



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 16  
TORREÓN COAHUILA

**“PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL BURNOUT EN  
MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE DICIEMBRE DE 2010 A  
ENERO DE 2011, EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ELÍAS HERRERA CRUZ**

TORREÓN, COAHUILA

2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 16  
TORREÓN, COAHUILA.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR:

TITULO:

**“PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL BURNOUT EN  
MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE DICIEMBRE DE 2010 A  
ENERO DE 2011, EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

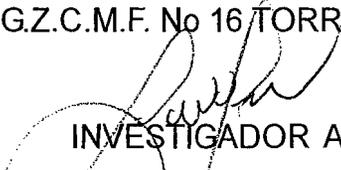
PRESENTA:

**ELIAS HERRERA CRUZ**

  
INVESTIGADOR RESPONSABLE

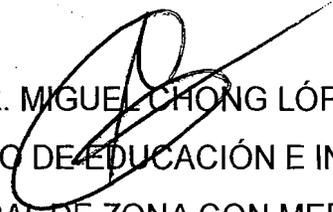
**DR. LUIS ANTONIO VALLES**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
H.G.Z.C.M.F. No 16 TORREÓN, COAHUILA

  
INVESTIGADOR ASOCIADO

**DRA. LAURA MEDINA VERÁSTEGUI**

MEDICO FAMILIAR ADSCRITA A LA U.M.F. No. 66  
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

  
DR. MIGUEL CHONG LÓPEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 16  
H.G.Z.C.M.F. No. 16 TORREÓN, COAHUILA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**“PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL BURNOUT EN  
MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE DICIEMBRE DEL 2010 A  
ENERO DE 2011, EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Elías Herrera Cruz**

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL 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.

1. Título.....	1
2. Índice general.....	4
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	5
4. Planteamiento del problema.....	22
5. Justificación.....	23
6. Objetivos.....	24
- General	
- Específicos	
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)	
8. Metodología.....	25
- Tipo de estudio.....	27
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	28
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	29
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	30
- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar la información.....	34
- Consideraciones éticas.....	35
9. Resultados.....	36
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	58
11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).....	59
12. Referencias bibliográficas.....	62
13. Anexos.....	64

## MARCO TEÓRICO

Burnout, es un término anglosajón cuya traducción más próxima y coloquial es “estar quemado”, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Si bien, la literatura sobre el tema es cada día más voluminosa, uno de los inconvenientes para abordar este estudio, ha sido la inexistencia de un marco teórico estructurado, ya que la mayoría de los estudios se han centrado en áreas muy concretas, tales como el estudio de factores organizacionales, predisposicionales, socio demográficos, acontecimientos vitales y familiares estresantes, o sobre aspectos relacionados con la salud.<sup>1</sup>

El síndrome de Burnout o agotamiento profesional ha alcanzado mayor difusión a partir de los trabajos de Cristina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología; se refería a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos: concretamente, al hecho de que, después de meses o años de dedicación, éstos terminaban “quemándose”.<sup>2</sup>

Fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger. Lo definió como «un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo». Señala ya entonces un mayor riesgo en profesionales jóvenes idealistas, optimistas, que se entregan en exceso al trabajo. Se da en las llamadas profesiones de ayuda, en las cuales lo habitual es el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedad y/o sufrimiento psíquico. Fue posteriormente, en 1982, cuando la psicóloga Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto de 22 ítems, basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar las tres características básicas del síndrome: el agotamiento emocional, sensación de cansancio con manifestaciones tanto psíquicas (ansiedad, angustia, disfunciones sexuales, fatiga crónica) como físicas (colon irritable, dispepsias, cefaleas, mialgia); la despersonalización, trastornos conductuales de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento hacia los compañeros e incluso cinismo hacia los

pacientes, y la baja realización personal, que consiste en sentimientos de insatisfacción por los logros profesionales alcanzados y deseo de abandono. Está aceptado que el desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de mala adaptación a una situación de estrés crónico que es el trabajo en sí mismo. Hasta llegar al agotamiento emocional, el profesional desarrolla diferentes fases. De una primera de entusiasmo y altas expectativas, de idealización, se pasa a una fase de estancamiento, después de frustración, en la que se cuestiona incluso la utilidad de su trabajo, destacándose todas las dificultades o aspectos negativos de éste (horas de guardia, bajo sueldo, recursos limitados del sistema) y se presentan los problemas emocionales y conductuales. Al fin se alcanza un estado de apatía o indiferencia hacia el trabajo. Esta desmotivación como consecuencia de las condiciones de trabajo, y que está afectando incluso a los más jóvenes, repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador y, por tanto, también en la calidad asistencial.<sup>3</sup>

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día. La presencia de estresores y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores extra laborales (personales, sociales, etc.) afectan su salud se conoce como “factores psicosociales laborales”. Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así, para el año 2002 habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante.<sup>4</sup>

La prevalencia de Burnout en personal médico varía de acuerdo con la especialidad y las condiciones en que el profesional de la salud realiza sus actividades. En España se ha encontrado en múltiples estudios con médicos familiares y en otro tipo de personal sanitario, entre 30 y 60 % de cansancio emocional y hasta de 76 % para al menos uno de los tres dominios del Maslach

Burnout Inventory, de acuerdo con el lugar y diferentes factores relacionados con los encuestados.<sup>5</sup>

En un trabajo multicéntrico entre 248 médicos intensivistas de los Estados Unidos, el 40% presentó el síndrome con detrimento emocional. En México, un estudio que investigó el nivel de Burnout en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, reveló los siguientes datos: 10.9% de cansancio emocional, 19.6% de despersonalización y 74.9% de baja realización personal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Aranda et al realizaron un estudio entre los médicos familiares, donde la prevalencia de síndrome de Burnout fue del 42,3%. El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.<sup>6</sup>

Los médicos tienen una salud física mejor, pero una peor salud mental que la población general. Asimismo, la prevalencia de tentativa de suicidio, sobre todo en las médicas, es mayor que la que presenta la población general. Ello puede explicarse, en gran medida, por el tipo de trabajo realizado, que implica estar expuesto a un importante número de factores de riesgo de tipo psicosocial, como el contacto con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos materiales, las largas jornadas de trabajo, los horarios irregulares, la falta de recompensas profesionales, etc. La identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos los médicos permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de este colectivo profesional.<sup>7</sup>

El desarrollo del síndrome va a depender de la personalidad del trabajador y por otro de la organización o institución donde labora. En cuanto a la personalidad del trabajador se ha identificado que trabajadores con conducta tipo A, locus de control externo y bajo control emocional son las personas que tienen mayor riesgo de padecerlo o desarrollarlo. De la misma forma aquellos médicos que tengan malas relaciones (administrativas, de contrato, sindicales, turno, etc.) con la institución laboral aumenta el riesgo considerablemente. Ambos pueden ser

factores importantes que repercutan en el desarrollo o al incremento progresivo de la severidad del síndrome. Los grados que han sido considerados son:

1. Primer grado. Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies.
2. Segundo grado. Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.
3. Tercer grado. Los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares.

En México, el síndrome de desgaste ha sido retomado por psicólogos, pedagogos, filósofos, administradores, enfermeras y médicos especialistas de diferentes áreas, pasando desde la psiquiatría, hasta la medicina familiar. Y se ha estudiado en casi todos los estados de la república, en organizaciones industriales, educativas y en las principales instituciones de salud. Para esta revisión nos apoyamos en estudios realizados en su mayoría por médicos especialistas, destacando los médicos familiares en el diagnóstico de este síndrome. Entre los principales resultados de las investigaciones, destacan los siguientes: Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en doctoras y doctores. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome. Lo que coincide con los estudios de doble jornada en mujeres (tareas domésticas y el trabajo en alguna institución de salud).<sup>8</sup>

En relación a la variable género, parece ser que los hombres se despersonalizan con mayor frecuencia que las mujeres, pero en muchos otros estudios los resultados no son concluyentes, pues otras investigaciones refieren que los sentimientos de quemarse en el trabajo en general son mayores en las mujeres, caso contrario a los resultados encontrados por Atance, en donde el grupo de

mujeres presentó una puntuación mayor en la dimensión de agotamiento emocional. Otros estudios simplemente revelan no haber encontrado asociación o diferencia estadísticamente significativa entre las variables mencionadas y el síndrome de quemarse por el trabajo.<sup>9</sup>

El abordaje del Síndrome de Burnout se ha enfocando generalmente en los factores patológicos que lo causan; sin embargo, es relevante también evidenciar los factores positivos que pueden proteger al personal de padecerlo, especialmente aquellas habilidades que permiten afrontar situaciones laborales, determinadas hasta el momento como contribuyentes al desgaste profesional. Interpretado desde la psicología positiva, el síndrome se centra en los factores protectores y de afrontamiento, los cuales han sido estudiados a nivel de compromiso constructo motivacional positivo (Engagement) que comprende tres dimensiones propuestas por Seligman: vigor (alto nivel de energía y de resistencia mental en el trabajo, aún cuando existan dificultades), dedicación (alta implicación laboral, el trabajo se ve como orgullo y como reto) y absorción (concentración en las labores y disfrute de éstas). Por su parte y desde el paradigma salutogénico, Antonovsky también revisa factores protectores como el sentido de coherencia, constituido por tres componentes: comprensión (haciendo referencia a la coherencia y la consistencia), controlabilidad (recursos suficientes para realizar un afrontamiento) y significancia (sentido en términos emocionales que se le da a la vida).<sup>10</sup>

En el estudio denominado Jerarquía de los valores reconocidos como prioritarios en la práctica de la profesión médica, se encontró como resultado que los profesionales con puntuaciones bajas en la escala de Burnout tendrían más capacidad para hacer frente a los objetivos de forma realista en función de los medios y las habilidades disponibles, mientras que los profesionales con puntuaciones altas en la escala de Burnout, fruto del alto grado de relación interpersonal con el paciente, tenderían al planteamiento de objetivos quiméricos o, lo que es lo mismo, a pansoluciones, en función de los medios y habilidades disponibles. En resumen, el primer grupo tendería a una mayor implicación

para/con la profesión y el segundo para/con el paciente o usuario del sistema sanitario.<sup>11</sup>

La satisfacción de las necesidades del profesional da como resultado una actitud positiva, constituyendo un estímulo para desempeñar el trabajo a gusto; por el contrario, no darle atención a esas necesidades puede dar como resultado el síndrome de desgaste profesional, también conocido como síndrome de Burnout. Actualmente se conceptualiza como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico. Este síndrome afecta a uno de cada dos médicos; en forma importante, a uno de cada tres; y de forma severa con matices de irreversibilidad, a uno de cada 10. El tema es motivo de preocupación ya que subyace en muchos de los problemas que aqueja a los sistemas de salud, no sólo en cuanto a malestar psíquico o físico del trabajador, sino también a sus repercusiones dentro de las instituciones, así como sus consecuencias (empeoramiento de la relación médico-paciente, falta de interés por actividades docentes, incumplimiento de horarios, etcétera). El síndrome de Burnout afecta sobre todo a los profesionales que trabajan en contacto directo con el público, que tienen alto grado de auto exigencia con baja tolerancia al fracaso, que buscan la perfección absoluta, que necesitan controlar todo o que desarrollan un sentimiento de indispensabilidad laboral y son muy ambiciosos; debido a sus perfiles de personalidad, los médicos representan un grupo muy susceptible, con graves consecuencias para los pacientes. La satisfacción laboral y el Burnout presentan una relación en sentido inverso, ya que la satisfacción crece cuando el Burnout disminuye, y viceversa. La satisfacción laboral baja y el síndrome de desgaste en el médico afectan la calidad de la atención médica, al paciente, al médico mismo y a las instituciones de salud, lo que repercute directamente en la relación médico-paciente.<sup>12</sup>

### **Etiología:**

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

A todo ello colaboran:

**Componentes personales pre-mórbidos que aumentan la susceptibilidad personal;** en el cual cobra interés

- La edad: relacionada con la experiencia,
- El sexo: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.

**Inadecuada formación profesional;** por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.

**Factores laborales o profesionales:** condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación cuasi dáada médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud. Como trabajador y productor el médico se convirtió en mano de obra barata sin relaciones laborales legalmente establecida y asediada por la sombra de la mala praxis (Juez Eugenio Zaffaroni)

**Factores sociales:** como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

**Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de

familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

**Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout según Horacio Cairo:**

1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

Si tratásemos de establecer una clasificación entre las diez variables mencionadas, podemos observar que éstas pueden agruparse en tres ámbitos fundamentales de actuación:

- A) La propia tarea referida a aspectos técnicos del rol profesional; contenidos en los ítems 2, 3, 4 anteriores.
- B) Las relaciones interpersonales reflejando la habilidad para trabajar con otros; contenidos en los ítems 6, 7, 10 anteriores.
- C) La organización referida a grado de influencia social y política; contenidos en los ítems 5, 8, 9, ya mencionados anteriormente.

Se puede prevenir el Síndrome de Burnout: la prevención y tratamiento se comprende y aborda mejor desde una triple perspectiva:

- I) El trabajo personal: tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales y la realidad que se nos impone, también

tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión: los valores humanos.

II) El equipo: los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el Síndrome de Burnout, principalmente porque son los primeros en darse cuenta antes que el propio interesado.

III) La organización-empresa: hay tres conceptos claves tanto para la prevención empresarial del síndrome como para la eficacia de la misma: **a) Formación; b) Organización; c) Tiempo**

- Reuniones acorde a las necesidades sin afectar el tiempo de las personas con un “desgaste”
- Minimizar imprevistos: organizar urgencias de tal forma que no intervenga con el trabajo planificado.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Acortar distancia entre los niveles organizacionales.

#### **Clínica:**

Es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Los tres componentes mencionados con anterioridad son:

- 1) **Cansancio o agotamiento emocional:** a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.
- 2) **Despersonalización:** es el núcleo de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición, y desesperanza personal.
- 3) **Abandono de la realización personal:** aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Se sistematizaran cuatro niveles clínicos de Burnout:

**Leve:** quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.

**Moderado:** cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.

**Grave:** entecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.

**Extremo:** aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Analizando el signo sintomatología se distinguen:

- **Signos y síntomas físicos:** cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.
- **Signos y síntomas psíquicos:** falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración, desesperanza, desasosiego.
- **Síntomas laborales:** sobreinvolucionamiento, no comparten ni delegan trabajo, ausentismo laboral.

### **Medidas preventivas y terapéuticas en el Síndrome de Burnout:**

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House los tipos de apoyo son:

- 1) **Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2) **Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) **Apoyo informativo:** que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) **Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout también mencionados por el autor Hamson WDA en su obra Stress and Burnout in the Human Services Professions

- 1- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- 2- Formación en las emociones.
- 3- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
- 4- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- 5- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- 6- Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos de media como mínimo.
- 7- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- 8- Formación continuada reglada dentro de la jornada aboral.
- 9- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- 10- Diálogo efectivo con las gerencias.<sup>13</sup>

Los síntomas de estrés más frecuentes en los profesionales del primer nivel de atención fueron las cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión y fatiga. Estos conforman el cuadro típico de los síntomas más significativos, los cuales son señalados como síntomas iniciales de deficiencia de la salud por la Organización Mundial de la Salud.

Catherine Maslach y Susana Jackson lo han descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por estas autoras: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI). Las propias autoras del MBI en sus datos normativos obtenidos en una población norteamericana identifican a los

profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome, y de hecho constituye uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto. Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y aun el suicidio.<sup>15</sup>

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 1995, 1999). Según Wheaton (1996) y Sandín (1999), existen cinco características definitorias de los estresores: a) El estresor debe implicar amenaza o demanda. b) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de “elasticidad” de dicho organismo. c) El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo. d) Ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas, y e) Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario. Puede decirse entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento estresante. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. El afrontamiento es entendido aquí como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus, 2000). El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta

emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí.<sup>16</sup>

La atención al paciente conduce a situaciones de alto grado de estrés, a veces originado por la identificación con la angustia del paciente o de sus familiares, y por las experiencias personales de pretendido fracaso terapéutico, que con frecuencia no es tal. La ansiedad del paciente y su familia debe ser bien tolerada y afrontada por el médico mediante su adecuada formación en habilidades psicosociales; de otro modo, el rol que el médico desempeña, que denominado "efecto esponja", hace que absorba y retenga la ansiedad de sus pacientes, sin darle una salida idónea. Aparece más frecuentemente en los primeros años de ejercicio profesional, en trabajadores jóvenes (mayor idealismo), más en mujeres (mayor necesidad de demostrar su valía profesional) y más en solteros (menor amparo emocional). Situaciones como el trabajo con enfermos crónicos o terminales, en relación directa con el paciente, con sobrecarga laboral y ausencia de control sobre el propio trabajo, parecen ser factores predisponentes para su desarrollo, más en personas con expectativas laborales irrealistas y rasgos psicológicos personales de meticulosidad, perfeccionismo, individualismo y hostilidad, sobre todo si tienen antecedentes personales de conflictos emocionales en la infancia que les hayan hecho ser narcisistas, ansiosos o depresivos y obsesivamente ambiciosos. Al fin y al cabo, el Burnout traduce la discrepancia entre los ideales y expectativas individuales, por un lado, y la dura realidad de la vida profesional, por otro, por lo que puede entenderse como la resultante de la falta de adaptación a un estrés laboral crónico. El desarrollo del Burnout en el médico puede llevarle a dejar el trabajo o evitar el trato directo con los pacientes mediante su dedicación al desarrollo de labores administrativas, gestoras o de investigación.<sup>17</sup>

El Síndrome de Burnout (SB), denominado también Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), Psíquico o del Quemado (SQ), fue descrito por primera vez en 1961 en la publicación "A Burnout case" por Graham Greens. En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger conceptualiza como "la sensación de

agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de con su trabajo”. En 1986, las psicólogas sociales Maslach y Jackson definieron el SB como “el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en su campo de formación”. Una de las definiciones más aceptada entre los investigadores del tema es la que aportan estas autoras, que lo precisaron como: “el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. Establecieron también que el síndrome se presenta en los profesionales que trabajan directamente con personas.<sup>18</sup>

En 1981 Maslach y Jackson definieron el síndrome de Burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por un marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría e impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo. Es un síndrome que aparece en el personal que trabaja en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que les exige una respuesta emocional continua.<sup>19</sup>

El principio de que «las personas son el principal activo de las organizaciones» se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. Tanto es así que la calidad de los servicios prestados por estas organizaciones se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran. La satisfacción laboral de los trabajadores es un objetivo de las organizaciones en general, y de las sanitarias en particular, imprescindible para garantizar el mantenimiento de la inversión en el capital humano y, por ende, la mejor calidad de los servicios prestados.

Sin embargo, los profesionales de la salud, dadas las características de su desempeño laboral, están especialmente expuestos a sufrir el denominado por Maslach «Síndrome de Burnout». Éste es un resultante específico del estrés laboral crónico que suele aparecer en los profesionales que mantienen una relación de ayuda constante y directa con otras personas, tras soportar una

sobrecarga de trabajo duradera y, normalmente, tras poner unas expectativas y una dedicación considerables en su trabajo. Con el tiempo, estos profesionales sufren los síntomas de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal propios del citado síndrome. Entre las variables asociadas a esta situación se señalan los factores ambientales, las características de la persona, las características del afrontamiento, los resultados previos de las experiencias de estrés y las consecuencias de esta situación excepcional para el individuo. El estrés laboral y su impacto en el profesional sanitario han sido medidos en numerosas ocasiones en diversos ámbitos. En concreto, en el nivel organizativo de atención primaria se ha investigado con interés cuál es la prevalencia de Burnout y qué factores se asocian a esta situación. El estrés laboral incide directamente en la satisfacción del profesional y en su percepción de la calidad de vida en el trabajo. La calidad de vida profesional se relaciona con el equilibrio entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y persona.<sup>20</sup>

El Maslach Burnout Inventory (MBI):

Es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado

emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen. En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

## **CORRECCIÓN DE LA PRUEBA**

**Subescala de Agotamiento Emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

**Subescala de Despersonalización.** Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

**Subescala de Realización Personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome. También el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro. <sup>14</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de Síndrome Burnout en el personal médico de la unidad de medicina familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

## JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout es un problema de salud pública creciente, por su importancia y su presencia no sólo repercute en la salud de los profesionales de la salud sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente que puede ocasionar un alto costo, tanto social como económico.

En España se ha encontrado en múltiples estudios con médicos familiares y en otro tipo de personal sanitario, entre 30 y 60 % de cansancio emocional y hasta de 76 % para al menos uno de los tres dominios del Maslach Burnout Inventory, de acuerdo con el lugar y diferentes factores relacionados con los encuestados.

En un trabajo multicéntrico entre 248 médicos intensivistas de los Estados Unidos, el 40% presentó el síndrome con detrimento emocional.

En México, un estudio que investigó el nivel de Burnout en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, reveló los siguientes datos: 10.9% de cansancio emocional, 19.6% de despersonalización y 74.9% de baja realización personal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Aranda et al realizaron un estudio entre los médicos familiares, donde la prevalencia de síndrome de Burnout fue del 42,3%.

El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en personal médico, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para el paciente y la institución en la que éste trabaja.

En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16 del IMSS no existen trabajos que hayan estudiado este síndrome en médicos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar, a pesar de que presentan una serie de características laborales que los hace más vulnerables. Además, este grupo ha estado sometido en los últimos años a una serie de cambios organizativos importantes, tales como la implementación de herramientas tecnológicas a las que

no estaban acostumbrados y el creciente número de población adscrita a consultorios que rebasa el indicador nacional por médico familiar, que repercute directamente sobre la demanda de atención en el primer nivel de atención médica. Lo que ha podido contribuir a su desgaste profesional.

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este grupo de estudio para poder elaborar planes de prevención.

Es fundamental que los médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar se encuentren en plenas facultades psicológicas por la importante labor que desempeñan, en el primer nivel de atención médica, dentro del IMSS. Por tal motivo se realizara el presente estudio, cuyo propósito es determinar la prevalencia y la frecuencia de los factores asociados con este.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo General:** Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con factores de riesgo asociados en médicos adscritos a la consulta externa de Medicina familiar de diciembre de 2010 a enero de 2011, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16 del IMSS.

**Objetivo Especifico:** Cuantificar la prevalencia del síndrome Burnout en médicos adscritos en Hospital General con medicina Familiar No. 16.

Determinar los factores de riesgo en el Síndrome Burnout en médicos adscritos en Hospital General con medicina Familiar No. 16.

Establecer la asociación del Síndrome Burnout con los factores de riesgo en médicos adscritos en Hospital General con medicina Familiar No. 16.

## **METODOLOGÍA**

En septiembre de 2010 se realizó un estudio observacional, transversal, en el H.G.Z.C.M.F. No. 16 del IMSS, con una población total de 43 médicos, adscritos a la consulta externa de medicina familiar pertenecientes a la delegación del Estado de Coahuila, ubicada en la zona conurbana de la ciudad de Torreón, Coahuila.

A los médicos de ambos sexos que desearon participar y que laboran en los turnos matutino y vespertino, a quienes se les aplicó en forma auto administrada y anónima, el cuestionario Maslach Burnout Inventory, versión en español previamente validada y utilizada en población mexicana, cuyas tres dimensiones se califican mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 6 puntos para cada ítem, y cuya puntuación por dominio se interpreta de la siguiente manera: Cansancio emocional, nueve ítems; bajo con < 18 puntos, moderado 19 a 26 y alto  $\geq 27$ . Despersonalización, cinco ítems; bajo < 5 puntos, moderado 6 a 9 y alto  $\geq 10$ . Realización personal, ocho ítems; bajo con < 33 puntos, medio 34 a 39 y alto  $\geq 40$ . También se les aplicaron un cuestionario genérico, donde se interrogara sobre aspectos socio demográficos y laborales: sexo, edad, estado civil, turno de labores, con o sin especialidad, antigüedad laboral como médico adscrito a la consulta externa de Medicina Familiar en el IMSS, tiempo transcurrido desde el último periodo vacacional disfrutado y tener otro trabajo fuera del IMSS; de ser afirmativo el último aspecto, si se relaciona con la medicina y si resulta estresante. Los cuestionarios fueron entregados a los médicos indicándoles que lo contestaran y regresaran en los siguientes tres días. Se incluyeron en el análisis todos los cuestionarios recabados en el tiempo estipulado, y fueron excluidos los médicos que durante los últimos seis meses no estuvieron fijos en el consultorio evaluado. Se implementó una propuesta de calificación cualitativa ordinal para interpretar el resultado global del Maslach Burnout Inventory, adjudicando el valor de 0, 0.5 y 1.0 a los niveles bajo, medio y alto, respectivamente, en los dominios cansancio emocional y despersonalización. En el dominio realización personal, cuya calificación va en sentido opuesto, se invirtieron los valores para cada nivel: 1.0, 0.5 y 0, respectivamente. La puntuación global de desgaste profesional se obtuvo al sumar los valores en los tres dominios, de tal manera que el sujeto con

nivel alto de cansancio emocional y despersonalización, así como nivel bajo de realización personal, obtuvo una puntuación máxima de tres puntos (presencia de Burnout alto), en contraste con el que califica con nivel alto en realización personal y bajo en cansancio emocional y despersonalización, quien obtuvo una puntuación global de 0 (sin Burnout), con valores intermedios de 0.5, 1.0, 1.5, 2.0 y 2.5, que implica diversos grados de desgaste profesional en una escala ascendente.

**TIPO DE ESTUDIO:**

Transversal, prospectivo, observacional.

## **LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO**

El estudio se realizo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 16, del IMSS, ubicado en la zona conurbana de Torreón, Coahuila, que cuenta con una población de 43 Médicos adscritos a la consulta externa de Medicina familiar, de ambos sexos en los turnos matutino y vespertino, en el mes de Diciembre de 2010 a Enero del 2011.

