



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

T E S I S

***Establecer si el grado de preparación de Especialidad de
Pediatria vs Subespecialidad de Neonatología disminuye la
condición de Burnout.***

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

P E D I A T R I A

PRESENTA:

DRA. VERONICA RIVAS SORIANO

TUTORA:

DRA. ROSA ERENDIRA DURÁN RUÍZ

PEDIÁTRA-NEONATOLOGA

MEXICO, D.F DICIEMBRE 2015



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.

DR. LUIS PAULINO ISLAS
JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRIA.

DRA. MARIA TERESA CHAVARIA JIMENEZ
COORDINADORA DE ENSEÑANZA EN PEDIATRIA MÉDICA.

DRA. ROSA ERENDIRA DURAN RUIZ
Pediatra Neonatóloga.
TUTORA DE TESIS

Agradecimientos

A Dios por guiarme diario en mi caminar; por darme la fortaleza, valentía y sabiduría para cumplir mis objetivos personales y profesionales; por mantener mis pies en la tierra y la mirada en el cielo que es lo que nos da la grandeza como ser humana. Pero principalmente por estar siempre conmigo en mi práctica profesional y permitirme tomar las mejores decisiones en pro de mis pequeños pacientes; y sentir una gran alegría y satisfacción al ver que ellos sean seres humanos de excelencia en todos los aspectos de su vida.

A mi madre quien siempre ha estado a mi lado, que me ha dado las herramientas para formarme y guiarme como persona, profesionista y un gran ser humano. Por ser mi amiga en aquellos momentos que quería flaquear y siempre tener la palabra adecuada para aconsejarme y guiarme en cada momento de mi existir. Este gran camino recorrido siempre un par de huellas a mi lado, ella siempre pendiente. Mil gracias por todo, te amo.

A mis tres grandes Ángeles en mi vida (mi papá, mi abuelita materna y catita); por siempre estar siempre en energía y alma, por sentirlos tan cerca de mi corazón y por tantas enseñanzas de vida que nunca se olvida; que son el pilar de mi persona. Los amo.

A mi familia; en especial a mis tías y primos quienes han estado conmigo en este largo camino de desvelos, frustraciones, sacrificios; pero siempre tener el tiempo y la palabra adecuada para alentarme a seguir. Cuentan conmigo siempre que más que mis primos son mis hermanos.

A mis compañeros de trabajo quienes se volvieron mi segunda familia, por escucharme y enseñarme a diario. Les agradezco haberme permitido entrar en su vida y aportarles enseñanza de vida profesional y personal.

A mis amigos que a pesar de no conocer la dinámica médica, continúan a mi lado apoyando mis sueños; sacrificando momentos juntos. En especial aquella persona: Paty Ortega que me encendió la luz en mi caminar profesional; por tener las palabras que abrieron mi cuerpo, mente y alma para seguir en este camino de la Pediatría y ahora Neonatología.

A la Dra. Rosa Eréndira Durán Ruíz por su vital apoyo en este último paso y no por eso el menos importante. Al contrario el crucial para concluir mi meta profesional. Pero sobre todo por ser un ejemplo de ser humano y médico, por permanecer hasta tarde, demostrando su amor, pasión y entrega al servicio, a sus bebés (pacientes) y a nosotras, por creer en que podíamos. Dios la bendiga siempre.

A mis pequeños pacientes; que son mi ejemplo de vida, de lucha y de persistencia para vivir y estar aquí con sus seres que aman (padres). Por ser mi motivación y motor de seguir aquí al 100% y disfrutar lo que hago día a día. Por enseñarme a valorar cada minuto, cada instante de mi vida. Y por último por aquellos bebés que se quedaron en la lucha; pero que dejan mucha enseñanza profesional y de vida. Dios los bendiga, unos ángeles más en cielo.

