

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DELEGACION NORTE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO"

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURN-OUT EN UN GRUPO DE MÉDICOS
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS MÁS
FRECUENTES**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Aguirre Rodríguez Susana Taide

Médico Residente del Tercer Año del

Curso de Especialización en Medicina Familiar

ASESOR

Dra. Diana María Sayago Aguilar

Médico especialista en Medicina Familiar



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.

Índice

- I. Título
- II. Resumen
- III. Introducción
- IV. Antecedentes
- V. Planteamiento del Problema
- VI. Objetivo General
 - a. Objetivos Específicos
- VII. Material y métodos
 - a. Lugar de estudio
 - b. Tipo de estudio
 - c. Población de estudio
 - d. Tamaño de la muestra
- VIII. Definición de variables
- IX. Descripción General del estudio
- X. Análisis de datos
- XI. Factibilidad y aspectos éticos
- XII. Recursos
- XIII. Resultados
- XIV. Discusión
- XV. Conclusiones
- XVI. Bibliografía
- XVII. Anexos

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURN-OUT EN
UN GRUPO DE MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
Y FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS MÁS FRECUENTES

Sayago A.D., Aguirre R.S. FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURN-OUT EN UN GRUPO DE MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS. México, DF. IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.

INTRODUCCION: El síndrome de Burn-out fue identificado y descrito por Susan Maslach (1977) como agotamiento en trabajadores que ejercían su actividad laboral en servicios asistenciales, el cual se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y falta de logro personal cuyas manifestaciones se encuentran desde insomnio, pérdida de afecto, actitudes negativas, desaliento, oposición a los cambios, etc. Este síndrome se puede medir con el MBI creado por Maslach (1981). El médico se ha encontrado sometido a un estrés importante desde su formación y especialización por la importancia del trabajo con vidas humanas y el perfeccionamiento requerido para su labor; por tanto es importante la identificación del Síndrome de Burn-out por las implicaciones que puede presentar. **OBJETIVO:** Determinar la frecuencia del Síndrome de Burn-out y factores socio-demográficos en el grupo de residentes de Medicina Familiar en un primer nivel de atención. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional aplicado a los residentes de medicina familiar de la UMF No.33. Se aplicó el cuestionario MBI y un cuestionario de factores socio-demográficos. Los datos obtenidos fueron analizados con estadística descriptiva, promedios y frecuencias. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** En general se encuentra Burn-out bajo en agotamiento emocional y despersonalización; nivel medio en falta de logro personal. Las características sociodemográficas predominantes: femeninos, edad 29 años, solteros, residentes sin hijos, frecuencia baja de enfermedades crónicas. Como factores protectores: masculinos, jóvenes, presencia de hijos, ultimo año de residencia, ausencia de enfermedades crónicas. Se recomienda estimulación y reconocimiento a la realización de actividades cuyo desempeño sea bueno o excelente.

Palabras clave: Síndrome de Burn-out, residentes de medicina familiar, MBI, factores socio-demográficos.

MARCO TEORICO

Síndrome de Burn-Out.

El Síndrome de Burn-out literalmente significa “quemado” y algunos autores lo traducen como “Síndrome del quemado” o “Síndrome de quemarse por el trabajo”¹. Freudemberger (1974) es quien primero la define como “debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos”, o como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”⁴. Posteriormente fue Susan Maslach quien en el año de 1977 dio a conocer esta palabra de forma pública en el *Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos*. Maslach describe agotamiento en trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos. Profesionales que mantienen un contacto constante y directo con personas que son beneficiarias del propio trabajo: docentes, servicios sociales, sanitarios, fuerzas de orden público, médicos, enfermeras.

Maslach en sus primeros estudios identificó los estados emocionales de los profesionales y sus reacciones a los clientes, relacionándolos con determinadas características de su trabajo. Maslach se encontró con cansancio emocional y de la despersonalización en el Síndrome del Burn-out. Posteriormente se origina un programa de investigación de este fenómeno en diferentes profesiones así como el desarrollo de las primeras definiciones operativas incorporando una tercera dimensión: la falta de realización personal y la elaboración del primer formato del MBI⁴.

La definición más aceptada del Síndrome de Burn-out en esta actualidad es la siguiente:

“Es un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, el cual lleva a extenuación y distanciamiento emocional con los beneficiarios de su trabajo” (Maslach, 1977) completada en los años 80 como *“Una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”* (Maslach y Jackson, 1981) y más recientemente mencionada como *“un tipo de respuesta prolongada debida a estresores emocionales e interpersonales crónicos debida al trabajo”* (Kleiber y Enzmann, 1990; Schaufeli, Maslach y Marek, 1993; Maslach, 1999).

En el estudio de diversas profesiones e incluso de ámbitos no relacionados con el trabajo (como la familia, el matrimonio, asociacionismo, etc.) vemos la aparición del Burn-out relacionada con una multitud de factores que requieren de modelos integradores para su explicación. De esta forma se describe el fenómeno de forma general con algunos factores comunes para cualquier persona y situación pero que a su vez, sea capaz de explicar aspectos específicos de situaciones y ámbitos más concretos.

El Síndrome de Burn-out actualmente se caracteriza por⁶:

- **Agotamiento emocional:** pérdida de energía, cansancio físico y psicológico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite y ocurre cuando una fuerza emocional se va consumiendo.
- **Despersonalización:** desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional, distanciamiento emocional, irritabilidad y rechazo de los mismos. Lleva al endurecimiento y a la deshumanización de los trabajadores frente a los usuarios a los que atienden.
- **Falta de logro personal:** sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional, evaluación negativa, síntomas propios de depresión, incapacidad para soportar la presión.

Sin lugar a dudas el cuestionario más utilizado ha sido el MBI (Maslach y Jackson, 1981). No obstante, cabe mencionar otros instrumentos que han sido aplicados a todo tipo de profesiones asistenciales, incluso algunos especialmente diseñados para estas. Entre estos instrumentos se mencionan a continuación algunos¹:

- Teacher Burn-out Scale: cuestionario para evaluar el Burn-out en maestros. Consta de 21 ítems que se agrupan en 4 factores: satisfacción con la profesión, apoyo administrativo percibido, afrontamiento del estrés laboral y, actitudes hacia los estudiantes.
- Staff Burn-out Scale for Health Professionals (SBSHP): Es una escala unidimensional de 30 ítems Jones, 1980b). 20 ítems evalúan Burn-out, y los 10 restantes son una escala de fiabilidad para detectar la deseabilidad. Esta escala evalúa las reacciones que se consideran constituyen el Síndrome, esto es, de comportamiento, afectivas y cognitivas.
- The Meier Burn-out Assessment (MBA): es un cuestionario que consta de 23 ítems tipo verdadero/falso, creado por Meier (1984).
- El Perceptual Job Burn-out Inventory (PJBI): cuenta con 3 factores de los cuales el primero se refiere a agotamiento emocional y cinismo, desmoralización, sentimientos de frustración y de eficacia reducida y excesivas demandas sobre energía fuerza y recursos.

Etiopatogenia.

En general se distinguen como núcleos etiológicos del Burn-out, las características del profesional en particulares (Factor personal), las características específicas de la atención primaria (Factor profesional) y las características de los objetivos, las organizaciones que se establecen y los recursos disponibles (Factor institucional)⁵. En ese modelo, que establece la relación entre el desgaste y el compromiso en el trabajo como dos extremos de una variante bipolar, yace la relación entre el trabajador y el lugar de trabajo, la cual abarca seis áreas: cantidad de trabajo, comunidad, control, justicia, remuneración y variables. Así mismo entre las causas se han encontrado: sobrecarga de trabajo y/o aburrimiento y falta de estimulación; crisis en el desarrollo de la carrera profesional; aislamiento y pobres condiciones económicas; bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo³. Estableciéndose así que las profesiones asistenciales (que exigen dedicación de tiempo considerable e intensa implicación emocional) son las que se encuentran con un sistema deshumanizado y despersonalizado al que deben adaptarse; en esta situación hay una diferencia entre expectativas y realidad que genera estrés.

Sintomatología.

El Síndrome de Burn-out se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo, en tres fases evolutivas; en la primera tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos; en la segunda se produce un estado de tensión psicofísica; en la tercera se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal por lo cual hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica. El síndrome se caracteriza por ser insidioso, por su tendencia a ser negado y por poseer una fase irreversible.

En el personal afectado aparecen síntomas físicos, emocionales y conductuales como:

<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Dolores musculares• Cefaleas• Resfríos frecuentes• Trastornos gastrointestinales• Palpitaciones• Depresión• Frustración y desencanto• Culpa	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de afecto hacia pacientes y familiares• Actitudes negativas que transmiten desaliento, oposición a los cambios (toda demanda de modificaciones a su manera de hacer las cosas se transforma en un esfuerzo inconcebible)	<ul style="list-style-type: none">• Trato deshumanizado, distante y hasta agresivo• Aislamiento• Sentimientos de persecución y de no ser reconocido en su trabajo y esfuerzo• Irritabilidad• Susceptibilidad
---	---	--

El médico suele sentirse y ser percibido por los demás como el responsable final de lo que ocurra. Por su formación académica y por el clima de omnipotencia que suele vivirse en los servicios médicos, la muerte se transforma en algo difícil de aceptar. La pérdida de una vida o el salvarla dejando secuelas se vive como un fracaso personal generador de una profunda sensación de culpa, impotencia, frustración y tristeza. En los médicos se evidencian mecanismos que adoptan ante la imposibilidad de aceptar el fracaso: evaden el contacto con los familiares, adoptan una actitud fríamente profesional para evitar preguntas que reflejen sus sentimientos de culpa y negación o manifiestan una actitud hostil. Pfifferling expresa que los médicos tienden a poseer ciertas características que son reforzadas por la propia práctica médica, que los hace más susceptibles al Burn-out, como estar conscientes y comprometidos a obtener grandes triunfos, y que a menudo hacen depender su identidad personal de la profesional².

Los médicos han desarrollado un mecanismo de distanciamiento como actitud defensiva para evadir el involucramiento afectivo ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo y del déficit de recursos para la comunicación social adecuada con los pacientes. En su modelo, Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986) plantean ejemplos de estudios en diferentes profesiones que se asocian al Burn-out entre ellos estudios realizados en médicos por Deckuad et. al. (1994)⁷.

Residencias Médicas.

El inicio de las residencias Médicas y Postgrado como un sistema fue creado por Teodoro Billroth en Viena a mediados del siglo XIX. Billroth redacta un programa de entrenamiento de Posgrado que contaba con reconocimiento y respaldo universitario, mientras que en América William Halstead tomando como referencia el sistema de Billroth y realizando algunos cambios en él, crea su propio sistema de residencias siendo cede la escuela de Medicina John Hopkins de los Estados Unidos en el año de 1889. En México, el primer antecedente de las residencias médicas se remonta hacia el año de 1906 en la Escuela de Medicina se inicia un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. Posteriormente en el año de 1924 el Hospital General dio nacimiento a numerosas especialidades siendo hasta el año 1941 cuando se instituye un programa de médicos residentes⁹.