## TIPO DE MUESTRA

No probabilística, por cuota, en cada uno de los turnos seleccionados

## TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó con base en una prevalencia promedio de Burnout alto en 35 % de los sujetos para cualquiera de los tres dominios, con nivel alfa de 0.05 y poder de 80.

$$N = \frac{(Z \alpha)^2 (p) (q)}{\delta^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (.35) (.65)}{.05^2}$$

$$N = \frac{3.84 (0.2275)}{.0025}$$

$$N = \frac{.8736}{.0025} \quad N = 349$$

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1 / población)}$$

$$N = \frac{349}{1 + (349 / 48)}$$

$$N = \frac{349}{1 + 7.27}$$

$$N = \frac{349}{8.27}$$

$$N = 42$$

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Médicos adscritos a la consulta de Medicina Familiar, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16

Que sean de base, de turno matutino y vespertino

Que deseen participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

Los médicos que durante los últimos seis meses no hubieran estado fijos en el consultorio evaluado.

**Criterios de eliminación**

Los cuestionarios que no estén contestados en forma completa.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
1.- Médico Familiar (Independiente)			-Ambiente laboral inadecuado. - Sobrecarga de trabajo. - Alteración de ritmos biológicos. - Responsabilidades y decisiones muy importantes. -Estimulación lenta y monótona. -Condiciones laborales inadecuadas.
2.- Síndrome de Burnout (Dependiente)		Consecuencias en la salud:  Se refiere a las patologías que puede conllevar la práctica profesional del Médico Familiar en un ambiente estresante.	-Trastornos respiratorios - Trastornos cardiovasculares - Trastornos inmunológicos - Trastornos endocrinos - Trastornos dermatológicos - Dolores crónicos y cefaleas continuas. -Trastornos sexuales -Trastornos psicopatológicos

Dimensión	Indicador de dimensión	Valor de dimensión	Indicador de variable	Valor de variable
Cansancio emocional (CE)	Afirmaciones: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del inventario del Síndrome de Burnout de Maslach.	Nunca (0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos (2) Unas pocas veces al mes o menos (3) Una vez a la semana (4) Pocas veces a la semana (5) Todos los días (6)	CE : 40 – 54 DP : 22 – 30 RP : 00 – 12 CE : < 40 DP : < 22 RP : > 12	Presenta síndrome de Burnout  No presenta síndrome de Burnout
Despersonalización (DP)	Afirmaciones: 5, 10, 11, 15, 22 del inventario del Síndrome de Burnout de Maslach.	Nunca (0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos (2) Unas pocas veces al mes o menos (3) Una vez a la semana (4) Pocas veces a la semana (5) Todos los días (6)		
Realización personal (RP)	Afirmaciones: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 del inventario del Síndrome de Burnout de Maslach.	Nunca (0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos (2) Unas pocas veces al mes o menos (3) Una vez a la semana (4) Pocas veces a la semana (5) Todos los días (6)		

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	
		ESCALA	DESCRIPCIÓN
EDAD	Cuantitativa continua	< 24 24 - 35 36 – 50 > 50	Según edad en el momento de la encuesta
SEXO	Cuantitativa nominal dicotómica	Masculino femenino	Según sexo biológico de pertenencia
SITUACIÓN CONYUGAL	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión consensual	Según estado civil al momento de la encuesta
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	Cuantitativa continua	< 10 11– 20 >20	Según años de ejercicio después de graduado
AÑOS DE CONVIVENCIA CON LA PAREJA	Cuantitativa continua	<5 5 – 10 >11	Según años de convivencia con la pareja actual
SITUACIÓN LABORAL DE LA PAREJA	Cuantitativa nominal dicotómica	Trabaja No trabaja	Según la pareja trabaje o no
PRESENCIA DE HIJOS	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según el trabajador tenga hijos o no en el momento de la encuesta
No. DE HIJOS	Cuantitativa discreta	<2 <u>≤2</u> >2	Según total de hijos en el momento de la encuesta
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Cualitativa nominal	≥27 alto 19-26 medio <19 bajo	Según puntuación obtenida al sumar los ítems; 1,2,3,6,8,13,14,16,20 del cuestionario # 2
DESPERSONALIZACIÓN	Cualitativa nominal	>10 alta 6-9 media <6 baja	Según puntuación obtenida al sumar los ítems; 15,10,11,15,22 del cuestionario # 2
REALIZACIÓN PERSONAL	Cualitativa nominal	>40 alta 34-39 media <33 baja	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 4,7,9,12,17,18,19,21 del cuestionario # 2

## **PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Se procedió en una primera fase del estudio, con la aplicación auto administrada de los cuestionarios a los médicos que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

Para fines prácticos de este estudio se tomo como diagnostico de Burnout a todo aquel que reuniera la puntuación de acuerdo a los criterios del (MBI) Maslach Burnout Inventory (ver anexo).

En una segunda fase, los datos obtenidos se concentraron en una tabla en la que se trabajaron con el programa SPSS versión 19.0 para obtener la prevalencia.

Se realizo estadística descriptiva e inferencial. Se calculo el coeficiente de Spearman para medir la correlación entre los dominios del Maslach Burnout Inventory, así como razones de momios e intervalos de confianza de 95 % para medir la asociación entre las características sociodemográficas y laborales con el desgaste profesional, utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se explicará a cada participante la naturaleza del estudio y el proyecto se someterá a la revisión y aprobación del Comité de Investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16. No atentará contra la integridad de las personas y se respetarán los principios éticos marcados en el código de Helsinki y modificación de Tokio. No requiere consentimiento informado por ser un estudio de riesgo mínimo, sin embargo se solicitará consentimiento informado a los participantes del estudio.

## RESULTADOS

Se repartieron 43 encuestas a médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16 en la Cd. de Torreón Coahuila, México. Se obtuvo respuesta del 100%(n=43).

Características sociodemográficas:

La edad con una media de 45.79 (rango de 29 a 59 años), antigüedad laboral en el IMSS, con media 15.23, (rango de 2 a 26 años), el tiempo de las últimas vacaciones, media de 1.46 (rango de 1 a 3 años). Tabla 1.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE EDAD, ANTIGÜEDAD LABORAL Y TIEMPO DE ÚLTIMAS VACACIONES.**

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
Edad	29	59	45.76	46.00	7.49
Antigüedad laboral en el IMSS	2	26	15.18	15.00	6.13
Tiempo de últimas vacaciones	1	3	01.46	01.00	0.54

Dentro del grupo de edad de los médicos, prevalecen los de 49 años de edad con 9.3 %(n=4). Tabla 2.

**TABLA 2. DATOS PORCENTUALES DE EDAD**

Edad en años	N	%
29	1	2.3
32	1	2.3
34	2	4.7
36	1	2.3
37	2	4.7
38	2	4.7
39	1	2.3
40	2	4.7
41	2	4.7
43	1	2.3
44	2	4.7
45	3	7.0
46	2	4.7
48	3	7.0
49	4	9.3
50	1	2.3
51	3	7.0
52	1	2.3
53	1	2.3

54	2	4.7
55	3	7.0
56	1	2.3
58	1	2.3
59	1	2.3
Total	43	100

En cuanto a antigüedad laboral en el IMSS en años, encontramos que existe coincidencia en mayor frecuencia de antigüedad la de 10 y 24 años, ambas con un 9.3 % (n= 4) respectivamente. Tabla 4.

**TABLA 4. DATOS PORCENTUALES DE ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL IMSS.**

Antigüedad en años	N	%
1	1	2.3
5	1	2.3
7	3	7.0
8	1	2.3
9	1	2.3
10	4	9.3
11	3	7.0
12	2	4.7
13	2	4.7
14	3	7.0
15	2	4.7
16	2	4.7
17	1	2.3
18	2	4.7
19	3	7.0
20	3	7.0
21	2	4.7
22	1	2.3
24	4	9.3
26	2	4.7
Total	43	100

En cuanto al tiempo en años de las últimas vacaciones disfrutadas, se encontró que es mayor el número de los médicos que las han disfrutado en un periodo de un año con un 55.8% (n=24), sin embargo llama la atención que el número de médicos que no las ha disfrutado en un periodo de 2 años es elevado, 41.9% (n=18), con una diferencia del 13.9% (n=6) en comparación al anterior. Y el de no haber disfrutado vacaciones en un periodo de 3 años, 02.3% (n=1). Tabla 6.

TABLA 6. DATOS PORCENTUALES DE ÚLTIMAS VACACIONES

Años	N	%
1	24	55.8
2	18	41.9
3	1	02.3
total	43	100

En cuanto al sexo, de los médicos encuestados el 48.8% (n= 21), son mujeres y el 51.2%(n= 22) hombres. Tabla 7.

TABLA 7. DATOS PORCENTUALES POR SEXO

Sexo	N	%
femenino	21	48.8
masculino	22	51.2
total	43	100

Por estado civil, encontramos solteros 16.3 % (n= 07), casados 62.8 % (n= 27), divorciados 14 % (n= 06) unión Libre 7 % (n= 3) y viudos 0% (n=0). Tabla 8.

TABLA 8. DATOS PORCENTUALES DEL ESTADO CIVIL

Estado civil	N	%
Soltero	7	16.3
Casado	27	62.8
viudo	0	0
Divorciado	6	14.0
Unión libre	3	07.0

En relación a la variable especialidad en medicina familiar la pregunta si contaban con ella o no, de los 43 médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar de esta Unidad Médica 76.7%(n=33), contestaron afirmativamente y 23.3%(10) respondieron no contar con ella. Tabla 9.

TABLA 9. DATOS PORCENTUALES CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Con especialidad	N	%
Si	33	76.7
no	10	23.3

En cuanto al turno laboral se encontró que corresponden al turno matutino, 51.2%(n=22). Y al turno vespertino, 48.8%(n=21). Tabla 10.

TABLA 10. DATOS PORCENTUALES EN RELACION AL TURNO LABORAL

Turno laboral	N	%
matutino	22	51.2
vespertino	21	48.8

En cuanto a los médicos que tienen otro trabajo fuera del IMSS relacionado con la medicina, el 44.2%(n=19) contestaron afirmativamente y el 55.8%(n=24) contestaron no a la pregunta. Tabla 11.

TABLA 11. DATOS PORCENTUALES EN RELACIÓN AL SEGUNDO TRABAJO FUERA DEL IMSS

Segundo trabajo fuera del IMSS	N	%
Si	19	44.2
no	24	55.8

A los que contestaron tener un segundo trabajo con alto grado de estrés relacionado con la medicina un 16.3%(n=7), siendo significativamente mayor el que no lo tenía de 83.7%(n=36). Tabla 12.

TABLA 12. DATOS PORCENTUALES EN RELACIÓN AL SEGUNDO TRABAJO CON ALTO GRADO DE ESTRÉS

Segundo trabajo con alto grado de estrés	N	%
Si	7	16.3
no	36	83.7

Características del MBI aplicado a los 43 médicos adscritos a la consulta de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 16 de Torreón, Coahuila. Con mínima de 37, máxima de 102, media de 59.97, mediana de 58.00 y una desviación estándar de 12.63. Tabla 13.

TABLA 13. CARACTERISTICAS DEL MBI TOTAL

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
MBI	37	102	59.97	58.00	12.63

## CARACTERÍSTICAS MÁS SOBRESALIENTES ENCONTRADAS DEL MBI.

Variable 4, *siento que puedo entender fácilmente a los pacientes*, mínimo .00, máximo 6.00, media 4.86, mediana 6.00 y desviación estándar 1.65, La variable 6, *siento que trabajar todo el día con la gente me cansa*, mínimo .00, máximo 6.00, media 2.16, mediana 1.00, desviación estándar 1.81, la variable 7, *siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes*, mínimo .00, máximo 6.00, media 4.81, mediana 5.0 y desviación estándar 1.45, la variable 9, *siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo*, mínimo 1.00, máximo 6.00, media 4.81, mediana 5.00, DS 1.51, la variable 12, *me siento con mucha energía en mi trabajo*, mínimo .00, máxima 6.00, media 4.90, mediana 6.00 y desviación estándar 1.54, la variable 17, *siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes*, mínimo 1.00, máximo 6.00, media 4.86, mediana 6.00 y desviación estándar de 1.76, la variable 18, *me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis paciente*, mínimo .00, máximo 6.00, media 4.81, mediana 6.00 y desviación estándar 1.81, la variable 19, *creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo*, mínimo 1.00, máximo 6.00, media 5.04, mediana 6.00 y desviación estándar 1.54, la variable 21, *siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada*, mínimo .00, máximo 6.00, media 4.02, media 5.00, y desviación estándar 2.09.

TABLA 14. CARACTERÍSTICAS DEL MBI

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
1	.00	6.00	2.30	2.00	1.66
2	.00	4.00	1.27	1.00	1.41
3	.00	5.00	1.79	1.00	1.64
4	.00	6.00	4.86	6.00	1.65
5	.00	5.00	1.27	.00	1.69
6	.00	6.00	2.16	1.00	1.81
7	.00	6.00	4.81	5.00	1.45
8	.00	6.00	2.11	2.00	1.65
9	1.00	6.00	4.81	5.00	1.51
10	.00	6.00	1.97	1.00	1.75
11	.00	6.00	1.41	1.00	1.77
12	.00	6.00	4.90	6.00	1.54
13	.00	4.00	1.04	1.00	1.30

14	.00	6.00	1.65	1.00	1.86
15	.00	6.00	.69	.00	1.37
16	.00	6.00	1.44	1.00	1.77
17	1 .00	6.00	4.86	6.00	1.76
18	.00	6.00	4.81	6.00	1.81
19	1.00	6.00	5.04	6.00	1.54
20	.00	5.00	1.46	1.00	1.40
21	.00	6.00	4.02	5.00	2.09
22	.00	6.00	.83	1.00	1.27

Ítems\*:

1. me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
3. cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4. siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
5. siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7. siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8. siento que mi trabajo me está desgastando
9. siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
10. siento que me he hecho más duro con la gente
11. me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente
12. me siento con mucha energía en mi trabajo
13. me siento frustrado en mi trabajo
14. siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15. siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
16. siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17. siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18. me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19. creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20. me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21. siento que mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada
22. me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas

Para la variable, *me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*, contestaron 32.6 % (n=14), *pocas veces al año o menos*, 23.3 % (n=10), *unas pocas veces al mes* y la de menor frecuencia 2.3%(n=1), para la variable *todos los días*. Tabla 15.

TABLA 15. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, ME SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO POR MI TRABAJO.

Escala	N	%
Nunca	5	11.6
Pocas veces al año o menos	14	32.6
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	10	23.3
Una vez a la semana	4	9.3
Pocas veces a la semana	5	11.6
Todos los días	1	2.3

En la variable, *cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío*, 39.5 % (n=17), contestaron *nunca*, 27.9 % (n=12), *pocas veces al año o menos* y la de menor frecuencia 14%(n=3), para *unas pocas veces al mes*. Tabla 16.

TABLA 16. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, CUANDO TERMINO MI JORNADA DE TRABAJO ME SIENTO VACIO.

Escala	N	%
Nunca	17	39.5
Pocas veces al año o menos	12	27.9
Una vez al mes o menos	5	11.6
Unas pocas veces al mes	3	7.0
Una vez a la semana	4	14.0

La variable, *cuando me levanto por las mañanas y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado*, con 32.6 % (n=14), para *pocas veces al año o menos*, 23.3 %(n=10), *nunca*, 16.3% (n=7) *una vez al mes o menos* y la menor frecuencia 7%(n=3), para *una vez a la semana*. Tabla 17.

TABLA 17. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y ME ENFRENTO A OTRA JORNADA DE TRABAJO ME SIENTO FATIGADO.

Escala	N	%
Nunca	10	23.3
Pocas veces al año o menos	14	32.6
Una vez al mes o menos	7	16.3
Unas pocas veces al mes	4	9.3
Una vez a la semana	3	7.0
Pocas veces a la semana	5	11.6

La variable, *siento que puedo entender fácilmente a los pacientes*, 55.8 % (n=24) su respuesta fue *todos los días*, 16.3 % (n=7), *pocas veces a la semana*, y 14.0% (n=6) contestaron *unas pocas veces al mes*, y la de menor frecuencia, 2.3%(n=1), para la variable, *nunca*. Tabla 18.

TABLA 18. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, SIENTO QUE PUEDO ENTENDER FACILMENTE A LOS PACIENTES.

Escala	N	%
Nunca	1	2.3
Pocas veces al año o menos	2	4.7
Una vez al mes o menos	1	2.3
Unas pocas veces al mes	6	14.0
Una vez a la semana	2	4.7
Pocas veces a la semana	7	16.3
Todos los días	24	55.8

La variable, *siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales*, 51.2 % (n= 22) respondieron *nunca*, y 16.3 % (n=7), *pocas veces al año o menos*, la menor frecuencia fue para, *una vez a la semana*, 4.7%(n=2).

Tabla 19.

TABLA 19. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, SIENTO QUE ESTOY TRATANDO A ALGUNOS PACIENTES COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES.

Escala	N	%
Nunca	22	51.2
Pocas veces al año o menos	7	16.3
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	4	9.3
Una vez a la semana	2	4.7
Pocas veces a la semana	4	9.3

La variable *siento que trabajar todo el día con la gente me cansa*, 44.2 % (n=19) respondieron *pocas veces al año o menos*, además existe coincidencia en el porcentaje que es 14.0 % (n= 6) en las variables *unas pocas veces al mes* y *pocas veces a la semana*, respectivamente, y la de menor en frecuencia 4.7%(n=2), para *todos los días*. Tabla 20.

TABLA 20. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, SIENTO QUE TRABAJAR TODO EL DIA CON LA GENTE ME CANSA.

Escala	N	%
Nunca	5	11.6
Pocas veces al año o menos	19	44.2
Una vez al mes o menos	3	7.0
Unas pocas veces al mes	6	14.0
Una vez a la semana	2	4.7
Pocas veces a la semana	6	14.0
Todos los días	2	4.7

La variable *siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes*, 41.9 % (n= 18) contesto *todos los días*, 32.6 % (n=14), *pocas veces a la semana*, y 16.3 % (n=7), *unas pocas veces al mes* y 2.3%(n=1) para *nunca* y *una vez a la semana*. Tabla 21.

TABLA 21. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, SIENTO QUE TRATO CON MUCHA EFICACIA LOS PROBLEMAS DE MIS PACIENTES.

Escala	N	%
Nunca	1	2.3
Una vez al mes o menos	2	4.7
Unas pocas veces al mes	7	16.3
Una vez a la semana	1	2.3
Pocas veces a la semana	14	32.6
Todos los días	18	41.9

En cuanto a la variable *siento que mi trabajo me está desgastando*, 25.6 % (n= 11), de los médicos encuestados respondieron *pocas veces al año o menos*, existiendo una coincidencia en las escalas *una vez al mes* y *unas pocas veces al mes*, 20.9%(n=9) respectivamente y en menor frecuencia coinciden con 4.7%(n=2), las de *una vez a la semana* y *todos los días*.

Tabla 22.

TABLA 22. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, SIENTO QUE MI TRABAJO ME ESTA DESGASTANDO

Escala	N	%
Nunca	7	16.3
Pocas veces al año o menos	11	25.6
Una vez al mes o menos	9	20.9
Unas pocas veces al mes	9	20.9
Una vez a la semana	2	4.7
Pocas veces a la semana	3	7.0
Todos los días	2	4.7

En relación a la variable *siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo*, 44.2 % (n=19), contestaron todos los días, y un 30.2 % (n=13), *pocas veces a la semana*, la de menor frecuencia para las variables *pocas veces al año o menos* y *unas pocas veces al mes* 4.7%(n=2), respectivamente. Tabla 23.

TABLA 23. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE, SIENTO QUE ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE EN LA VIDA DE OTRAS PERSONAS A TRAVES DE MI TRABAJO.

Escala	N	%
Pocas veces al año o menos	2	4.7
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	2	4.7
Una vez a la semana	3	7.0
Pocas veces a la semana	13	30.2
Todos los días	19	44.2

La variable *siento que me hecho más duro con la gente*, un 27.3 % (n=12) contestaron *pocas veces al año o menos*, y un 23.3 %(n=10) respondieron *nunca*, y en la escala *una vez al mes o menos*, 14.0 % (n=6), siendo la de menor frecuencia la de todos *los días* con 2.3%(1). Tabla 24.

TABLA 24. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE SIENTO QUE ME HE HECHO MÀS DURO CON LA GENTE

Escala	N	%
Nunca	10	23.3
Pocas veces al año o menos	12	27.3
Una vez al mes o menos	6	14.0
Unas pocas veces al mes	5	11.6
Una vez a la semana	5	11.6
Pocas veces a la semana	4	9.3
Todos los días	1	2.3

La variable, *me preocupa que éste trabajo me esté endureciendo emocionalmente*, el 39.5 % (n=17), y encontramos en la escala *pocas veces al año o menos*, 32.6 % (n=14), y las de menor frecuencia, 4.7% (n=2), para las variables, *una vez al mes o menos*, *pocas veces a la semana* y *todos los días*. Tabla 25.

TABLA 25. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE ME PREOCUPA QUE ESTE TRABAJO ME ESTE ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE.

Escala	N	%
Nunca	17	39.5
Pocas veces al año o menos	14	32.6
Una vez al mes o menos	2	4.7
Unas pocas veces al mes	3	7.0
Una vez a la semana	3	7.0
Pocas veces a la semana	2	4.7
Todos los días	2	4.7

En relación a la variable *me siento con mucha energía en mi trabajo*, 53.5 % (n= 23) respondieron, todos los días, 20.9 % (n= 9) contestaron *pocas veces a la semana*, 14 % (n=6), *unas pocas veces al mes* y siendo las de menor frecuencia, 2.3% (n=1), para *nunca* y *una vez a la semana*. Tabla 26.

TABLA 26. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE ME SIENTO CON MUCHA ENERGIA EN MI TRABAJO.

Escala	N	%
Nunca	1	2.3
Una vez al mes o menos	3	7.0
Unas pocas veces al mes	6	14.0
Una vez a la semana	1	2.3
Pocas veces a la semana	9	20.9
Todos los días	23	53.5

Un 48.8 % (n=21) contestaron nunca, en la variable, *me siento frustrado en mi trabajo*, y encontramos un 23.3 % (n=10) que respondieron *pocas veces al año o menos* siendo la de menor frecuencia para *una vez a la semana* con 7%(n=3).

Tabla 27.

TABLA 27. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE ME SIENTO FRUSTRADO EN MI TRABAJO.

Escala	N	%
Nunca	21	48.8
Pocas veces al año o menos	10	23.3
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	5	11.6
Una vez a la semana	3	7.0

Para la variable, *siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo*, 34.9 %(n=15), respondieron *nunca*, 27.9 % (n=12), *pocas veces al año o menos*, 14.0 % (n=6) manifestaron *una vez al mes o menos* y la de menor frecuencia 4.7%(n=2), para *todos los días*. Tabla 28.

TABLA 28. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE SIENTO QUE ESTOY DEMASIADO TIEMPO EN MI TRABAJO.

Escala	N	%
Nunca	15	34.9
Pocas veces al año o menos	12	27.9
Una vez al mes o menos	6	14.0
Una vez a la semana	5	11.6
Pocas veces a la semana	3	7.0
Todos los días	2	4.7

La variable *siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes*, 67.4 % (n=29) respondieron *nunca*, 16.3 % (n=7), *pocas veces al año o menos* y las de menor frecuencia 2.3%(n=1) para *una vez al mes o menos*, *pocas veces a la semana* y *todos los días*, respectivamente. Tabla 29.

TABLA 29. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE SIENTO QUE REALMENTE NO ME IMPORTA LO QUE LES OCURRA A MIS PACIENTES.

---

Escala	N	%
Nunca	29	67.4
Pocas veces al año o menos	7	16.3
Una vez al mes o menos	4	9.3
Una vez a la semana	1	2.3
Pocas veces a la semana	1	2.3
Todos los días	1	2.3

---

Para la variable *siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa*, 39.5 % (n=17) contestó *nunca*, y 30.2 % (n=13) respondió *pocas veces al año o menos*, la menor frecuencia para *pocas veces a la semana* y *todos los días* 4.7% (n=2), respectivamente. Tabla 30.

TABLA 30. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE SIENTO QUE TRABAJAR EN CONTACTO DIRECTO CON LA GENTE ME CANSA.

---

Escala	N	%
Nunca	17	39.5
Pocas veces al año o menos	13	30.2
Una vez al mes o menos	3	7.0
Unas pocas veces al mes	3	7.0
Una vez a la semana	3	7.0
Pocas veces a la semana	2	4.7
Todos los días	2	4.7

---

La variable, *siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes*, 60.5 % (n=26), contestaron, *todos los días*, y el 14.0 % (n= 6), *pocas veces a la semana* y en menor frecuencia 2.3% (n=1), *unas pocas veces al mes*. Tabla 31.

TABLA 31. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE SIENTO QUE PUEDO CREAR CON FACILIDAD UN CLIMA AGRADABLE CON MIS PACIENTES.

---

Escala	N	%
Pocas veces al año o menos	4	9.3
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	1	2.3
Una vez a la semana	2	4.7
Pocas veces a la semana	6	14.0
Todos los días	26	60.5

---

La variable *me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes*, 55.8 % (n=24) contestaron *todos los días*, y el 18.6 % (n=8), *pocas veces a la semana*, la de menor frecuencia 2.3%(n=1), *unas pocas veces al mes*.

TABLA 32. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE ME SIENTO ESTIMADO DESPUES DE HABER TRABAJADO INTIMAMENTE CON MIS PACIENTES.

Escala	N	%
Nunca	2	4.7
Pocas veces al año o menos	2	4.7
Una vez al mes o menos	3	7.0
Unas pocas veces al mes	1	2.3
Una vez a la semana	3	7.0
Pocas veces a la semana	8	18.6
Todos los días	24	55.8

En la variable, *creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo*, 60.5%(2n=26), respondieron *todos los días*, 18%(n=8), *pocas veces a la semana* y la de menor frecuencia 2.3%(n=1), para *unas pocas veces al mes*. Tabla 33

TABLA 33. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE CREO QUE CONSIGO MUCHAS COSAS VALIOSAS EN ESTE TRABAJO.