Índice

▪ Agradecimientos.....	3pp
▪ Marco Teórico.....	6
▪ Hipótesis.....	17
▪ Objetivo General.....	18
▪ Objetivo Específico.....	18
▪ Material y Método.....	19
▪ Criterios de Inclusión.....	20
▪ Criterios de Exclusión.....	20
▪ Criterios de Eliminación.....	20
▪ Tamaño de la Muestra.....	20
▪ Diseño de Estudio.....	21
▪ Análisis Estadístico.....	21
▪ Implicaciones Éticas.....	23
▪ Resultados.....	24
▪ Conclusiones.....	37
▪ Bibliografía.....	43
▪ Anexos.....	46
-Consentimiento informado.....	46

Marco teórico

Burnout es un término anglosajón cuya traducción más próxima es “estar quemado por el trabajo, desgastado y exhausto”. Es un concepto que introdujo **por primera vez por el psiquiatra Hebert Freudenberger** (1974) para describir el cansancio físico y emocional que afectaba a los voluntarios de una clínica de desintoxicación.^{1, 2}

El síndrome de *burnout* fue descrito por primera vez en la década de 1977 dentro del congreso de la Asociación Americana de Psicología³, determinándose como la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral con repercusiones de índole individual y afectación de aspectos organizacionales y sociales.^{3,4.}

Christina Maslach, en 1981, lo definió como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que afecta a las personas cuyo trabajo consiste en tratar o dar asistencia a otras personas³. El constructo psicológico se configura de manera tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) e ineficiencia y reducida realización personal.^{5,6}

El AE se considera como la manifestación primaria del síndrome y se caracteriza por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado⁷. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, constantemente aparece la queja por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se empieza a percibir a la persona permanentemente insatisfecha, quejosa e irritable. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos.

La despersonalización (DP) se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y, conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento^{7, 8}, se considera que la despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento⁴.

El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión. Los demás comienzan a percibirlo/a como una especie de fanático depresivo y hostil.⁷ además implica en el trabajador sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión: incapacidad, baja autoestima e inefectividad⁹

Desarrollo del Síndrome de Burnout.

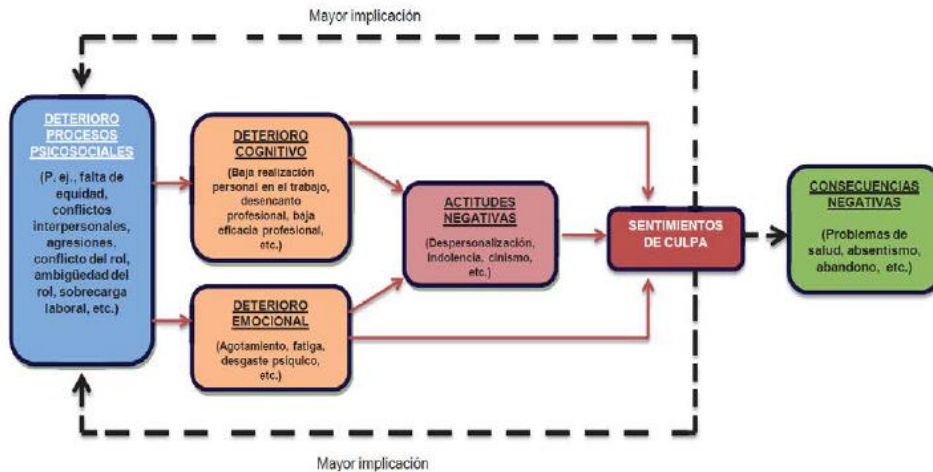
En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del Síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio.⁴

Gil monte y cols. Postulan que las cogniciones de los sujetos influyen percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los

efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. Apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral.⁴

Para describir el *proceso del Síndrome de Burnout* se han identificado cuatro fases. Es importante señalar que es posible intervenir a nivel de cada una de estas fases para revertir la situación e impedir el desarrollo del mismo.⁷

1. Entusiasmo. Exceso de entusiasmo y creencia de que el puesto de trabajo satisfará todas las expectativas personales. Es fundamental establecer límites claros y realistas entre el trabajo y nuestra vida personal.
2. Estancamiento. Las expectativas personales no se cumplen y la persona no se siente recompensada ni valorada por su labor profesional, creciendo su desilusión y desaliento.
3. Frustración. Sentimientos negativos hacia el trabajo, que pasa a ser visto como un obstáculo para el logro de satisfacción y estatus personal. En esta fase pueden aparecer diferentes signos y síntomas característicos del síndrome de burnout.
4. Apatía. Mecanismo de defensa cuando la frustración se cronifica. El profesional sufre agotamiento físico y emocional y evita todo desafío o cambio, incluso trata de evitar a las personas que debe atender. Llegados a este punto, es primordial intervenir para evitar consecuencias drásticas (abandono del empleo, ansiedad, depresión, suicidio. Cuadro 1.^{7,9}



CUADRO 1. DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT¹⁴

Factores de riesgo.

El Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.^{4,2}

En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas^{4, 10}, por el contrario, argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

En relación al género se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos.

El perfil de la persona más vulnerable al *Burnout* está caracterizado por elementos tales como elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual “sólo ellas y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas tan bien”. La vinculación con la sobrecarga emocional es evidente. Otro autor (Carmona Monge et al., 2002), agrega que son personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones personales, el sentimiento de indispensabilidad. Es decir, la restricción personal al mundo profesional. Otros investigadores del Síndrome de *Burnout* como Gil Monte (2002), encontraron que los factores asociados eran insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecida, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral²⁶.

Sintomatología del Síndrome de Burnout.

Unas de las dimensiones más importantes del síndrome de *Burnout* son las relacionadas con los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales que dicho síndrome provoca en el profesional de la salud.^{7, 22, 24} Cuadro 2 y 3.

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas	Signos
Sentirse contrariado	Nerviosismo	Falta de ganas de seguir trabajando	Conductuales	Hipertensión arterial (HTA)
Sentir que no valoran tu trabajo	Irritabilidad y mal humor	Apatía	Aislamiento	Taquicardia
Percibirse incapaz para realizar las tareas	Disgusto y enfado	Irresponsabilidad	No colaborar	Úlceras u otros trastornos gastrointestinales
Pensar que no puedes abarcarlo todo	Frustración	Escaquearse	Contestar mal	Cardiopatía isquémica
Pensar que trabajas mal	Agresividad	Pasar de todo	Enfrentamientos	Trastornos del sueño
Falta de control	Desencanto	Estar harto	Físicos	Desórdenes menstruales
Verlo todo negativamente	Aburrimiento	Intolerancia	Cansancio o fatiga crónicos	
Todo se hace una montaña	Agobio	Impaciencia	Dolores de cabeza	
Sensación de no mejorar	Tristeza y depresión	Quejarse por todo	Dolores musculares	
Inseguridad	Desgaste emocional	Evaluar negativamente a compañeros		
Pensar que el trabajo no vale la pena	Angustia	Romper con el entorno laboral		
Pérdida de la autoestima	Sentimientos de culpa	Ver al paciente como un enemigo		
		Frialdad hacia los pacientes		
		No aguantar a los pacientes		
		Indiferencia		

Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: prevalencia y determinantes.

Cuadro. 2 Sintomatología de Síndrome de Burnout⁹

FISIOLOGICOS	PSICOLOGICOS	CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de apetito - Cansancio. - Insomnio. - Dolor de cuello, - Cefalea y mialgias, - Úlceras gástricas, - Pérdida progresiva de la energía. fatiga y agotamiento. 	<p>Cambios negativos de actitud y respuesta hacia los demás, irritabilidad ansiedad, depresión, sentimiento de frustración, pérdida de motivación hacia el trabajo y la competencia personal. Respuestas rígidas e inflexibles a los intentos de cambiar en forma constructiva una situación</p>	<p>Hostilidad e irritabilidad, incapacidad para concentrarse en el trabajo, en el contacto con el paciente y aumento de relaciones conflictivas con los demás compañeros de trabajo, incumplimiento del horario asignado, toma de periodos Largos de descanso.</p>

Cuadro 3. Sintomatología de Síndrome de Burnout⁷

Entre el personal de salud se ha relacionado principalmente con ausentismo y cambios frecuentes o abandono del trabajo. Desde el punto de vista institucional, el contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora el ambiente laboral y es generador de conflictos con los compañeros de trabajo y con los integrantes de su familia.

Diagnostico

Su diagnóstico se realiza por medio del constructo psicológico denominado MBI (*Maslach Burnout Inventory*), realizado por Maslach y Jackson en 1981. Este consiste en 22 enunciados que se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles. De acuerdo al cuestionario los enunciados han sido mezclados para explorar las 3 dimensiones descritas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la ineficiencia o insatisfacción en la realización personal, de tal manera que se pueden medir y diferenciar tres subescalas que representan los tres factores o dimensiones del Síndrome^{12, 27}.