En la década de 1970 se formalizaron 20 cursos de especialización con reconocimiento universitario. El método de enseñanza incluye conferencias teóricas, sesiones académicas, auto enseñanza con lecturas dirigidas y discusiones coordinadas y, por supuesto, adiestramiento clínico en la atención diaria de enfermos. Hay por último, un adiestramiento clínico complementario consistente en trabajo de guardia en los hospitales, siempre bajo la supervisión de residentes con mayor experiencia o médicos de base.

Especialidad en Medicina Familiar.

En el siglo XIX cada familia tenía su médico, usualmente el mismo médico para todos los miembros de la misma, esto le permitía al médico general tener una continuidad en la atención. En 1966 la Comisión Mills menciona sobre la fragmentación de la atención a la salud; señala que no es posible seguir manteniendo este esquema de la primera mitad del siglo XX y plantea que es el momento de cambiar el enfoque de la atención de la medicina y al mismo tiempo otro comité de carácter académico, el *Committee on Education for Family Practice* establece cómo debería formarse este nuevo especialista, al que denominó *Médico de Familia*.

En México en el año de 1954 algunos médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) proponen un esquema de trabajo dentro de algunas unidades médicas de medicina familiar. En los años de 1954/1955 y derivado de esta propuesta un grupo de estudiosos de los problemas de salud de la población implantan en el IMSS el sistema médico familiar. El proceso de implantación se concreta hasta el año de 1971; cuando inician los cursos de especialización en medicina familiar

Burn-out en Médicos.

Hoy en día el médico residente se encuentra sometido a un estrés importante dentro de su periodo de adiestramiento que, si bien es cierto es el tiempo en que dedica a su preparación específica en un área de la medicina (especialización), también lo es que tiene ya responsabilidades a su cargo. Dentro de este periodo el médico residente se encuentra de forma más estrecha en contacto con el paciente así como es partícipe directo ya en su tratamiento hablando más específicamente en las prácticas complementarias. En un estudio realizado en una UMF de Monterrey, González encontró que 13.35% presentaron cansancio emocional alto; despersonalización alta en un 1.80%; realización personal alta 83.75%.¹⁸

Se han realizado múltiples estudios donde se ha observado la asociación entre el Burn-out y las profesiones que se encuentran en interacción continua con otras personas. Por ejemplo se menciona en el estudio de Granero, donde se analizaron las características personales, condiciones laborales donde se encontró asociación predominante entre las personas del sexo masculino, condiciones laborales institucionales, entre otras¹ ; en cuanto a esto existe el estudio de Grau et al., 2008 realizado en Latinoamérica que reporta un 41% de asociación de Burn-out con el sexo femenino vs 32% en el sexo masculino; sin embargo López en su estudio entre médicos familiares encontró la asociación con respecto a la presencia de Síndrome de Burn-out en un 39.7% entre las mujeres con mayor realización personal entre las mismas 83.6% vs 72.3% entre los hombres en una población de médicos familiares en una UMF del D.F.¹⁰

En el estudio de Grau A. en 2008 se realizó la asociación con horas de ocio, estado civil, otros trabajos, con la ingesta de psicofármacos, cuyos resultados son mayor presencia entre los profesionales solteros, divorciados o separados que entre los casados, así como entre consumidores de psicofármacos con asiduidad, aquellos que tienen una enfermedad crónica, haber estado de baja laboral en el último año, y en quienes hacen guardias dentro de sus obligaciones laborales¹¹.

En un artículo de revisión de Rocha, en 2002 se mencionan factores predisponentes, entre los que se encuentran¹²:

- El médico que es *muy dedicado y responsable* que puede aceptar una gran carga de trabajo aún excesiva.
- *El altruismo llevado al extremo* puede implicar una gran autonegación y un gran retraso para que se le brinde un merecido reconocimiento a su esfuerzo lo cual puede originar un gran resentimiento e ira.
- *Un médico de alto nivel académico con una personalidad muy fuerte e independiente que además tiene el reconocimiento de ser líder* puede encontrar prácticamente imposible el pedir ayuda, lo cual puede llevarlo a desarrollar una sensación de soledad además de temor que puede derivar en miedo intenso.

También menciona el la influencia del ambiente, por ejemplo el trabajar con pacientes graves¹². En otro estudio realizado en la Ciudad de Michigan (Eckleberry, et al 2009) en residentes de diferentes especialidades se encontró relación del Síndrome de Burn-out (despersonalización y cansancio emocional) y el uso del alcohol, con sentimientos pesimistas, carga de trabajo excesiva, así como complicaciones económicas, problemas familiares, características de la personalidad como ser pesimistas o perfeccionistas (muy común entre médicos), pobre relación entre compañeros, entre otros¹³. Así mismo existe otro estudio entre residentes de la especialidad de otorrinolaringología (Golub, et al 2007) que relaciona también la falta de tiempo extracurricular, cargas excesivas de trabajo, falta de independencia, relaciones frustrantes con compañeros, tiempo insuficiente para el aprendizaje y búsqueda bibliográfica, este mismo estudio no encuentra relación entre el año de la especialidad y el Burn-out¹⁴. Se ha encontrado así mismo asociación del Burn-out con patologías como son la depresión y síntomas de ansiedad¹⁵. Otros factores asociados fueron los que reporta Martín y col¹⁶ indagaron este Síndrome entre diferentes especialidades médicas de EE.UU. y concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de Síndrome de *Burn-out* (rango: medicina familiar 27% y ginecología 75%) y se asoció al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.

Planteamiento del problema

Debido a que la presencia del Síndrome de Burn-out en médicos se encuentra asociado a alteraciones en el comportamiento e incluso orgánicas, debemos tenerlo en cuenta e investigar la frecuencia con la que se desarrolla, así como identificarla desde los médicos residentes en periodo de adiestramiento para encontrar así estrategias que pudieran aplicarse a su ingreso y durante el desarrollo de la misma con la finalidad de evitar el desarrollo de este Síndrome. Como menciona Díaz en su artículo las consecuencias del desarrollo del Burn-out son las siguientes:

Pensamiento	Comportamiento	En el trabajo	En el organismo
<ul style="list-style-type: none">• Incapacidad para tomar decisiones.• Incapacidad para concentrarse.• Olvidos frecuentes.• Hipersensibilidad a la crítica.• Bloqueos mentales.	<ul style="list-style-type: none">• Predisposición a accidentes.• Consumo de drogas.• Explosiones emocionales.• Alteraciones en el apetito.• Beber y fumar en exceso.• Excitabilidad.• Conductas impulsivas.• Alteraciones en el sueño.	<ul style="list-style-type: none">• Ausentismo.• Relaciones laborales pobres.• Altas tasas de cambio de trabajos.• Falta de satisfacción con desempeño.• Mala productividad.	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de enfermedades• Gastrointestinales• Depresión y ansiedad.• Cardiovasculares

Visto de esta manera las alteraciones que se pueden encontrar son importantes y por las implicaciones que puede tener el trabajar con vidas humanas son las razones que nos llevan a desarrollar el presente estudio con la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burn-out y su asociación con factores socio-demográficos en el grupo de residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 33 del IMSS?

Objetivo General

Determinar la frecuencia del Síndrome de Burn-out y factores socio-demográficos en el grupo de residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 33 del IMSS.

Objetivos Específicos

- *Determinar el Síndrome de Burn-out con base al grado de agotamiento emocional en el médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*
- *Determinar el Síndrome de Burn-out con base al grado de despersonalización en el médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*
- *Determinar el Síndrome de Burn-out con base al grado de falta de logro personal en el médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*
- *Determinar la frecuencia del Síndrome de Burn-out y edad de cada uno de los médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*
- *Determinar la frecuencia del Síndrome de Burn-out y el sexo en los médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33 y su asociación con el Síndrome de Burn-out.*
- *Determinar la frecuencia entre el Síndrome de Burn-out y el estado civil los médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33 y su asociación con el Síndrome de Burn-out.*
- *Determinar la frecuencia entre el Síndrome de Burn-out y la presencia de hijos en los médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*
- *Determinar la frecuencia en el Síndrome Burn-out y el año de la residencia en que se encuentra cada uno de los médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*
- *Determinar la frecuencia del Síndrome de Burn-out y la presencia de enfermedades crónicas en cada uno de los médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33.*

Material y Métodos

Lugar de estudio.

Se realizará dentro de la institución de salud el Instituto Mexicano del Seguro Social en una unidad de primer nivel de atención que es la Unidad de Medicina Familiar número 33 “El Rosario” que se encuentra ubicada en Av. Culturas esquina Av. Renacimiento s./n. colonia Unidad El Rosario , C. P. 02100. México D .F. Delegación Azcapotzalco. En la delegación Norte del Distrito Federal. Cuenta como parte de su infraestructura con: 27 consultorios de turno matutino y vespertino. Dirección, Administración, Jefatura de Departamento clínico, Jefatura de Asistentes Médicas, Jefatura de Trabajo Social, Jefatura de Enseñanza e Investigación, Departamento de Salud del Trabajo, Archivo Clínico, Forma 11, Departamento de Medicina Preventiva, Servicio de Curaciones, Servicio de Radiología, Laboratorio Clínico, Almacén, Servicios básicos, Comedor, Departamento de Mantenimiento, CEYE, módulos de trabajo social y de medicina preventiva, aulas, un Auditorio, EMI, cuatro consultorios de dental, farmacia y modulo de orientación y quejas y un modulo de atención a los adolescentes. Cuenta con apoyo del Hospital General Regional Número 72 del Estado de México, Tlalnepantla para el envío de pacientes a la atención en segundo nivel, así como con Centro Médico Nacional La Raza para tratamiento de tercer nivel de atención.

Cuenta con las siguientes áreas de influencia:

Sector I. Naucalpan	Sector II. Tlalnepantla	Sector III Distrito Federal	Sector IV Distrito Federal
- Florida	- Puente de vigas	- Tierra nueva	- Ahuizotla
- Jardines de la Florida	- San Pedro Xalpa	- Prados del Rosario	- Providencia
- Pastores	- Bellavista	- Hacienda del Rosario	- San Pedro Xalpa.
- Echegaray	- Rancho San José	- Unidad PEMEX Azcapotzalco	- Ejido San Pedro Xalpa
- Rincón de Echegaray	- Vista Hermosa	- Rosario CTM:	- Santiago Ahuizotla.
- Bosques de Echegaray	- Industrial las armas	- San Martín Xochinahuac	
- Haciendo de Cristo.	- Plazas de la Colina	- Unidad Francisco Villa	
- Modelo	- Residencial del Parque	- Rosario INFONAVIT	
- Santa María Nativitas	- Unidad habitacional CROC III	- Unidad habitacional CROC I y II.	
- 10 de Abril	- El Rosario INFONAVIT	- Unidad Habitacional Manuel Rivera	
- Satélite Zona poniente.	- Xocoyohualco		

Los accesos con los que cuenta la UMF 33 son las avenidas Aquiles Serdán, las Culturas y Renacimiento. Además cuenta con accesos vía vehículo propio, estación cercana del Metro Aquiles Serdán, transporte público con rutas varias y acceso sencillo desde el estado de México o desde el Distrito Federal.