Escala	N	%
Pocas veces al año o menos	2	4.7
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	1	2.3
Una vez a la semana	2	4.7
Pocas veces a la semana	8	18.6
Todos los días	26	60.5

En la variable, *me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades*, 41.9%(n=18), respondieron *una vez al mes o menos*, 25.6%(n=11), *pocas veces al año o menos* y 2.3(n=1), para la variable, *todos los días*. Tabla 34.

TABLA 34. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE ME SIENTO COMO SI ESTUVIERA AL LIMITE DE MIS POSIBILIDADES.

Escala	N	%
Nunca	11	25.6
Pocas veces al año o menos	18	41.9
Una vez al mes o menos	4	9.3
Unas pocas veces al mes	4	9.3
Una vez a la semana	5	11.6
Pocas veces a la semana	1	2.3

La variable, *siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada*, 39.5%(n=17), respondieron que *todos los días*, 16.3%(n=7), *pocas veces a la semana*, 14%(n=6), *unas pocas veces al mes*, y la menor en frecuencia 7%(n=3), que *nunca*. Tabla 35.

TABLA 35. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE SIENTO QUE EN MI TRABAJO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES SON TRATADOS EN FORMA ADECUADA.

Escala	N	%
Nunca	3	7.0
Pocas veces al año o menos	4	9.3
Una vez al mes o menos	5	11.6
Unas pocas veces al mes	6	14.0
Una vez a la semana	1	2.3
Pocas veces a la semana	7	16.3
Todos los días	17	39.5

La ultima variable del MBI, *me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas*, 48.8%(21), *contestaron nunca*, 37.2%(n=16), *pocas veces al año o menos*, siendo estas las más relevantes. Tabla 36.

TABLA 36. DATOS PORCENTUALES DE LA VARIABLE ME PARECE QUE LOS PACIENTES ME CULPAN DE ALGUNOS DE SUS PROBLEMAS.

Escala	N	%
nunca	21	48.8
pocas veces al año o meno	16	37.2
una vez al mes o menos	3	7.0

una vez a la semana	1	2.3
pocas veces a la semana	1	2.3
todos los días	1	2.3

En relación a los resultados para Burnout bajo no se encontró en la población de estudio, donde el mínimo, máximo, media, mediana y desviación estándar son de 0. Tabla 14.

TABLA 37. CARACTERISTICAS DEL MBI BAJO DE 1-33 PUNTOS

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
MBI bajo	.00	.00	.00	.00	.00

Los resultados para el Burnout medio fueron de un mínimo de .00, máximo de 1.00, media .79, mediana 1.00 y desviación estándar de .41. Tabla 38.

TABLA 38. CARACTERISTICAS DEL MBI MEDIO DE 34-66 PUNTOS

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
MBI medio	.00	1.00	.79	1.00	.41

Para el Burnout alto se encontró un mínimo .00, máximo 1.00, media de .20, mediana .00 y DS .41. Tabla 39.

TABLA 39. CARACTERISTICAS DEL MBI ALTO DE 67-99 PUNTOS

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
MBI alto	.00	1.00	.20	.00	.41

En cuanto a las sub-escalas del MBI se encontró el agotamiento emocional con un mínimo de 00.00 puntos y máximo 46 puntos con una media de 15.39, una mediana de 11.00 y una desviación estándar de 11.58. En cuanto a la despersonalización se encontró un mínimo de 00.00 puntos y un máximo de 21.00 puntos, con una media de 6.13, una mediana de 4.00 y una desviación estándar de 6.06. La falta de realización personal con un mínimo de 12.00 puntos y un máximo de 55 puntos, con una media de 38.4, una mediana de 41.00 y una desviación estándar de 10.42. Tabla 40.

TABLA 40. CARACTERISTICAS DE LAS SUBESCALAS DEL MBI

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS
Agotamiento emocional	00.00	46.00	15.39	11.00	11.58
Despersonalización	00.00	21.00	06.13	04.00	06.06
Falta de realización personal	12.00	55.00	38.4	41.00	10.42

En lo que respecta a la mayor frecuencia en cuanto al agotamiento emocional fue la de 16 puntos, un 9.3%(n=4). Tabla 41.

TABLA 41. DATOS PORCENTUALES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Puntuación	N	%
00.00	1	2.3
02.00	1	2.3
03.00	2	4.7
04.00	3	7.0
05.00	2	4.7
06.00	1	2.3
07.00	3	7.0
08.00	2	4.7
09.00	3	7.0
10.00	1	2.3
11.00	3	7.0
12.00	1	2.3
13.00	1	2.3
16.00	4	9.3
18.00	2	4.7
20.00	1	2.3
21.00	1	2.3
22.00	2	4.7
27.00	2	4.7
32.00	1	2.3
33.00	2	4.7
35.00	1	2.3
36.00	1	2.3
40.00	1	2.3
46.00	1	2.3
total	43	100

En relación a la despersonalización la mayor frecuencia fue de 01.00 puntos, 16.3%(n=7). Tabla 42.

TABLA 42. DATOS PRCENTUALES DE DESPERSONALIZACIÓN

---

Puntuación	N	%
00.00	6	14.0
01.00	7	16.3
02.00	3	7.0
03.00	5	11.6
04.00	2	4.7
05.00	3	7.0
06.00	2	4.7
07.00	3	7.0
11.00	1	2.3
13.00	2	4.7
14.00	3	7.0
15.00	2	4.7
16.00	2	4.7
18.00	1	2.3
21.00	1	2.3
total	43	100

---

Para la variable realización personal la mayor frecuencia se obtuvo en 35 y 38 puntos respectivamente con 4.7%(n=2). Tabla 43.

TABLA 43. DATOS PRCENTUALES DE NO REALIZACIÓN PERSONAL

---

Puntuación	N	%
12.00	1	2.3
15.00	1	2.3
18.00	1	2.3
22.00	1	2.3
23.00	1	2.3
24.00	1	2.3
26.00	1	2.3
27.00	1	2.3
29.00	1	2.3
31.00	1	2.3
32.00	1	2.3
33.00	1	2.3
35.00	2	4.7
36.00	1	2.3
37.00	1	2.3
38.00	2	4.7
39.00	1	2.3
41.00	4	9.3

---

43.00	4	9.3
45.00	1	2.3
46.00	2	4.7
47.00	3	7.0
48.00	8	18.6
51.00	1	2.3
55.00	1	2.3
total	43	100

La correlación Spearman en antigüedad laboral y escala de agotamiento emocional es relativamente significativa, obteniéndose 0.059. tabla 44.

TABLA 44. CORRELACIÓN ENTRE ANTIGÜEDAD LABORAL Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL

ESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL	ANTIGÜEDAD LABORAL	
	PEARSON	SPEARMAN P
		.059 □.050

La correlación Spearman en tiempo de últimas vacaciones y escala realización personal, aun que no es netamente significativa, obteniéndose .088. Tabla 45.

TABLA 45. CORRELACION ENTRE ÚLTIMAS VACACIONES Y REALIZACION PERSONAL

TIEMPO DE ÚLTIMAS VACACIONES  
ESCALA DE REALIZACION PERSONAL  
PEARSON      SPEARMAN      P

.088      □.050

Existe correlación que no es netamente significativa en Pearson y Spearman para sexo y escala de agotamiento emocional, obteniéndose .079 y .060 respectivamente. Tabla 46.

TABLA 46. CORRELACION ENTRE SEXO Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL

SEXO  
ESCALA AGOTAMIENTO EMOCIONAL  
PEARSON      SPEARMAN      P

.079      .060      □.050

Existe una correlación mediante Spearman para sexo y escala de realización personal, obteniéndose .047. Tabla 47.

**TABLA 47. CORRELACION ENTRE SEXO Y REALIZACION PERSONAL**

---

SEXO			
ESCALA	DE	REALIZACION	
PERSONAL		PEARSON	
SPEARMAN	P		
.047	□.050		

---

Existe correlación que no es netamente significativa para estado civil y escala de despersonalización en Pearson y Spearman, obteniéndose .082 y .075 respectivamente. Tabla 48.

**TABLA 48. CORRELACION ENRE ESTADO CIVIL Y DESPERSONALIZACION**

---

ESTADO CIVIL			
ESCALA		DE	
DESPERSONALIZACION			
PEARSON	SPEARMAN	P	
.082	.075	□.050	

---

Existe correlación en estado civil y escala de realización personal para Spearman francamente significativa resultando .039, y aun que no es meramente significativa para Pearson, obteniéndose .063. Tabla 49.

**TABLA 49. CORRELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y REALIZACION PERSONAL**

---

ESTADO CIVIL			
ESCALA	DE	REALIZACION	
PERSONAL		PEARSON	
SPEARMAN	P		
.063	.039	± .050	

---

Existe correlación en otro empleo fuera del IMSS y la escala de despersonalización para Spearman francamente significativa obteniéndose .028, y aunque no meramente significativa para Pearson, obteniéndose .079. Tabla 50.

TABLA 50. CORRELACION ENTRE OTRO EMPLEO FUERA DEL IMSS Y DESPERSONALIZACION

---

OTRO EMPLEO FUERA DEL IMSS		
ESCALA		DE
DESPERSONALIZACION		
PEARSON	SPEARMAN	P
.079	.020	± .050

---

Existe correlación aun que no es netamente significativa entre otro empleo fuera del IMSS y escala de realización personal para Spearman, obteniéndose 0.63. Tabla 51.

TABLA 51. CORRELACION ENTRE OTRO EMPLEO FUERA DEL IMSS Y REALIZACION PERSONAL

---

OTRO EMPLEO FUERA DEL IMSS		
ESCALA	DE	REALIZACION
PERSONAL		PEARSON
SPEARMAN	P	
.063	□	.050

---

Existe una franca correlación mediante Pearson para segundo trabajo con estrés y escala de realización personal, obteniéndose .045. Tabla 52.

TABLA 52. CORRELACION ENTRE SEGUNDO TRABAJO CON ESTRÉS Y REALIZACION PERSONAL

---

SEGUNDO TRABAJO CON ESTRÉS		
ESCALA	DE	REALIZACION
PERSONAL		PEARSON
SPEARMAN	P	
.045		□ .050

---

## **DISCUSIÓN**

El Síndrome de Burnout de acuerdo a López León y cols, la prevalencia es variable entre el personal médico ya que influyen diferentes factores, en el presente estudio es baja la prevalencia ya que al desglosarlo en cada uno de sus componentes reporta un porcentaje de 11.6% para estar emocionalmente agotado por su trabajo en comparación a lo reportado por los diferentes autores que establecen prevalencia del 30 y hasta el 76 % y de acuerdo al reporte de la investigación es muy bajo y puede estar afectado por la muestra pequeña de médicos de primer nivel encuestados en comparación a los estudios investigados previamente. Es relevante también evidenciar los factores positivos que pueden proteger al personal de padecerlo, especialmente aquellas habilidades que permiten afrontar situaciones laborales, determinadas hasta el momento como contribuyentes al desgaste profesional. Interpretado desde la psicología positiva, el síndrome se centra en los factores protectores y de afrontamiento, los cuales han sido estudiados a nivel de compromiso constructo motivacional positivo que comprende las tres dimensiones propuestas por Seligman.

De acuerdo a cada una de las subescalas del MBI, en agotamiento emocional es de 9.3%, despersonalización 16.3% y falta de realización personal de 4.7%, que también difiere notablemente de una investigación previa realizada entre profesionales de la salud que incluyó médicos y enfermeras en la cual la prevalencia es más elevada.

En este estudio no existe una correlación netamente significativa en relación a la característica sociodemográficas del género y agotamiento emocional, caso contrario a los resultados encontrados por Atance, en donde el grupo de mujeres presentó una puntuación mayor en la dimensión de agotamiento emocional.

Además se encontraron asociaciones importantes entre el género y el estado civil y la realización personal, que no se realizaron en investigaciones previas. Esto nos indica que es importante continuar estudiando el síndrome de Burnout asociando cada una de las subescalas del MBI a las características sociodemográficas de los profesionales de la salud en un mayor número de población y de esta manera incidir en el aspecto preventivo y pronóstico del personal afectado.

## **CONCLUSIONES**

Es necesario crear conciencia en los médicos, así como en el personal directivo, de la importancia de conocer el riesgo de padecer Síndrome de Burnout, específicamente en el caso de los médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar. Y poner en práctica las medidas necesarias para prevenir o disminuir el impacto en la salud que ocasiona el padecer Burnout.

Implementación de programas adecuados para establecer un número adecuado de otorgamiento de consultas, apegado a la normatividad e indicadores establecidos ya que la sobrecarga de trabajo tiene un papel importante para la aparición de este síndrome.

Organizar reuniones que involucren al personal médico y directivo de este hospital con medicina familiar, para dar a conocer los factores de riesgo y el impacto que genera en la salud de los médicos.

Una vez conocido el problema de salud que representa esta entidad nosológica, trabajar conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud, invitando a los médicos a una valoración semestral y/o anual, para la detección oportuna del mismo. Lo que sería de gran trascendencia en la población de médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar en relación a la prevención del Síndrome de Burnout y disminución de los riesgos de padecerlo.

## **RECOMENDACIONES**

Se han diseñado diversas posibilidades de prevención y modificación en Burnout. Según Watkins (1983) existen varios caminos para prevenir el Burnout en los profesionales de ayuda. A continuación se describen tres acercamientos específicos que él menciona:

Tiempo libre y Privado: el contar con tiempo libre y dedicado a actividades recreativas (juegos, deporte, pasear, etc.) alivian el aburrimiento y el tedio de la vida.

Contacto con otros profesionales: el contacto con otros profesionales proporciona una oportunidad de crecimiento personal. El profesional es capaz de compartir sus experiencias profesionales e íntimas y también actualizarse.

Terapia Personal: constituye una oportunidad para explorar y examinar cogniciones, afectos y conductas relacionadas con la interacción entre el profesional y el derechohabiente. Los aspectos intrapsíquicos e interpersonales del proceso terapéutico pueden revisarse e integrarse psicológicamente. Se produce un incremento en la comprensión de sí mismo, de sus pacientes y de la organización, gracias a lo cual el profesional puede llegar a ser capaz de asistir mejor a sus atendidos. La terapia personal puede llegar a regenerar la capacidad de ayuda y hacer más efectivo terapéuticamente.

## SUGERENCIAS

Después de haber revisado literatura e investigaciones acerca del tema del Síndrome Burnout, y de realizar esta descripción de las características del fenómeno en los Médicos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16, donde se aplicó el cuestionario, podemos señalar que los datos arrojados en este estudio deben ser corroborados por otros trabajos en el tema. Por lo que creemos conveniente proporcionar las siguientes sugerencias:

- 1.- Profundizar los estudios acerca de la etiología del Burnout, con el fin de conocer la influencia de aspectos individuales, interpersonales y organizacionales en la aparición y desarrollo del Síndrome.
- 2.- Desarrollar y evaluar formas y estrategias de afrontamiento del Síndrome que se adapten a las características del trabajo de ayuda.
- 3.- Ampliar la investigación del Burnout no sólo a profesionales de la Salud, sino también a otras labores como personal de enfermería, asistentes medicas, trabajadores sociales, de servicios básicos, administrativo y directivos, para tener un panorama más amplio del la magnitud del problema y de esta manera darle un mejor enfoque a su abordaje y tratamiento, de tal forma que logremos el mayor impacto positivo en la salud de los trabajadores del Instituto <mexicano del Seguro Social.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.-Guerrero E, Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del “quemado”,Revista Iberoamericana de educación, pagina 01.
- 2.-Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N y Col. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout), Un modelo de prevención en la formación médica, Archivos de Argentina de Pediatría, 2007,v 105, n 03, páginas: 236-240.
- 3.- Dueñas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna, CIMEL, 2003, v 8, n 1, páginas: 34-38.
- 4.- Aranda C, Pando M, Torres T, y Col. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia.México.,Anales de la facultad de medicina, 2005,v 66, n 3, paginas: 225-231.
- 5.- López E, Rodríguez J, López J, y Col. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales, Revista Médica del IMSS, 2007, v 45, n 1, páginas: 13-20.
- 6.- Pereda L, Márquez F, Hoyos M, y Col. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico., Salud Mental, 2009, v 32, páginas: 399-404.
- 7.- Escribà V, Artazcoz V, Pèrez S, Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas, Gaceta Sanitaria, 2008, v 22, n 4, páginas: 300-8.
- 8.- Hernández C, Dickinson M, Fernandez M, El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos, Revista de la facultad de Medicina de la UNAM, 2008, v 51, n 1, página: 12.
- 9.- Aranda C, Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México.,Revista Costarricense de salud pública, 2006, v 15, n 29, páginas: 1-7.
- 10.- Paredes O, Sanabria P, Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales, Revista Medica de la Facultad de Medicina, 2008, v 16, n 1, páginas, Vol. 16, N°. 1, 2008.

- 11.- Bernal S, Ferrer J, Palma M, y Col., Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout, *Anales de psicología*, 2006, v 22, n 1, páginas: 45-51.
- 12.- Cetina R, Chan A, Sandoval L, Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2006, v 44, n 6, páginas: 535-540.
- 13.- Thomaè M, Ayala E, Sphan M, y Col. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud, *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 2006, n 153, páginas; 18-21.
14. - Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; 1986. (Seisdedos, 1997) Por: Fernando Mansilla Izquierdo. Maslach, C. y Jackson, S.E. Maslach Burnout Inventory (MBI ).
- 15.- Román J, Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, *Rev Cubana Salud Pública*, 2003, vol.29, n.2, páginas: 103-110.
- 16.- Quiceno J, Vinaccia S, Burnout: "syndrome of burning oneself out at work (sbw)". *Acta Colombiana de Psicología*. 2007, v 10, n 2, páginas: 117-125.
- 17.- Goncalves F, Aispiri J, Barbado J, y Cols., Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina general*, 2002, n 43, páginas: 278-283.
- 18.- Borda M, Navarro E, Aun E, y Col. Burnout Syndrome in intership students at Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte. Barranquilla*. 2007, v 23, n 1, páginas: 43-51.
- 19.- Fernández O, Hidalgo C, Martín A, y Col. Burnout En médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Medicina familiar y comunitaria. Hospital Virgen de las Nieves. Granada*. 2007, v 19, página 117.
- 20.- Martín J, Cortès J, Morente M, y Col. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional, *Gaceta Sanitaria*, 2004, v 18, n 2.

**ANEXOS:**

- **ANEXO No. 1:** Consentimiento Informado.
- **ANEXO No. 2:** Tabla para concentrado de datos.
- **ANEXO No. 3:** Cuestionario Maslach Burnout
- **ANEXO No. 4:** Gráficas.

## Anexo I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Lugar y fecha	Torreón, Coahuila
Por medio de la presente autorizo que mi	Trabajador
participe en el protocolo de investigación titulado: "PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL BURNOUT EN MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	R-2010-502-19
<b>El objetivo del estudio es:</b> Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos adscritos a la consulta externa de Medicina familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16 del IMSS.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en	Llenar el cuestionario Maslach Burnout Inventory
<b>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:</b>  ninguno	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como 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 o con mi tratamiento.</p> <p>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 recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.</p>	
_____ <b>Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal</b> Luis Antonio Valles Flores Mat. 8322597	
_____ <b>Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.</b>	
Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:  871 7 29 08 00, Ext. 41778, Cel. 871 1 37 75 80	
<b>Testigos</b>  _____	
Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.	
Clave 2810 – 009 – 014	

## Anexo II

Características sociodemográficas y laborales:

Marque con una X en el cuadro que elija.

Sexo:

1.-Femenino	
2.-Masculino	
3.-Edad (años)*	
4.-Tiempo desde las últimas vacaciones (años/meses)*	

Estado civil:

1.-Solteros	
2.-Casados	
3.-Viudos	
4.-Divorciados	
5.-Unión libre	

Antigüedad laboral en el IMSS (años)\*:

1.-0 a 10	
2.-11 a 20	
3.-> 20 a 40	

Especialidad en medicina familiar:

1.-Sí	
2.-No	

Turno de trabajo

1.-Matutino	
2.-Vespertino	

Segundo trabajo fuera del IMSS:

1.-Sí	
2.-No	

Segundo trabajo con alto grado de estrés:

1.-Sí	
2.-No	

## Anexo II

### MASLACH BURNOUT INVENTORY

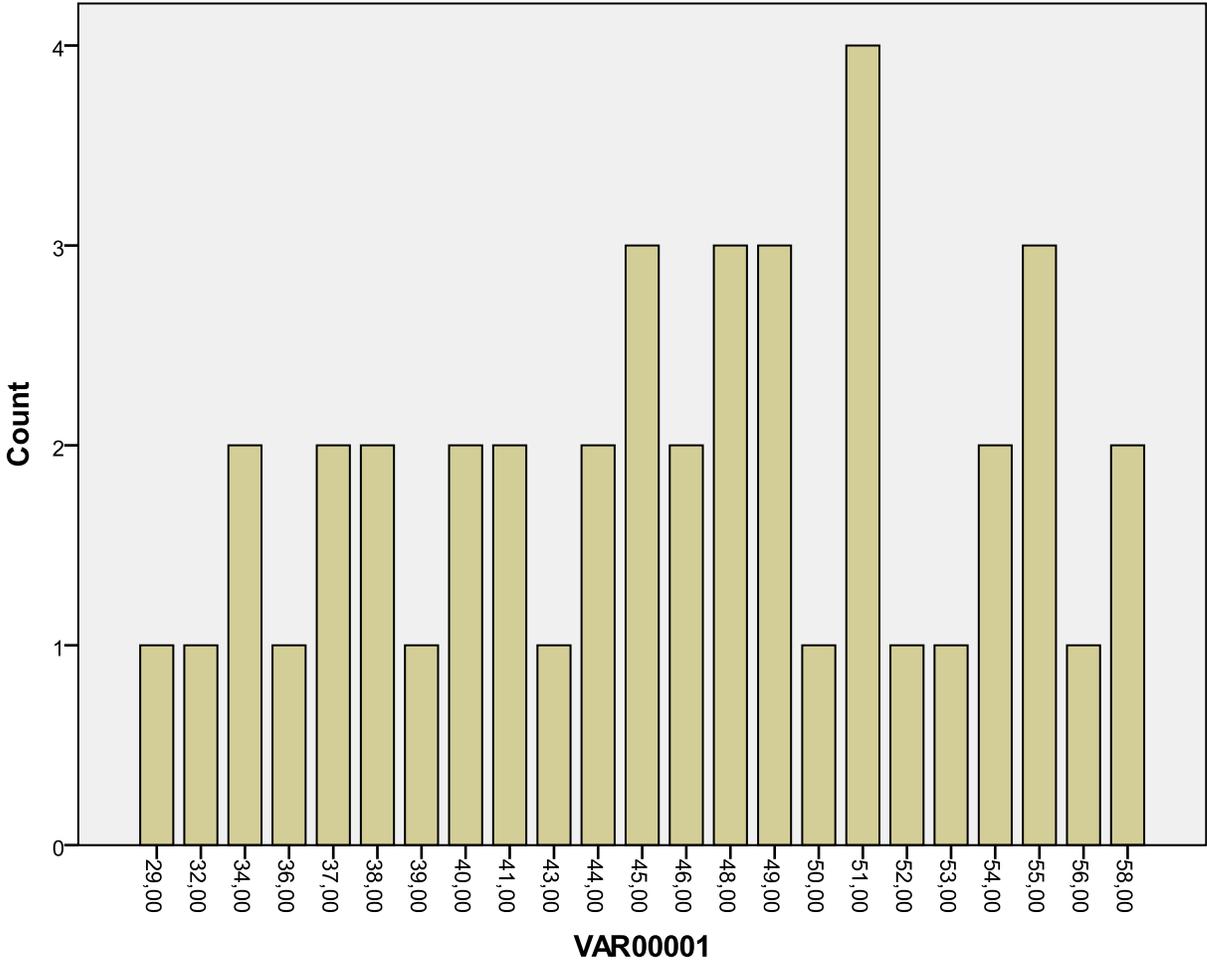
Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ sexo \_\_\_\_ edo. Civil \_\_\_\_\_ no. de hijos \_\_\_\_\_  
 Depto. En el que colabora \_\_\_\_\_ Antigüedad en su puesto \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia que sienta las situaciones, presentadas en los siguientes enunciados

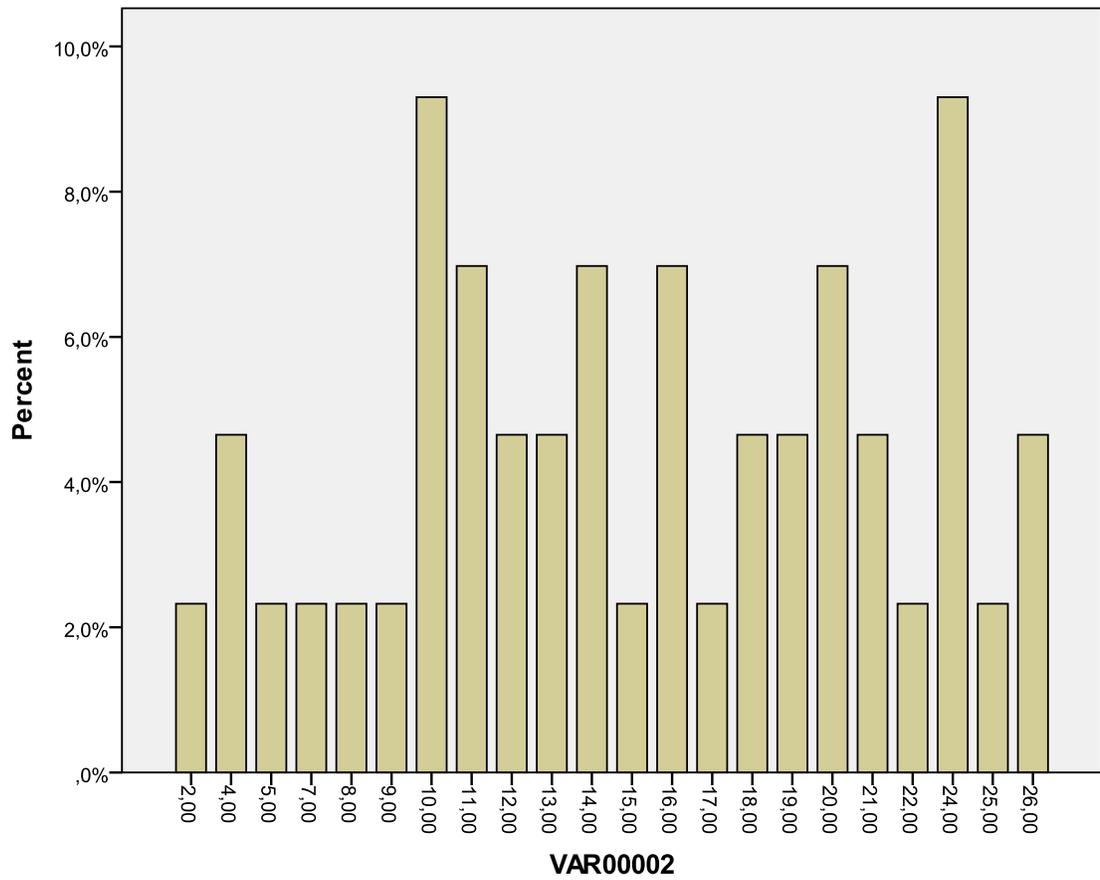
0	1	2	3	4	5	6
nunca	pocas veces al año o menos	una vez al mes o menos	unas pocas veces al mes	una vez a la semana	pocas veces a la semana	todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra 4.-jornada de trabajo me siento fatigado.							
4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.							
5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13.- Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
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 pacientes me culpan de alguno de sus problemas.							