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse los resultados por separado. El puntaje obtenido para los tres componentes del *Burnout* ha sido validado en numerosos estudios hechos en trabajadores de la salud, educadores, trabajadores sociales, asistentes legales, y personal administrativo diverso de distintas profesiones^{5,8,23}.

Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome^{7, 13,14}

1. Agotamiento Emocional (AE):

- a. Menor: 18 puntos
- b. Medio: 19 a 26 puntos
- c. Alto: mayor de 27 puntos

2. Despersonalización:

- a. Bajo: menor de 5 puntos
- b. Medio: 6 a 9 puntos
- c. Alto: mayor de 10 puntos

3. Ineficiencia y realización:

- a. Bajo: mayor de 40 puntos
- b. Medio: 34 a 39 puntos
- c. Alto: menos de 33 puntos

La contestación de un cuestionario como éste deberá hacerse en un entorno en donde exista privacidad, confidencialidad y sin sensibilización sobre lo que se pretende explorar^{5, 6, 8}. Dicho instrumento de evaluación se muestra en el siguiente Cuadro 4^{8, 15, 23}:

INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH			
CANSANCIO EMOCIONAL			
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo			
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo			
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar			
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante			
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo			
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo			
7. Creo que estoy trabajando demasiado			
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés			
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más			
DESPERSONALIZACIÓN			
1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática			
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión			
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente			
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes			
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas			
REALIZACIÓN PERSONAL			
1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás			
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes			
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas			
4. Me siento muy activo			
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes			
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes			
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión			
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma			
0 = nunca			
1 = pocas veces al año			
2 = Una vez al mes			
3 = pocas veces al mes o menos			
4 = Una vez a la semana			
5 = Pocas veces a la semana			
6 = todos los días			
CATEGORIZACIÓN DE LOS PUNTAJES			
COMPONENTE	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	Í 16	17-26	È 27
Despersonalización	Í 4	7-12	È 13
Realización personal	È 39	32-38	Í 31

Cuadro 4. Instrumento de evaluación de Síndrome de Burnout⁸.

Factores que inciden en su desarrollo

- Características del trabajo como factor desencadenante del síndrome de Burnout debida a una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado. Sobrecarga laboral y presión del tiempo para realizarla son los factores comunes y consistentemente relacionados con la aparición del síndrome de *burnout*, particularmente con la aparición del agotamiento emocional (*exhaustion*)^{5, 6,11}.
- Falta de información o incapacidad de desarrollar satisfactoriamente el trabajo encomendado⁵
- Carencia de apoyo de los supervisores encargados del área^{5, 6}
- Ausencia de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo^{8,3, 11}
- Edad: se presenta más frecuentemente en gente joven (entre los 30 y 40 años o menores) probablemente debido a impericia laboral ^{5, 3}.
- Género: es más frecuente en sexo femenino ^{5,3,11}
- Estado civil: es menos común en casados^{5, 11}.
- No. de Hijos: Se ha relacionado en mayor proporción en personas que no tienen hijos^{5, 3,11}.
- Personalidad de cada individuo¹¹.
- Estrés y la *deprivación* del sueño^{5, 3,11}.

Se han propuesto diferentes variables como factores predisponentes para el *burnout*: género, jornada laboral prolongada y pocas horas de sueño, entre otros. La situación de los profesionales más jóvenes parece ser un factor de riesgo en el que coinciden algunos estudios y resulta preocupante para el futuro de la especialidad^{7, 15, 25}. La insatisfacción en la práctica médica se ha relacionado con diversos factores: el cuidado gerenciado, los aspectos legales, las mayores expectativas de los pacientes o las diferencias en la relación médico-paciente.

