la unidad medica.	90%

Fórmula: Total de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por el personal medico que respondieron afirmativamente a los

Criterios determinados para trato digno en el servicio y periodo a evaluar

$$\frac{\text{Criterios determinados para trato digno en el servicio y periodo a evaluar}}{\text{Total de pacientes encuestados en el mismo servicio y periodo}} \times 100$$

Estándar: 95 % Calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el trato digno. ^{17,18.}

Semaforización: luz verde por arriba de 90%, luz amarilla entre 90 a 70 y luz roja por debajo de 70%.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al incremento de casos de síndrome de burnout en personas que trabajan con personas, en este caso personal medico, paramédico, administrativo, nuestro personal que trabaja en el centro de salud esta susceptible de padecerlo por lo que surgen las siguientes interrogantes ¿Cual será la frecuencia del síndrome de burnout en el personal médico del centro de salud Dr. José castro Villagrana y esta estará relacionada con el nivel de satisfacción del paciente? ^{2, 3, 6, 8,9.}

1.3. JUSTIFICACIÓN.

El estrés se ha convertido en una patología que acompaña a gran parte del personal médico. El síndrome de burnout, también llamado síndrome de estar quemado o de desgaste profesional, se considera como la consecuencia del estrés laboral crónico. El burnout, se produce especialmente en áreas de servicios y afecta a profesionales con trato directo con clientes, usuarios o pacientes.^{2,3}

Diversas investigaciones concluyen que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés laboral y aunque no se trata de una relación de causa-efecto, es un factor

importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales, dando lugar a numerosas enfermedades físicas y mentales.

México es un país en constante cambio y esto origina una sociedad más abierta y participativa que demanda cada vez mejores servicios de salud para esto surgen diferentes organismos y programas públicos orientados a hacer cumplir tales demandas de la sociedad y sobre todo medirlos y evaluarlos en este caso la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud implementa el indicador de trato digno al paciente. De esta forma la monitorización de indicadores es un sistema consistente en el registro periódico de parámetros de medición que reflejan el estado asistencial a nivel unidad, jurisdiccional, institucional, estatal y nacional, de esta forma estaremos correlacionando la frecuencia del síndrome de burnout en nuestro personal que trabaja con personas y si esto repercute positiva o negativamente en los indicadores de calidad del trato digno al paciente.^{17, 18,19.}

En cuanto a la **duplicación**: El síndrome de Burnout cuenta con múltiples investigaciones pero se carece de información sobre efectos de este síndrome en indicadores de calidad así como existen pocos estudios sobre la comparación de la frecuencia de este síndrome en diferentes áreas en la que labora el personal médico; con respecto a la **urgencia de los datos**: aunque la información recabada en el estudio no es urgente se puede emplear inmediatamente e informar a las autoridades administrativas a nivel central sobre el posible impacto de este síndrome en la salud y bienestar del personal de la salud, que incluso esta presente en otras áreas; con respecto al **asentimiento moral**: no parece existir problema ético en el proceso de investigación lo cual será determinado por el comité de ética en investigación; **asentimiento político y económico**: puede ser de gran interés ya que el resultado de esta estudio podría sembrar las bases de reconocimiento oficial de esta entidad patológica en personal de salud, su relativa frecuencia y de esta forma iniciar programas institucionales de salud laboral para así atender el bienestar del personal médico para un mejor ambiente laboral, disminución de incapacidades ocasionadas por este síndrome, ausentismo laboral, mejoras en programas de salud, metas e indicadores de calidad; **con respecto a la viabilidad**: Es complejo el protocolo de investigación pero se cuenta con suficiente bibliografía para sustentar su contenido y desarrollo del mismo, se cuenta con tiempo para su aplicación, y el posible costo en la investigación no es demasiado; con respecto a la **magnitud** todo el personal médico del castro Villagrana es susceptible de padecer síndrome de burnout por lo que los indicadores de calidad que evalúan el funcionamiento del centro depende de cada médico; con respecto a la **trascendencia**: puede tener repercusiones a mediano y largo plazo porque se sumara a otras investigaciones para concluir que este síndrome es muy frecuente y repercute directamente en la salud individual, colectiva y en programas de salud; en cuanto a su **pertinencia**: tiene relación íntimamente con el problema de salud de los médicos, por lo que este estudio pretende relacionar su frecuencia con el nivel de salud del personal que labora en el centro de salud, por lo que esta relación se

encuentra muy estrecha, este estudio pretende demostrar eso; en cuanto a la *aplicabilidad*. Los resultados pueden ser mostrados inmediatamente a personal de salud, personal administrativo de recursos humanos, secretaria de salud a nivel central, congresos, etc. para hacer notar la importancia de la frecuencia de este síndrome en personal de salud y su efecto directo en indicadores de calidad.

1.3. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia del síndrome de burnout en el personal medico del centro de salud Dr. José castro Villagrana.

ESPECÍFICOS

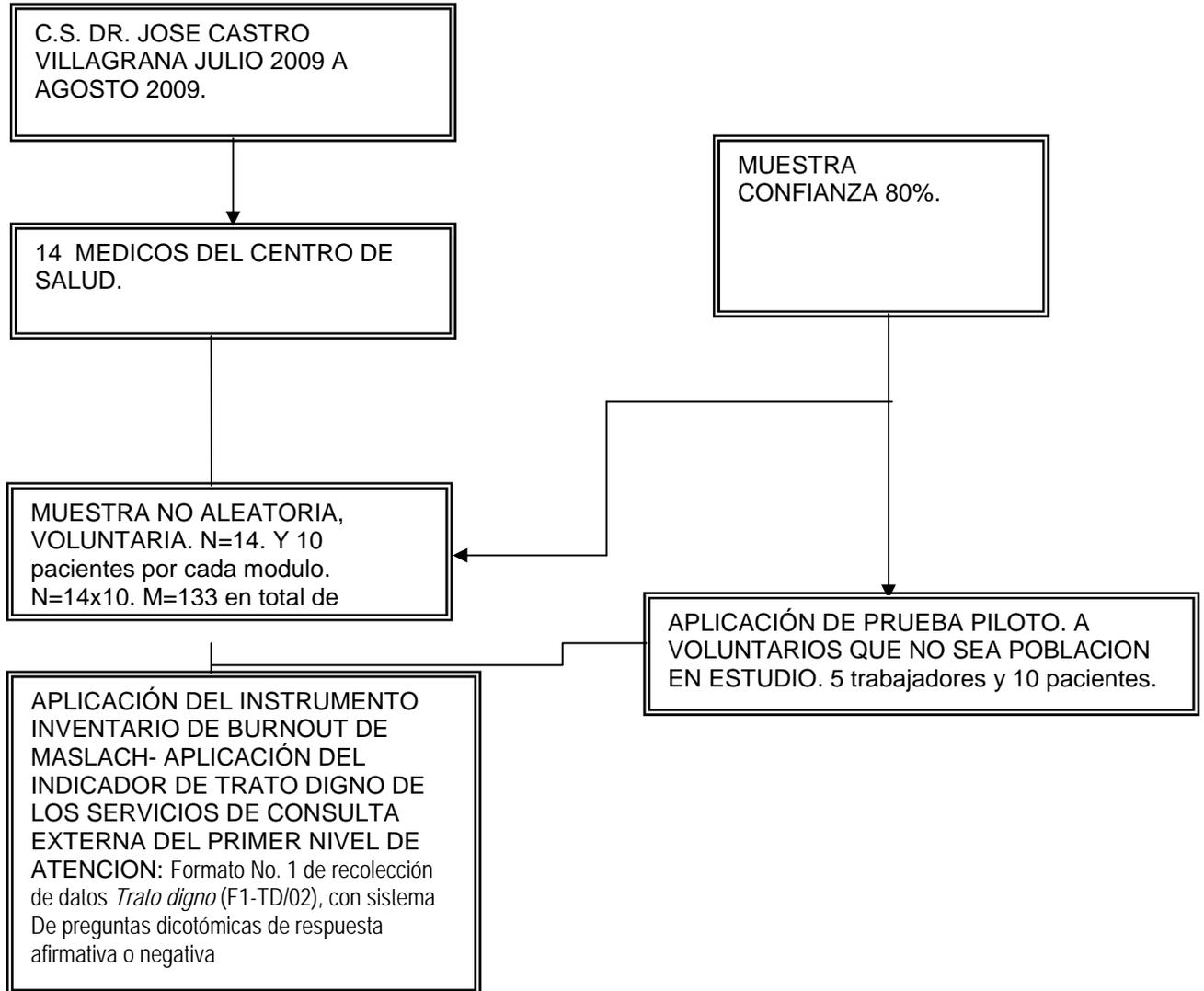
- a. Determinar el nivel y frecuencia de desgaste emocional en el personal medico del centro de salud Dr. José castro Villagrana.
- b. Determinar el nivel y frecuencia de despersonalización en el personal medico del centro de salud Dr. José castro Villagrana.
- c. Determinar el nivel y frecuencia de falta de realización personal en médicos del centro de salud Dr. José castro Villagrana.
- d. Correlacionar la frecuencia del síndrome y el indicador de trato digno al paciente.
- e. Determinar si la frecuencia del síndrome se relaciona con indicadores altos o bajos de calidad.