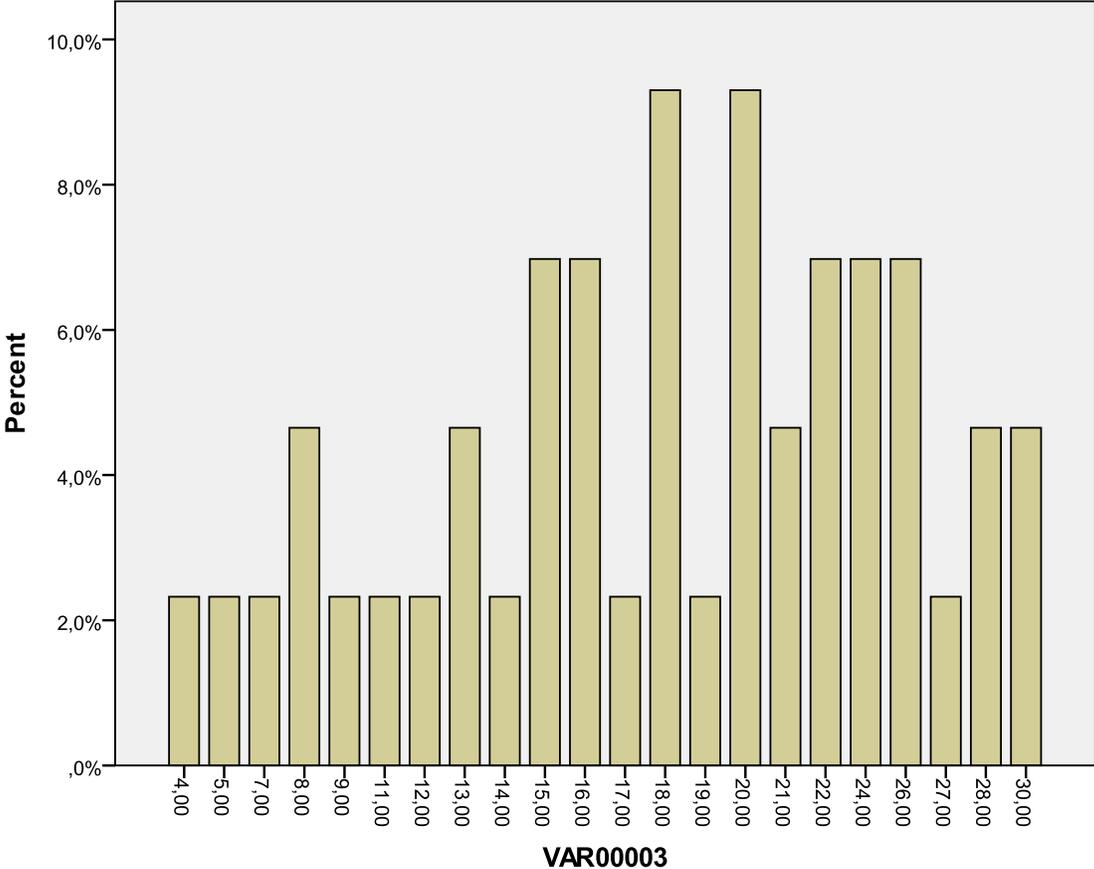
GRÀFICA 1. EDAD.



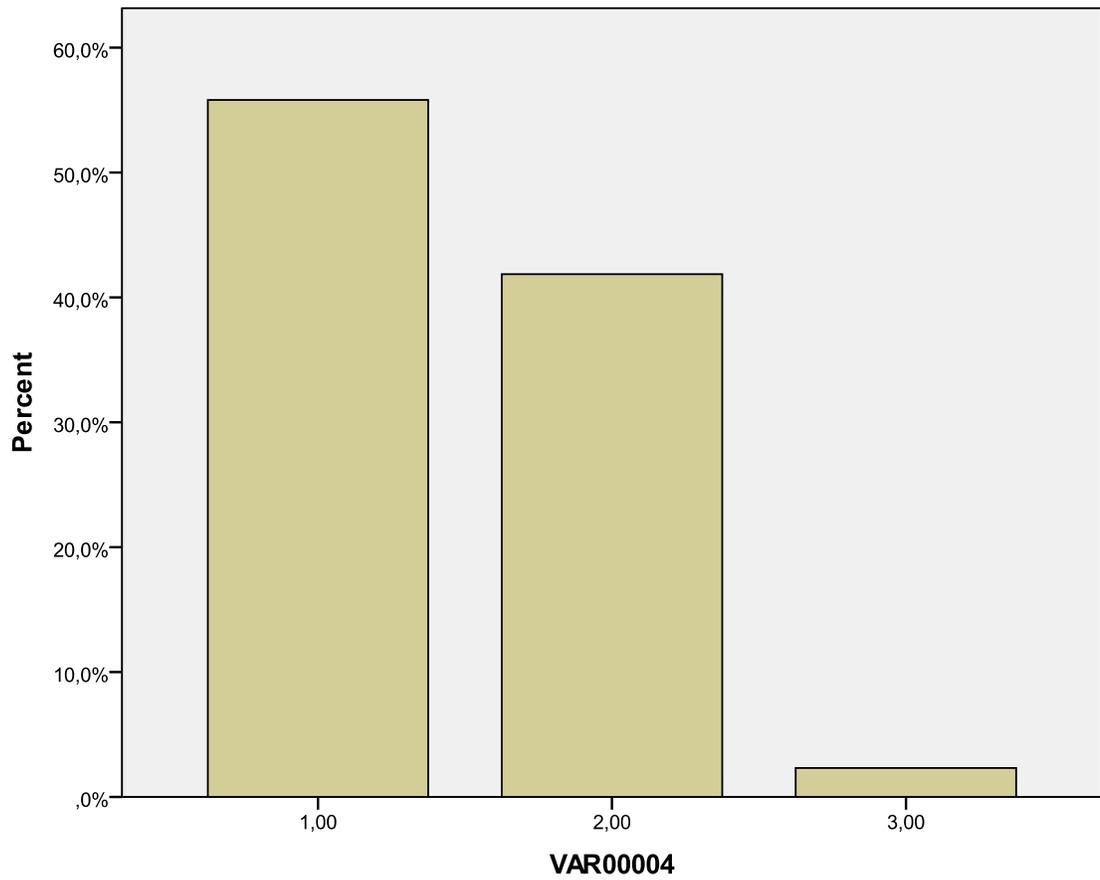
GRÀFICA 2. ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL IMSS.



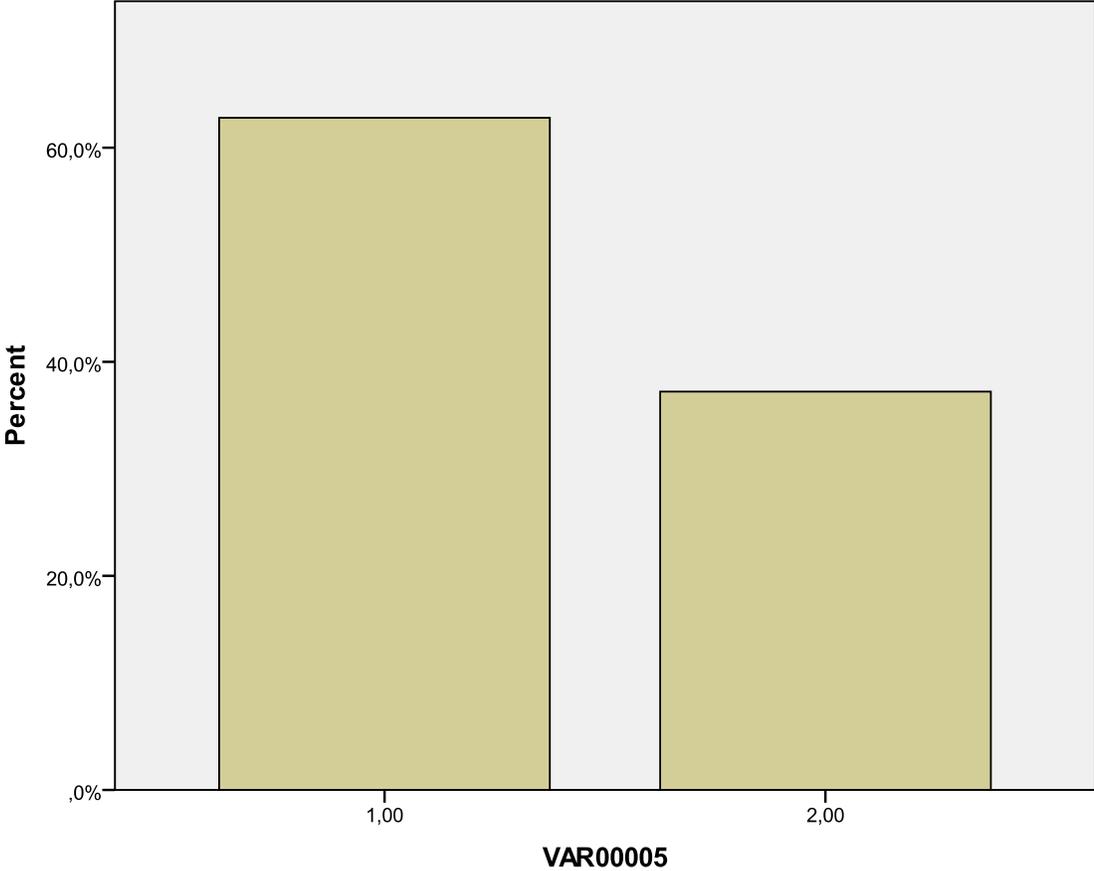
GRÀFICA 3. ANTIGÜEDAD LABORAL DESEMPEÑADA.



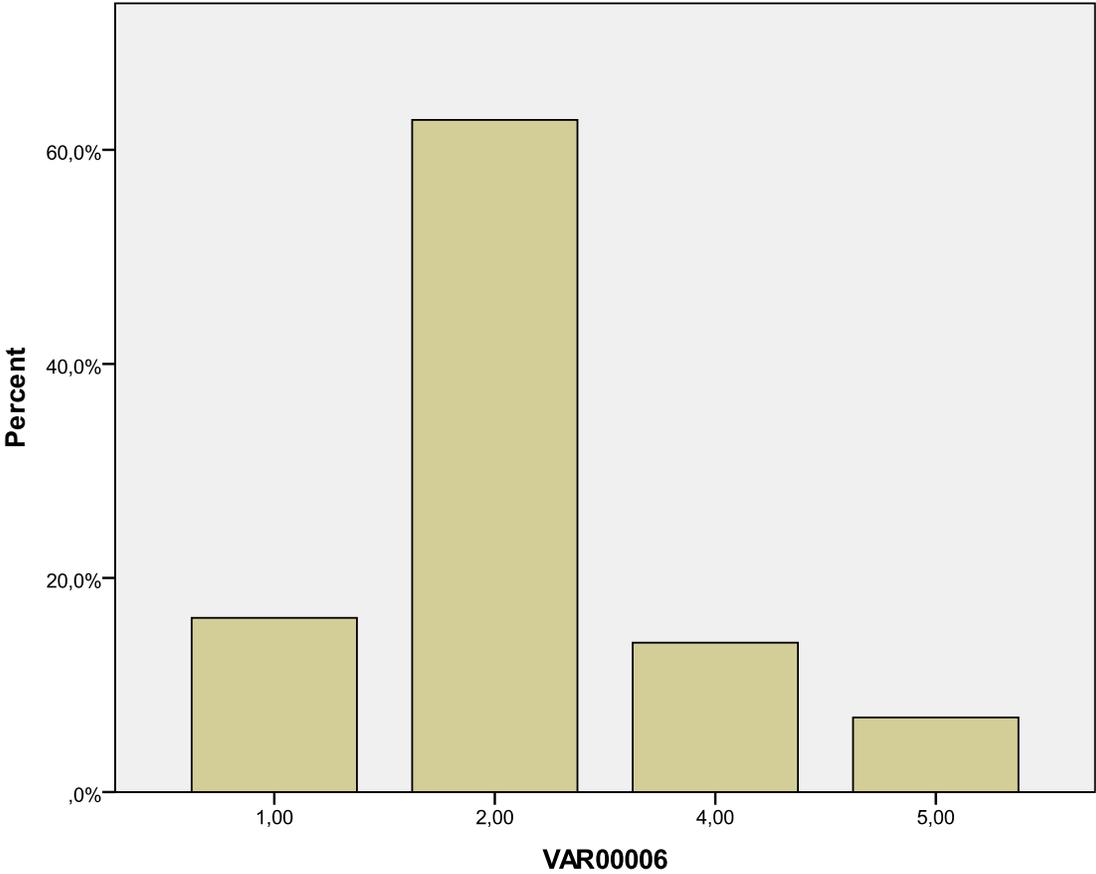
GRÀFICA 4. TIEMPO DE LAS ÚLTIMAS VACACIONES.



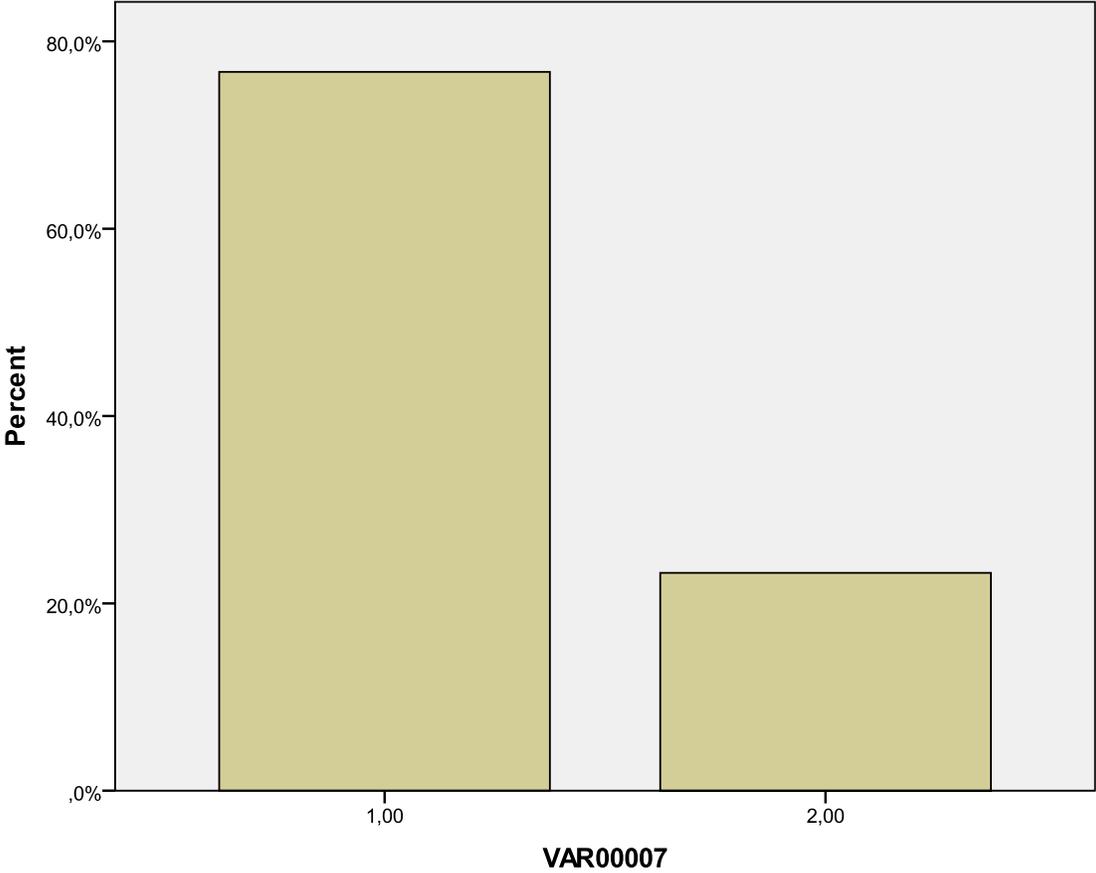
GRÀFICA 5. SEXO.



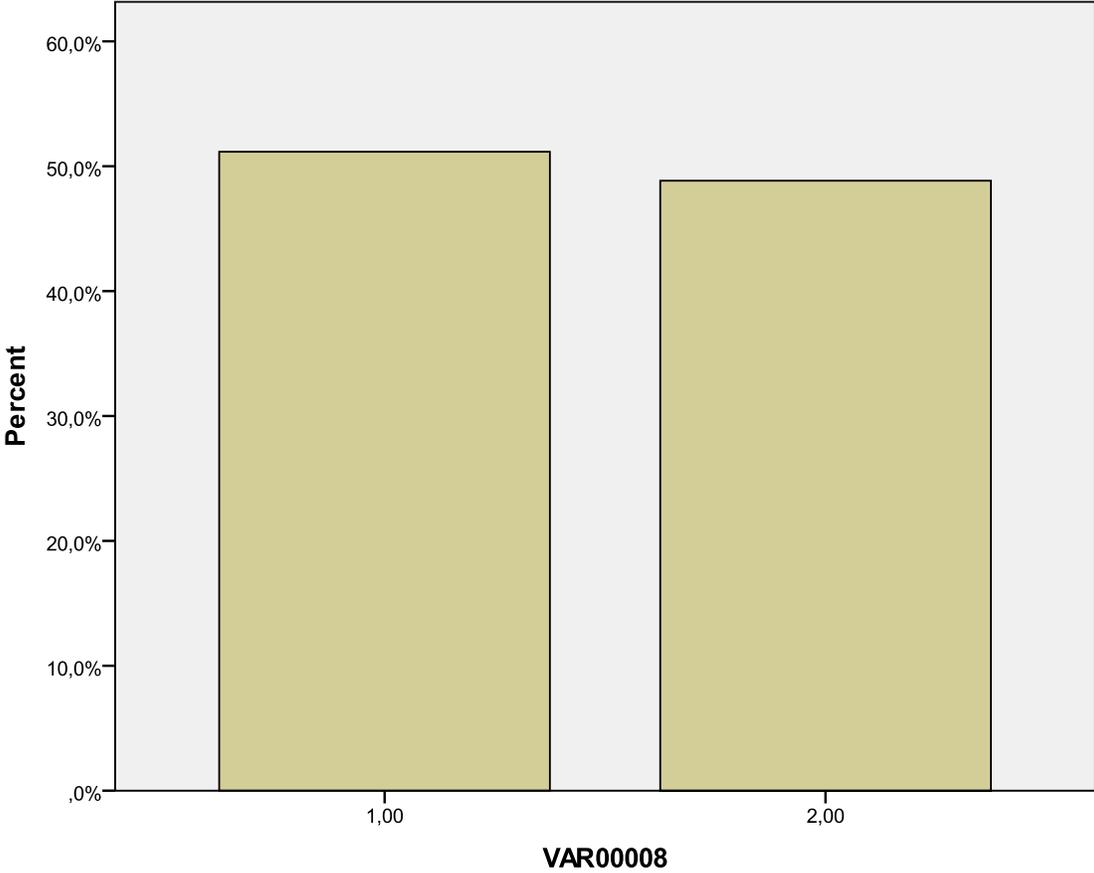
GRÀFICA 6. ESTADO CIVIL.



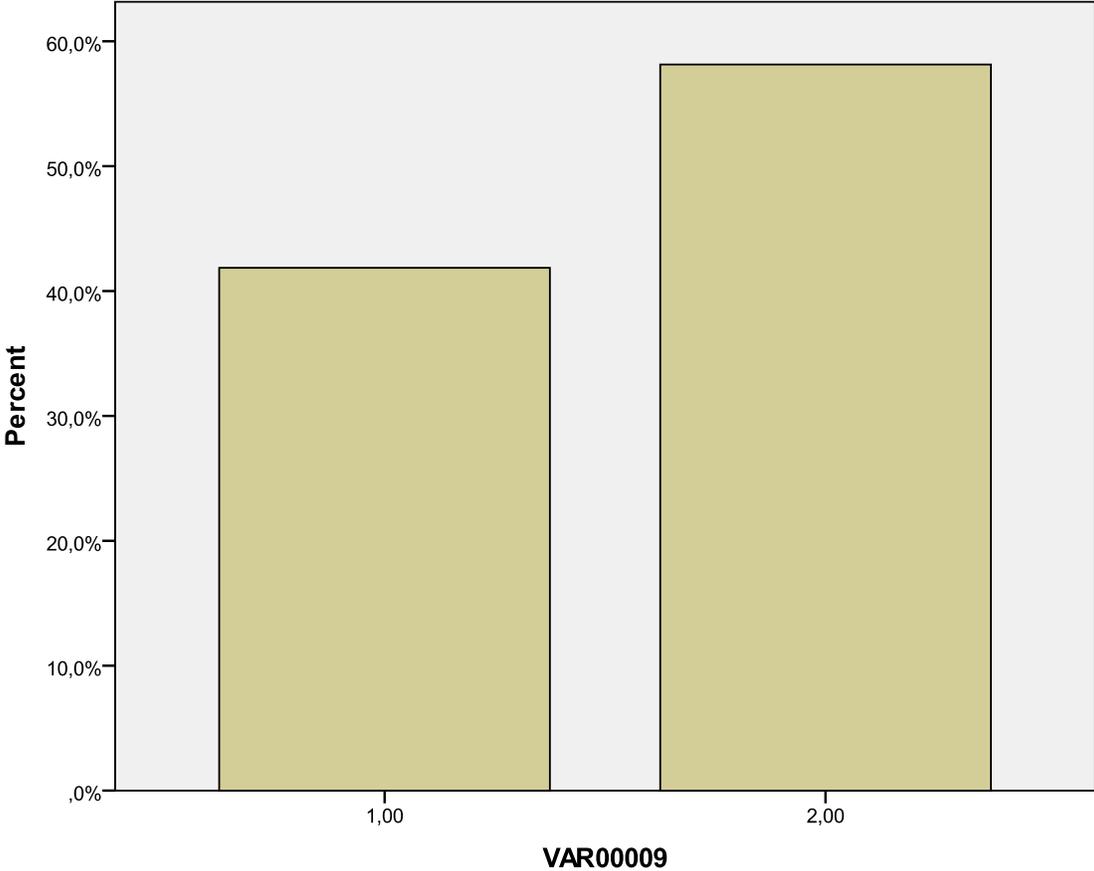
GRÀFICA 7. ESPECIALIDAD.



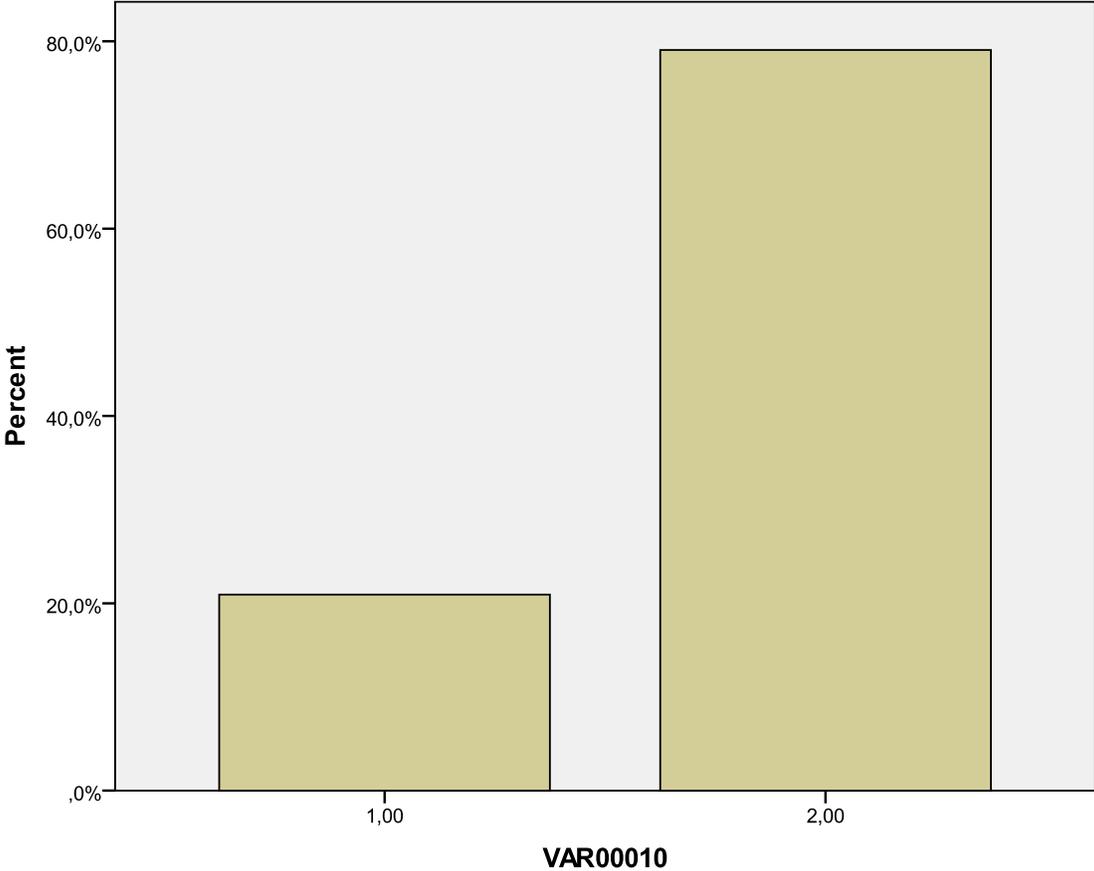
GRÀFICA 8. TURNO LABORAL.