Los programas de tratamiento para el *Síndrome de Burnout* no son fáciles, es un objetivo muy complicado, debido a la resistencia en admitir problemas emocionales y adoptar, en consecuencia, el rol de pacientes; habiendo una negación en admitir los problemas psicopatológicos que vienen padeciendo como consecuencia de éste síndrome, rechazando cualquier tipo de ayuda.^{16,19, 24}

Hay algunas estrategias para mejorar la calidad de vida en los que padecen Síndrome de Burnout consiste en mejorar su entorno *social* (participación de compañeros, familiares, etc.), evitar el aislamiento psicosocial, fomentar el trabajo en equipo, adaptarse eficazmente a la nueva percepción social de su profesión, desarrollar las *cualidades humanas* y valorar los aspectos positivos de su trabajo (los pacientes, las vacaciones, la sensación de ser útil, la capacidad de ayuda, la contribución a conseguir nuevos logros en la prevención y superación de las enfermedades, etc.).^{17, 20, 23}

HIPOTESIS

El grado de Burnout es mayor en los residentes de la tercer año de la Especialidad de Pediatría en relación a los residentes de 2do año de la Especialidad de Neonatología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, año 2013.

OBJETIVO GENERAL

Determinar condición de Burnout en los residentes de tercer año de la especialidad de pediatría y residentes 2do año de especialidad en Neonatología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, año 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los factores predisponentes en la condición de Burnout en estas áreas (estado civil, género y número de hijos)
- Comparar el grado de Burnout de acuerdo al grado de preparación.
- Estrategias para mejorar la calidad de vida del residente y disminuir el grado de Burnout.

MATERIAL Y METODO

1. Universo de Trabajo.

Para el presente estudio se consideraron a 16 residentes del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", en el año 2013 de los cuales 13 corresponden residentes de 3er año de la Especialidad en Pediatría y 3 de la Especialidad en Neonatología.

2. Área de Trabajo.

Servicio de Pediatría y Servicio de Neonatología en el Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga", durante el año 2013.

3. Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio Transversal analítico. Por medio del cuestionario de Maslach Inventory Burnout. Se encuestaron 16 residentes de la especialidad de Pediatría y especialidad de Neonatología.

4. Periodo.

El estudio se realizó Noviembre de 2013

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Residentes del Servicio de 3er Año de Pediatría, año 2013.
- Residentes del Servicio de 2do año de Neonatología, año 2013.
- Consentimiento informado firmado por el residente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Residente de 1er y 2do año de Pediatría.
- Residente de 1er año de Neonatología.
- Consentimiento informado no autorizado.

CRITERIOS DE ELIMINACION

-Cuestionarios Incompletos

TAMAÑO DE LA MUESTRA

En total se incluyeron 16 residentes de ambos géneros en su último año de la especialidad en Pediatría y Neonatología.

DISEÑO DE ESTUDIO

Se aplicó cuestionario MIB (*Maslach Burnout Inventory*) a 16 residentes de mayor jerarquía de ambos géneros, de edades comprendidas entre 27 y 32 años de edad; 13 de la especialidad de Pediatría y 3 de Neonatología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en Noviembre de 2013 Previo consentimiento informado, para evaluar grado de Burnout (Anexo 1)¹⁸.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron promedios, desviación estándar y porcentajes.

VARIABLES

CARACTERISTICA	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MEDICION
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual, representada en años	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje Frecuencia
GÉNERO	Condición orgánica que se distingue al macho de la hembra en los seres humanos, ya sea masculino o femenino.	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje Frecuencia
PROFESION	Empleo, Oficio o Actividad que se realiza habitualmente a cambio de un salario.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje Frecuencia
ESTADO CIVIL	Condición personal que socialmente designan para	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcetajes

	fines demográficos, incluye: soltero, unión libre, casado.			
Número de Hijos	Presencia de un ser humano considerado con relación a su padre y a su madre.	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje Frecuencias

IMPLICACIONES ÉTICAS

En base al Artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación en seres humanos este estudio no tuvo ningún riesgo ya que se trató de un trabajo descriptivo y prospectivo donde se guardó la confidencialidad de los datos protegiendo la identidad de los pacientes en todo momento por lo que no se manejaron nombres, ni domicilios, siendo necesario la aplicación de consentimiento informado en donde se puntualizaba la finalidad del estudio.

RESULTADOS

Se aplicó cuestionario MBI a 13 residentes del 3er año de especialidad de Pediatría y 3 residentes del 2do año de la especialidad de Neonatología; sin anular ninguna encuesta quedando el 100% de la muestra, todos ellos mexicanos.

El 75% (n=12) de los encuestados fueron mujeres y el 25% (n=4) fueron hombres. (Tabla 1, Gráfica 1) El promedio de la edad fue de 28.93 +- 2.5 años de edad con intervalo de 27- 32 años de edad.