Dentro de esta unidad que cuenta con Enseñanza e Investigación se encuentran pasantes de medicina y pasantes de odontología realizando su servicio social y así mismo es sede del Curso de Especialización en Medicina Familiar actualmente con 52 residentes inscritos y activos, los cuales se encuentran distribuidos:

- 21 residentes de primer año
- 18 residentes de segundo año
- 13 residentes de tercer año (la mitad en servicio social)

Los médicos residentes en curso de especialización de medicina familiar en esta sede tienen sus rotaciones por los servicios de consulta externa de Medicina Familiar, Epidemiología, Salud Reproductiva, EMI, Medicina Preventiva, así como por el servicio de Salud en el trabajo cuya subsele se encuentra en HGZ 13 en el centro de la delegación Azcapotzalco. Las prácticas complementarias y rotación por especialidades en el Hospital General Regional número 72 en el Municipio de Tlalnepantla, Estado de México.

Tipo de estudio

- **Prospectivo.** Este estudio tiene la característica en tiempo y ocurrencia de hechos así como de registro de forma prospectiva ya que la información se recabará al término del presente ciclo académico.
- **Transversal.** En este caso se estudiarán las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo al realizar las encuestas.
- **Descriptivo.** El enfoque está dirigido a determinar como se encuentra la situación de las variables en nuestra población de estudio, sin realizar alguna comparación con otro grupo.
- **Observacional.** No se realizará alguna modificación en las variables del presente estudio.

Población de estudio

Se realizará el presente estudio en los Residentes de la UMF 33 inscritos en el curso de especialización en Medicina Familiar ciclo académico 2008-2009 que se encuentren cursando alguno de los 3 años de dicha especialización.

Criterios de Inclusión:

- Médicos Residentes inscritos en el curso de especialización en Medicina Familiar en la UMF 33, en el IMSS.
- Inscritos en el ciclo académico 2008-2009 que hayan cursado al menos un año en el curso de especialización.
- Médicos Residentes que continúen activos y realizando actividades propias del curso de especialización en Medicina Familiar.
- Que accedan a participar en el presente estudio con firma del respectivo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Médicos Residentes que se hayan dado de baja en el presente ciclo.
- Médicos Residentes que no pertenezcan a la UMF 33
- Médicos Residentes de otra especialidad.

Criterios de eliminación:

- Que no accedan a participar en el presente estudio y/o no cuenten con el consentimiento informado respectivo.
- Todos aquellos cuestionarios que no sean contestados completamente.

Tamaño de la Muestra

Se realiza la selección de la muestra por el método no probabilístico y por conveniencia. Esto es debido a que la población a estudiar son los residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33 por lo cual se incluirán a los 52 residentes inscritos en el ciclo académico 2008-2009 de primer (21 residentes), segundo (18 residentes) y tercer año (13 residentes) como muestra a estudiar. Con respectivos criterios de inclusión y exclusión. Quedando como excluidos del presente estudio 1 residente de primer año con incapacidad por maternidad así como el residente realizador del presente estudio.

Población Muestra:

- 50 residentes en el curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33 “El Rosario” del IMSS.
 - Primer año: 20 residentes
 - Segundo año: 17 residentes
 - Tercer año: 13 residentes

Definición de Variables.

1. Síndrome de Burn-out.

Definición conceptual.

El Síndrome de desgaste profesional, conocido también como *Burn-out* o “nivel de quemado”, es un Síndrome clínico que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el refuerzo esperado”. Se trata de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para afrontar las excesivas demandas del trabajo con personas, lo cual produce desbalance emocional prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto. Se ha descrito como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia.

Definición operacional.

Escala de medición Maslach Burn-out Inventory creada en 1981 por Maslach y Jackson en su adaptación al castellano, este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del Burn-out, el cual consta de 22 ítems.

- **Indicadores:**
 - **Agotamiento emocional (AE):** Sentimientos de agotamiento debidos a las relaciones interpersonales; conformado por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20, para su interpretación no existe un punto de corte que indique si existe o no el Síndrome de Burn-out. Lo que se hace es distribuir los rasgos de puntuación totales de cada sub-escala que define un nivel de Burn-out como: < 18 = Burn-out bajo, 19-26 Burn-out medio y >27 Burn-out alto.
 - **Despersonalización:** respuesta insensible del profesional hacia los usuarios del servicio que presta; conformado por los ítems 5,10,11,15 y 22, para su interpretación no existe un punto de corte que indique si existe o no el Síndrome de Burn-out. Lo que se hace es distribuir los rasgos de puntuación totales de cada sub-escala que define un nivel de Burn-out como: < 5 = Burn-out bajo, 6-9 Burn-out medio y >10 Burn-out alto.
 - **Realización personal:** sentimientos de competencia y logro de éxitos en el trabajo; conformado por los ítems 4,7,9,12,17,18,19 y 21, para su interpretación no existe un punto de corte que indique si existe o no el Síndrome de Burn-out, en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burn-out. Lo que se hace es distribuir los rasgos de puntuación totales de cada sub-escala que define un nivel de Burn-out como: >40 = Burn-out bajo, 34-36 Burn-out medio y <33 Burn-out alto.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Escala de medición: Burn-out bajo, Burn-out medio, Burn-out alto.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Medición
Residente de Medicina Familiar	Cualitativa Nominal	Es el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de residentes, para cumplir con una residencia; que en este caso es de Medicina Familiar ¹⁷ .	Médico residente en periodo de adiestramiento en la especialización de Medicina Familiar inscrito en alguno de los 3 años de residencia (primero, segundo tercero), dentro del IMSS en la UMF 33.	Si No
Edad	Cuantitativa ordinal	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	De acuerdo a la edad de terminación de la carrera de Médico Cirujano, se podrían encontrar edades a partir de los 24 años, cuya medición quedaría constatada con fecha de nacimiento.	Numeraria
Sexo	Cualitativa Nominal	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Individuo perteneciente a un género, masculino o femenino (hombre, mujer) cuya condición está anatómicamente definida por los órganos sexuales.	Femenino o masculino.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Medición
Estado civil	Cualitativa Nominal	Es la calidad de un <u>individuo</u> en orden a sus relaciones de <u>familia</u> en cuanto le confiere o le impone determinados <u>derechos</u> y obligaciones civiles.	El estado civil se clasifica de acuerdo a la situación social, es decir, soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre de acuerdo a la presencia de un documento legal.	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo.
Año de residencia	Cualitativa Ordinal	La realización de una residencia incluye desde 2 a 4 años numerados de forma ordinal.	Haber cursado al menos un año del curso de especialización en Medicina Familiar en la UMF 33 del IMSS. Desde el primero hasta el tercer año.	Primero Segundo Tercer año.
Presencia de hijos	Cualitativa Nominal	Persona considerada en relación con sus padres.	Condición de padre o madre del médico residente al momento de la realización del estudio, sin tomar en cuenta la cantidad de hijos.	Si No
Enfermedades crónicas	Cualitativa Nominal	Patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca	Enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas.	Si No

Descripción General del Estudio.

Este estudio del Burn-out se llevará a cabo en la UMF 33 “El Rosario” perteneciente al IMSS en el Distrito Federal.

Corresponde a un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional que tiene como objetivo la determinación de la frecuencia del Síndrome de Burn-out en Médicos Residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 33 y los factores socio-demográficos más frecuentes. Para efecto del estudio se incluirán a los 50 residentes de Medicina Familiar inscritos en el ciclo actual previa autorización del consentimiento informado respectivo, se les aplicará el instrumento Maslach Burn-out Inventory así como otro cuestionario con factores socio-demográficos de realización propia. La aplicación de los cuestionarios e instrumento se llevará a cabo de forma individual, anónima y confidencial.

Cabe mencionar que el Maslach Burn-out Inventory es un instrumento de Medición realizado por Maslach en 1981 el cual mide la frecuencia e intensidad del Síndrome de Burn-out el cual consta de 22 ítems en total de los cuales se pueden clasificar en tres sub-escalas que miden las tres dimensiones que conforman el Síndrome:

- Agotamiento emocional: conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del Síndrome.
- Despersonalización: constituida por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Siendo su puntuación con directa proporción a la intensidad del Burn-out.
- Realización personal: pertenecen a ésta los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este rubro la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burn-out.

Emplea además un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, tipo Likert, con siete niveles:

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

La relación entre puntuación y grado de Burn-out es dimensional siendo las puntuaciones de cada sub-escala clasificada como:

- Bajo (AE = \acute{o} < 18; DP = \acute{o} < 5; RP = \acute{o} > 40)
- Medio (AE = 19 a 26; DP = 6 a 9; RP = 34 a 39)
- Alto (AE = \acute{o} > 27; DP = \acute{o} > 10; RP = \acute{o} < 33)

Análisis de Datos

Los datos obtenidos en los cuestionarios y MBI serán analizados mediante una computadora Toshiba en el programa de Microsoft Excel 2000. Se analizarán con estadística descriptiva con análisis de promedios, y frecuencias, así como la representación en gráficas.

Al final se realizarán conclusiones y recomendaciones estratégicas para el mejoramiento de los factores asociados a la presencia del Síndrome de Burn-out.

Resultados

En cuanto al grado de agotamiento emocional en el médico residente de la UMF 33, encontramos los resultados resumidos en la siguiente tabla:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Nivel	Bajo	Medio	Alto
Residentes	28	13	9

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En la tabla anterior se observa que de los 50 médicos residentes de la UMF33, 28 presentaron Burn-out bajo, 13 nivel medio y 9 nivel alto.

Siendo los porcentajes presentados en la siguiente tabla:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Nivel	Bajo	Medio	Alto
Residentes	28	13	9
Porcentajes	56 %	26 %	17 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

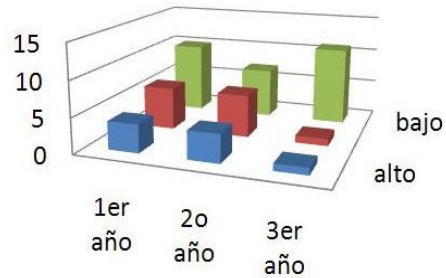
En cuanto al agotamiento emocional. Desglosado por grados se encuentran:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Nivel	Alto	Medio	Bajo
1er año	4	6	10
2º año	4	6	7
3er año	1	1	11

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Lo cual representado en gráficas:

Agotamiento Emocional



	1er año	2o año	3er año
■ alto	4	4	1
■ Medio	6	6	1
■ bajo	10	7	11

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

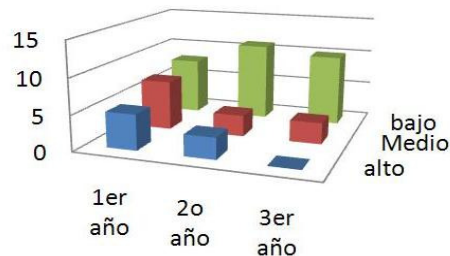
En cuanto a la despersonalización se muestra la siguiente tabla con los resultados:

DESPERSONALIZACION			
Nivel	Bajo	Medio	Alto
Residentes	29	13	8

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En la cual del total de residentes se encontró 29 con burnout bajo, 13 con burnout medio y 8 con burnout alto.