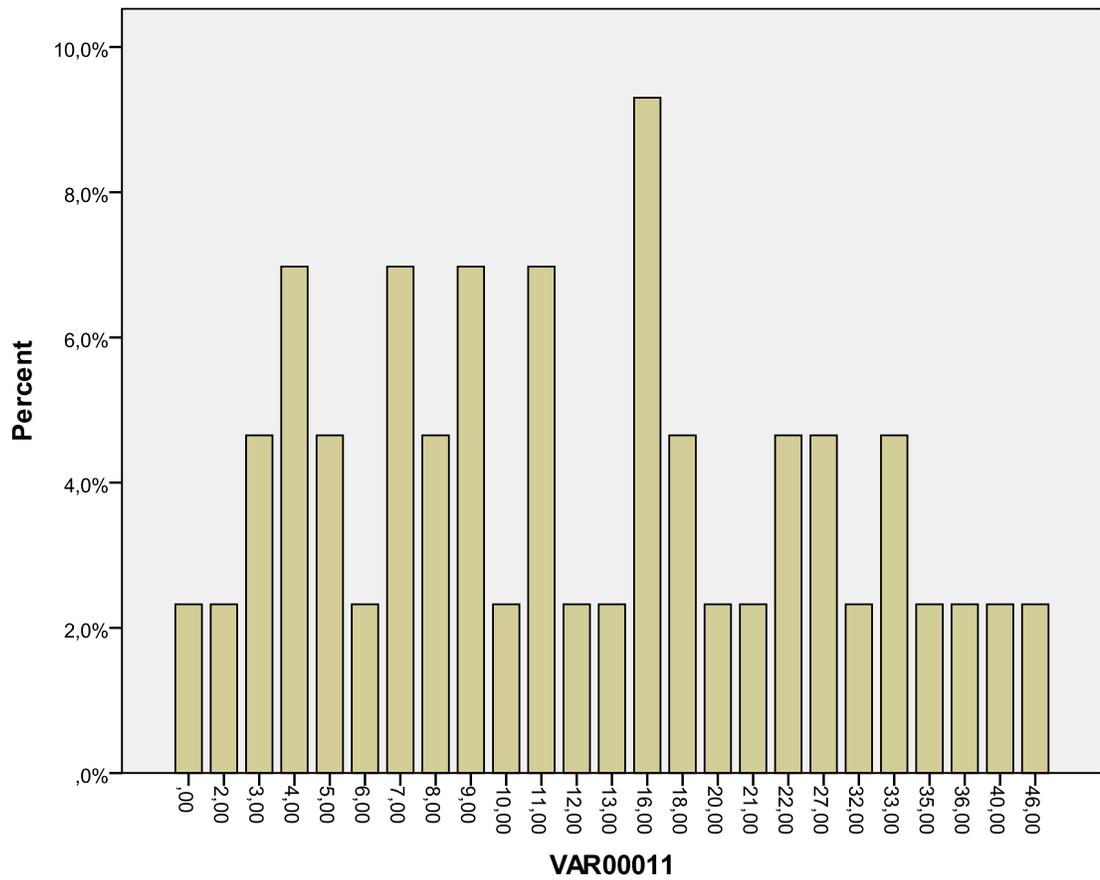
GRÀFICA 9. OTROS TRABAJOS FUERA DEL IMSS.



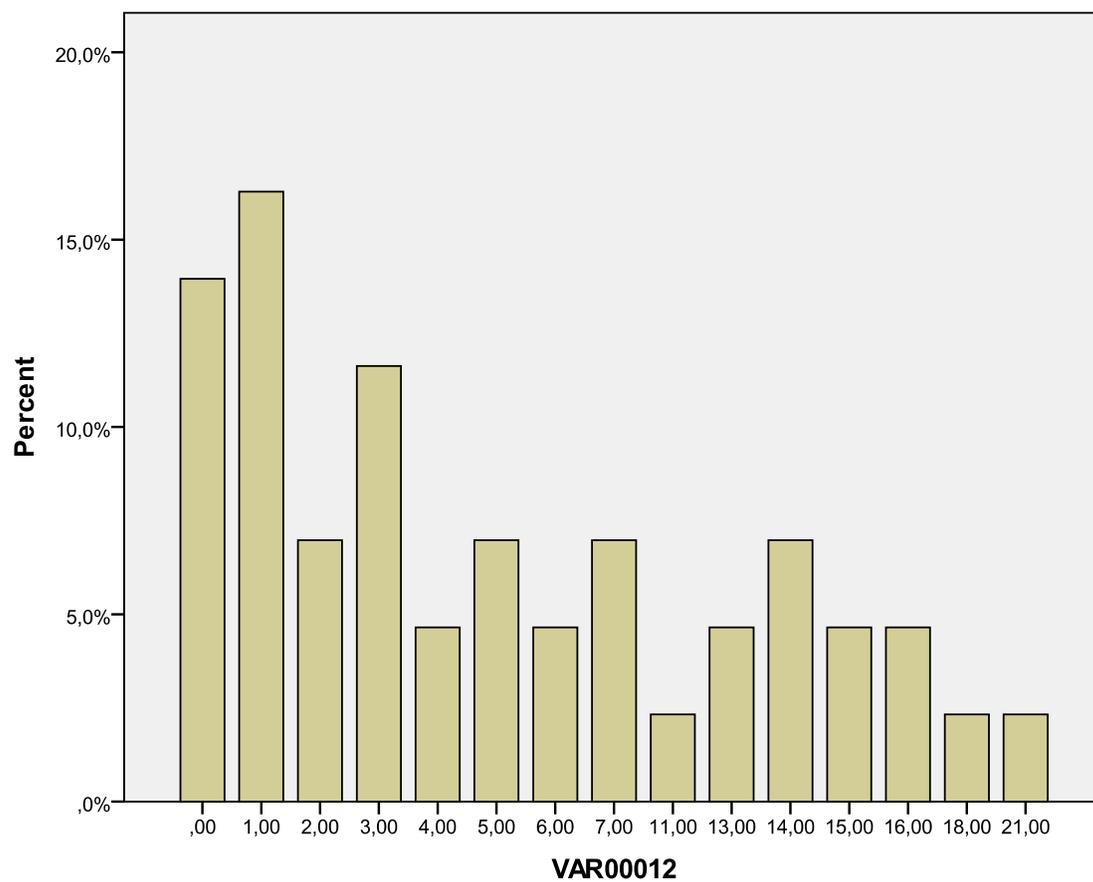
GRÀFICA 10. 2DO TRABAJO CON ESTRÉS.



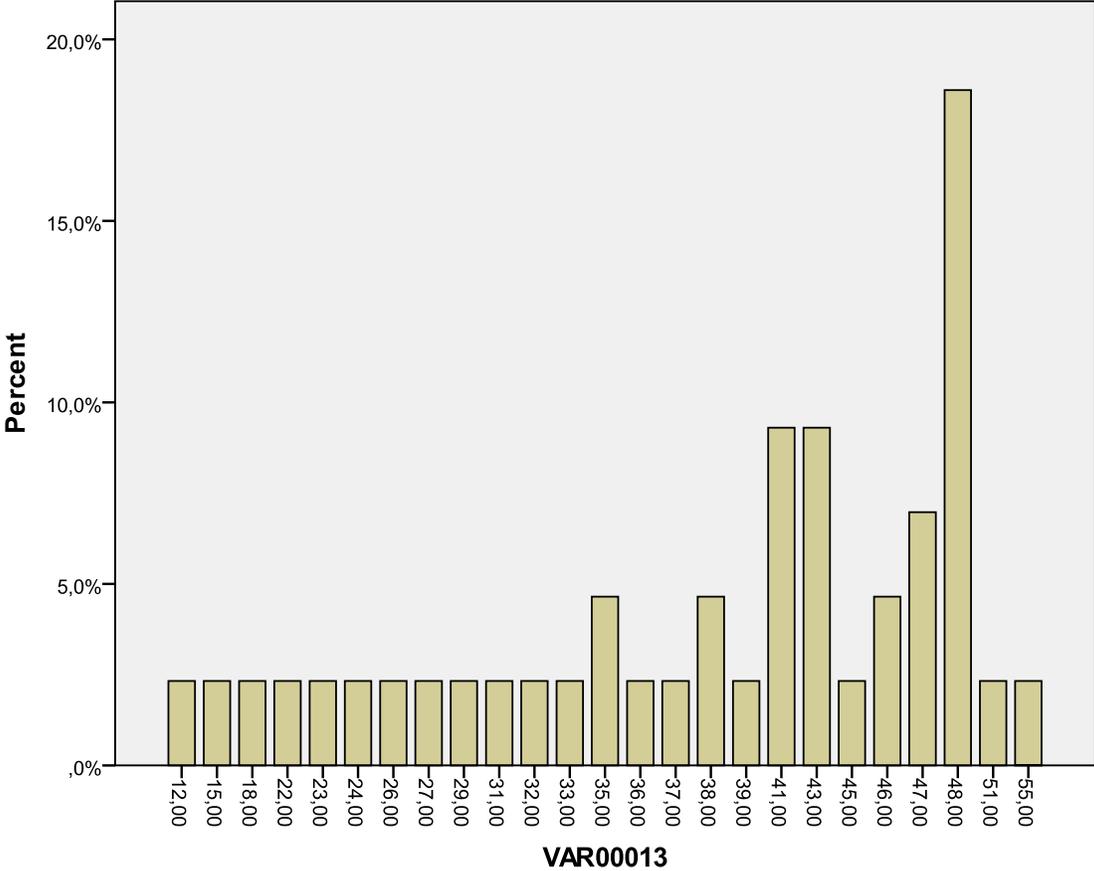
GRÀFICA 11. ESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL.



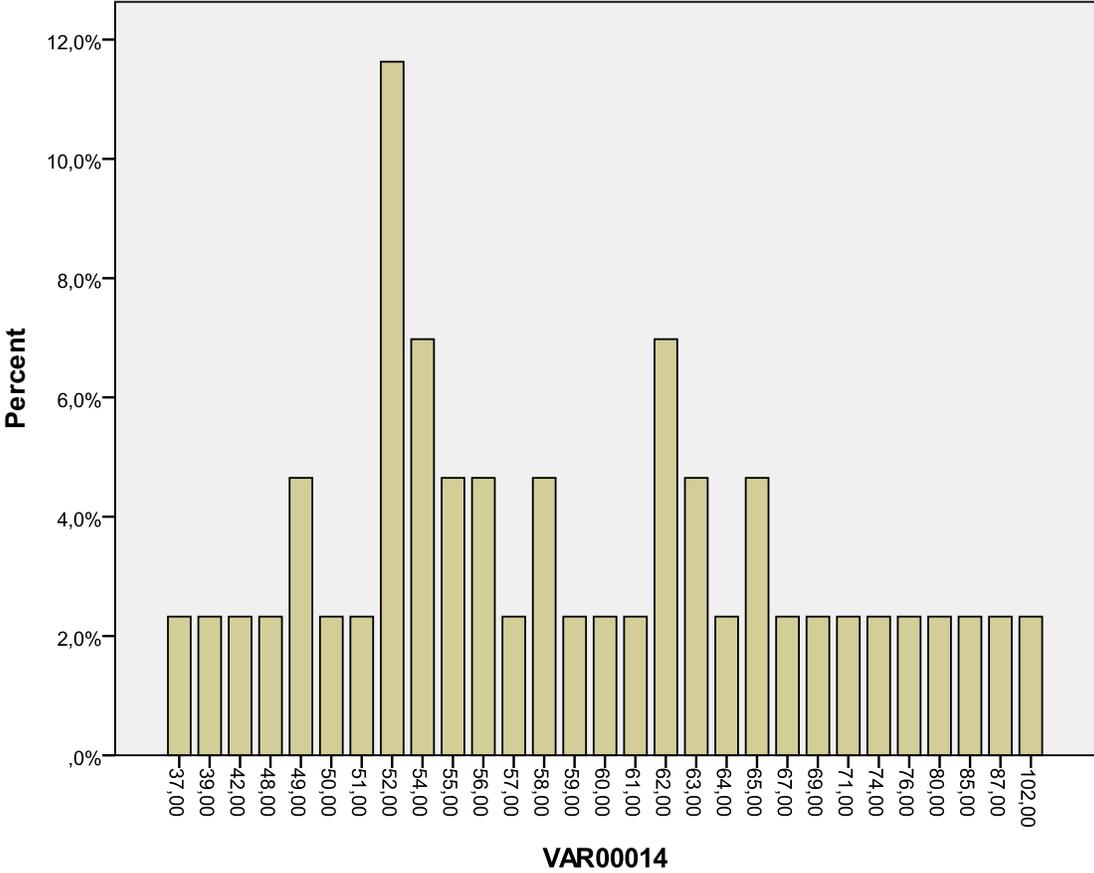
GRÀFICA 12. ESCALA DE DESPERSONALIZACIÒN.



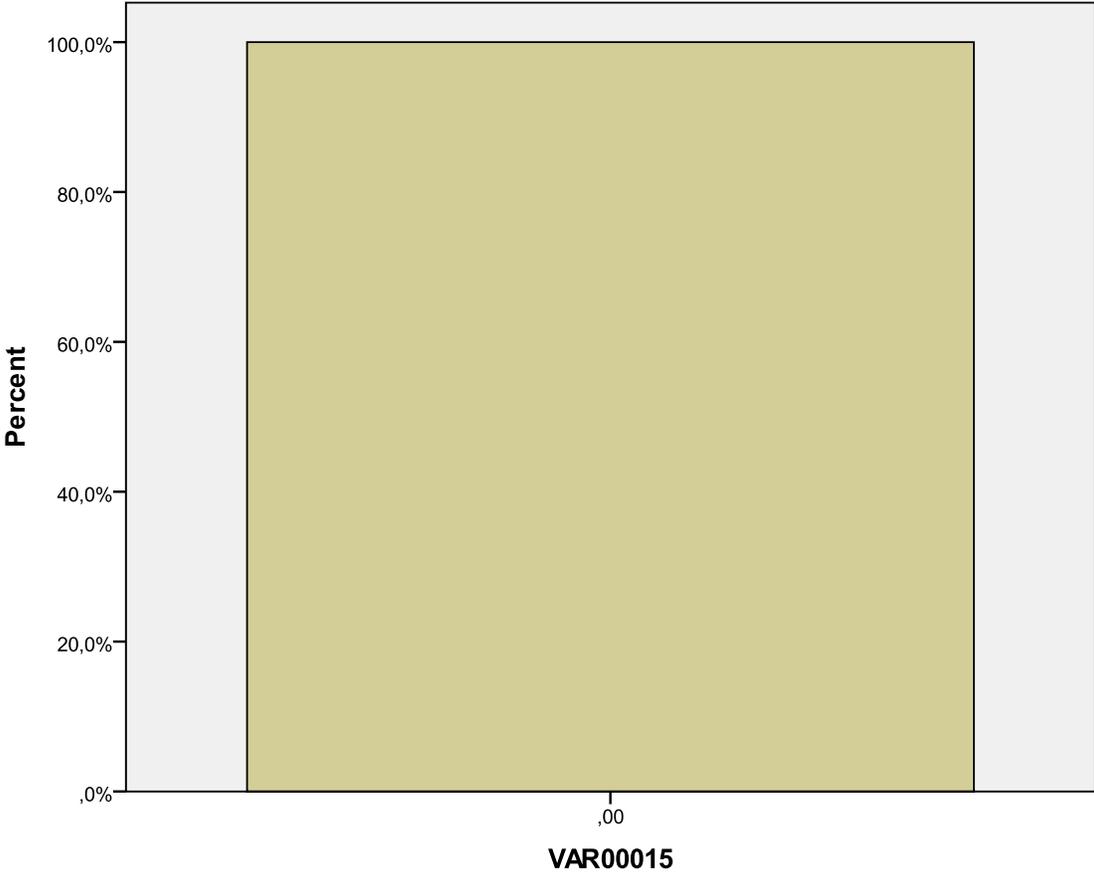
GRÀFICA 13. ESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL.



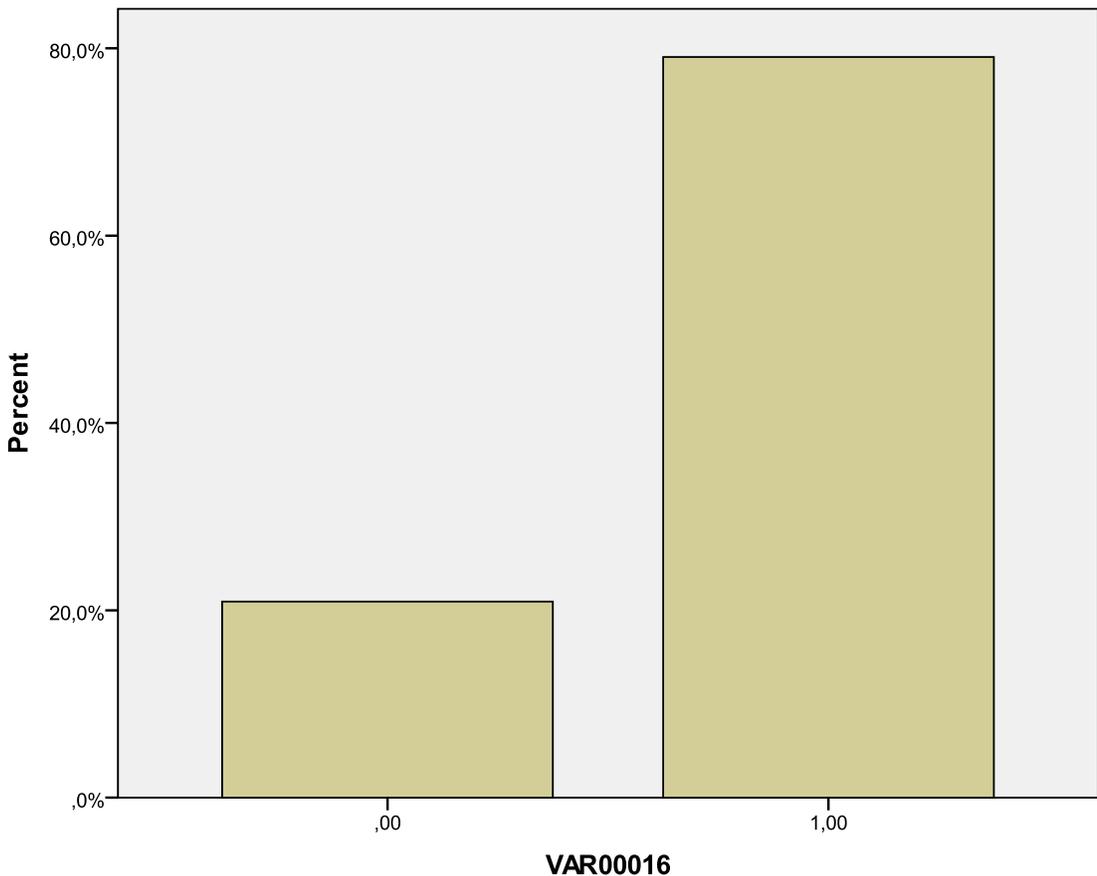
GRÀFICA 14. MBI TOTAL.



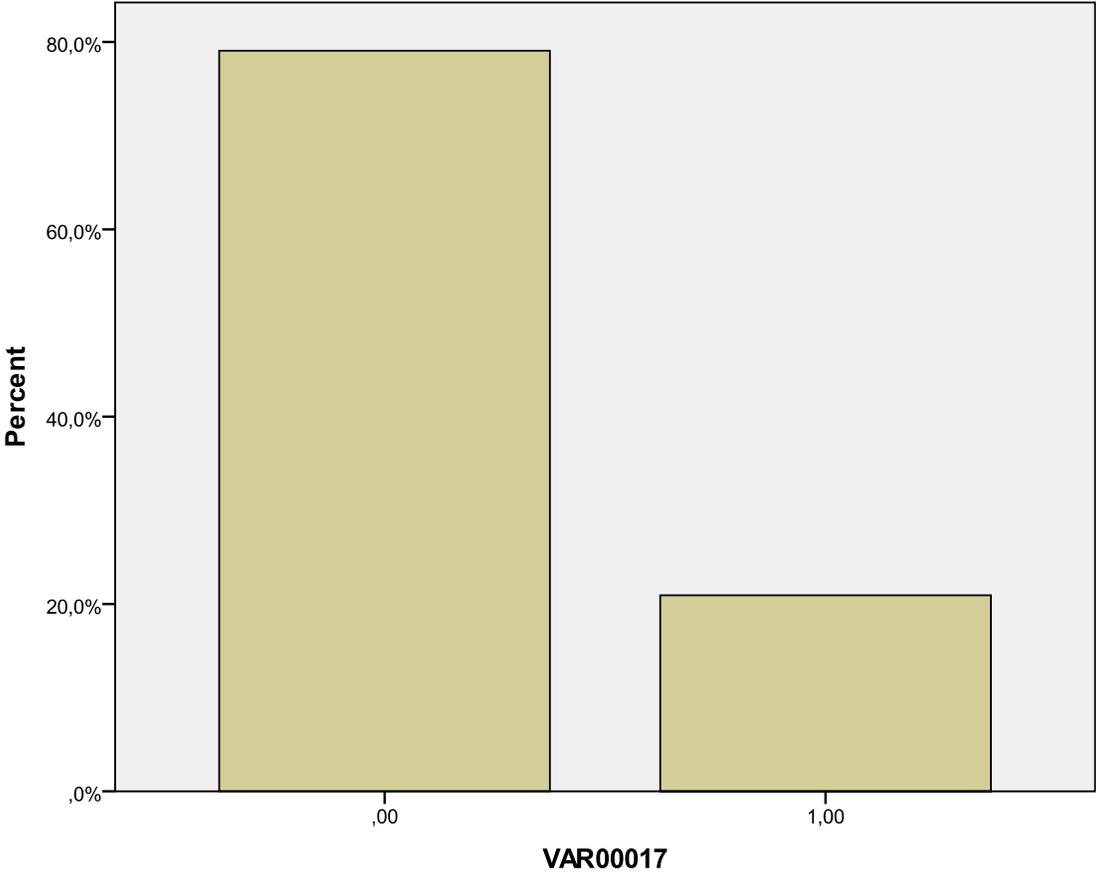
GRÀFICA 15. MBI BAJO.



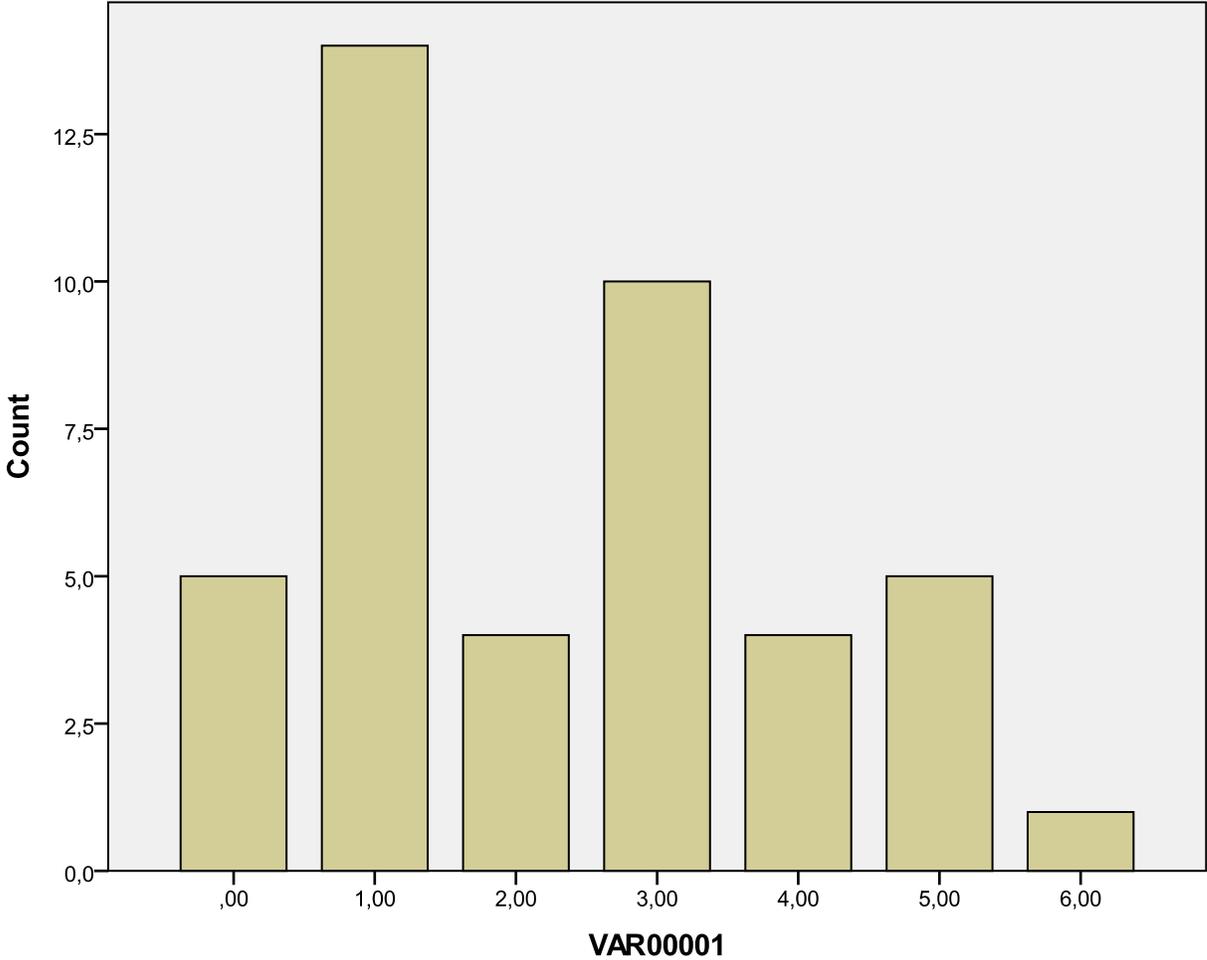
GRÀFICA 16. M B I MEDIO.