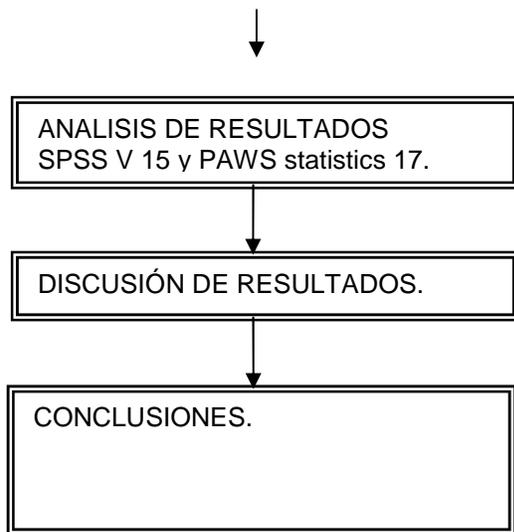
2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio

El estudio es de tipo transversal, descriptivo, comparativo (correlacional) y prospectivo.

2.2. Diseño de la investigación.





2.3. Población, lugar y tiempo

El personal médico que labora en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana, en los 2 turnos, que son susceptibles de ser evaluados mediante indicadores de calidad: 14 médicos por módulos en los turnos matutino y vespertino.

El diseño muestral empleado para determinar la cantidad de pacientes por modulo fue estrictamente probabilístico estratificado, único método conocido que permite efectuar inferencias al Universo, e interpretar los resultados estadísticamente, calculando además, a priori, la precisión a obtener, y, a posteriori, calcular la precisión realmente obtenida para determinar la frecuencia del síndrome en personal medico se tomara una muestra del total de médicos N=14 y para determinar la muestra de encuestas de trato digno se tomo del bimestre julio-agosto 2009 del calendario bimestral de médicos en consulta externa que forma parte de los indicadores de calidad de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud(ver ANEXO: 5,6,7) el cual para 14 médicos el total de consultas por bimestre es de entre 3531 a 4420 la muestra es de 133 (confianza 80%): M= 133 encuestas pacientes o familiares de pacientes por cada modulo, que participen de manera voluntaria. El total de encuestas se dividirá en igual de proporción con el numero de consultorios N=14, que es 9.5 pacientes redondeado a 10 pacientes por modulo.

Fórmula utilizada para poblaciones finitas:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Se emplea un nivel de confianza de 80% (Z), con un error de 5% (e) y los valores de p y q se establecen en la proporción de 70% y 30% Respectivamente.

Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana Coapa y Carrasco S/N. Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, Del. Tlalpan 56 06 65 16.

Julio 2009 a agosto 2009. (Periodo de realización de encuestas).

2.4. Muestra.

La población en estudio está constituida por médicos de base y de confianza de los turnos matutino y vespertino que laboran en jornada en el Centro de Salud Dr. Castro Villagrana. Se pretende trabajar con una muestra no aleatoria, voluntaria de 14 médicos y 133 pacientes o familiares de pacientes en total, la cual se repartirá en igual proporción por consultorio (N=14, M=133). Para lo que previamente se aplicara una prueba piloto a 5 trabajadores y 10 pacientes elegidos aleatoriamente que no forme parte del grupo seleccionado. Una vez concluido el protocolo y haber sido aprobado por el comité de ética e investigación y con registro oficial ante la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México se pretende aplicar el instrumento *Inventario de Burnout de Maslach (MBI)*, para posteriormente realizarse el análisis de resultados en el programa estadístico SPSS 15.0 y PAWS statistics 17.0 for Windows, para terminar con la discusión y las conclusiones finales.

2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

INCLUSIÓN

Todo el personal médico que labora en el centro de salud de base, contrato o de confianza que este asignado a algún modulo dentro del centro de salud y que tenga contacto directo con pacientes.

Todo el personal médico que acepte contestar en forma voluntaria y completa el cuestionario *inventario de Burnout de Maslach*.

10 pacientes o familiares de pacientes por cada modulo que recibieron atención médica (módulos que aceptaron previamente la aplicación del cuestionario de burnout de Maslach.) y que acepten voluntariamente en aplicación de encuestas.

Edad: mayores de 16 años para pacientes o familiares de pacientes.

EXCLUSIÓN

No haber aceptado participar en el estudio.

No labore en el Centro de Salud como personal de base, contrato o de confianza, que no tenga trato con pacientes, personal eventual (como pasantes de medicina, enfermería y odontología, médicos residentes de medicina familiar), o bien se encuentre de paso por la unidad.

No hayan recibido atención en algunos de los módulos participantes.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Menores de 16 años para pacientes o familiares de pacientes.

ELIMINACIÓN

Encuesta incompleta.

2.6. Definición conceptual y operacional de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION
Horas de trabajo.	Total de horas laboradas a la semana.	Continua.	< De 40. 40-60 horas. 61 a 70. > 70.
Otro puesto de trabajo.	Es la existencia de otra u otras jornadas de trabajo remunerado independientes de la actual.	Ordinal.	1: si. 2: no.
Cantidad de personas con las que interacciona.	Es la cantidad de personas a las que tiene que dar servicio como medico dentro de su o sus jornadas de trabajo.	Continua.	A: 10-20 B:21-30 C:31-40 D:41-50 E:>51
Agotamiento Emocional	El Agotamiento o cansancio Emocional se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo. ^{13, 16} . Si se obtienen puntajes altos, esos indican que el individuo ya no tiene recursos emocionales, presentando cansancio al inicio y al final de la jornada y un nivel alto de tensión percibido a consecuencia del trabajo ^{13,16} .	Nominal.	escala de liker: nunca:1, algunas veces al año: 2, algunas veces al mes: 3, algunas veces a la semana: 4, diariamente: 5.
Despersonalización.	Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al usuario por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos. ^{13, 14,15} . Puntajes altos indican una tendencia marcada de percibir o pensar en otros como cosas u objetos con un comportamiento insensible, poniendo distancia de otros y con una	Nominal.	escala de liker: nunca:1, algunas veces al año: 2, algunas veces al mes: 3, algunas veces a la semana: 4, diariamente: 5.

	autopercepción de endurecimiento emocional. ^{13, 14,16.}		
Realización Personal	Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los individuos sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo. ^{13, 14,15.} Puntajes bajos indica que la persona no está haciendo un trabajo que perciba como que vale el esfuerzo, con dificultad para entender a sus alumnos, enfrentar problemas y vitalidad disminuida. ^{13, 14,16.}	Nominal.	escala de liker: nunca:1, algunas veces al año: 2, algunas veces al mes: 3, algunas veces a la semana: 4, diariamente: 5.
Trato digno	Percepción que tiene el paciente o familiar del paciente del trato o la atención proporcionada por el personal médico durante la atención. ^{17,18.}	Nominal.	Semaforización (asignación de un color según el porcentaje obtenido: luz verde por arriba de 90%, luz amarilla entre 90 a 70 y luz roja por debajo de 70%).
Sexo.	Grupo de género al que se pertenece: masculino o femenino; hombre o mujer.	Nominal dicotómica.	1. masculino. 2. femenino.
Años en el puesto.	Cantidad de años laborados en el puesto que ocupa actualmente.	Continua.	A: 1-5 años B: 6-10 años C: 11-15 años D: 16-20 años E: 21-25 años F: 26-30 años

2.7. Instrumentos de recolección de datos.

El registro primario lo constituyo el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach y Jackson, 1981a; 1986) anexo 1. El cuestionario autoadministrado de 22 ítems que se aplica en 10 a 15 minutos. El cuestionario evalúa 3 dimensiones del síndrome: el cansancio emocional cuenta con 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); la despersonalización por 5 ítems (5,10,11,15,22); y la realización personal de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Los grados de intensidad según la escala de liker: nunca: 1, algunas veces al año: 2, algunas veces al mes: 3, algunas veces a la semana: 4, diariamente: 5.

Para medir las dimensiones se uso el siguiente puntaje usado por la mayoría de los investigadores:

Cansancio emocional:

Nivel de cansancio.	Puntaje.
Bajo.	<19.
Medio.	20-26.
Alto.	>27.

Despersonalización:

Nivel de despersonalización.	Puntaje.
Bajo.	<6.
Medio.	7-9.
Alto.	>10.

Realización personal:

Nivel de realización.	Puntaje.
Bajo.	0-33
Medio.	34-39.
Alto.	>40

Se incluyo además una encuesta donde se obtienen los siguientes datos: sexo, años en el puesto, horas de trabajo, otro trabajo, cantidad de personas con las que interacciona al día. Para la interpretación del nivel general del síndrome de burnout se utilizo la escala recomendada por Mingote y Pérez ^{10, 11}, el cual consta de 3 niveles de estadiaje:

Puntaje:	Nivel:
0-33.	Bajo o leve.
34-66.	Medio.
67-100.	Alto o profundo.

El registro secundario se realizara con los indicadores de calidad de trato digno anexo 5. El conjunto de indicadores que conforman este índice miden el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica, en unidades de salud de primer nivel.

Para realizar las mediciones en unidades de salud y servicios de urgencias en hospitales se han diseñado los siguientes formatos para el

Índice de Trato Digno:

•F1-TD/02: Recolección de datos de Indicadores de Trato Digno. Anexo 5.

•F2-TD/02: Concentración de datos del Formato F1-TD/02. Anexo 6.

El índice de Trato Digno se construye con los siguientes indicadores y tiene un valor máximo de 100 puntos:

Indicador y satisfacción con el mismo.	Estándar.
Oportunidad en la atención.	85%
Comunicación con el medico.	85%
Recetas surtidas de manera completa.	95%
Trato recibido del personal de la unidad medica.	90%

Indicador de Satisfacción por la oportunidad en la atención Valor: 15 puntos, Satisfacción con tiempo de espera

Nombre: Porcentaje de usuarios satisfechos con tiempo de espera: ítem: 09.

Definición: Grado de satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) por el tiempo de espera transcurrido entre el momento que se asignó la consulta o está registrada su cita y el momento en que pasan al consultorio, expresado en porcentaje respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les permitió hablar sobre su estado de salud

X 100

Total de usuarios entrevistados

Estándar: 85%. Fuente: Usuarios entrevistados.