Despersonalización



	1er año	2o año	3er año
■ alto	5	3	0
■ Medio	7	3	3
■ bajo	8	11	10

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Lo cual corresponde a los siguientes porcentajes:

DESPERSONALIZACION			
Nivel	Bajo	Medio	Alto
Residentes	29 %	13 %	8 %
Porcentajes	56 %	25 %	15 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

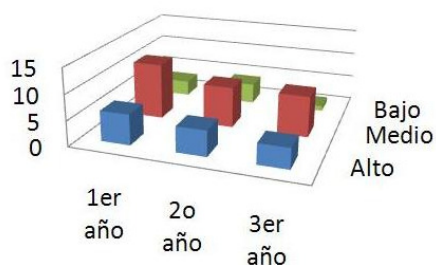
En cuanto al logro personal se muestran los resultados a continuación:

FALTA DE LOGRO PERSONAL			
Nivel	Bajo	Medio	Alto
Residentes	8	27	15

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Entre los médicos residentes se encontró realización personal bajo en 5 de ellos, medio en 27 y alto en 15.

Falta de Logro Personal



	1er año	2o año	3er año
■ Alto	6	5	4
■ Medio	11	8	8
■ Bajo	3	4	1

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Lo cual corresponde a los siguientes porcentajes:

FALTA DE LOGRO PERSONAL PORCENTAJES			
Nivel	Bajo	Medio	Alto
Residentes	8 %	27 %	15 %
Porcentajes	15 %	52 %	29 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Edad.

La edad promedio de los residentes de la UMF 33 se encuentra en los 29 años de edad, se realizó la representación de las tablas en 3 grupos los cuales abarcan desde la edad más temprana (25) hasta la más tardía (37), cuya distribución en cuanto al agotamiento emocional queda de la siguiente forma en cuanto a porcentajes:

Los porcentajes corresponderían a la siguiente tabla:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL PORCENTAJES			
Grupo edad	Nivel de Burnout		
	Alto	Medio	Bajo
25-28	5.8 %	7.84 %	19 %
29-32	9.8 %	13.7 %	33 %
33-37	1.36 %	3.9 %	1.3 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

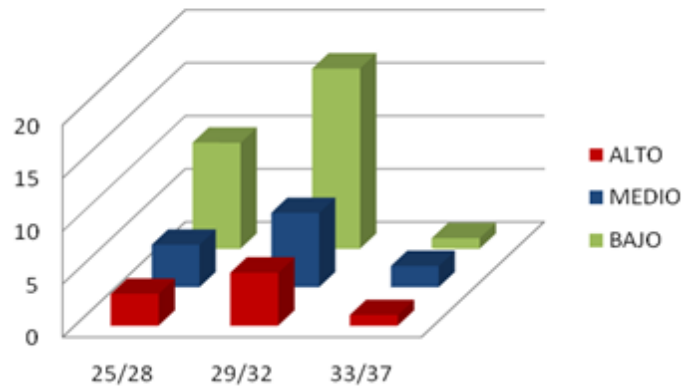
Encontrándose en cantidades:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Grupo edad	Nivel de Burnout		
	Alto	Medio	Bajo
25-28	3	4	10
29-32	5	7	17
33-37	1	2	1

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Al graficar se muestra de la siguiente forma:

Agotamiento Emocional



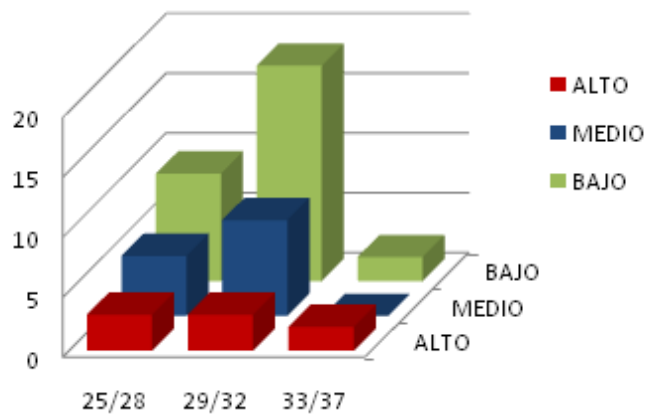
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Despersonalización

DESPERSONALIZACIÓN			
Grupo edad	Nivel de Burnout		
	Alto	Medio	Bajo
25-28	3	5	9
29-32	3	8	18
33-37	2	0	2

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Grupos de edad con Despersonalización



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a los porcentajes:

DESPERSONALIZACIÓN PORCENTAJES			
Grupo edad	Nivel de Burnout		
	Alto	Medio	Bajo
25-28	5.8 %	9.8 %	17.64 %
29-32	5.8 %	15.68 %	35.2 %
33-37	3.9 %	0 %	3.9 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Falta de logro personal

FALTA DE LOGRO PERSONAL			
Grupo edad	Nivel de Burnout		
	Alto	Medio	Bajo
25-28	4	10	3
29-32	9	16	4
33-37	2	1	1

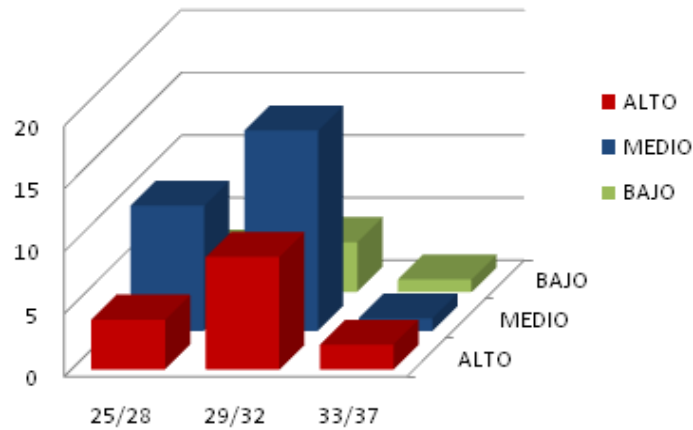
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Los porcentajes quedarían representados de la siguiente forma:

FALTA DE LOGRO PERSONAL PORCENTAJES			
Grupo edad	Nivel de Burnout		
	Alto	Medio	Bajo
25-28	7.84 %	19.6 %	5.8 %
29-32	17.64 %	31.37 %	7.84 %
33-37	3.9 %	1.36 %	1.36 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Grupos de edad con Falta de Logro Personal



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

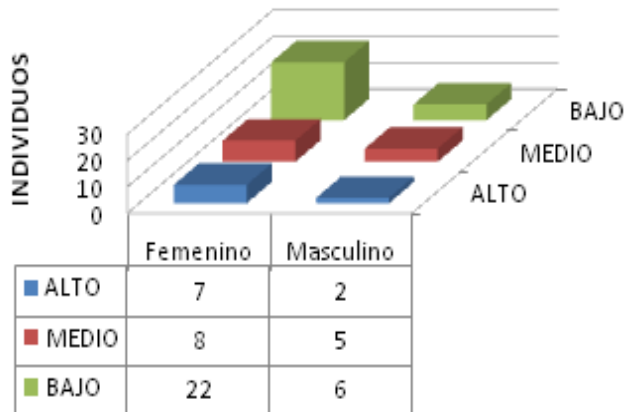
Género

El predominio del sexo femenino entre los médicos residentes de la UMF 33 es evidente, más aún así se investigó la asociación entre el síndrome de Bournout y esta variable.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
	Femenino	Masculino
Alto	7	2
Medio	8	5
Bajo	22	6

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Agotamiento Emocional por sexo



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a porcentajes:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL PORCENTAJE				
	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
Alto	7	13.7 %	2	3.9 %
Medio	8	15.68 %	5	9.8 %
Bajo	22	43.13 %	6	11.76 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a los porcentajes por sexo:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL				
	Femenino	Porcentaje de femeninos	Masculino	Porcentaje de masculino
Alto	7	59 %	2	46 %
Medio	8	21 %	5	38 %
Bajo	22	18 %	6	15 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a la despersonalización en relación al sexo:

DESPERSONALIZACION		
	Femenino	Masculino
Alto	7	1
Medio	10	2
Bajo	20	10

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Representado en porcentajes:

DESPERSONALIZACION				
	Femenino	Porcentajes	Masculino	Porcentajes
Alto	7	13.7 %	1	1.36 %
Medio	10	19.6 %	2	3.9 %
Bajo	20	39.2 %	10	19.6 %

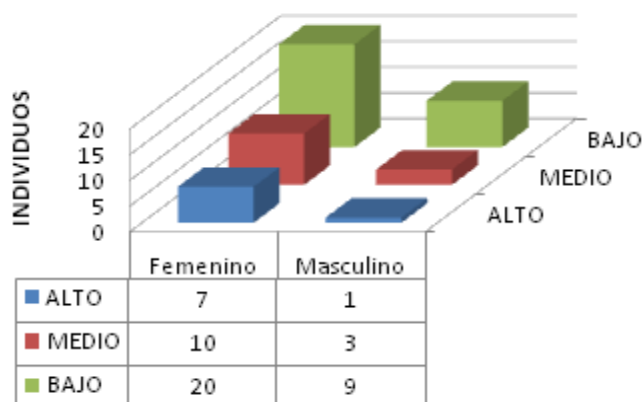
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En los porcentajes:

DESPERSONALIZACION				
	Femenino	Porcentajes de femenino	Masculino	Porcentajes de masculino
Alto	7	18 %	1	7 %
Medio	10	27 %	2	15 %
Bajo	20	54 %	10	76 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

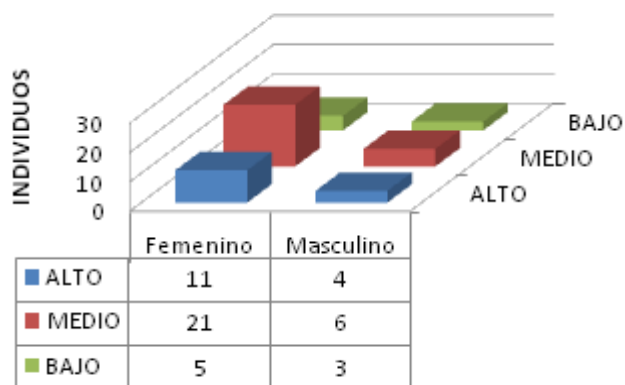
Despersonalización por sexo



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Falta de Logro Personal por sexo

Falta de Logro Personal por sexo



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En la falta de logro personal:

FALTA DE LOGRO PERSONAL		
	Femenino	Masculino
Alto	11	4
Medio	21	6
Bajo	5	3

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Siendo representada por porcentajes:

FALTA DE LOGRO PERSONAL				
	Femenino	Porcentajes	Masculino	Porcentajes
Alto	11	21.56 %	4	7.84 %
Medio	21	43.13 %	6	11.76 %
Bajo	5	9.8 %	3	5.8 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Dependiendo de cada sexo:

FALTA DE LOGRO PERSONAL				
	Femenino	Porcentajes	Masculino	Porcentajes
Alto	11	40 %	4	30 %
Medio	21	56 %	6	46 %
Bajo	5	13 %	3	23 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Estado civil

El estado civil se encuentra entre las características sociodemográficas a estudiar, cabe mencionar que el mayor porcentaje se encuentra en los solteros, siendo los otros estados

civiles una minoría siendo para algunos (divorciados) sólo de 1 residente o en otros casos sólo de 2 (unión libre).