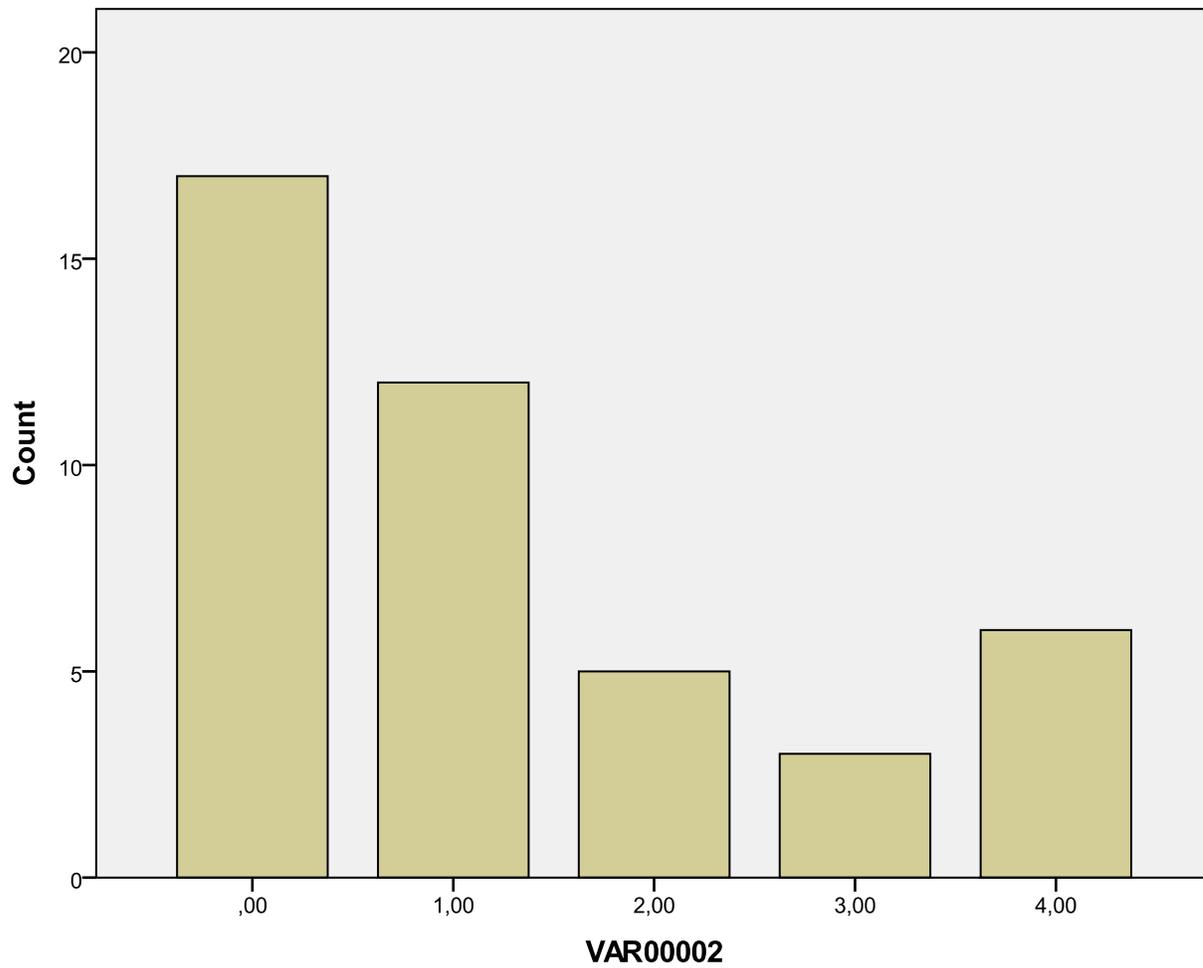
GRÀFICA 17. MBI ALTO .



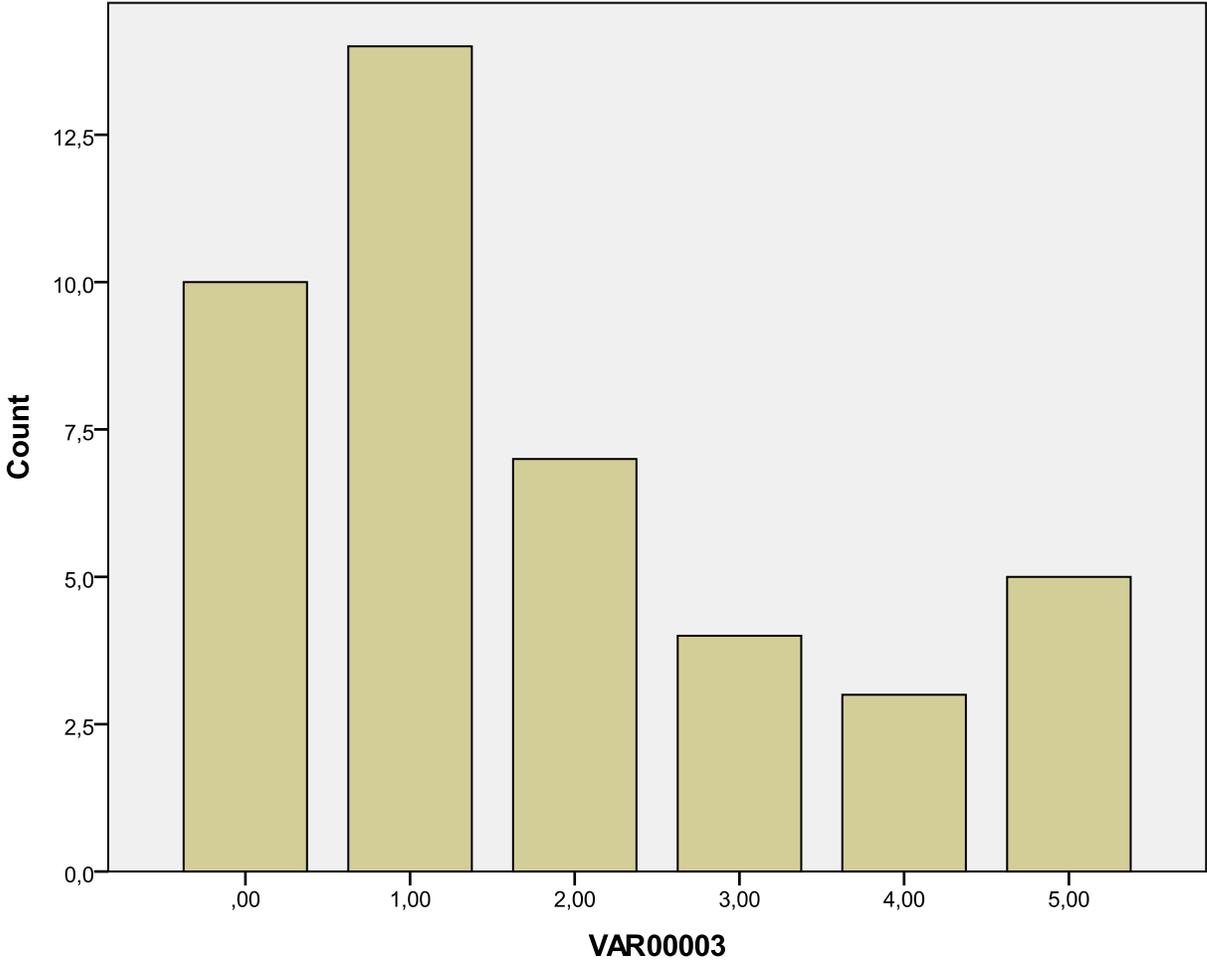
GRÀFICA 18. ME SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO POR MI TRABAJO :



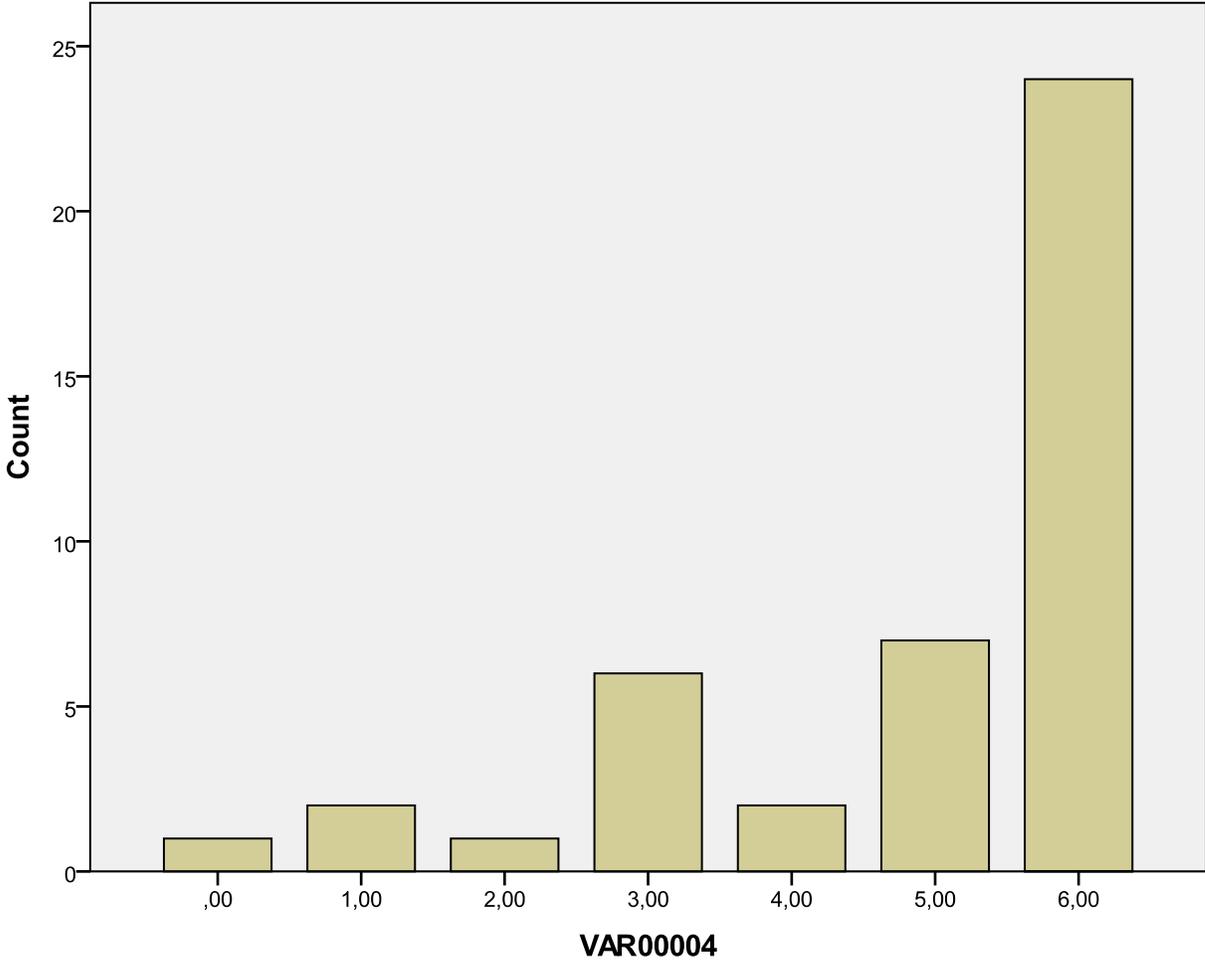
GRÀFICA 19. CUANDO TERMINO MI JORNADA DE TRABAJO ME SIENTO VACIO :



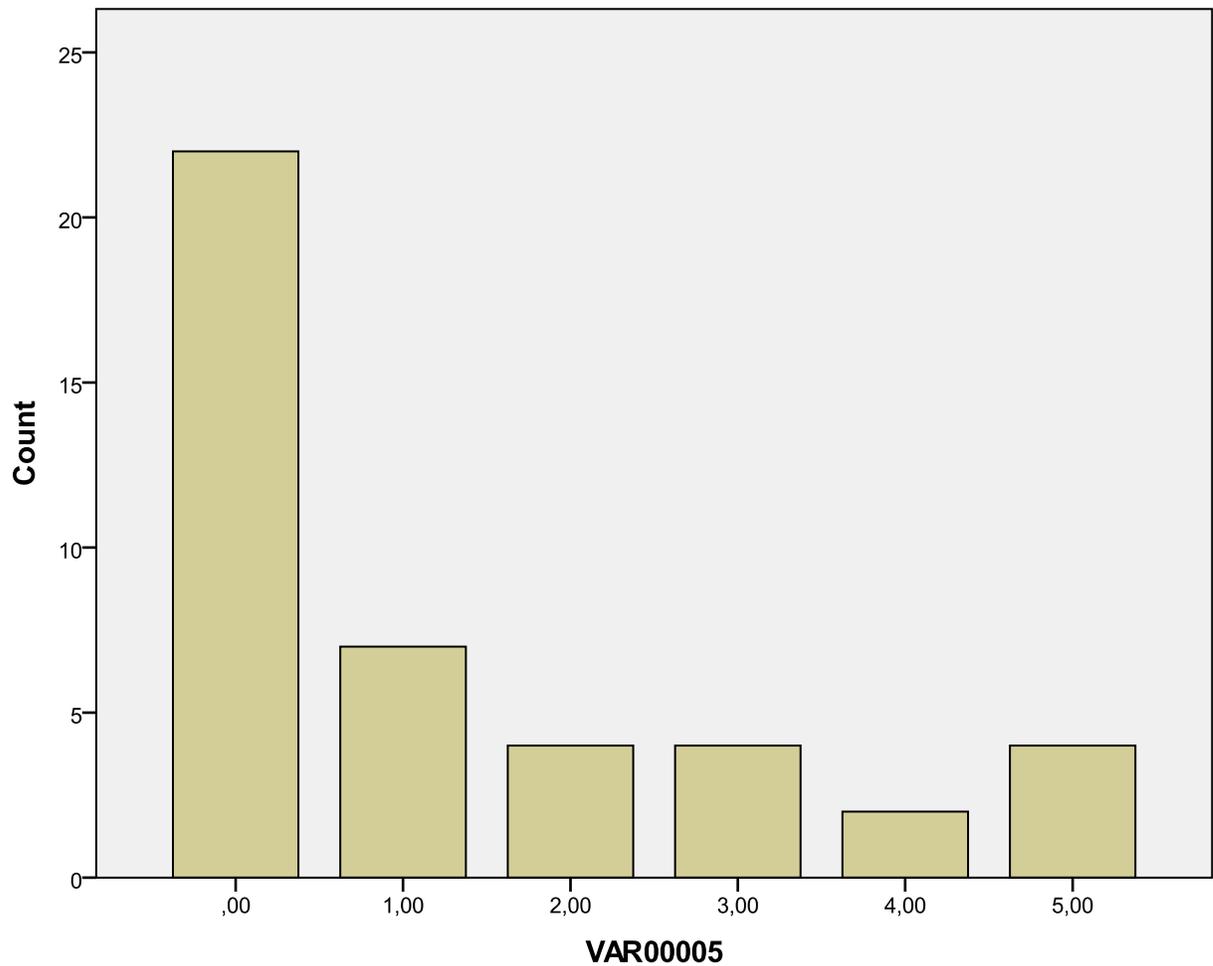
GRÀFICA 20. CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y ME ENFRENTO A OTRA JORNADA DE TRABAJO ME SIENTO FATIGADO:



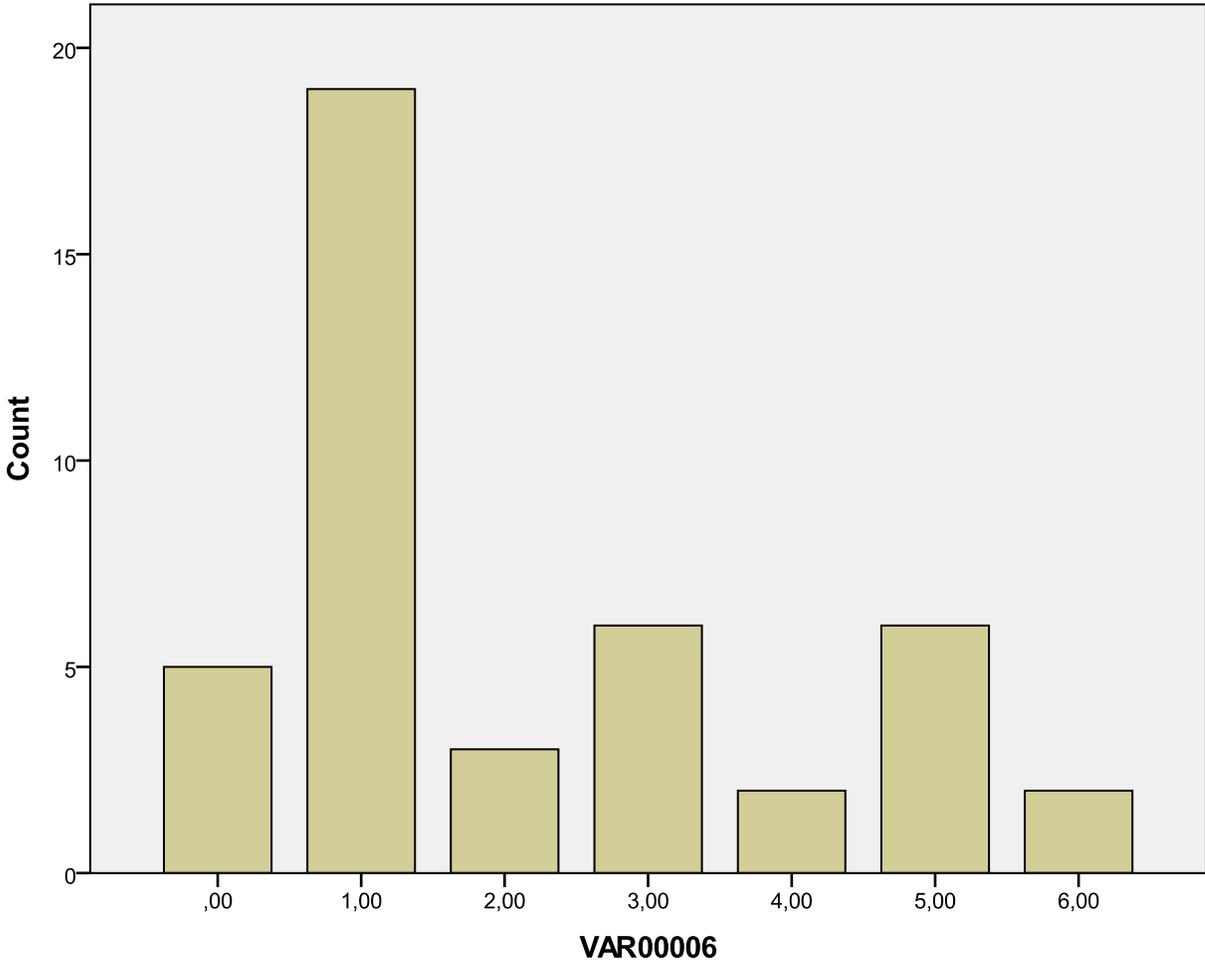
GRÀFICA 21. SIENTO QUE PUEDO ENTEDER FACILMENTE A LOS PACIENTES :



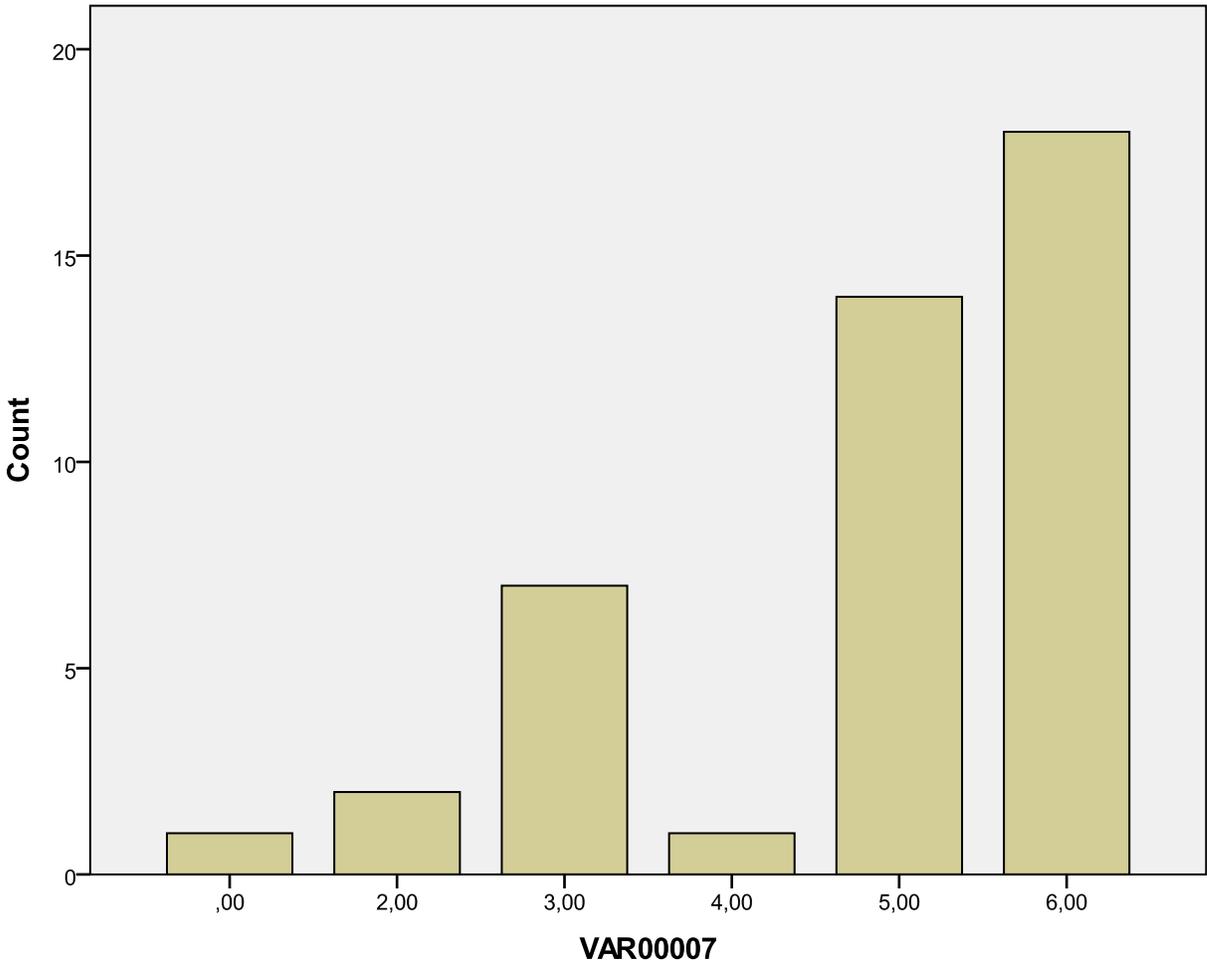
GRÀFICA 22. SIENTO QUE ESTOY TRATANDO A ALGUNOS PACIENTES COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES :



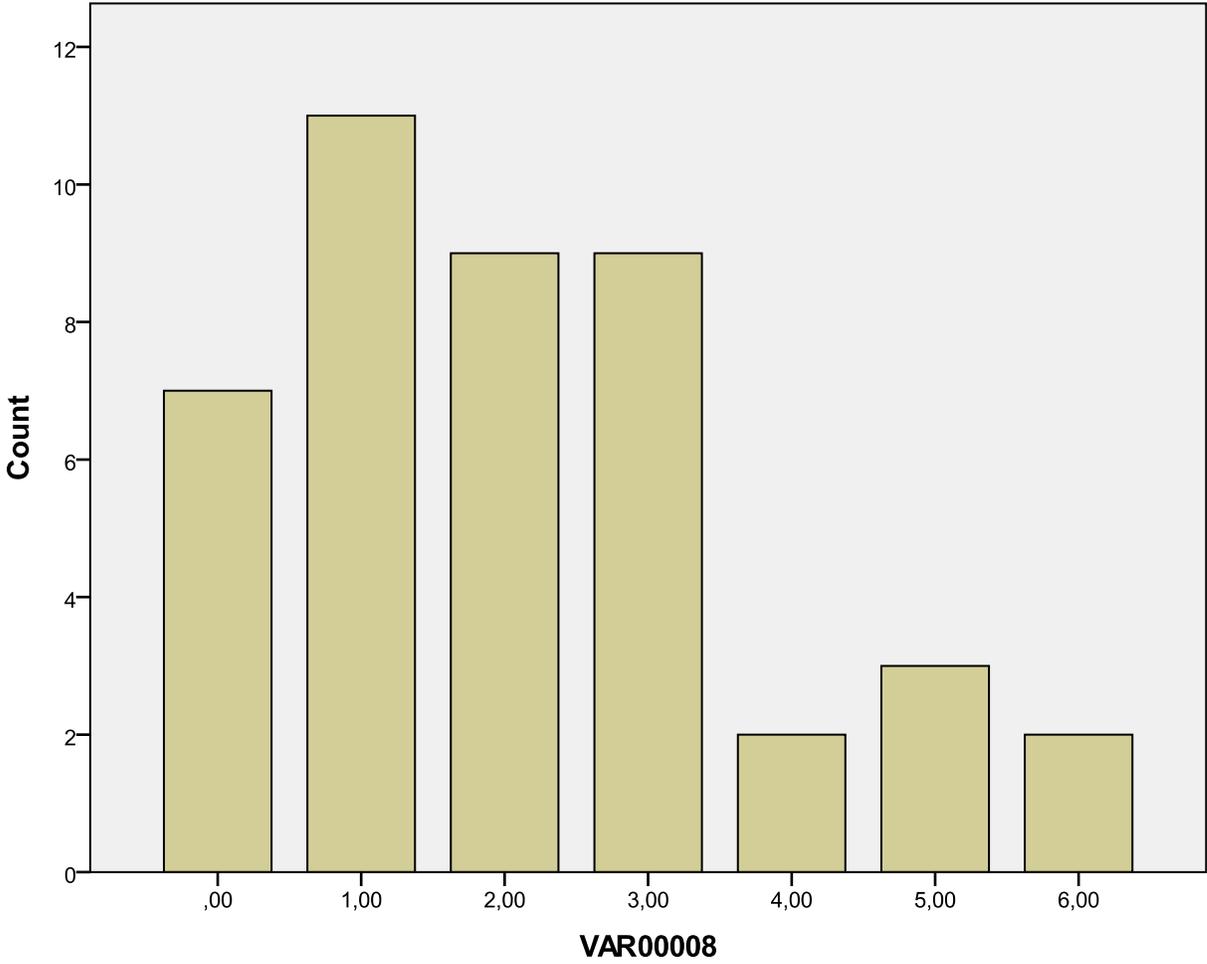
GRÀFICA 23. SIENTO QUE TRABAJAR TODO EL DIA CON LA GENTE ME CANSA :