Indicadores de Satisfacción por la comunicación entre Médico y Paciente. Valor: 35 puntos, Comunicación del paciente al médico

Nombre: Porcentaje de usuarios a los que el médico les permitió hablar sobre su estado de salud. Ítem: 10.

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico dio la oportunidad de expresar la situación de salud del paciente con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les permitió hablar sobre su estado de salud

X 100

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 6. Estándar: 85%. Fuente: Usuarios entrevistados.

Explicación sobre diagnóstico.

Nombre: Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre su estado de salud (diagnóstico). Ítem: 11.

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre la situación de salud del paciente, con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre el estado de salud del paciente

X 100

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 7. Estándar: 85%. Fuente: Usuarios entrevistados.

Explicación sobre tratamiento

Nombre: Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre su tratamiento. Ítem: 12.

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre el tratamiento indicado al paciente, con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre el tratamiento indicado

X 100

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 8

Estándar: 85% Fuente: Usuarios entrevistados.

Explicación sobre cuidados a seguir

Nombre: Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre los cuidados que deben seguir. Ítem: 13.

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó los cuidados que deben seguir, relacionados con la situación de salud del paciente, con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre los cuidados que se deben seguir.

X 100.

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 5. Estándar: 85%. Fuente: Usuarios entrevistados.

Claridad de la información

Nombre: Porcentaje de usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico. Ítem: 14.

Definición: Grado de claridad de la información proporcionada por el médico con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) que consideraron clara la información proporcionada por el médico

X 100.

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 9. Estándar: 85%. Fuente: Usuarios entrevistados.

Surtimiento de medicamentos

Nombre: Porcentaje de usuarios satisfechos con la entrega de medicamentos. Ítem 15.

Definición: Grado de satisfacción de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) por la entrega de medicamentos prescritos por el médico, con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) satisfechos por la entrega de medicamentos prescritos por el médico

_____ X 100.

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 20. Estándar: 85%. Fuente: Usuarios entrevistados.

Satisfacción con el trato recibido

Nombre: Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido en la unidad médica. Ítem: 16.

Definición: Grado de satisfacción que manifiestan los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes), por el trato recibido en la unidad médica, expresado en porcentaje, con respecto al total de usuarios entrevistados.

Fórmula: Número de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) que manifestaron haber recibido trato muy bueno y bueno en la unidad médica.

_____ X 100.

Total de usuarios entrevistados

Ponderación: 30. Estándar: 90%. Fuente: Usuarios entrevistados.

2.8. método para recolectar la información

Se les pidió a los médicos participantes de cada modulo que contesten sinceramente un cuestionario autoaplicable de 22 ítems, que aborda temas como el *desgaste emocional (AGOTAMIENTO EMOCIONAL)*, los sentimientos de *auto eficacia (REALIZACIÓN PERSONAL)* y *actitudes* hacia los usuarios o pacientes (*DESPERSONALIZACIÓN*) que atiende en el centro de salud Dr. José castro Villagrana. El instrumento aplicado fue el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach y Jackson, 1981a; 1986) con formato de liker

para las respuestas, se dio de forma impresa, voluntaria y con el consentimiento informado anexado, la muestra al final de médicos fue de 13 ya que una doctora no acepto participar en el estudio y la muestra de pacientes en total fue de 130, 10 por cada médico a los cuales se aplico la encuesta de *Trato digno* (F1-TD/02), con sistema de preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa.

Fuentes e instrumentos para recolección de datos:

Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach y Jackson, 1981a; 1986) ANEXO: 1.

Formato No. 1 de recolección de datos *Trato digno* (F1-TD/02), con sistema

De preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa. ANEXO: 5.

Formato No.2 de concentración de datos por criterio (F2-TD/02). ANEXO: 6.

2.9. maniobras para control de sesgos.

Con el fin de evitar un cambio de conducta del medico hacia los pacientes las encuestas se realizaron después de la consulta a la salida del centro de salud a horas y fechas al azar, sin que el medico se de cuenta del día y la hora de aplicación de las mismas. En el instrumento Inventario de Burnout de Maslach (MBI) se colocaron unas indicaciones *"A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción."* De esta forma se pretende que la información recabada sea verdadera.

2.10. Prueba piloto.

Aplicación de prueba piloto a. A voluntarios que no sean población en estudio. 5 trabajadores y 10 pacientes. Se les pedirá a los 5 participantes voluntarios de las pruebas piloto que contesten sinceramente un cuestionario autoaplicable de 22 ítems y a los 10 participantes del cuestionario de trato digno. De esta forma se determina el tiempo aproximado de aplicación el cual para el Maslach es de 10-15 minutos y el de trato digno de 1 -3 minutos.

2.11. Análisis estadístico.

Se realizo un estudio descriptivo, transversal, correlacional, con base en los datos aportados en la encuesta aplicada a médicos y pacientes o familiares de pacientes a la salida de la consulta. Describe las características de las variables sin ninguna intervención directa por el investigador, transversal porque de hizo en el periodo del 01 07 09 al 31 08 09 y no hay seguimiento de evolución de variables y correlaciona las variables entre si. El procesamiento estadístico se realizo con los programas: SPSS 15.0 Statistical Package for Social Sciences y PAWS Statistics 17.0, realizándose una descripción estadística de cada variable. Para las variables cualitativas se usara odds ratio (razón), porcentaje y proporción. Para las cuantitativas con las medidas de dispersión (desviación estándar e intervalos) y centralización (promedio, media). Se uso la prueba

t de student para variables cuantitativas y test z para cualitativas y la comparación mediante la correlación de Spearman, se considero una significancia estadística de $p < 0.05$.

(**Proporción:** es un cociente en el que el numerador está incluido en el denominador; **Razón:** En este cociente el numerador no forma parte del denominador la razón se calcula entre la probabilidad de que ocurra un evento y la probabilidad de que éste no ocurra, la razón recibe también el nombre de **odds ratio**, la **prevalencia (P)** cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo).

2.12. Cronograma.

Cronograma en meses. Diagrama de Gantt.

<i>Etapas/actividad</i>	<i>01</i>	<i>02</i>	<i>03</i>	<i>04</i>	<i>05</i>	<i>06</i>	<i>07</i>	<i>08</i>	<i>09</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
1. Planeación:	x	x	x									
2. Marco teórico.			x	x	x	x						
3. Material y métodos.					x	x						
4. Registro y autorización del proyecto.						x						
5. piloto.						x						
6. aplicación de encuestas.						x	x	x	x	x		
7. recolección de datos.							x					
8. almacenamiento de datos.							x					
9. análisis de los datos.								x	x			
10. descripción de los resultados.								x	x			

11. discusión de resultados.										X			
12. conclusiones del estudio..										X			
13. integración y revisión final..										X	X		
14. reporte final											X	X	
15. autorizaciones, impresión y solicitud de examen.												X	X

2.13. Recursos humanos, físicos y financiamiento.

Se requiere del autor de este estudio para realizarlo y médicos trabajadores del centro de salud voluntarios para aplicación de las encuestas, así como pacientes o familiares que acuden a consulta en el centro de salud.

Se emplearon hojas de tamaño carta, fotocopias para las correcciones en las asesorías, engrapadora, grapas, plumas, lápices, sacapuntas, goma, una computadora PC con software 2003 programa de Word, memoria USB portátil de 2G, impresora Lexmark, cartuchos con tinta negra y color, programa estadístico SPSS 15.0 y PAWS Statistics 17.0 for Windows.

El centro de salud Dr. José castro Villagrana.

2.14. Aspectos éticos y de bioseguridad.

Tomando en cuenta las consideraciones de la *“declaración de Helsinki”* de la asociación médica mundial constatada en la 52ª asamblea general mundial de Edimburgo, Escocia en octubre del 2000 que orienta a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

“el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología, patógena de las enfermedades incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad”

Se apega al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, referente al título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría I, dice:

"Investigación sin riesgo", son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizan ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 20 dice: *" se entiende por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna".*

Art. 38 Ley Federal de Información Estadística y Geográfica. "Los datos e informes proporcionados por los particulares para fines estadísticos serán
Manejados bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse en ningún caso en forma nominativa o individualizada ni harán prueba ante autoridad administrativa ni en juicio ni fuera de él".

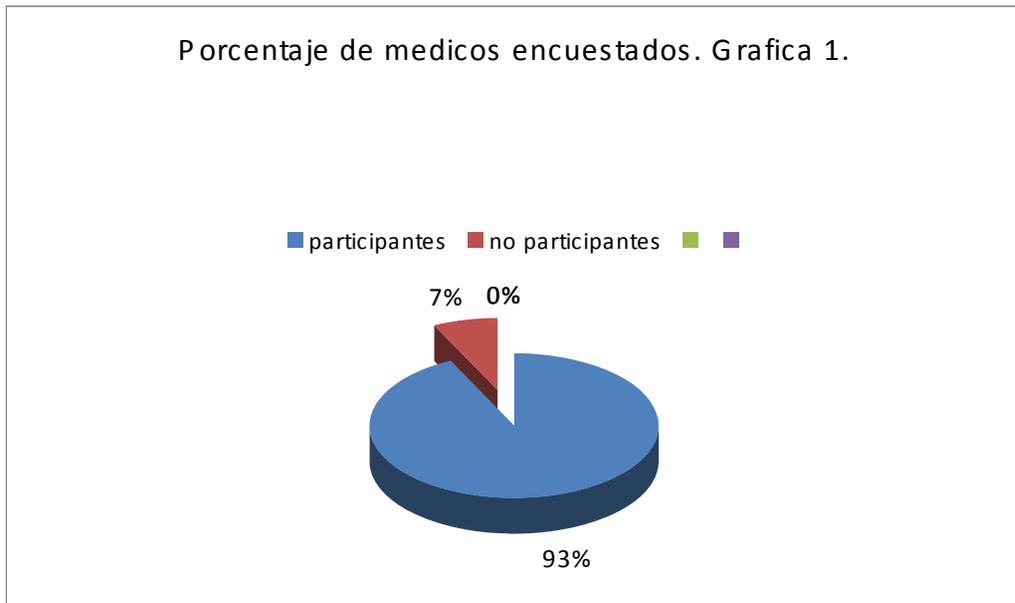
Carta de los derechos generales de los pacientes, puntos 1 al 3. Ley General de Salud Artículos 51 y 83.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México, SSA 2002.