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Estado Civil	Alto	Medio	Bajo
Soltero	4	9	17
Casado	4	3	10
Unión Libre	1	0	1
Divorciado	0	1	0

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Siendo los porcentajes representados en la siguiente gráfica:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL						
Estado Civil	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Soltero	4	7.84 %	9	17.64 %	17	33.33 %
Casado	4	7.84 %	3	5.8 %	10	19.6 %
Unión Libre	1	1.36 %	0	0 %	1	1.36 %

Divorciado	0	0 %	1	1.36 %	0	0 %
-------------------	---	-----	---	--------	---	-----

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto al porcentaje por estado civil:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL						
Estado Civil	Alto	Porcentajes del total	Medio	Porcentaje el total	Bajo	Porcentaje del total
Soltero	4	13 %	9	30 %	17	56 %
Casado	4	23 %	3	17 %	10	58 %
Unión Libre	1	50 %	0	0 %	1	50 %
Divorciado	0	0 %	1	100 %	0	0 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a la despersonalización:

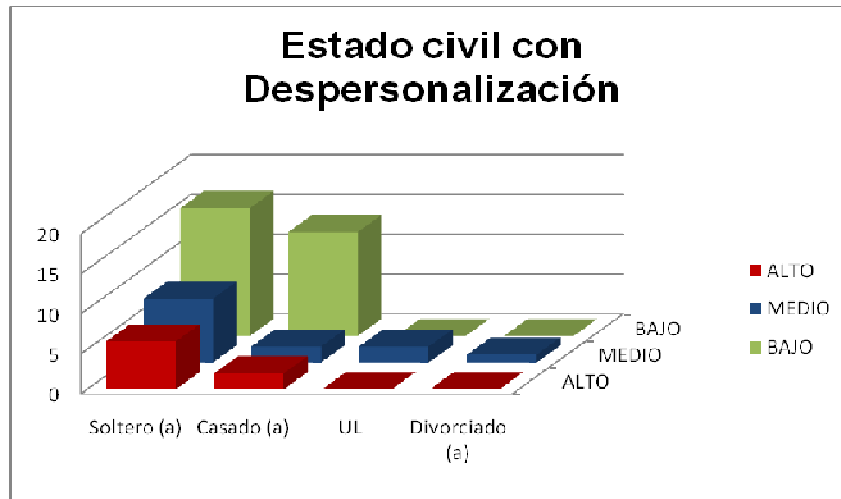
DESPERSONALIZACIÓN			
Estado Civil	Alto	Medio	Bajo
Soltero	6	8	16
Casado	2	2	13
Unión Libre	0	2	0
Divorciado	0	1	0

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Representando los porcentajes:

DESPERSONALIZACIÓN						
Estado Civil	Alto	Porcentajes	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Soltero	6	11.76 %	8	15.68 %	16	31.37 %
Casado	2	3.9 %	2	3.9%	13	25.4 %
Unión Libre	0	0 %	2	3.9%	0	0 %
Divorciado	0	0 %	1	1.36 %	0	0 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

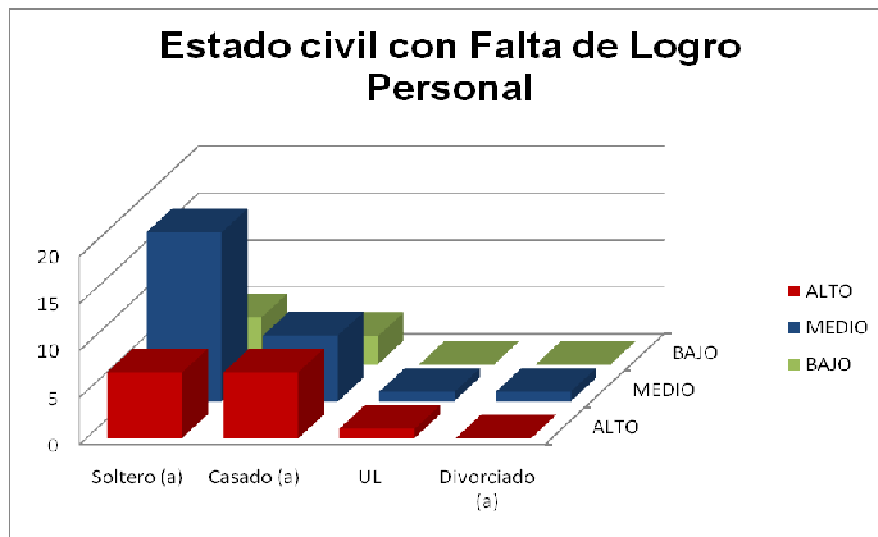


Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En la falta de logro personal:

REALIZACIÓN PERSONAL			
Estado Civil	Alto	Medio	Bajo
Soltero	7	18	5
Casado	7	7	3
Unión Libre	1	1	0
Divorciado	0	1	0

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Fuente: MBI aplicado a resi-dentes UMF 33

En cuanto a los porcentajes:

FALTA DE LOGRO PERSONAL						
Estado Civil	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Soltero	7	13.7 %	18	35.2 %	5	9.8 %
Casado	7	13.7 %	7	13.7 %	3	5.8 %
Unión Libre	1	1.36 %	1	1.36 %	0	0 %
Divorciado	0	0 %	1	1.36 %	0	0 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Presencia de hijos.

El cambio que implica la llegada de los hijos genera, entre otras, el cambio de prioridades en la vida de aquellos quienes se convierten en padres, siendo este un objetivo de análisis entre los residentes de la UMF 33. Encontrándose los resultados siguientes:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Hijos	Alto	Medio	Bajo
Si	3	3	5
No	6	10	23

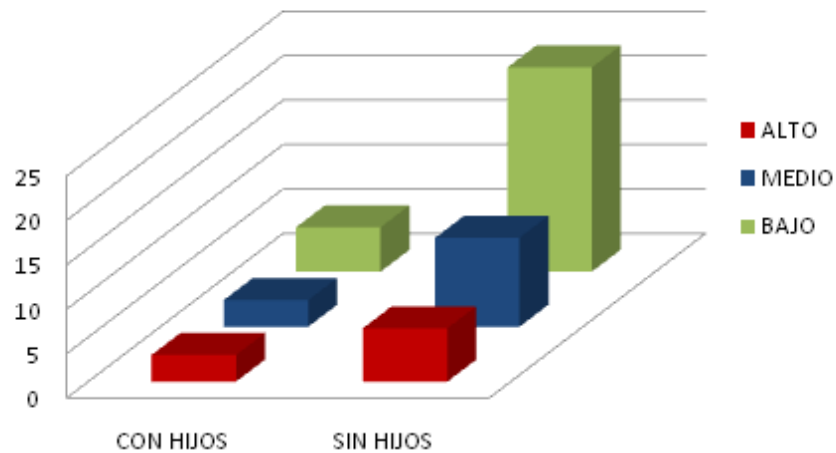
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a los porcentajes queda representado de la siguiente forma:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL						
Hijos	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Si	3	5.8	3	5.8	5	9.8
No	6	11.76	10	19.6	23	45.09

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Agotamiento Emocional y presencia de hijos



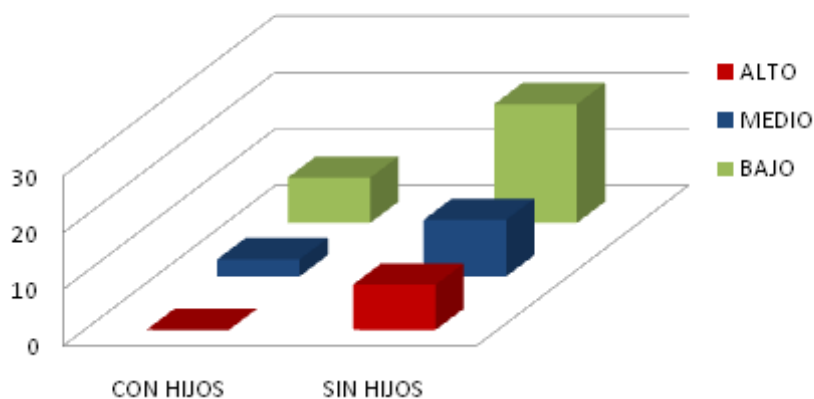
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a la despersonalización y la relación con la presencia de hijos:

DESPERSONALIZACIÓN			
Hijos	Alto	Medio	Bajo
Si	0	3	8
No	8	10	21

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Despersonalización y presencia de hijos



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a los porcentajes quedan representados de la siguiente forma:

DESPERSONALIZACIÓN						
Hijos	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Si	0	0 %	3	5.8 %	8	15.68 %
No	8	15.68 %	10	19.6 %	21	41.17 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En la falta de logro personal y los hijos:

FALTA DE LOGRO PERSONAL			
Hijos	Alto	Medio	Bajo
Si	4	4	3
No	11	23	5

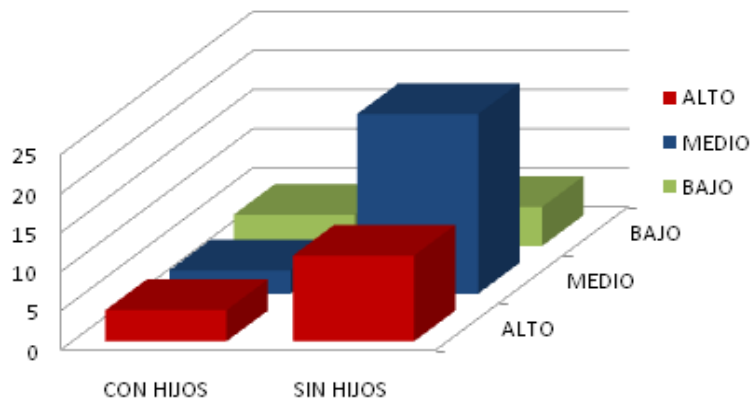
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a porcentajes queda de la siguiente forma:

FALTA DE LOGRO PERSONAL						
Hijos	Alto	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Bajo	Porcentaje
Si	4	7.84 %	4	7.84 %	3	5.8 %
No	11	21.56 %	23	45.09 %	5	9.8 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Falta de Logro Personal y la presencia de hijos



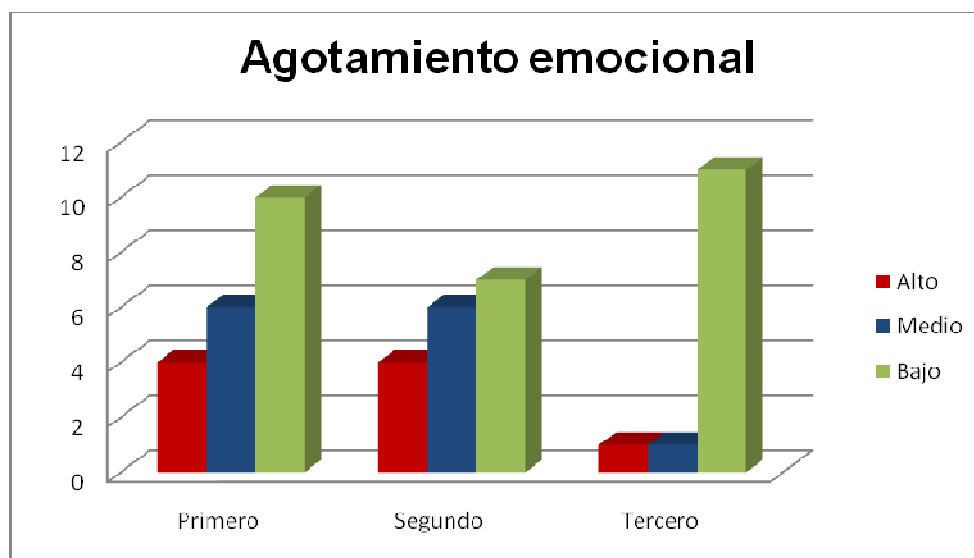
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Grado de residencia.