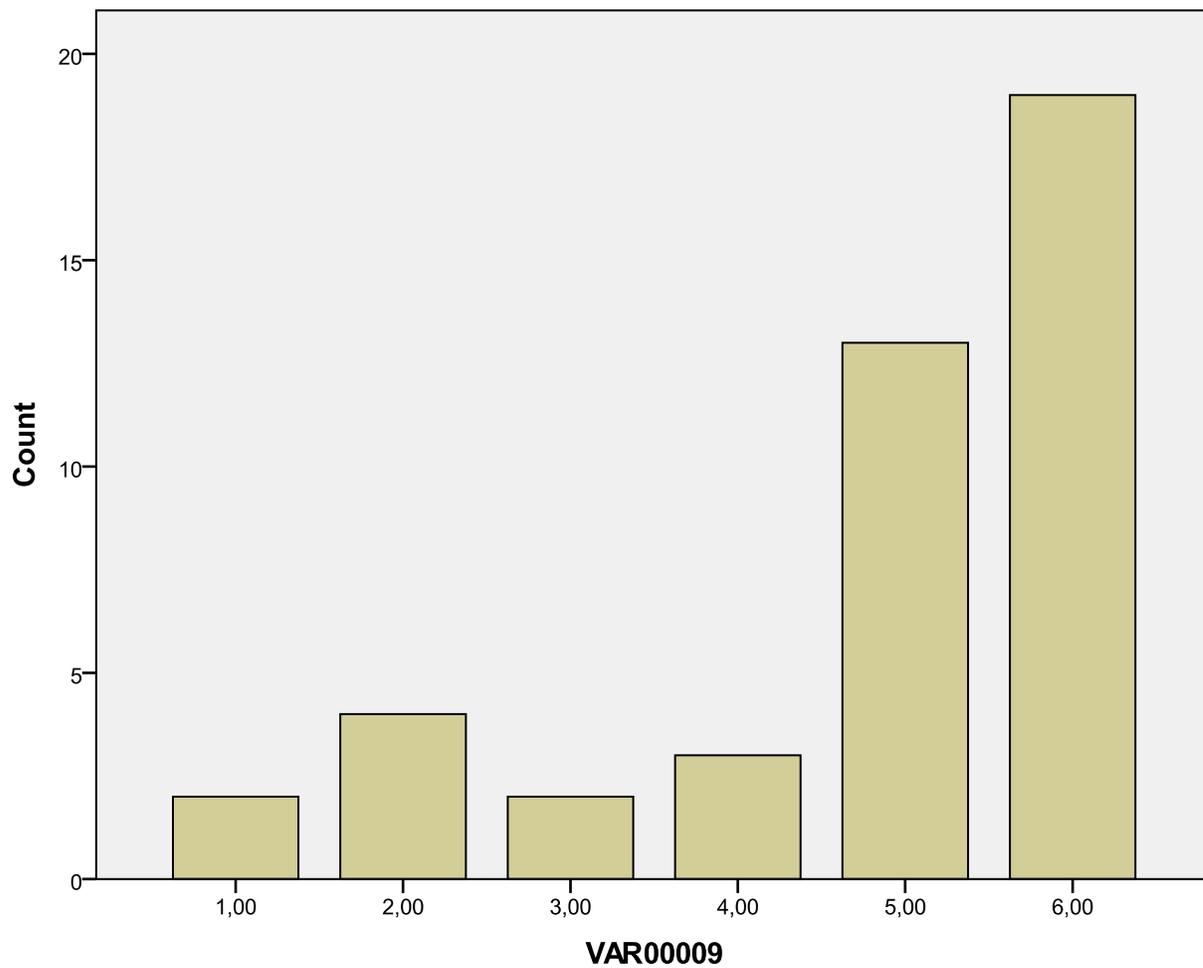
GRÀFICA 24. SIENTO QUE TRATO CON MUCHA EFICACIA LOS PROBLEMAS DE MIS PACIENTES :



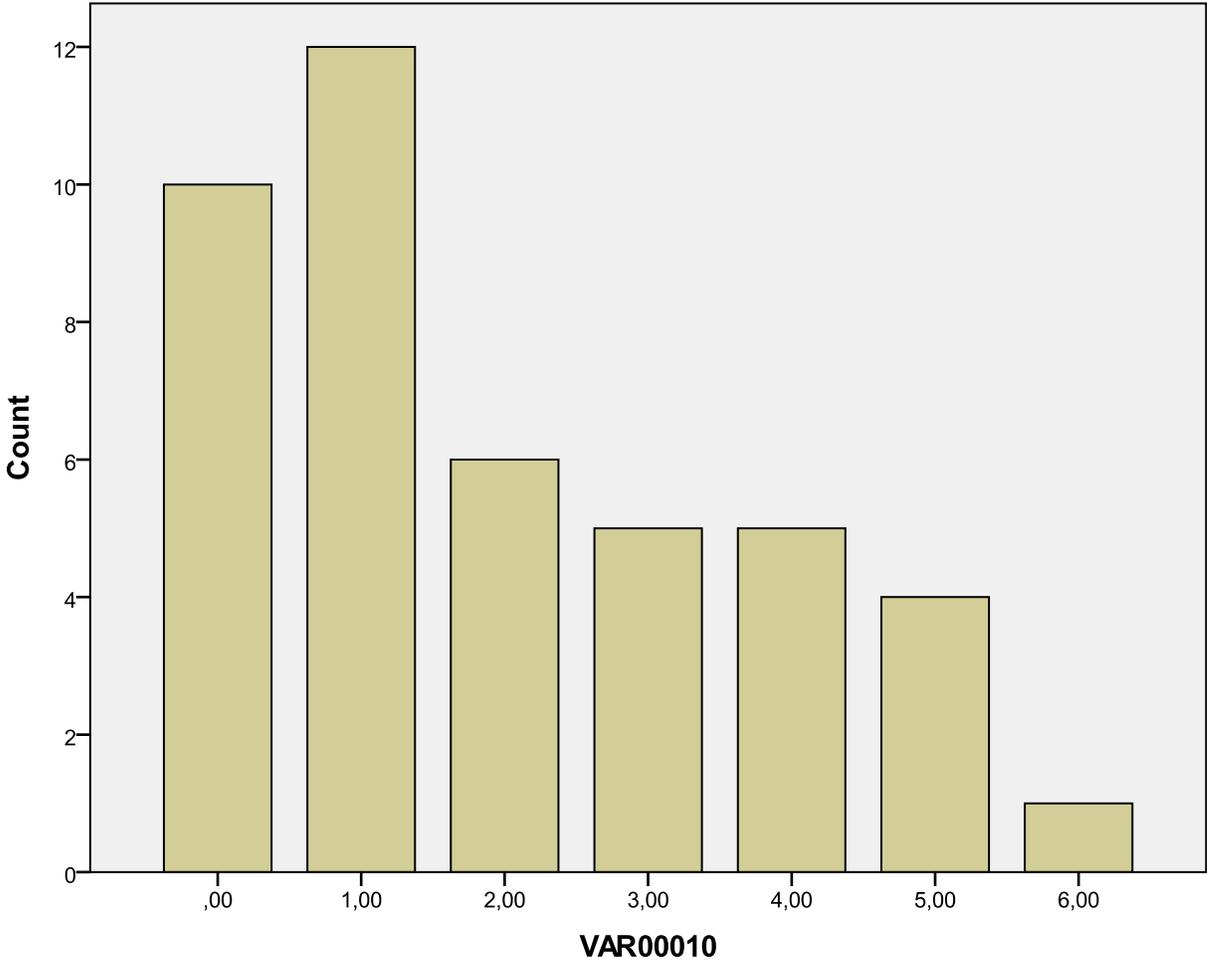
GRÀFICA 25. SIENTO QUE MI TRABAJO ME ESTÀ DESGASTANDO :



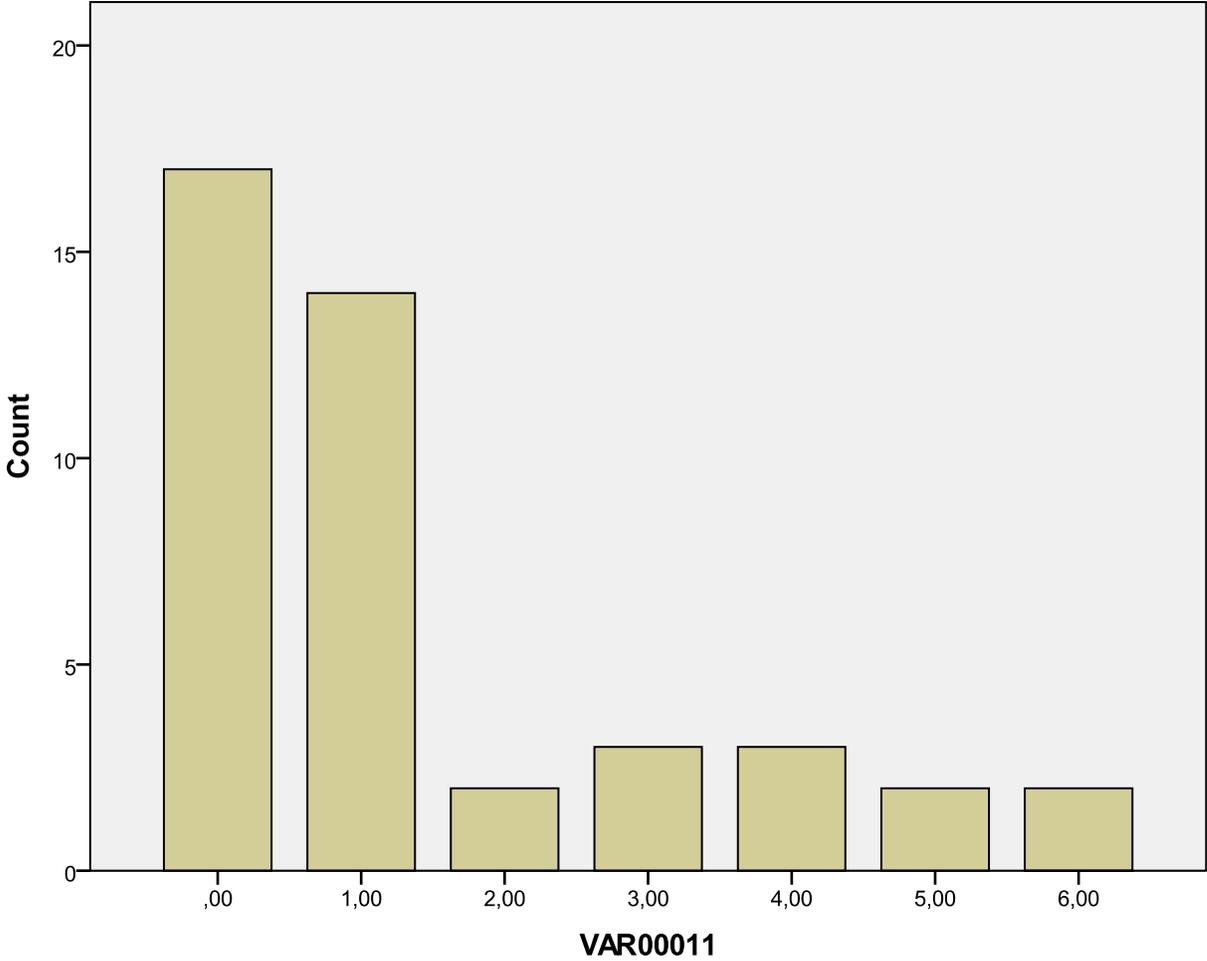
GRÀFICA 26. SIENTO QUE ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE EN LA VIDA DE OTRAS PERSONAS A TRAVÈS DE MI TRABAJO :



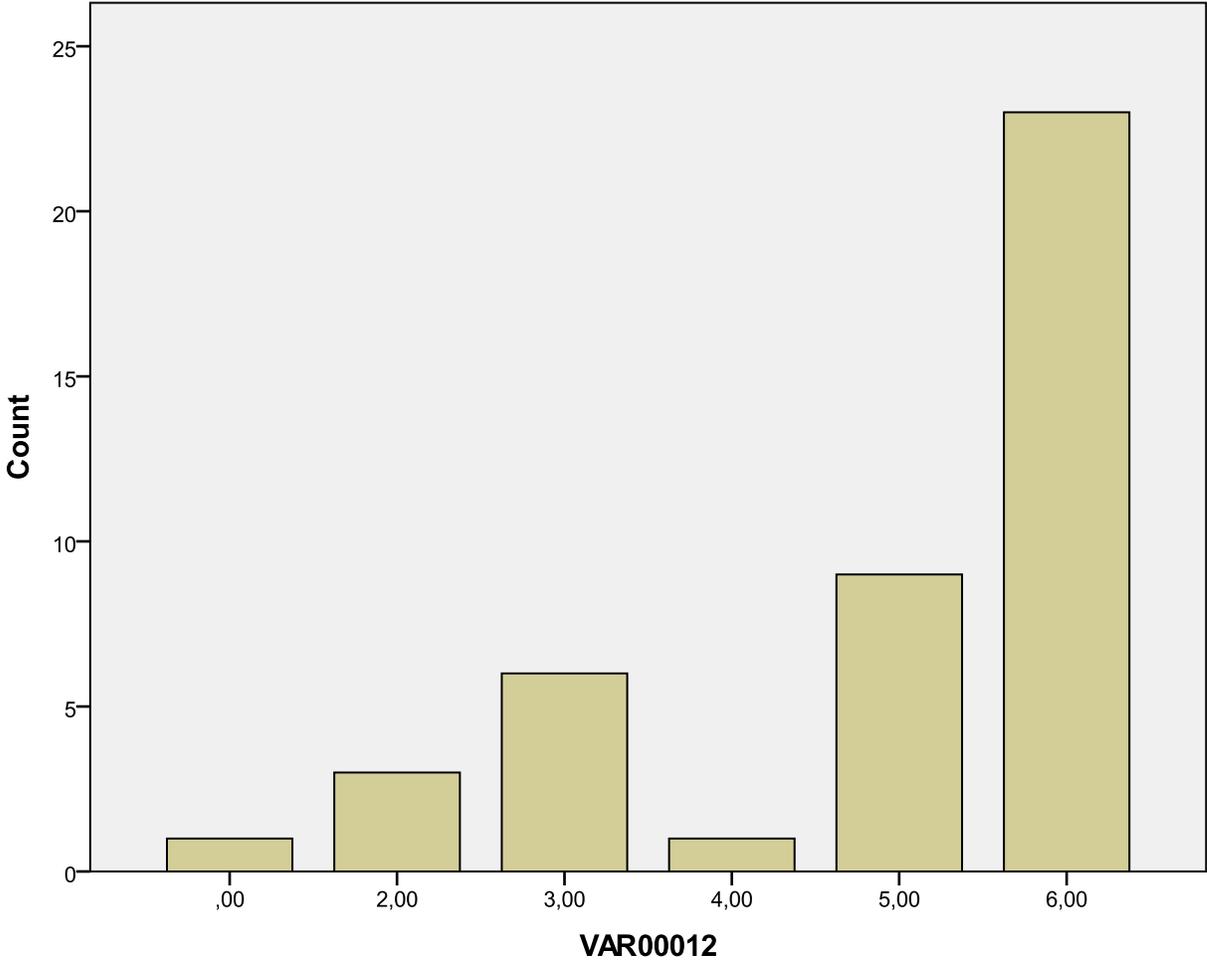
GRÀFICA 27. SIENTO QUE ME HE HECHO MAS DURO CON LA GENTE :



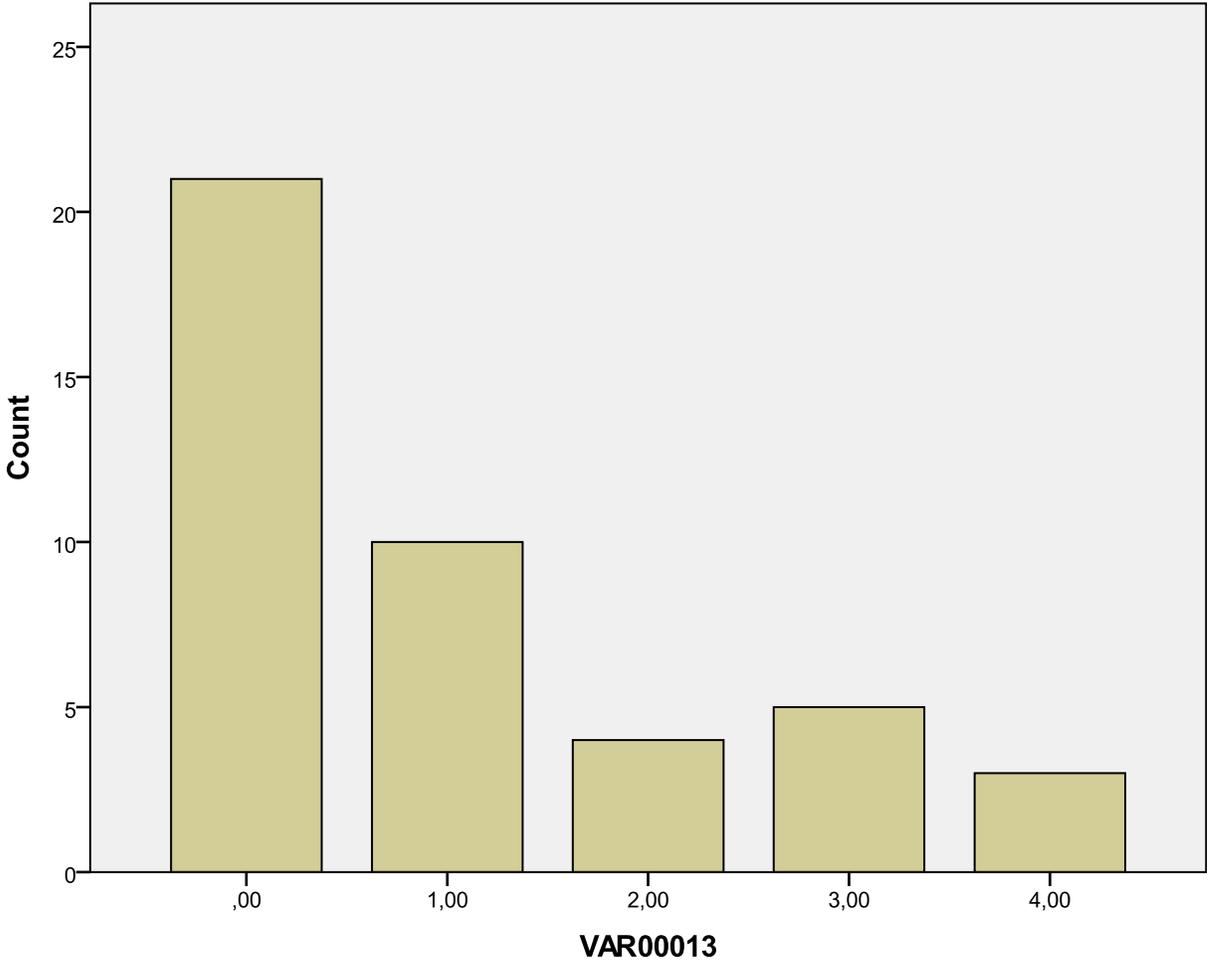
GRÀFICA 28. ME PREOCUPA QUE ÈSTE TRABAJO ME ESTÈ ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE:



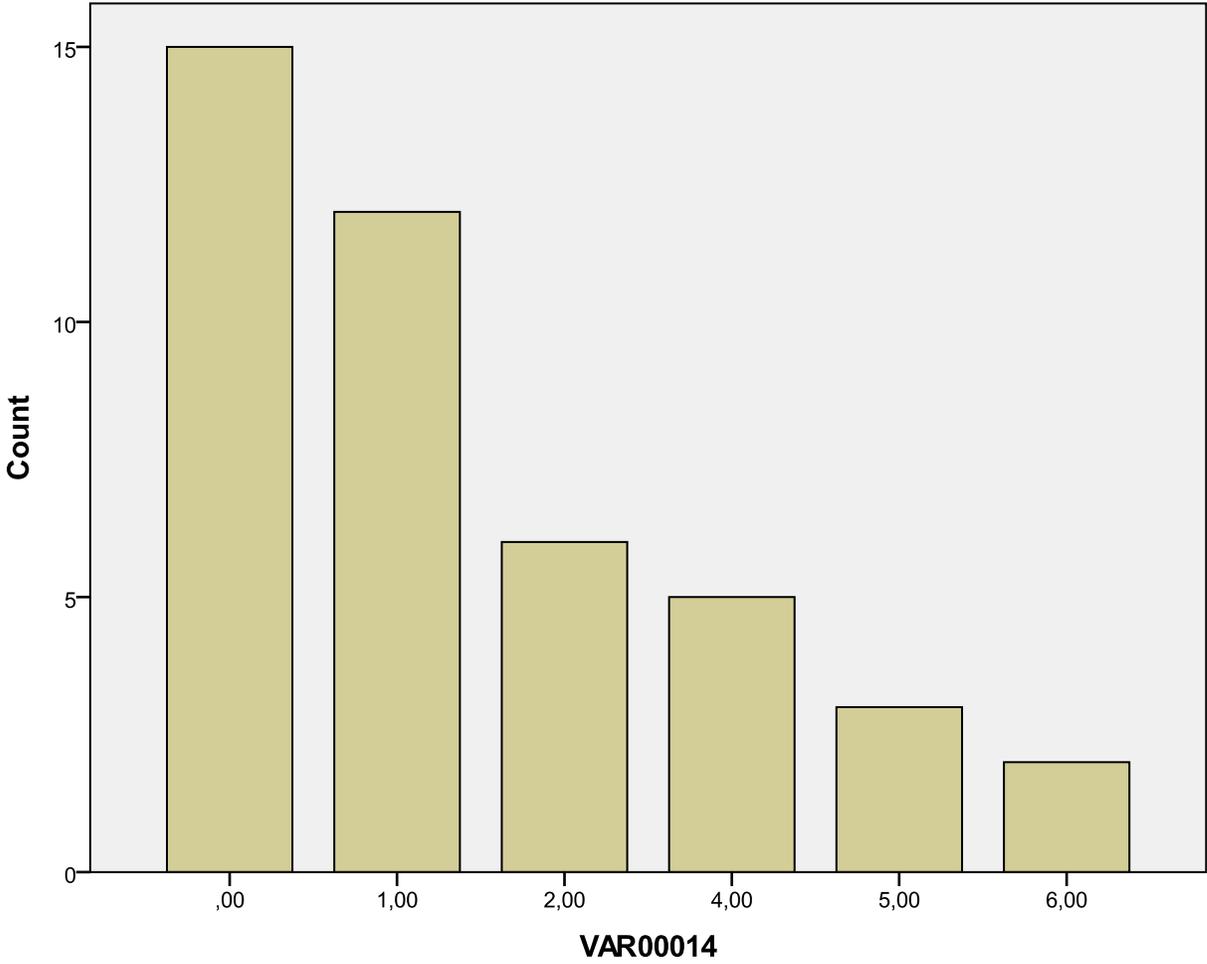
GRÀFICA 29. ME SIENTO CON MUCHA ENERGIA EN MI TRABAJO :