El trabajo se presentara para ser aprobado por el comité de ética del centro de salud Dr. José Castro Villagrana SSPDF. Y se solicitara el consentimiento de participación voluntaria a cada trabajador.

3. RESULTADOS.

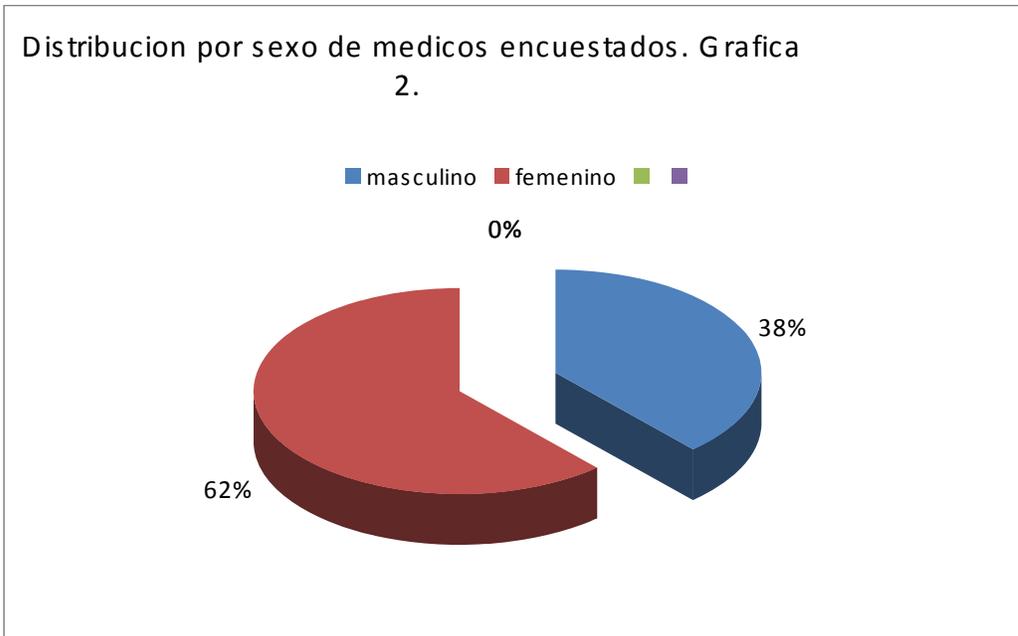
Se trabajo con un total de 13 médicos, 5 del sexo masculino (38.46%) y 8 del sexo femenino (61.53%) grafica 1.



Fuente: encuestas (trabajo de investigación).

La población total del centro de salud Dr. José Castro Villagrana n=14 (grafica 1), se redujo a n=13 ya que tomando en cuenta los criterios de exclusión donde se elimina del estudio aquel que no acepte participar voluntariamente, por lo que solo un medico se descarto.

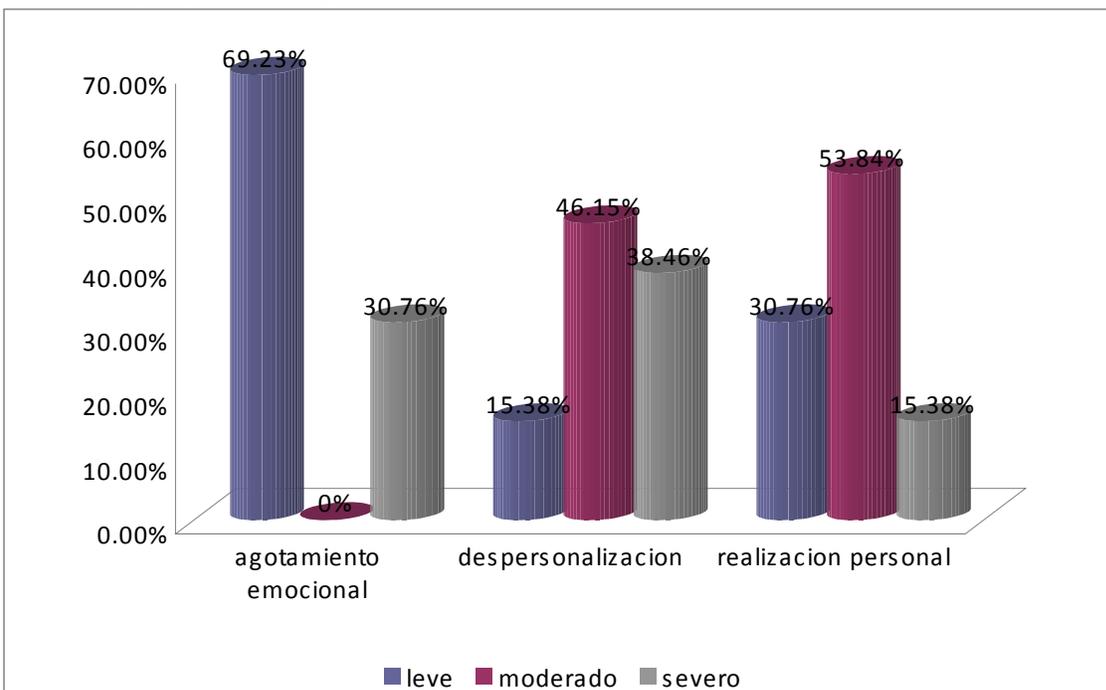
De la muestra final de médicos a encuestar la distribución según sexo fue de 62% para el sexo femenino y 38% para el masculino (femenino: 8, masculino: 5). Grafica 2.



Fuente: encuestas (trabajo de investigación).

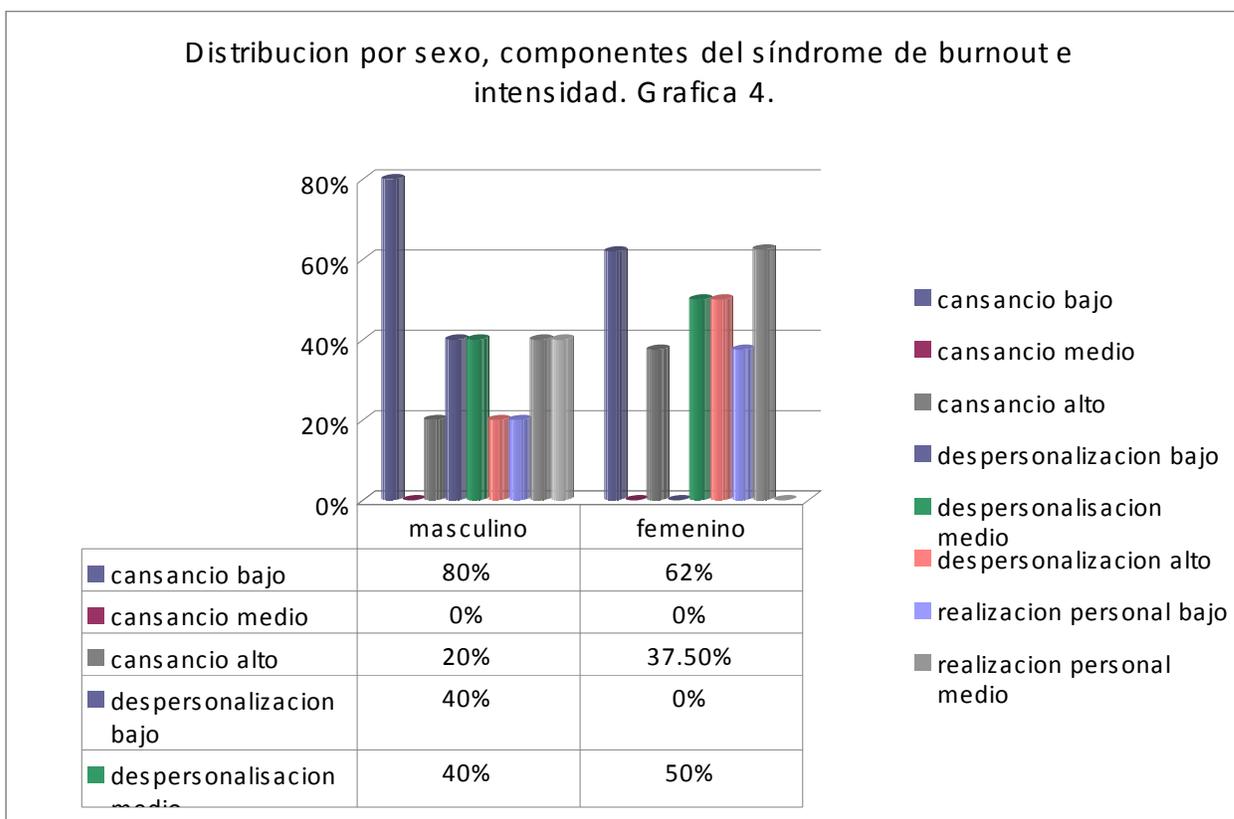
Los resultados de las encuestas de la primera etapa en la cual se aplico el inventario de burnout de Maslach a 13 médicos, la prevalencia de cada uno de los 3 componentes del síndrome se resume en la grafica 3.