Conforme avanza el grado de preparación dentro de la residencia las responsabilidades cambian en conjunto y es importante reconocer el grado en el cual se encuentran bajo mayor estrés los residentes de medicina familiar de la UMF 33.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL			
Grado	Bajo	Medio	Alto
1er año	10	6	4
2o año	7	6	5
3er año	11	1	1

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a los porcentajes:

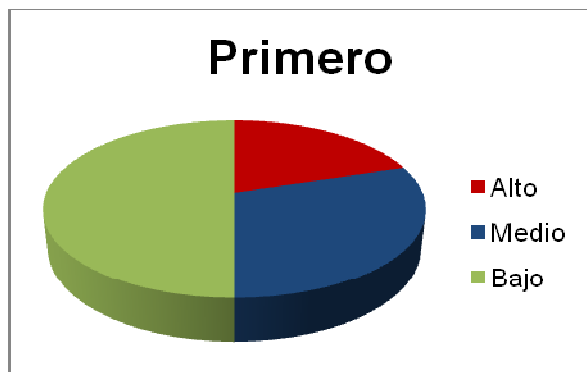
AGOTAMIENTO EMOCIONAL						
Grado	Bajo	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Alto	Porcentaje
1er año	10	19.6 %	6	11.76 %	4	7.84 %
2o año	7	13.7 %	6	11.76 %	5	9.8 %
3er año	11	21.56 %	1	1.36 %	1	1.36 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Dividido por grados encontramos la siguiente información.

En cuanto al agotamiento emocional en el grupo de primer año:

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



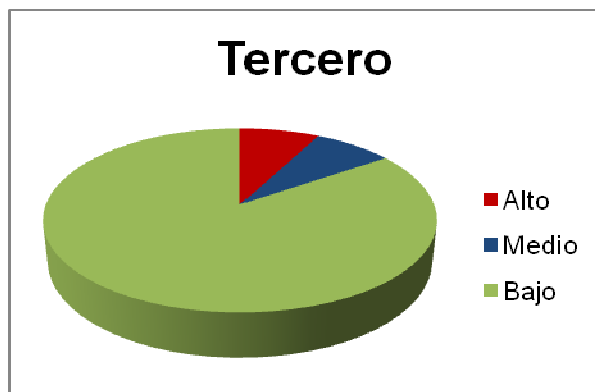
En cuanto al agotamiento emocional en el grupo de segundo año:

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

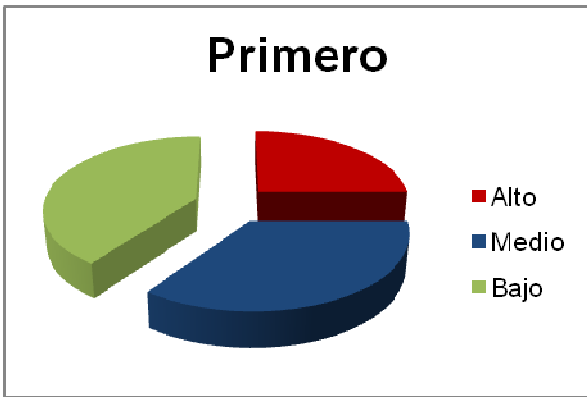


En cuanto al agotamiento emocional en el grupo de tercer año:

Fuente: MBI aplicado a res-identes UMF 33



Por grados lo encontramos en el primer año:



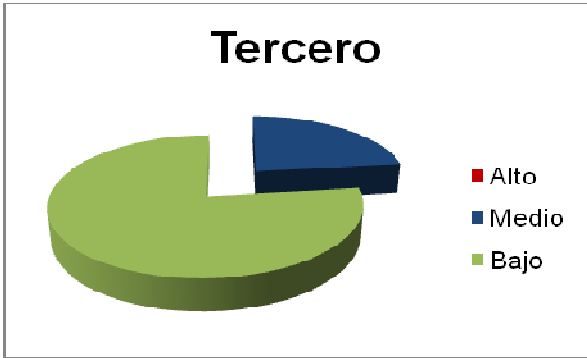
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En el segundo:



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En el tercer año:

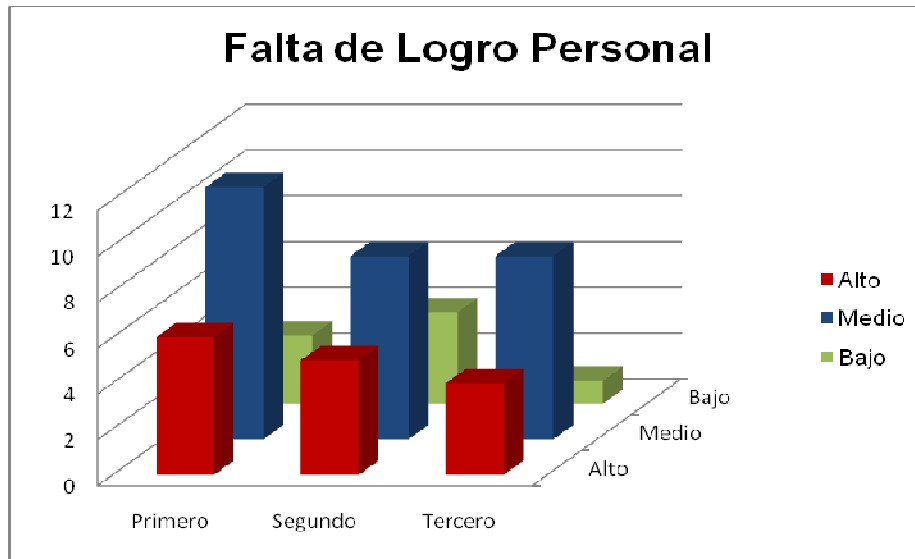


Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En la realización personal en general:

FALTA DE LOGRO PERSONAL			
Grado	Bajo	Medio	Alto
1er año	3	11	6
2o año	4	8	5
3er año	1	8	4

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



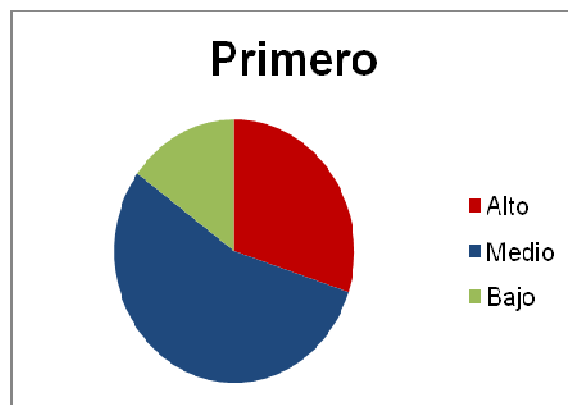
Fuente: MBI aplicado a res-identes UMF 33

En cuanto a los porcentajes:

FALTA DE LOGRO PERSONAL						
Grado	Bajo	Porcentaje	Medio	Porcentaje	Alto	Porcentaje
1er año	3	5.8 %	11	21.56 %	6	11.76 %
2o año	4	7.84 %	8	15.68 %	5	9.8 %
3er año	1	1.36 %	8	15.68 %	4	7.84 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En cuanto a su división por grados en el primer año se encuentra:



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

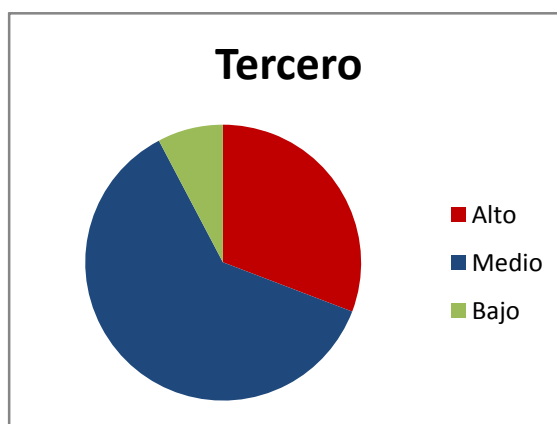
En el segundo año se encuentra:

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Y finalmente en el tercer año se encuentra:

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Enfermedades Crónicas.

El bournout en el rubro de agotamiento emocional se encuentra con una distribución similar a los otros factores. Cabe mencionar que sólo fueron 5 residentes los que presentaron enfermedades crónicas, entre otras causas debido a la edad de los mismos, que no es la más frecuente para la presentación de dichas patologías. Entre las enfermedades que se encontraron fueron:

- Dermatitis pigmentosa (1 residente)
- HAS (1 residente)
- Acalasia (1 residente)
- Gastritis (1 residente)
- Cefalea Migrañosa (1 residente)

En cuanto al agotamiento emocional los resultados son los siguientes:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
Nivel de Bournout	Enfermedad crónica	
	Si	No
Alto	2	7
Medio	2	11

Bajo	1	27
-------------	---	----

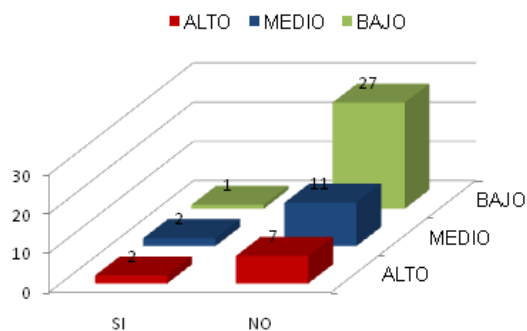
Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Distribuido por porcentajes de acuerdo al número de residentes en cada clasificación (con y sin enfermedad crónica)

AGOTAMIENTO EMOCIONAL				
Nivel de Bournout	Enfermedad crónica			
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Alto	2	40 %	7	15.5 %
Medio	2	40 %	11	24.4 %
Bajo	1	20 %	27	60 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Agotamiento Emocional y Enfermedades crónicas

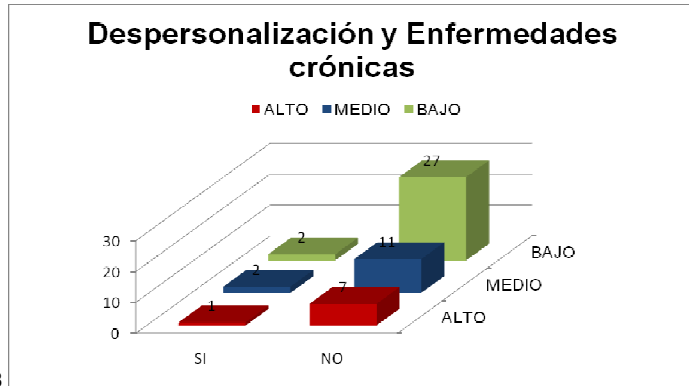


Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En el rubro de despersonalización los resultados son los siguientes:

DESPERSONALIZACION		
Nivel de Bournout	Enfermedad crónica	
	Si	No
Alto	1	7
Medio	2	11
Bajo	2	27

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

En tabla de porcentajes se encuentra de la siguiente manera:

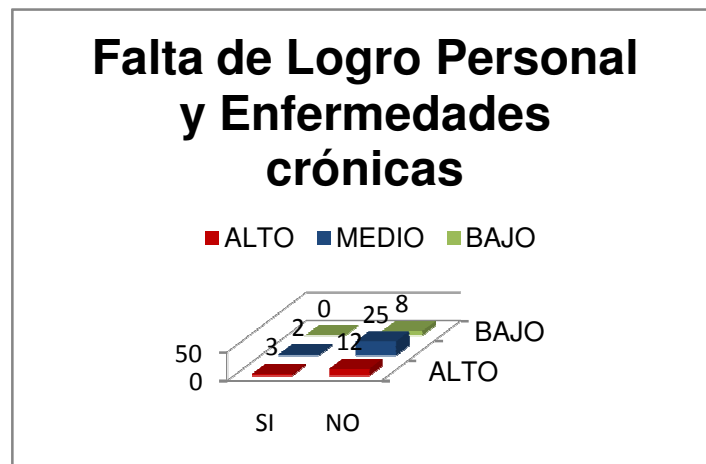
DESPERSONALIZACION				
Nivel de Bournout	Enfermedad crónica			
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Alto	1	20 %	7	15.5 %
Medio	2	40 %	11	24.4 %
Bajo	2	40 %	27	60 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Pasando a la falta de logro personal, los resultados son los siguientes:

FALTA DE LOGRO PERSONAL		
Nivel de Bournout	Enfermedad crónica	
	Si	No
Alto	3	12
Medio	2	25
Bajo	0	8

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33



Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

FALTA DE LOGRO PERSONAL				
Nivel de Bournout	Enfermedad crónica			
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Alto	3	60 %	12	26.6 %
Medio	2	40 %	25	55.5 %
Bajo	0	0 %	8	17.7 %

Fuente: MBI aplicado a residentes UMF 33

Discusión

En cuanto a los resultados generales, se encuentra un burnout bajo en cuanto al agotamiento emocional entre los residentes, siendo un porcentaje para este nivel del 39, seguido del nivel medio y por último el nivel alto. Mientras que, en el rubro de despersonalización encontramos que el predominante fue el nivel bajo con más de la mitad del porcentaje, distribuyéndose el resto mayoritariamente para el nivel medio y por último el nivel bajo. En cuanto a la falta de logro personal se encuentra mayoritariamente distribuido en el nivel medio, en segundo lugar en el nivel alto (29.4%) y por último en el nivel bajo cuyo porcentaje fue sólo sobre 15%

Edad.

En cuanto a la edad encontramos representado que la mayor concentración de residentes se encuentra distribuido en el grupo de 29-32 años siendo en este mismo, un mayor porcentaje en el nivel bajo de agotamiento emocional, esta distribución se repite entre los residentes de menor edad. Únicamente encontramos que en el grupo de mayor edad se encuentra la distribución predominante en el burnout medio, sin embargo cabe tomar en cuenta que este grupo es el de menor cantidad de residentes puesto que ella es sólo de 4 (7.8% del total de residentes).

Para la despersonalización encontramos su mayor distribución en el nivel bajo para los primeros 2 grupos de edad, siendo en el último grupo la distribución en el nivel bajo y alto, sin encontrarse en el nivel medio. Con esta distribución podemos decir que entre los residentes de menor edad se encuentra aproximadamente el 50% en un nivel bajo, así mismo entre los residentes de mayor edad su distribución en hacia ambos extremos.

En la realización personal se observa que existe una distribución predominante en el nivel medio para los 2 primeros rubros (los más jóvenes) y una distribución mayoritaria en el nivel alto para el tercer grupo (los de mayor edad).

Sexo.

El mayor porcentaje tanto de distribución general, como de distribución entre el mismo sexo fue mayor en el nivel bajo, siendo descendente al ascender de nivel. En el grupo femenino fue mayor la diferencia entre el nivel bajo (59% de las mujeres), y el nivel medio (21% de las mujeres); no así entre el nivel medio (21% de las mujeres) y el nivel alto (18% de las mujeres). Mientras que en el grupo masculino la diferencia fue menor entre el nivel bajo (46% de los hombres), y el nivel medio (38% de los hombres); y mayor entre el nivel medio y el nivel alto (15% de los hombres). En este caso podemos decir que el sexo femenino se encuentra con menor incidencia de burnout alto y medio (39% de las mujeres), mientras que el sexo masculino tiene su mayor incidencia en estos dos rubros (53% de los hombres).

En cuanto a la despersonalización por porcentaje encontramos una distribución similar al agotamiento emocional, puesto que ocurre en descendencia al ascender de nivel. Es decir en el nivel bajo se encuentra 54% y 76% del total de ambos sexos, en decremento

conforme asciende el nivel. Sin embargo en este rubro la mayor distribución (91% del total de masculinos) del sexo masculino se encuentra en el nivel bajo y medio, mientras que en estos dos mismos niveles se encuentra menor porcentaje (83% del total de femeninos) para la mujer.

En la falta de logro personal, se encuentra con nivel alto predominante para ambos sexos sin embargo, en el sexo masculino el porcentaje de bajo es mayor que para el sexo femenino. Siendo su distribución predominante para la mujer en alto y medio (96% de las mujeres), mientras que para el sexo masculino es más uniforme la distribución, encontrándose en estos dos niveles con un porcentaje menor (76% de los hombres)

Estado Civil.

Entre el grupo de solteros se encuentra predominio de agotamiento emocional bajo (56% de los solteros), medio (30% de los solteros), alto (13% de los solteros). Mientras que en el grupo de casados tuvo predominio el nivel bajo (58% de los casados) seguido por el nivel alto (23% de los casados), y sólo 3 residentes (17% de los casados) en nivel medio. Para la unión libre fue distribución uniforme entre alto y bajo (50%) sin encontrarse en el nivel medio. En cuanto al divorciado se encontró con nivel de burnout medio.

La mayor parte de los residentes se encuentran en el rubro de solteros, mientras que disminuye en cuanto a casados, siendo todavía menor para los de unión libre y sólo uno en el rubro de divorciados. Sin embargo se observa la misma tendencia para solteros y casados siendo mayor en el nivel bajo de despersonalización, disminuyendo en el nivel medio y alto. En cuanto a la unión libre los 2 residentes en esta clasificación se encontraron en nivel medio al igual que el residente divorciado.

En cuanto a la falta de logro personal, se observa una tendencia aumentada en el nivel medio para los solteros, mientras que en los casados y unión libre la distribución fue igual para el nivel alto y medio, sin encontrarse casos en el nivel bajo. Para el divorciado se encontró en nivel medio.

Presencia de hijos.

En cuanto a la presencia de hijos la distribución fue uniforme para el nivel medio y alto, siendo mayor la incidencia mayor (9.8%) en el nivel bajo. Mientras que entre los residentes sin hijos la mayor tendencia fue en nivel bajo siendo decreciente conforme asciende el nivel de burnout.

En la despersonalización la tendencia fue mayor incidencia en nivel bajo de burnout disminuyendo en el nivel medio y en nivel alto para los residentes con hijos fue del 0%, mientras que para el grupo sin hijos fue de 15%, más aún así es menor que los otros 2 niveles.

La distribución de residentes con hijos fue uniforme, siendo menor en el nivel bajo, e incrementándose en nivel medio y alto cuya incidencia fue igual en estos dos últimos niveles. En cuanto a los residentes que no tienen hijos la tendencia fue mayor en el nivel medio, en segundo lugar el nivel alto y la menor incidencia en nivel bajo.

Grado de residencia.

En el agotamiento emocional para los 3 grados fue mayor en el nivel bajo, disminuyendo en el nivel medio y por último encontrándose la menor incidencia en el nivel alto. Sin embargo en el tercer grado se observó que fue mayor la diferencia entre el nivel bajo y medio, siendo entre éste último nivel y alto de igual incidencia con sólo un residente en este nivel.

En la despersonalización encontramos que la mayor incidencia para los tres grados se encuentra en el nivel bajo, disminuyendo en el nivel medio para los 3 grado y, en el nivel alto encontrándose disminuido en el primer grado; con la misma incidencia que el nivel medio para el segundo grado; y por último sin incidencia en el tercer grado. Resultados que son compatibles con el rubro anterior.

En la falta de logro personal para los 3 grados se encuentra predominante en el nivel medio, siendo menor en nivel bajo y por último en nivel alto. Continuando con la tendencia similar que en los dos rubros anteriores

Enfermedades Crónicas.

Siendo la distribución de residentes con enfermedades crónicas igualmente distribuidos en nivel alto y medio (2 residentes cada uno) mientras que en el burnout bajo sólo fue la presencia de 1 residente.

En el porcentaje observamos mayor presencia en burnout alto y medio para residentes con presencia de enfermedades crónicas, y entre los que no presentan enfermedades crónicas la mayor incidencia de burnout es en el nivel bajo, disminuyendo conforme asciende de nivel el burnout; es decir a menor burnout mayor presencia, a mayor burnout menor porcentaje de residentes.

En la despersonalización se encuentra con una distribución similar al rubro anterior en cuanto a los residentes sin enfermedad crónica. Y en cuanto a los que si tienen enfermedad, la distribución fue predominante en el nivel medio y bajo, disminuyendo en el nivel alto.

En cuanto a la falta de logro personal se encuentra una distribución predominante en el nivel medio para los residentes que no presentan enfermedad crónica, con menor incidencia en el nivel alto y la cantidad más baja en nivel bajo.

Conclusiones

A nivel general podemos mencionar que el síndrome de burnout tiene incidencia entre los residentes de la UMF 33 mayoritariamente en nivel bajo, únicamente encontrándose en nivel medio para la falta de logro personal. Siendo así podemos decir que para generalizar los residentes de la UMF 33 tienen burnout bajo de acuerdo a los resultados del presente trabajo.

Edad.

En cuanto a la edad encontramos representado que la mayor concentración de residentes se encuentra distribuido en el grupo de 29-32 años siendo en este mismo, un mayor porcentaje en el nivel bajo de agotamiento emocional, esta distribución se repite entre los residentes de menor edad. Únicamente encontramos que en el grupo de mayor edad se encuentra la distribución predominante en el burnout medio, sin embargo cabe tomar en cuenta que este grupo es el de menor cantidad de residentes puesto que ella es sólo de 4 (7.8% del total de residentes).

Para la despersonalización encontramos su mayor distribución en el nivel bajo para los primeros 2 grupos de edad, siendo en el último grupo la distribución en el nivel bajo y alto, sin encontrarse en el nivel medio. Con esta distribución podemos decir que entre los residentes de menor edad se encuentra aproximadamente el 50% en un nivel bajo, así mismo entre los residentes de mayor edad su distribución en hacia ambos extremos.