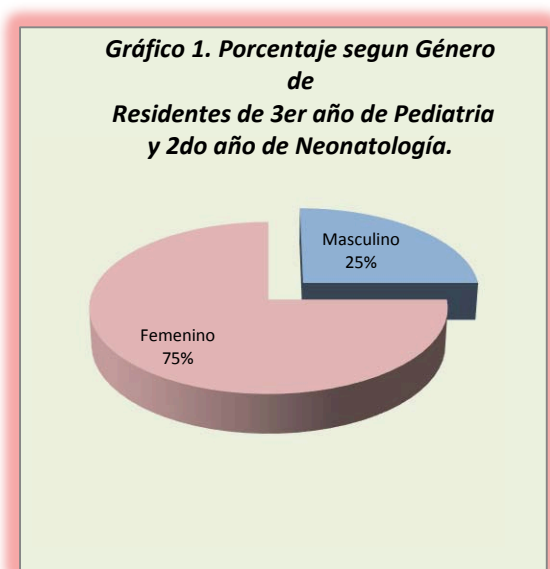
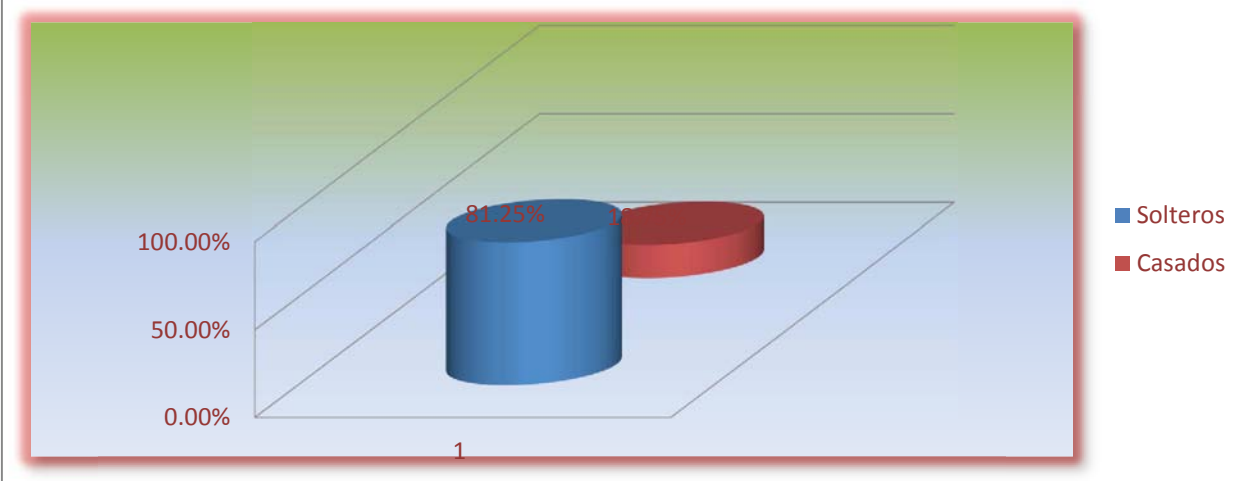


Tabla 1. Número de residentes en este estudio de 3er año de Pediatría y 2do año de Neonatología, según género.	
	Número de Residentes
Masculino	4
Femenino	12
Total	16

Dentro de los factores de riesgo para Síndrome de Burnout se considera el estado civil y número de hijos, obteniendo los siguientes resultados: 81.25% solteros que corresponde a 13 residentes de la muestra y el 18.75% casados (n=3) tal y como se observa en el gráfico 2; con presencia de hijos 12.5% que corresponde a 2 residentes, y sin hijos 87.5% (n=14).