Distribución por prevalencia y nivel del síndrome de burnout. Grafica 3.



Fuente: encuestas (trabajo de investigación).

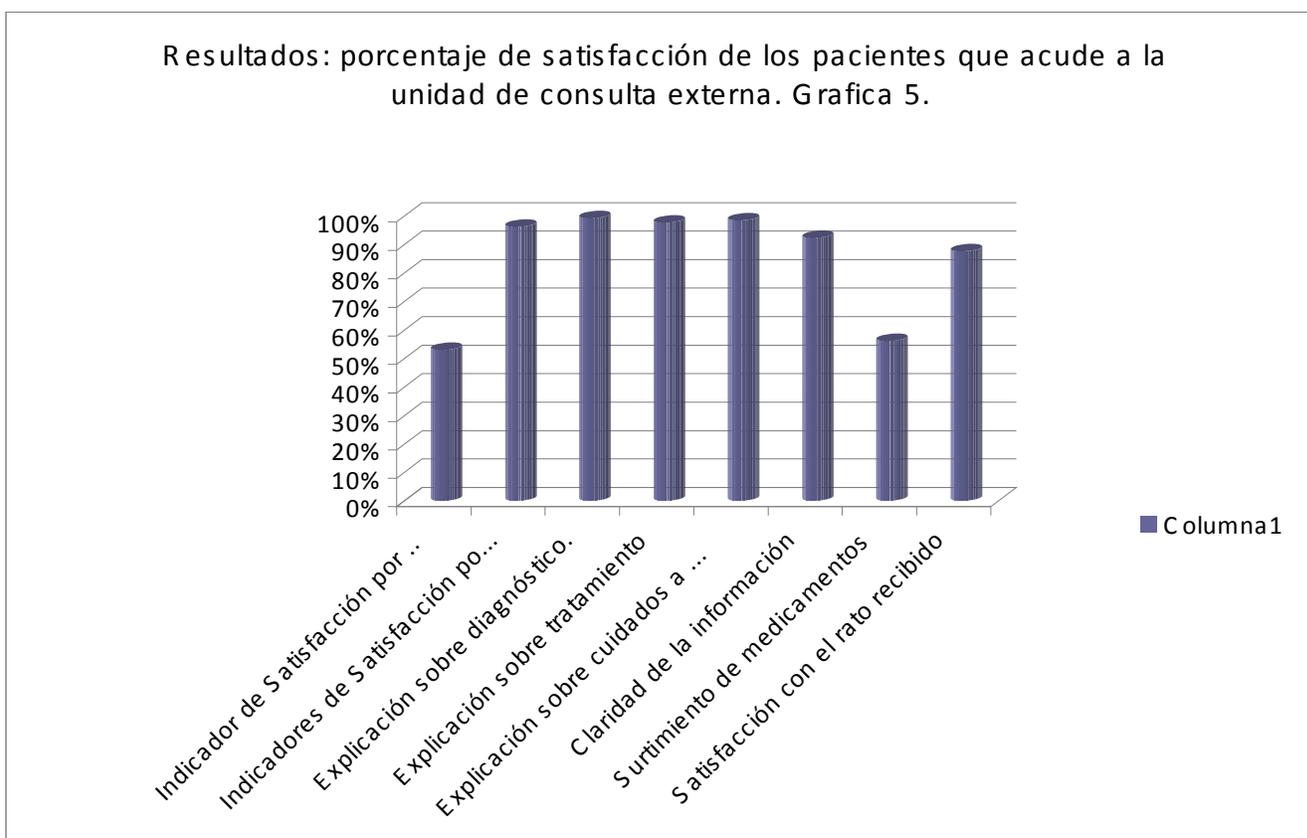
En la grafica 3. Observamos que la mayor prevalencia de los 3 componentes del síndrome de burnout en escalas leve, moderado y severo es de 69.23% para el componente agotamiento emocional grado leve, seguida de realización personal 53.84% en su grado medio y despersonalización grado medio en un 46.15%. En los grados severos de la enfermedad el 37.46% de los médicos se afectaron en el componente despersonalización, seguida de un 30.76% en agotamiento emocional y un 15.38% en realización personal. Fuente: encuestas (trabajo de investigación).



Fuente: encuestas (trabajo de investigación).

La dimensión cansancio emocional se presento con predominio en el sexo femenino 37.5% con una proporción 3: 8, odds ratio 0.375 esto es 1 por cada 2.6 de médicos del sexo femenino enfermos/sanos, contra 20% del sexo masculino con una proporción 1: 5, odds ratio 0.2. En cuanto al nivel de despersonalización también predomino el sexo femenino 50% con una proporción 4: 8, odds ratio 0.5 esto es 1 de cada 2 médicos padece despersonalización de médicos del sexo femenino en comparación con la frecuencia de despersonalización en el sexo masculino 20% con una proporción 1: 5, odds ratio 0.2. y en cuanto a realización personal igualmente predomino en el sexo femenino: en cuanto al nivel bajo de realización personal en el sexo femenino se presento en un 37.5%, proporción 3: 8, odds ratio 0.375, 1 de

cada 2.6 médicos del sexo femenino padece bajo nivel de realización personal y el masculino con un 20%, proporción 1:5, odds ratio 0.2. En el nivel medio también predominó en el sexo femenino con 62.5%, proporción 5: 8, odds ratio 0.625, esto es 1 de cada 1.6 y en el sexo masculino el nivel medio fue de 40%, proporción 2: 5, odds ratio 0.4. Y por último en el nivel alto de realización personal fue predominante en el sexo masculino con un 40%, con una proporción 2: 5, odds ratio 0.4 lo contrario del sexo femenino con un 0%, proporción 0: 8, odds ratio 0. Gráfica 4. Fuente: encuestas (trabajo de investigación).



Fuente: encuestas (trabajo de investigación)

Trato digno n: 130. El indicador de satisfacción en tiempo de espera el porcentaje fue de 53%, proporción 69:130/ 1:1.8, odds ratio 0.53. Indicador de satisfacción por la comunicación entre médico paciente fue de 96.15%, proporción 125: 130/1: 1.04, odds ratio 0.9615384. Indicador de satisfacción por la explicación sobre el diagnóstico fue de 99.2%, con una proporción 129: 130/1: 1.0077819, odds ratio 0.9923076. El indicador de satisfacción por la explicación del tratamiento. Fue de 97.6%, proporción 1: 1.023622, odds ratio 0.976923. Indicador de satisfacción por la explicación sobre cuidados a seguir. 98.4%, proporción 1: 1.015625, odds ratio 0.9846153. Indicador de satisfacción por la claridad de la información un porcentaje de 92.3%, con una proporción de 1: 1.083, odds ratio 0.9230769. Indicador de satisfacción por el surtimiento de medicamentos el

porcentaje fue de 56.1%, proporción 1: 1.7, odds ratio 0.5615384. Indicador de satisfacción con el trato recibido el porcentaje fue de 87.6%, proporción 1: 1.1403508, odds ratio 0.876923. Grafica 5. Fuente: encuestas (trabajo de investigación)

Variables cuantitativas:

En cuanto al análisis de las variables cuantitativas las **horas de trabajo acumuladas a la semana** n: 13. El rango máximo fue de 65, y el mínimo de 40 horas a la semana con una media de 46.9231, DE: 9.22, con un valor de: 0, t: 18.289, con una confianza de 95%. **Cantidad de personas con las que interacciona** n: 13. El rango máximo de 65 y el mínimo de 12 personas con las que se interactúa al día, con una media de 37.84, DE: 17.96, t: de 7.595, diferencia de medias 37.84, con una confianza de 95%. **Años en el puesto** n: 13, el rango máximo fue de 28 años y el mínimo de 1 año, con una media de 17, DE: 7.52, t: 8.142, valor de la prueba de 0, diferencia de media: 17.0, con una confianza de 95%.

Variables cualitativas:

En lo que respecta a las variables cualitativas. **Otro puesto de trabajo** n: 13, el 46.15% si tiene otro puesto de trabajo, proporción 6: 15, odds ratio: 0.4. **Agotamiento emocional** n: 13. Se presento con predominio en el sexo femenino 37.5% con una proporción 3: 8, odds ratio 0.375 esto es 1 por cada 2.6 de médicos del sexo femenino enfermos/sanos, contra 20% del sexo masculino con una proporción 1: 5, odds ratio 0.2. **Despersonalización** n: 13. También predomino el sexo femenino 50% con una proporción 4: 8, odds ratio 0.5 esto es 1 de cada 2 médicos del sexo femenino padece despersonalización en comparación con la frecuencia de despersonalización en el sexo masculino 20% con una proporción 1: 5, odds ratio 0.2. **Realización personal** n: 13. En cuanto al nivel bajo de realización personal en el sexo femenino se presento en un 37.5%, proporción 3: 8, odds ratio 0.375, 1 de cada 2.6 médicos del sexo femenino padece bajo nivel de realización personal y el masculino con un 20%, proporción 1:5, odds ratio 0.2. En el nivel medio también predomino en el sexo femenino con 62.5%, proporción 5: 8, odds ratio 0.625, esto es 1 de cada 1.6 y en el sexo masculino el nivel medio fue de 40%, proporción 2: 5, odds ratio 0.4 y por ultimo en el nivel alto de realización personal fue predominante en el sexo masculino con un 40%, con una proporción 2: 5, odds ratio 0.4 lo contrario del sexo femenino con un 0%, proporción 0: 8, odds ratio 0. **Trato digno** n: 130. **El indicador de satisfacción en tiempo de espera** el porcentaje fue de 53%, proporción 69:130/ 1:1.8, odds ratio 0.53. **Indicador de satisfacción por la comunicación entre medico paciente** fue de 96.15%, proporción 125: 130/1: 1.04, odds ratio 0.9615384. **Indicador de satisfacción por la explicación sobre el diagnostico** fue de 99.2%, con una proporción 129: 130/1: 1.0077819, odds ratio 0.9923076. **El indicador de satisfacción por la explicación del tratamiento.** Fue de 97.6%, proporción 1: 1.023622, odds ratio 0.976923. **Indicador de satisfacción por la explicación sobre cuidados a seguir.** 98.4%, proporción 1: 1.015625, odds ratio 0.9846153. **Indicador de satisfacción por la claridad de la información** un porcentaje de 92.3%, con una proporción de 1: 1.083, odds ratio 0.9230769. **Indicador de satisfacción por el surtimiento de medicamentos** el porcentaje fue de 56.1%, proporción 1: 1.7, odds ratio 0.5615384. **Indicador de satisfacción con el trato recibido** el porcentaje fue de 87.6%, proporción 1: 1.1403508, odds ratio 0.876923.