En la realización personal se observa que existe una distribución predominante en el nivel medio para los 2 primeros rubros (los más jóvenes) y una distribución mayoritaria en el nivel alto para el tercer grupo (los de mayor edad).

Sexo.

En este caso podemos decir que el sexo femenino se encuentra con menor incidencia de burnout alto y medio (39% de las mujeres), mientras que el sexo masculino tiene su mayor incidencia en estos dos rubros (53% de los hombres)

En cuanto a la despersonalización por porcentaje encontramos una distribución similar al agotamiento emocional, puesto que ocurre en descendencia al ascender de nivel. Es decir en el nivel bajo se encuentra 54% y 76% del femenino y masculino respectivamente, en decremento conforme asciende el nivel. Sin embargo en este rubro la mayor distribución (91% del total de masculinos) del sexo masculino se encuentra en el nivel bajo y medio, mientras que en estos dos mismos niveles se encuentra menor porcentaje (83% del total de femeninos) para la mujer.

En la falta de logro personal, se encuentra con nivel alto predominante para ambos sexos sin embargo, en el sexo masculino el porcentaje de bajo es mayor que para el sexo femenino. Siendo su distribución predominante para la mujer en alto y medio (96% de las

mujeres), mientras que para el sexo masculino es más uniforme la distribución, encontrándose en estos dos niveles con un porcentaje menor (76% de los hombres).

Estado civil

La distribución fue mayor para el estado civil soltero, siendo menor los casados, seguidos por la unión libre y finalmente divorciado. La tendencia entre soltero y casado fue similar, con mayor incidencia de burnout bajo, siendo la diferencia en la incidencia del burnout alto la cual fue mayor en el grupo de casados. Con esto concluimos que la diferencia entre solteros y casados es poca. Y entre los otros dos estados civiles no es valorable, puesto que la cantidad de residentes en estos dos grupos fue sólo de 3, cuyo porcentaje asciende a 5.8% únicamente para ambos.

Presencia de hijos

La presencia de hijos mostró diferencia entre el burnout medio y alto, siendo aún así la predominante en el burnout bajo para ambos grupos (con y sin hijos). Esto demuestra que la diferencia en porcentajes no es grande, ya que la tendencia en ambos grupos fue similar. Puede observarse en el presente estudio que la presencia de hijos fue factor protector para la despersonalización y la falta de logro personal, puesto que la presencia de niveles altos en estos dos rubros fue menor que en los residentes sin hijos.

Grado de residencia.

Para el grado de residencia puede mencionarse el último grado como factor protector puesto que al avanzar de grado, el nivel de burnout disminuye, encontrándose así la menor incidencia en el tercer grado de la residencia. Únicamente se observa diferencia en este punto a nivel de falta de logro personal, puesto que no se observa diferencia significativa entre los 3 grados, más aún la tendencia fue similar en los 3 grados.

Enfermedades crónicas.

De inicio, no es frecuente encontrar enfermedades crónicas en el grupo de residentes puesto que su edad promedio (como ya se mencionó) fue de 29 años, cuya presencia de dichas enfermedades no es la más común. Aún así se encontraron 5 residentes portadores de enfermedades crónicas, siendo entre ellos la distribución de burnout con mayor nivel (alto y medio) con respecto a los residentes que no presentaban ninguna enfermedad, ya que en este último grupo fue el burnout en 2 de los rubros (agotamiento emocional y despersonalización) con nivel bajo, encontrándose diferencia con el tercer rubro (falta de logro personal) cuya incidencia fue predominante en el nivel medio.

Conclusiones generales

Con los resultados anteriores y las conclusiones por niveles podemos mencionar que la incidencia de burnout entre los residentes de la UMF 33 es nivel bajo en la mayoría de los casos.

Las características sociodemográficas en los residentes son:

- Predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino.
- Jóvenes con edad promedio de 29 años.
- Solteros en la mayoría de los casos
- Predominio de los residentes sin hijos
- Generaciones que aumentan con el tiempo, es decir las generaciones más jóvenes son mayor en número
- Frecuencia baja de enfermedades crónicas.

En este estudio se observa la incidencia del bournout como bajo, no encontrándose asociación importante con alguno de los factores sociodemográficos estudiados. Sólo mencionándose como factores protectores:

- Sexo masculino
- Jóvenes
- Presencia de hijos
- Último año de residencia.
- Ausencia de enfermedades crónicas

A diferencia del estudio de López en su estudio entre médicos familiares, cuyos resultados fueron cerca del 40% de encuestados con algún grado de bournout alto, el presente estudio se encuentra con bournout bajo en la mayoría de los niveles, únicamente con bournout predominante medio en la falta de logro personal, cuya diferencia entre residencia y laborar como médico adscrito es visiblemente importante.

Así mismo se abren las puertas para la realización de estudios posteriores al respecto cuya comparación entre residencias o bien, entre residentes de Medicina Familiar de diferentes sedes, sería una propuesta a realizar partiendo del estudio actual así como asociación con factores que podrían tener mayor influencia como la carga de trabajo, horas de sueño.

Las recomendaciones que hacemos con los resultados son la estimulación y el reconocimiento a la realización de actividades importantes así como ante la realización de labores cuyo desempeño sea bueno o excelente. Así como la detección oportuna entre los residentes para en caso de encontrarse resultados de nivel alto en el Síndrome de burnout tomar medidas que lo disminuyan. Y al mismo tiempo seguir investigando otros factores predisponentes.

Bibliografía

1. Granero M., Retamar C., Carbajal J., Gómez A., Bragagnolo G. Vida personal y Burn-out del psicoterapeuta. Informe de Investigación.
2. Marrero S., Grau A. Síndrome de Burn-out en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y Salud*. Enero-junio. Vol. 15 num. 001. pp 25-32. México.
3. Sanz G., Goñi L., Barrio M., Diego H., Sánchez F., Jiménez N., *et al.* Otros trastornos mentales y de conducta que requieren abordaje psiquiátrico.
4. Morejo Jiménez B., Bustos R., Matallana A., Miralles T. La evaluación del Burn-out. Problemas y alternativas El CBB como evaluación de los problemas de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 1997. 13.2, pp. 185-207.
5. Manso, P. Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. Octubre 2006. Publicado en psicologiacientifica.com
6. Moriana J. Burout y cuidado de la salud en voluntarios. Presentado en el Encuentro Internacional de Psicólogos Sin Fronteras. Agosto, 2005. Universidad Nacional de San Luis, Argentina
7. Sandoval C., González P., Sanhueza L., Borjas R., Odgers C. Síndrome de Burout en el personal profesional del hospital de Yumbel. VII Congreso científico Gremial. Agrupación de Médicos en etapa de destinación y formación colegio médico de Chile.
8. Entrevista con el doctor Fernando Ortiz Monasterio: "Es necesario optimizar el modelo de residencia de especialidades". En *Ciencia Médica. Boletín de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina, UNAM*. 1994; 1 (5): pp. 7-9.
9. Rivera H. Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 70, Núm. 1 Ene.-Mar. 2007 pp. 43-46.
10. López E, Rodríguez J, López M, Peralta C, Munguía M. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores socio-demográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): pp. 13-19.
11. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El Burn-out percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Información Psicológica*. España 2008. Núm. 92 pp. 64-79.
12. Rocha JM. Síndrome de "Burn-out" ¿El médico de urgencias incansable? *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*. Vol. 1, No. 2 Abril-Junio 2002 pp 48-56.
13. Eckleberry –Hunt J, Lick D, Boura J, Hunt R, Balasubramaniam M, Mulhem E, et al. An exploratory study of resident Burn-out and wellness. *Revista Academic Medicine*. Vol. 84, No 2. February 2009 pp. 269-277.
14. Golub JS, Weiss PS, Ramesh AK, Ossoff RH, Johns MM. Burn-out in residents of otolaryngology–head and neck surgery: a national inquiry into the health of residency training. *Academic Medicine*, Vol. 82, No. 6 / June 2007. pp. 596-601.
15. Thomas, NK. Resident Burn-out. *JAMA*, December 15, 2004—Vol. 292, No. 23 (Reprinted). pp. 2880-2889.
16. Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al. Burn-out comparasion among residents in different medical specialities. *Acad Psychiatry* 2004 Fall; 28(3):240-2.
17. Ley Federal del Trabajo. Edición 2001. Capítulo XVI, artículo 353 A-I. pp. 84
18. González J, Alanis N, Granados G, Síndrome de burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Edición especial 4-2004. Febrero 2004.

Anexos

Anexo I. **MBI (Maslach Burn Inventory)**

A continuación encontrará una serie de enunciados a cerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración contestando correctamente y con la aseveración que represente su estado actual. A cada una de las frases debe responder con la frecuencia con que tiene este sentimiento de la siguiente forma:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 0. Nunca | 4. Una vez a la semana |
| 1. Pocas veces al año o menos. | 5. Varias veces a la semana |
| 2. Una vez al mes o menos | 6. Diariamente |
| 3. Pocas veces al mes | |

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo ()
2. Me siento cansado cuando termino mi jornada de trabajo ()
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado()
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender ()
5. Siento que estoy tratando algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales ()
6. Siento que trabajar todo el día con la gente cansa ()
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender ()
8. Siento que mi trabajo me está desgastando ()
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo ()
10. Siento que me he hecho más duro con la gente ()
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente ()
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo ()
13. Me siento frustrado por el trabajo ()
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo ()

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente ()
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa ()
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo ()
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender ()
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo ()
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades ()
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada ()
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas ()

Cuestionario de características socio-demográficas.

1. **Edad** _____ 2. **Sexo** () MASCULINO () FEMENINO

2. **¿Cuál es su estado civil?**

a) *Soltero*

b) *Casado*

c) *Viudo*

d) *Divorciado*

e) *Unión libre*

3. **¿Tiene hijos?**

a) *Si*

b) *No*

4. **¿Qué año cursa de la residencia en medicina familiar?**

a) *Primero*

b) *Segundo*

c) *Tercero*

5. **¿Tiene alguna enfermedad crónica?**

a) *No*

b) *Si*

c) *¿Cuál?* _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33

DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA FOLIO

[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Unidad de Medicina Familiar No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**Síndrome de Burn-out y factores socio-demográficos más frecuentes en el grupo de Médicos Residentes en especialización en Medicina Familiar de la UMF 33**” registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud: Comité de investigación y bioética de la UMF No. 33

El objetivo del estudio es: determinar cual es la frecuencia del Síndrome de Burn-out y su asociación con factores socio-demográficos en el grupo de residentes en especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 33 del IMSS

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

1. Otorgar datos personales como: edad, sexo, estado civil, año de residencia, presencia de hijos, enfermedades crónicas.
2. Permitir la aplicación de un cuestionario para poder identificar la frecuencia del Síndrome de Burn-out y factores socio-demográficos asociados.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: identificar grado de Síndrome de Burn-out así como factores socio-demográficos asociados que puedan ser modificables. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad 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. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de conformidad del residente _____

Dra. Susana Taide Aguirre Rodríguez Mat.99353407

Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos _____

CLAVE 2810-003-002