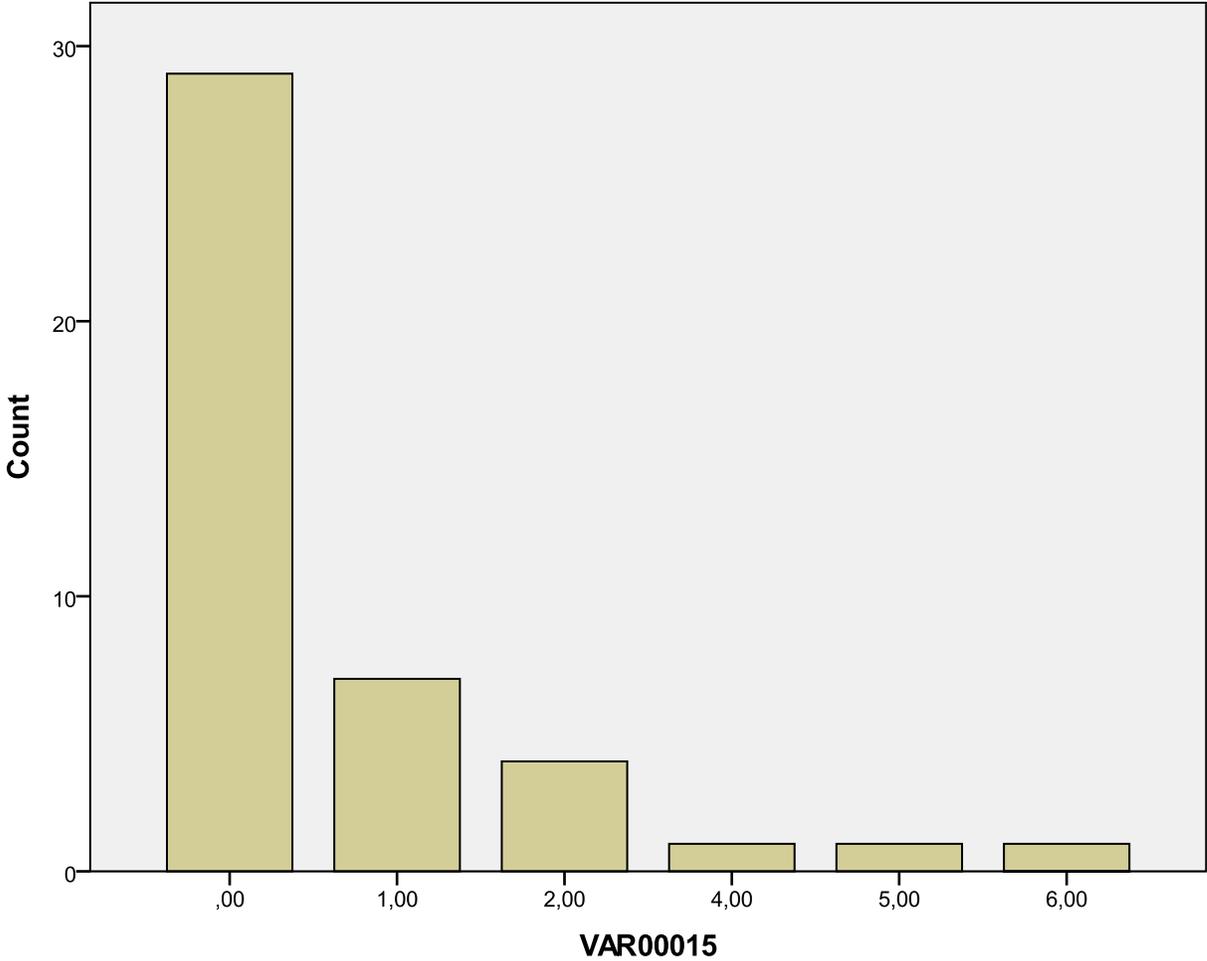
GRÀFICA 30. ME SIENTO FRUSTADO EN MI TRABAJO :



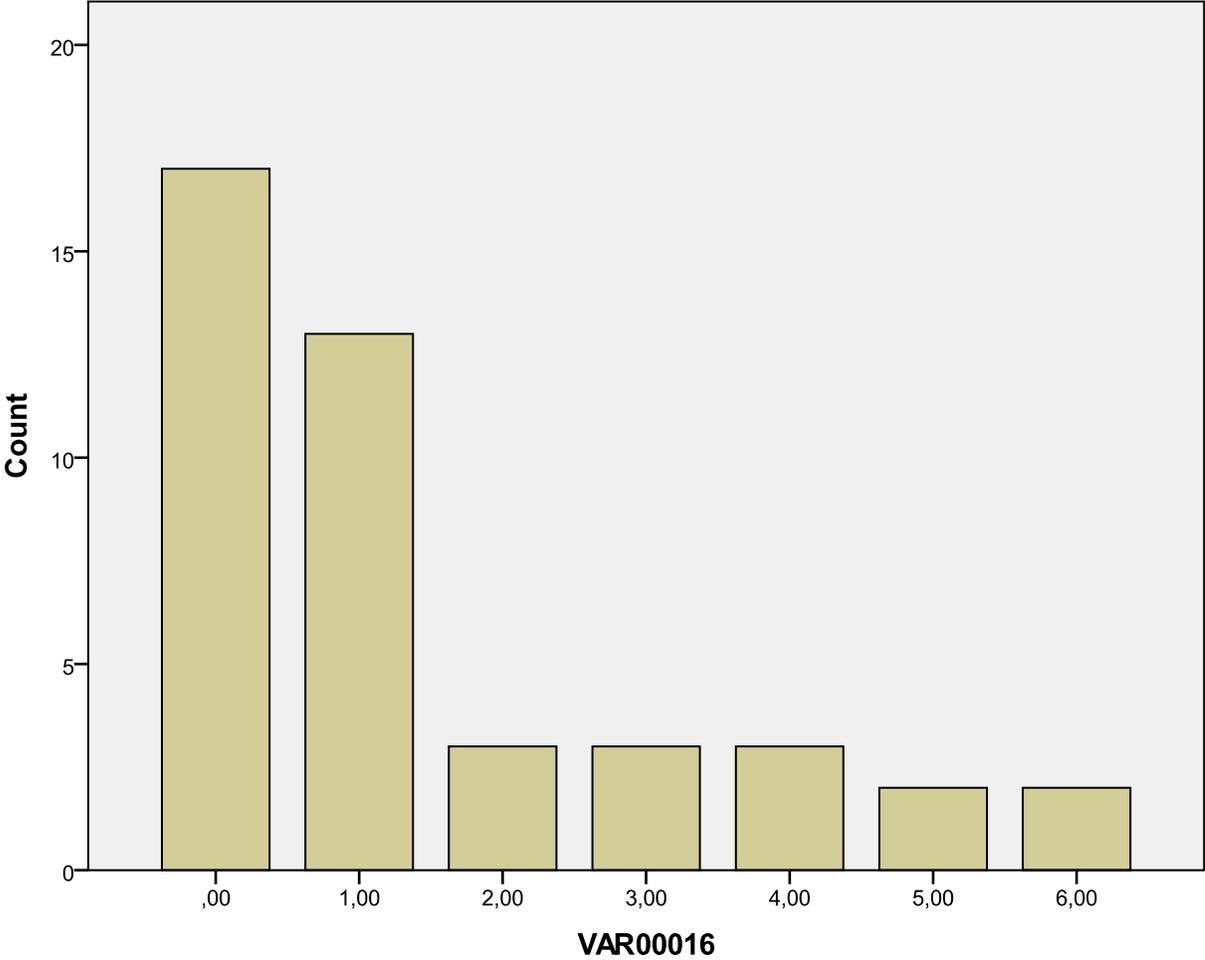
GRÀFICA 31. SIENTO QUE ESTOY DEMASIADO TIEMPO EN MI TRABAJO :



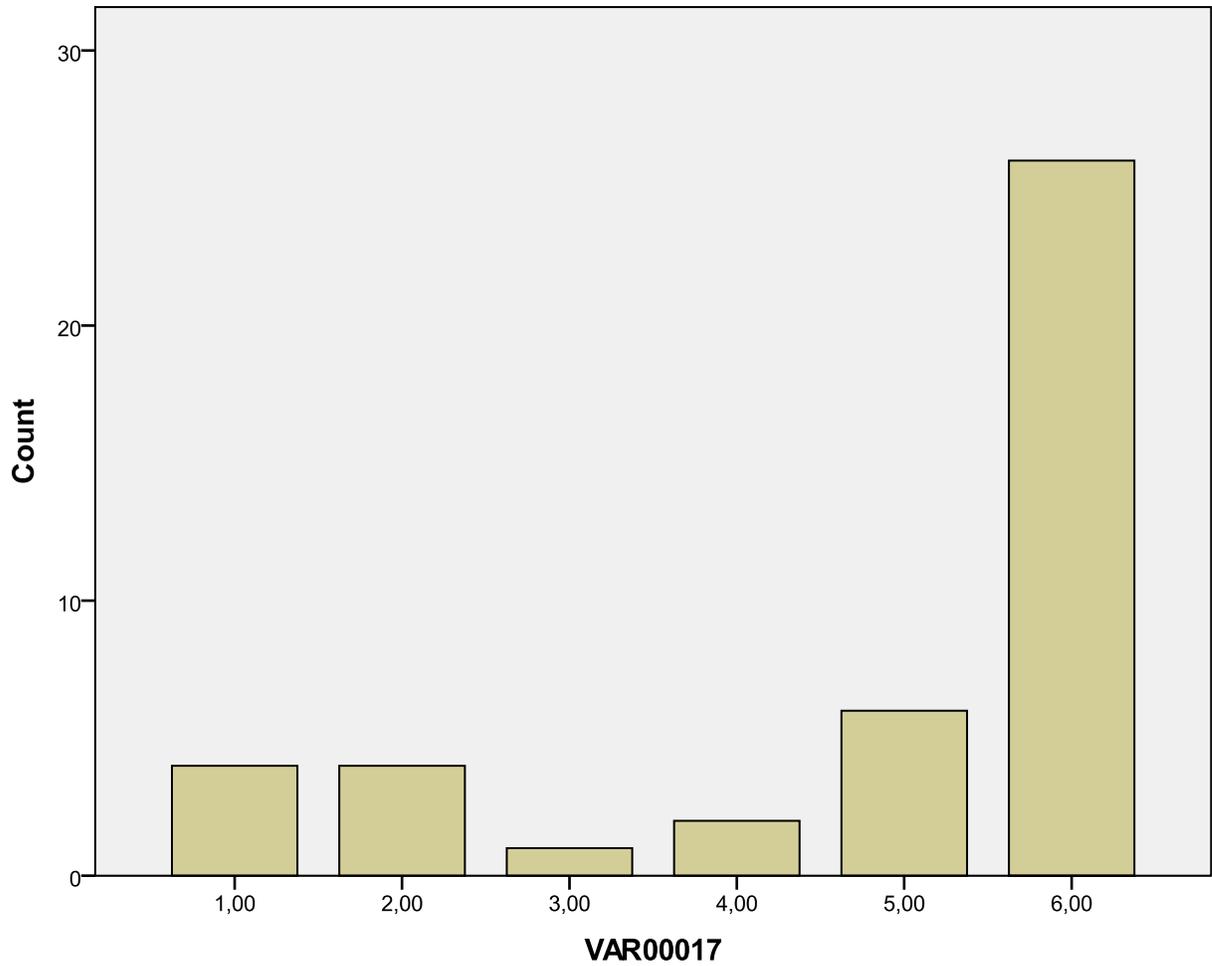
GRÀFICA 32. SIENTO QUE REALMENTE NO ME IMPORTA LO QUE LES OCURRA A MIS PACIENTES:



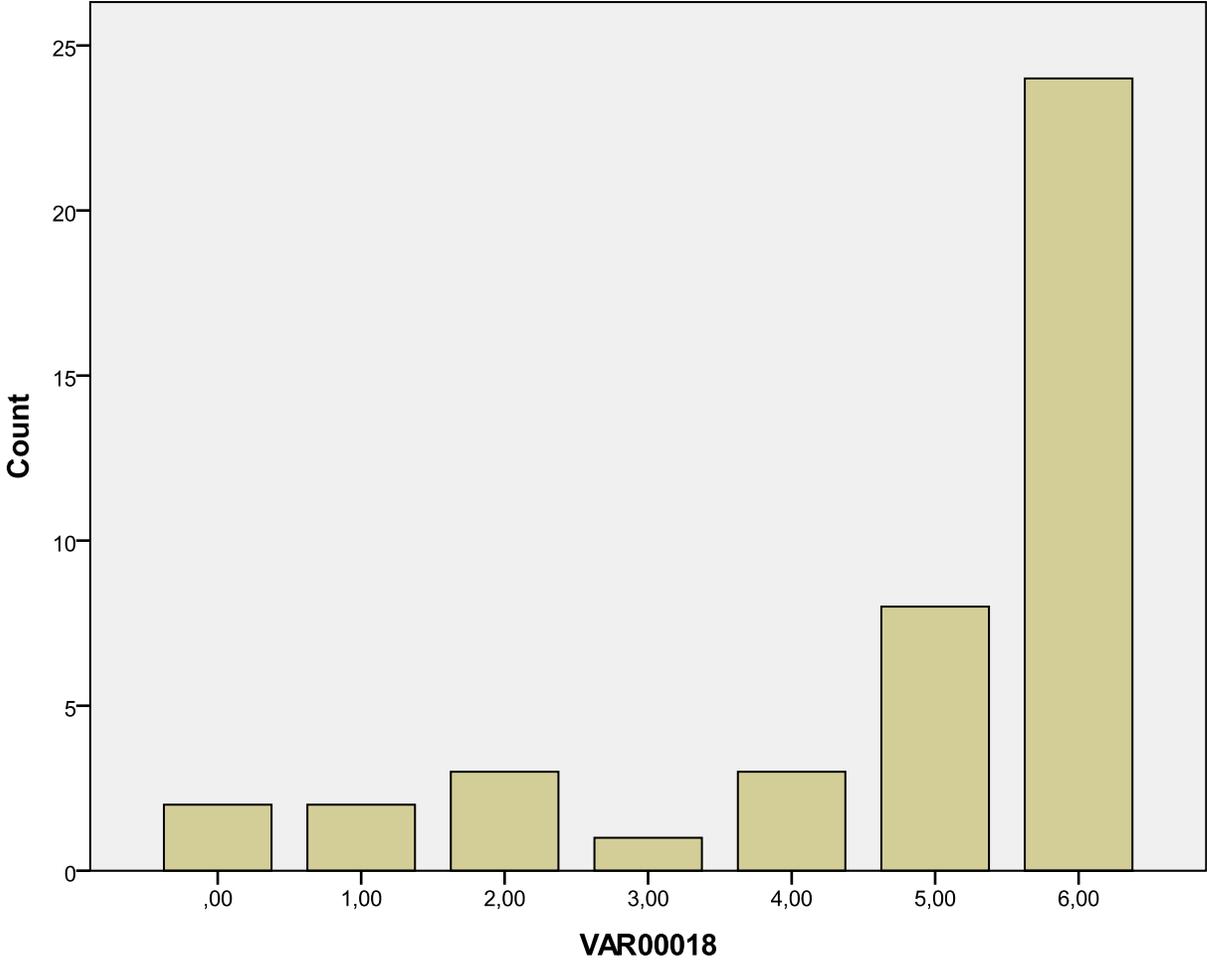
GRÀFICA 33. SIENTO QUE TRABAJAR EN CONTACTO DIRECTO CON LA GENTE ME CANSA :



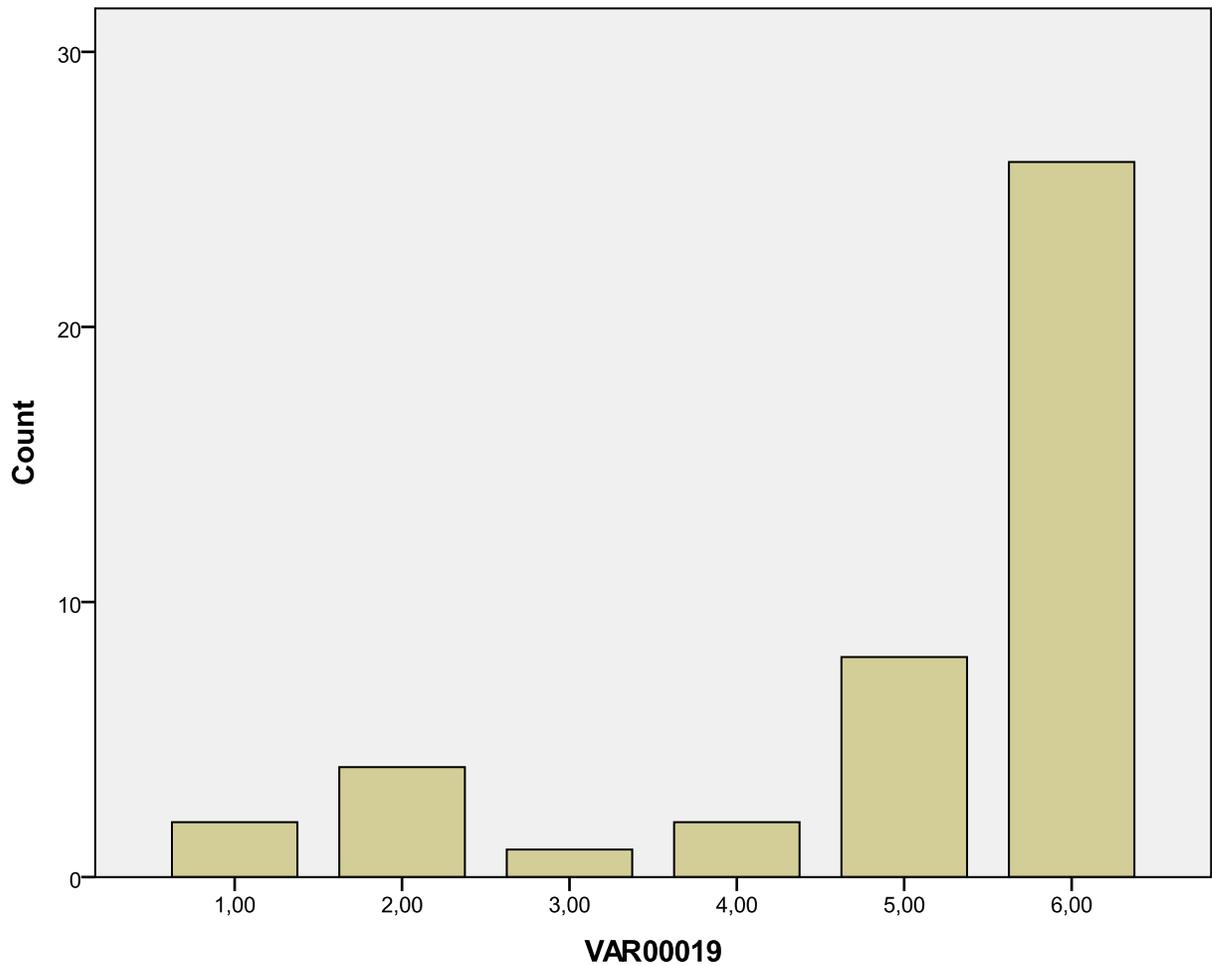
GRÀFICA 34. SIENTO QUE PUEDO CREAR CON FACILIDAD UN CLIMA AGRADABLE CON MIS PACIENTES :



GRÀFICA 35. ME SIENTO ESTIMADO DESPUES DE HABER TRABAJADO ÍNTIMAMENTE CON MIS PACIENTES :

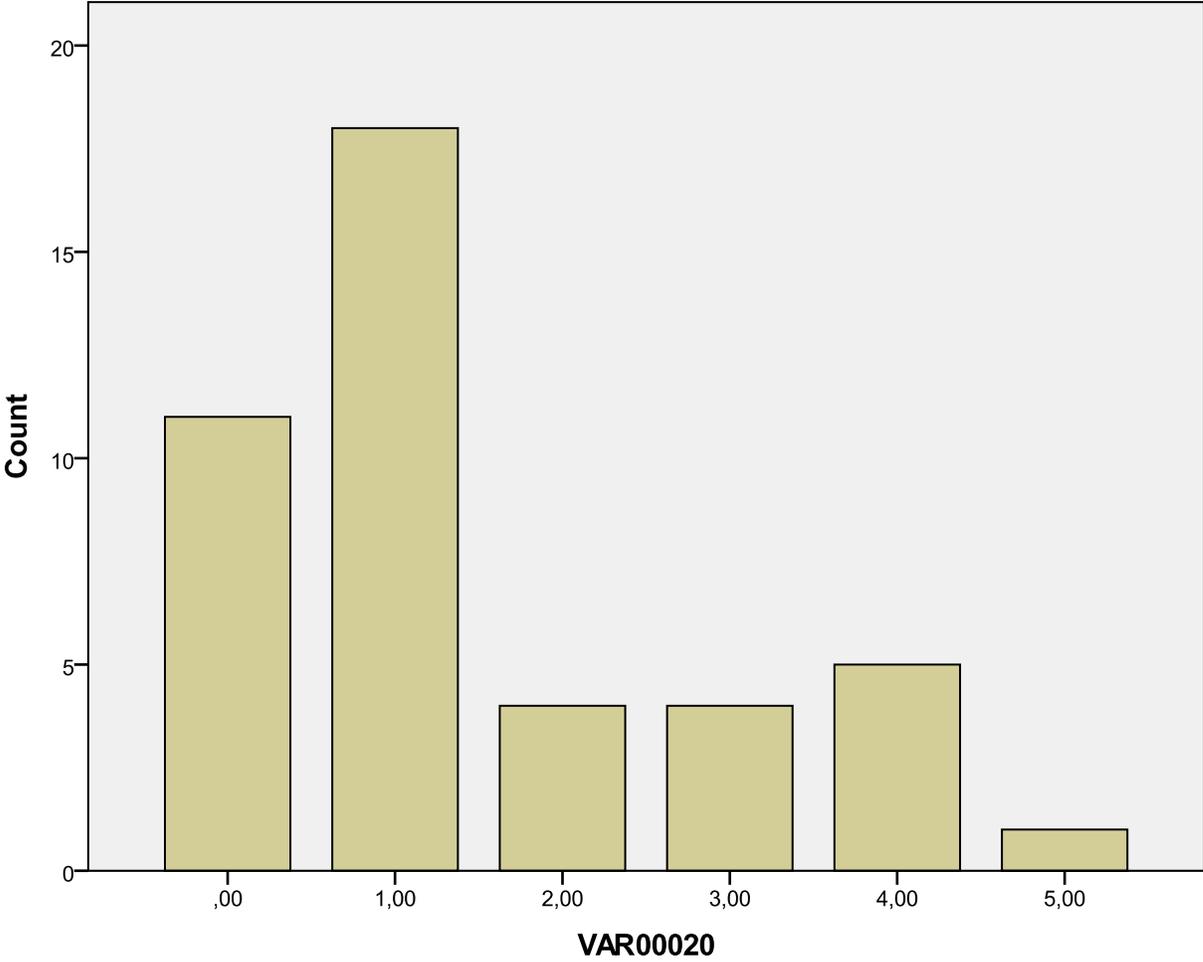


GRÀFICA 36. CREEO QUE CONSIGO MUCHAS COSAS VALIOSAS EN ÈSTE TRABAJO:

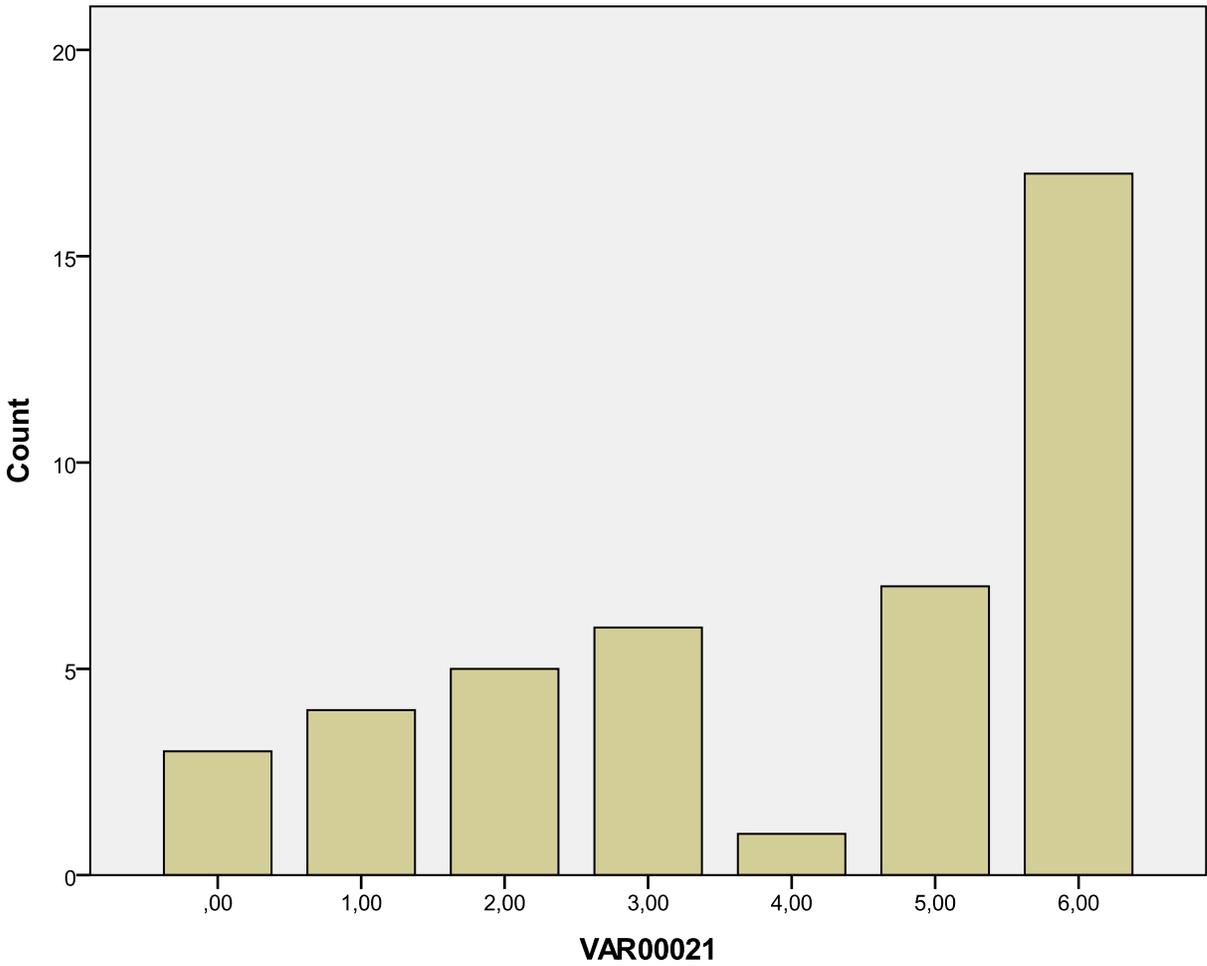


GRÀFICA 37. ME SIENTO COMO SI ESTUVIERA AL LÌMITE DE MIS

POSIBILIDADES:



GRÀFICA 38. SIENTO QUE EN MI TRABAJO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES SON TRATADOS DE FORMA ADECUADA :



GRÀFICA 39. ME PARECE QUE LOS PACIENTES ME CULPAN DE ALGUNOS DE SUS PROBLEMAS :