4. DISCUSIÓN.

El estudio realizado de carácter comparativo correlacional (variables, burnout, trato digno), transversal (se aplicó durante el mes de julio y agosto del año 2009) y no experimental (no se manipuló ninguna variable).

Objetivo general: (Determinar la frecuencia del síndrome de burnout en el personal médico del centro de salud Dr. José castro Villagrana). desglosado por cada uno de sus componentes, desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal: la prevalencia de desgaste emocional fue de 69.23% esto es 9 de 13 médicos refirieron cansancio leve, y el resto esto es 4 con un 30.76% lo refirieron alto. En despersonalización el 38.46% lo tuvo en el nivel alto y el 46.15 medio. En cuanto a realización personal el 15.38% tuvo nivel alto, 53.84% medio y solo el 30.76% bajo. La prevalencia es alta en este estudio al igual que en otros estudios como Martínez et al. Con una prevalencia de 76.4%²⁰, Ibáñez et al 71.9%²¹, Varela et al reporto una prevalencia de cansancio de un 54%, despersonalización 55.6% y realización personal de 6.9%²², estos estudios reportan una alta prevalencia como lo marca este presente estudio pero no hay un desglose de la intensidad de cada uno de sus componentes del síndrome.

Específicos: (Determinar el nivel y frecuencia de desgaste emocional en el personal medico del centro de salud Dr. José castro Villagrana, determinar el nivel y frecuencia de despersonalización en el personal medico del centro de salud Dr. José castro Villagrana, determinar el nivel y frecuencia de falta de realización personal en médicos del centro de salud Dr. José castro Villagrana). Quedan resumidas en el objetivo general.

Correlacionar la frecuencia del síndrome y el indicador de trato digno al paciente y determinar si la frecuencia del síndrome se relaciona con indicadores altos o bajos de calidad.

Realizándose una descripción y correlación estadística de cada variable, para las cualitativas se uso odds ratio (razón), porcentaje y proporción, para las cuantitativas con las medidas de dispersión (desviación estándar e intervalos) y centralización (promedio, media). Se uso la prueba t de student para variables cuantitativas y test z para cualitativas y la comparación mediante la correlación de Pearson, se considero una significancia estadística de $p: < 0.05$. Correlacionando las variables *horas de trabajo acumuladas a la semana, otro puesto de trabajo, cantidad de personas con las que interactúa, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, sexo, años de laborar en el puesto y trato digno*. Se encontró una correlación lineal positiva entre la variable horas de trabajo y otro puesto de trabajo con una correlación de Spearman de 0.01 siendo estadísticamente significativa lo cual se traduce que la persona que tiene otro trabajo sus horas laboradas a la semana se incrementan. Las horas trabajadas a la semana se

correlacionaron estadísticamente con despersonalización, componente del síndrome de burnout 0.038 (< 0.05) los que es estadísticamente significativo esto es que el medico que refiere mas grado de despersonalización tiene mas horas acumuladas a la semana por lo tanto otro puesto de trabajo. El sexo femenino fue el mas afectado según los datos obtenidos en las encuestas siendo el componente de agotamiento el que mas afecto al sexo femenino con un coeficiente de Spearman de 0.021(<0.05) lo que fue estadísticamente significativo.

Los Indicadores de Satisfacción por la comunicación entre Médico y Paciente son los que interesan correlacionar con el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal siendo los ítems: Comunicación del paciente al médico: 10; Explicación sobre diagnósticos: 11; Explicación sobre tratamientos: 12; Explicación sobre cuidados a seguir: 13; Claridad de la información:14; Satisfacción con el trato recibido: 16 ver grafica: 5. los cuales respectivamente resultaron de la siguiente forma: comunicación del paciente con el medico 96.15%, explicación sobre el diagnostico: 99.2%, explicación sobre el tratamiento: 97.6%, explicación sobre cuidados 98.4%, claridad en la información 91.3%, satisfacción por el trato recibido 87.6%. Los cuales los ítems: 10 al 14 los cuales son indicadores de la relación interpersonal en el trato digno estuvieron todos por arriba del estándar lo cual no se relaciona estadísticamente la prevalencia de cada uno de los 3 componentes del síndrome de burnout con los 5 ítems de relación personal de los indicadores de trato digno, esto es alta prevalencia de burnout indicadores altos en estos ítems, lo cual el burnout no afecta los indicadores. Otros ítems de los indicadores como satisfacción en tiempo de espera, satisfacción en surtimiento de medicamentos no tienen que ver con la relación interpersonal medico paciente, sino que muchos factores como falta de recursos económicos, tramites administrativos, agotamiento pronto de medicamentos sea la causa de falta de surtimiento de los mismos y salga del control del medico, al igual que la satisfacción por el tiempo de espera que tiene que ver con tiempo de la fila para solicitar consulta, el tiempo que se tarden en subir el expediente, tiempo que utilice la enfermera para tomar signos vitales afecte este ultimo indicador. Y por ultimo la percepción general del trato recibido que fue de 87.6% está debajo del estándar el cual marca >90%. Lo cual la falta de satisfacción del tiempo de espera y el surtimiento de medicamentos afecte la percepción de los usuarios sobre el trato recibido en el centro de salud ya que el tiempo de espera y el surtimiento de medicamentos tiene que ver con recepción, archivo clínico, enfermería y existencias de medicamentos en farmacia, situaciones que salen de control del médico.

En su conjunto se obtiene un porcentaje general de satisfacción de los pacientes de un 85% **Estándar: 95 %** Calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el trato digno. ^{17,18}.

Semaforización: luz verde por arriba de 90%, **luz amarilla entre 90 a 70** y luz roja por debajo de 70%.

5. CONCLUSIONES.

La prevalencia alta del síndrome de burnout que afecta mayormente a mujeres y el resultado de los indicadores de trato digno no se vieron afectados por la enfermedad. Si los indicadores son bajos 85% con un estándar de >95%, Semaforización luz amarilla. La baja satisfacción por el tiempo de espera y surtimiento de medicamentos fueron los que afectaron el indicador. Los resultados de la encuesta a médicos si detecta burnout en etapas leves y moderadas por lo que revisando la bibliografía es hasta este nivel cuando aún existen mecanismos emocionales para contrarrestar la enfermedad y que el paciente o usuario no perciba mal trato, lo que pone en alarma que a largo o mediano plazo los estadios de la enfermedad en los médicos puede incrementar lo que ya podría repercutir en los indicadores interpersonales de trato digno.

6. REFERENCIAS.

1. Arce Arnaez, M. A., Domínguez Carmona, M., Otero Puime, Á., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Salud Pública e Historia de la Ciencia. (2001). Evaluación de la satisfacción laboral en los trabajadores de atención primaria y su relación con las condiciones de trabajo [Recurso electrónico].
2. Ares Parra, A., Peiró Silla, J. M., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. El rol del mando intermedio y el estrés laboral.1999 Ed. Universidad Complutense de Madrid. Madrid España. pp. 23-65.
3. Ares Parra, A., Peiró Silla, J. M., & Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de. Estrés laboral. Ed. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. 2001. Madrid España.pp.28-44.
4. Arroba, T., & James, K. Cómo manejar la presión en el trabajo: Guía para la supervivencia. México: McGraw Hill. 1990. pp.36-76.
5. España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social., & Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Dublin). El estrés físico y psicológico en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social 2000. Pp.2-24.
6. Ortega Ruiz Lopez,Lopez Rios Francisca . El síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.Inernational journal of Clinical and Health Psychology, 2004, vol 4, N° 1,pp 137-160.
7. Maslach, C. (1997). Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA.2005. pp.34-55.
8. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press. pp.16-23.
9. Merín-Reig, J., Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención / Occupational stress: theoretical back-ground and intervention framework. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 113-130.
10. Mingote Adán, J. C., & Pérez Corral, F. El estrés del médico: manual de autoayuda. Madrid. Ed. Díaz de Santos.1999 pp.2-12.
11. Mingote Adán, J. C., Pérez García, S., & Antón, A. Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador. Madrid: Díaz de Santos.2002 pp.22-44.
12. Tonon, G. Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout. Buenos Aires: Espacio Editorial.2003.pp.13-50.
13. Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales públicos de la ciudad de corrientes, Dra. María Lourdes Arce, Dra. Alejandra Elizabet Barrios, Dr. Antonio Rafael Sánchez de Coll, *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 14 (1) Enero 2005.pp. 10-30.
14. Vega Ed, Pérez Urdaniz A. El Síndrome de Burnout en el médico. Madrid: Smith Kline Beecham, 1998, Citado por Susana Tello, María Teresa Tolmos, Al, *Estudio del Síndrome de Burnout en los Médicos Internos Residentes del Hospital Clínico de San Carlos.* (Madrid).
15. Mediano Ortiga L, Fernandez Canti G., *El Burnout y los Médicos, un peligro desconocido*, L Escala (Girona); Ricardo Prats y Asoc. ; 2001: pp: 15- 25-27-45-51.

16. Moreno B, Oliver, Aragonés A. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Buela Casal VE, Caballo Editores. Manual De Psicología Clínica aplicada. México: siglo XXI; 1991 p. 271-285.
17. recurso electrónico: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/gestion/page/inicio.html>.
18. recurso electrónico: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/indicador3.pdf>
19. lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad. Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud SSA 2003.
20. Martínez, A. y Del Castillo, C. "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina". Revista de Atención Primaria. 32 (6) 2003. España.
21. Ibáñez, N. y Vilaregut, A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Revista de Enfermería clínica. 14 (3) 2004. España.
22. Varela, L. y Fantao, A. "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud". Revista de Atención Primaria. 35 (6) 2005. España.
23. Román, J. "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención en Chile. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(2).

7.ANEXOS

Anexo: 1.

CUESTIONARIO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH

numero de control:

Sexo: _____ edad: _____ puesto: _____

Titulo: _____ especialidad: _____

Hora de entrada y hora de salida: _____. Tiempo de laborar en el puesto: _____

Tiene otro trabajo: _____ es jefe de algún servicio: _____ cantidad de personas con las que interacciona al día: _____ fecha: _____

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdíicilmente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1

Algunas veces al año:..... 2

Algunas veces al mes:..... 3

Algunas veces a la semana:..... 4

Diariamente:..... 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

1 2 3 4 5

1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	1	2	3	4	5
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	1	2	3	4	5
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes o usuarios como si fuesen objetos impersonales.	1	2	3	4	5
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que	1	2	3	4	5

	atender.					
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	1	2	3	4	5
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	1	2	3	4	5
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	1	2	3	4	5
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5
12	Me siento muy activo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
13	Me siento frustrado por el trabajo.	1	2	3	4	5
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender.	1	2	3	4	5
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	1	2	3	4	5
18	Me siento satisfecho después de haber trabajado con quienes tengo que atender.	1	2	3	4	5
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	1	2	3	4	5
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	1	2	3	4	5
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	1	2	3	4	5
22	Me parece que la gente a la que atiendo me culpa de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5

Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach y Jackson, 1981a; 1986) anexo.

ANEXO 2:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F., a

<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	

A quien corresponda.

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio. “__frecuencia del síndrome de burnout en personal médico del centro de salud Dr. José Castro Villagrana de la secretaria de salud del distrito federal y su relación con indicadores de trato digno INDICA__”, que se realiza en dicho centro y cuyos objetivos consisten en determinar la frecuencia del desgaste laboral en personal médico, paramédico y administrativo de esta institución.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los objetivos mencionados consisten en aplicar el cuestionario de desgaste laboral de Maslach y es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con el Jefe de Enseñanza e Investigación de la unidad de atención: Dra. Consuelo González Salinas y con el investigador responsable Dr. José Hernández Salgado con domicilio en calle Exotl mza 480 lt 14 Bo saraperos Chimalhuacán edo México teléfono 51116344. El Jefe de Enseñanza e Investigación comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo colegiado competente, para su resolución.

Nombre.		Firma.
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		
Domicilio.	Teléfono.	

Nombre y firma del testigo.		Firma.
Domicilio.	Teléfono.	

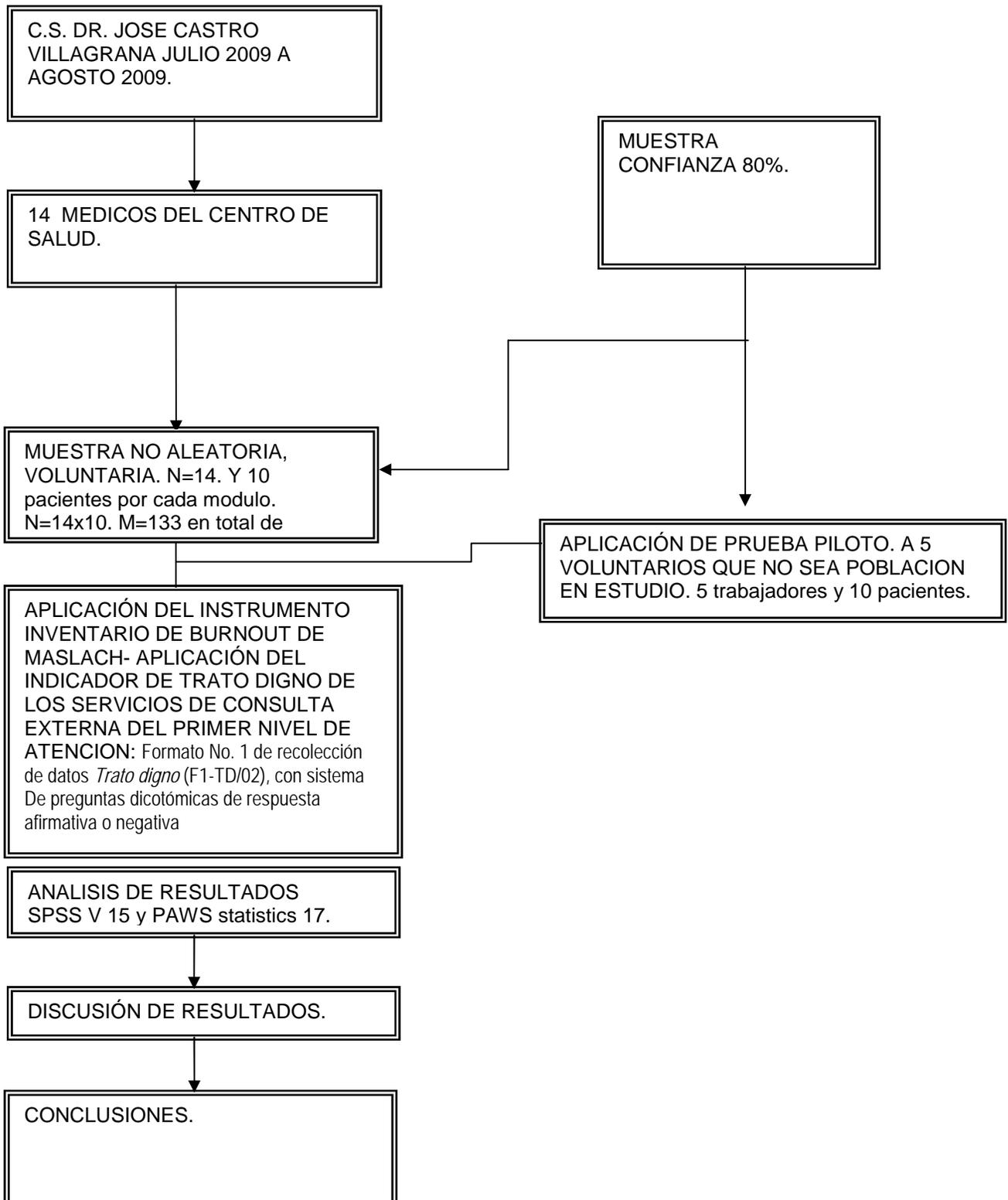
Nombre y firma del testigo.		Firma.
Domicilio.	Teléfono.	

Nombre y firma del Investigador responsable.		Firma.
Domicilio.	Teléfono.	

c. c. p. Paciente o familiar

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación)

Anexo: 3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



Anexo: 4 Cronograma. *Cronograma en meses. Diagrama de Gantt.*

<i>Etapas/actividad</i>	<i>01</i>	<i>02</i>	<i>03</i>	<i>04</i>	<i>05</i>	<i>06</i>	<i>07</i>	<i>08</i>	<i>09</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
1. Planeación:	x	x	x									
2. Marco teórico.			x	x	x	x						
3. Material y métodos.					x	x						
4. Registro y autorización del proyecto.						x						
5. piloto.						x						
6. aplicación de encuestas.						x	x	x	x	x		
7. recolección de datos.							x					
8. almacenamiento de datos.							x					
9. análisis de los datos.								x	x			
10. descripción de los resultados.								x	x			
11. discusión de resultados.									x			
12. conclusiones del estudio..									x			
13. integración y revisión final..									x	x		
14. reporte final										x	x	
15. autorizaciones, impresión y solicitud de examen.											x	x

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
TRATO DIGNO
FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS
F1-TD/02

El instrumento consta de un encabezado con información que identifica a la unidad y el cuerpo contiene 10 columnas para el registro de la información requerida.

ENCABEZADO: Datos de identificación.

Servicio o área que se evalúa: Registrar el nombre completo y marcar con una "X" el cuadro que corresponda según el servicio en donde se esté llevando a cabo la evaluación.

Periodo que se evalúa: Registrar con dos dígitos la fecha con que se inicia y concluye el proceso de recolección de datos, iniciar con el día/mes/año.

Institución: Registrar el nombre completo de la institución donde se esté realizando el levantamiento de la información.

Jurisdicción o Delegación: Registrar la Jurisdicción Sanitaria o Delegación donde se encuentra ubicada la Unidad Médica.

Municipio: Registrar el nombre completo del municipio.

Localidad: Registrar el nombre completo de la localidad donde se ubica la Unidad Médica.

Fecha de elaboración: Registrar con dos dígitos la fecha en que se lleva a cabo el proceso de recolección de los datos (Día/mes/año).

Nombre de la Unidad: Registrar el nombre completo de la Unidad Médica sin abreviaturas.

Clave de la Unidad: Registrar en cada recuadro o celda un solo número, hasta completar la clave.

Turno: Marcar con una "X" el cuadro que identifica al turno en que se lleva a cabo el proceso de recolección de los datos.

Área: Marcar con una "X" el cuadro que identifica el área en donde esta ubicada la unidad.

CUERPO DEL FORMATO

Consta de 10 columnas y 10 filas para realizar hasta nueve registros,

en la décima fila se totalizarán los datos de cada columna.

Número de expediente: Registrar el número completo del expediente que corresponde al paciente.

- El instrumento de evaluación se aplicará a pacientes con una estancia de más de 24 horas.
- El encuestador deberá formular la pregunta al paciente o familiar sin inducir la respuesta, ya que se pretende identificar la percepción que el paciente tiene respecto a la atención brindada por el personal de enfermería. En cada caso espere la respuesta sin forzarla, repita la pregunta si es necesario.

FIRMAS

Se registrarán los datos siguientes:

Nombre completo y firma del responsable del levantamiento de datos.

Nombre completo y firma del responsable de validar la información en la unidad.

En caso de utilizar más de una hoja de recolección de datos, en la primera deberá aparecer el número consecutivo que corresponda a la hoja, del total de hojas utilizadas Ej. 1 de 2, 1 de 3, 2 de 2 etc.

Nombre y firma del Investigador:

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DE CENTRO DE SALUD DR JOSE CASTRO VILLAGRANA Y RELACION CON INDICADORES DE TRATO DIGNO

José Hernández salgado ⁽¹⁾

RESUMEN.

INTRODUCCION. El síndrome de desgastes profesional o Burnout constituye la fase avanzada del estrés laboral crónico. Los profesionales de la salud son el personal del sector público más afectados por el síndrome del desgaste profesional y quizás sea la causa de una gran cantidad de enfermedades en el personal medico, además de ausentismo laboral. Dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés laboral y aunque no se trata de una relación de causa-efecto, el estrés laboral es un factor importante que interacciona con otras variables biológicas, psicológicas y sociales. Descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg, Maslach desde 1976 fue quien dio a conocer esta palabra Burnout de forma pública. Maslach y Jackson consideran tres componentes: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

En México existe la demanda de la sociedad de gobernar bien y con calidad por lo que la **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**, tiene el objetivo de elevar la calidad de los servicios de salud a su vez monitorizándola mediante indicadores de trato digno, siendo una fuente así de información para la identificación y selección de un problema que merece la mejora continua.

OBJETIVO. Determinar la frecuencia del síndrome de Burnout en el personal medico del centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

DISEÑO. Estudio transversal, descriptivo, comparativo (correlacional) y prospectivo.

METODO. Participaron 13 médicos del centro de salud, 8 del sexo femenino (62%) y 5 del sexo masculino (38%) a los cuales se les aplico de forma voluntaria el Inventario de Burnout de Maslach participaron además 130 pacientes o familiares de pacientes a los cuales se les hizo una encuesta de salida de la consulta con el formato No. 1 de recolección de datos *Trato digno* (F1-TD/02), con sistema de preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa. El procesamiento estadístico se realizo con los programas: SPSS 15.0 Statistical Package for Social Sciences y PAWS Statistics 17.0, realizándose una descripción estadística de cada variable. Para las variables cualitativas se usara odds ratio (razón), porcentaje y proporción. Para las cuantitativas con las medidas de dispersión (desviación estándar e intervalos) y centralización (promedio, media). Se uso la prueba t de student para variables cuantitativas y test z para cualitativas y la comparación mediante la correlación de Spearman, se considero una significancia estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS. La prevalencia de desgaste emocional fue de 69.23% esto es 9 de 13 médicos refirieron cansancio leve, y el resto esto es 4 con un 30.76% lo refirieron alto. En despersonalización el 38.46% lo tuvo en el nivel alto y el 46.15 medio. En cuanto a realización personal el 15.38% tuvo nivel alto, 53.84% medio y solo el 30.76% bajo. Correlacionando las variables *horas de trabajo acumuladas a la semana, otro puesto de trabajo, cantidad de personas con las que interactúa, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, sexo, años de laborar en el puesto y trato digno*. Se encontró una correlación lineal positiva entre la variable horas de trabajo y otro puesto de trabajo con una correlación de Spearman de 0.01 siendo estadísticamente significativa lo cual se traduce que la persona que tiene otro trabajo sus horas laboradas a la semana se incrementan. Las horas trabajadas a la semana se correlacionaron estadísticamente con despersonalización, componente del síndrome de Burnout 0.038 (< 0.05) los que es estadísticamente significativo esto es que el medico que refiere mas grado de despersonalización tiene mas horas acumuladas a la semana por lo tanto otro puesto de trabajo. El componente de agotamiento el que mas afecto al sexo femenino con un coeficiente de Spearman de 0.021 (< 0.05) lo que fue estadísticamente significativo.

Los Indicadores de Satisfacción por la comunicación entre Médico y Paciente los cuales son los ítems 10 al 14 resultaron de la siguiente forma: comunicación del paciente con el médico 96.15%, explicación sobre el diagnóstico: 99.2%, explicación sobre el tratamiento: 97.6%, explicación sobre cuidados 98.4%, claridad en la información 91.3% todos por arriba del estándar los cuales no se relacionan estadísticamente la prevalencia de cada uno de los 3 componentes del síndrome de Burnout con los 5 ítems de relación personal de los indicadores de trato digno, esto es alta prevalencia de Burnout, indicadores altos en estos ítems, lo cual se traduce en que el Burnout no afecta a los indicadores de trato digno.

CONCLUSIONES. La prevalencia alta del síndrome de Burnout que afecta principalmente a mujeres no afectó el resultado de los indicadores de trato digno aunque estos están por debajo del estándar son otros factores que influyen en bajos parámetros que salen del control del médico y no tienen que ver con su enfermedad.

PALABRAS CLAVE. Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización personal, trato digno, Inventario de Burnout de Maslach.

1. Médico residente de tercer año medicina familiar del centro de salud Dr. José Castro Villagrana.

BURNOUT SYNDROME FREQUENCY IN MEDICAL DOCTOR OF HEALTH CENTER DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA AND RELATIONSHIP WITH DECENT TREATMENT INDICATOR

Jose Hernandez Salgado ⁽¹⁾

ABSTRACT.

INTRODUCTION. Syndrome or professional wear or Burnout is the advanced stage of chronic stress. Health professionals are the public sector most affected by the syndrome of burnout and perhaps the cause of much illness in the medical staff, as well as absenteeism. Two thirds of all illnesses are stress-related work and although this is not a cause-effect relationship, work stress is an important factor that interacts with other biological, psychological and social. First described in 1974 by Freudenberg, Maslach since 1976 who was released Burnout this word in public. Maslach and Jackson three components consider: emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment.

there is the demand of society In Mexico, to govern well and with quality so that the Quality in Health Services National Crusade , aims to raise the quality of health services in turn monitored by indicators of decent treatment, and be a source of information for the selection and identification of a problem that deserves continuous improvement.

OBJETIVE. To determine the Burnout syndrome frequency in medical staff of the Health Center Dr. José Castro Villagrana.

DESING. Cross-sectional study, descriptive, comparative (correlational) and prospective.

METHOD. 13 doctors attended the health center, 8 females (62%) and 5 males (38%) which were applied on a voluntary basis the Maslach Burnout Inventory also involved 130 patients or relatives of patients with which were an exit poll of consultation with the No. 1 form of data collection worthy Treatment (F1-TD/02) with a system of dichotomous questions yes or no answer. The statistical processing was performed with the programs: SPSS 15.0 Statistical Package for Social Sciences and PAWS Statistics 17.0, performing a statistical description of each variable. For qualitative variables were used odds ratio (ratio), percentage and proportion. For quantitative measures of dispersion (standard deviation and ranges) and centralization (average). We used the Student t test for quantitative variables and z test for qualitative comparison by Spearman correlation, was considered a statistical significance of $p < 0.05$.

RESULTS. The prevalence of emotional was 69.23% ie 9 of 13 physicians reported mild fatigue, and the rest is 4 with a reference high as 30.76%. Depersonalization in the 38.46% level it had in the high and 46.15 half. As for the personal high was 15.38%, 53.84% medium and only 30.76% low. Correlating variables accumulated hours of work a week, another job, with the number of people interacting, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, sex, years of labor, employment and decent treatment. We found a positive linear correlation between the variable hours of work and another job with a Spearman correlation of 0.01 being statistically significant which means that the person has another job your working hours a week increase. Hours worked per week was correlated with depersonalization component of burnout syndrome in 0.038 (< 0.05) which is statistically significant is that the doctor who referred more degree of depersonalization has accumulated more hours a week so another post work. The component of the exhaustion that affects mostly females with a Spearman coefficient of 0.021 (< 0.05) which was statistically significant.

Indicators of Satisfaction with communication between doctors and patients which were 10-14 items were as follows: communication with the patient's medical 96.15%, explanation of diagnosis: 99.2% explanation of the treatment: 97.6% explanation of care 98.4%, clearly all the information 91.3% above the standard which is not statistically related the prevalence of each of the 3 components of burnout syndrome with the 5 items of personal relationship of indicators of decent treatment, this is a high prevalence of burnout, high rates on these items, which means that Burnout does not affect indicators of decent treatment.

CONCLUSIONS. The high prevalence of the burnout syndrome that mainly affects women did not affect the outcome of the indicators of humane treatment while they are below standard are other factors that influence low parameters that leave the control of the physician and have nothing to do with their disease.

KEYWORDS: Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, lack of fulfillment, dignity, Maslach Burnout Inventory.

1. Third-year resident of medicine Family. Health Center Dr. José Castro Villagrana.