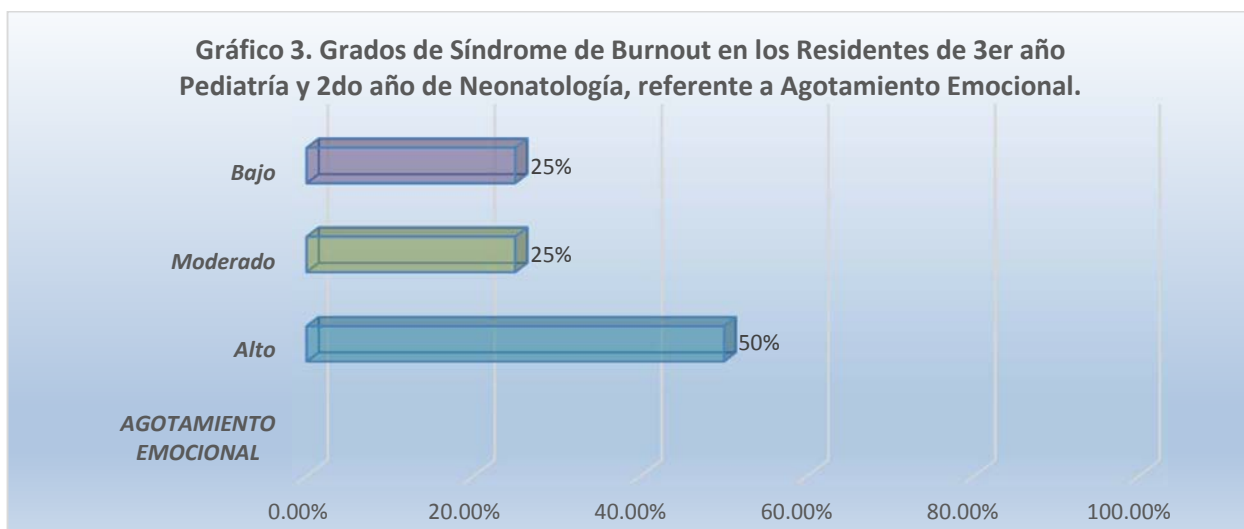
Gráfico 2. Porcentaje Casados y Solteros en los residentes de 3er año de Pediatría y 2do año de Neonatología.



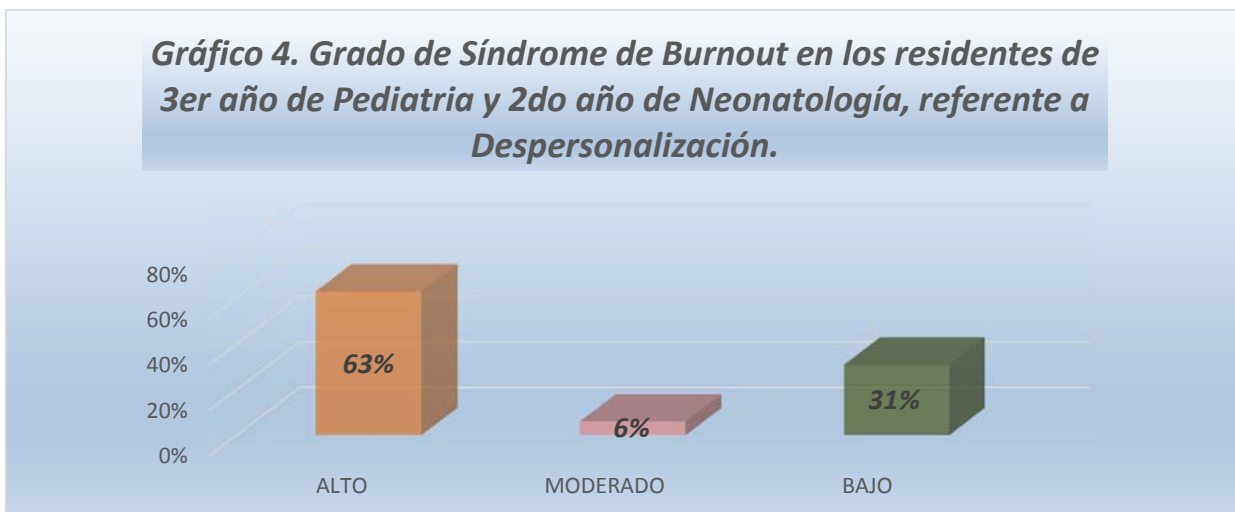
Se determinó el grado de Burnout en la población en estudio obteniendo los siguientes resultados:

- **Agotamiento Emocional: Grado Alto** se presentó en el 50%(n=8) de los encuestados; **Grado Moderado** en el 25% (n=4) y **Grado Bajo** en el 25% (n=4) Gráfico 3.

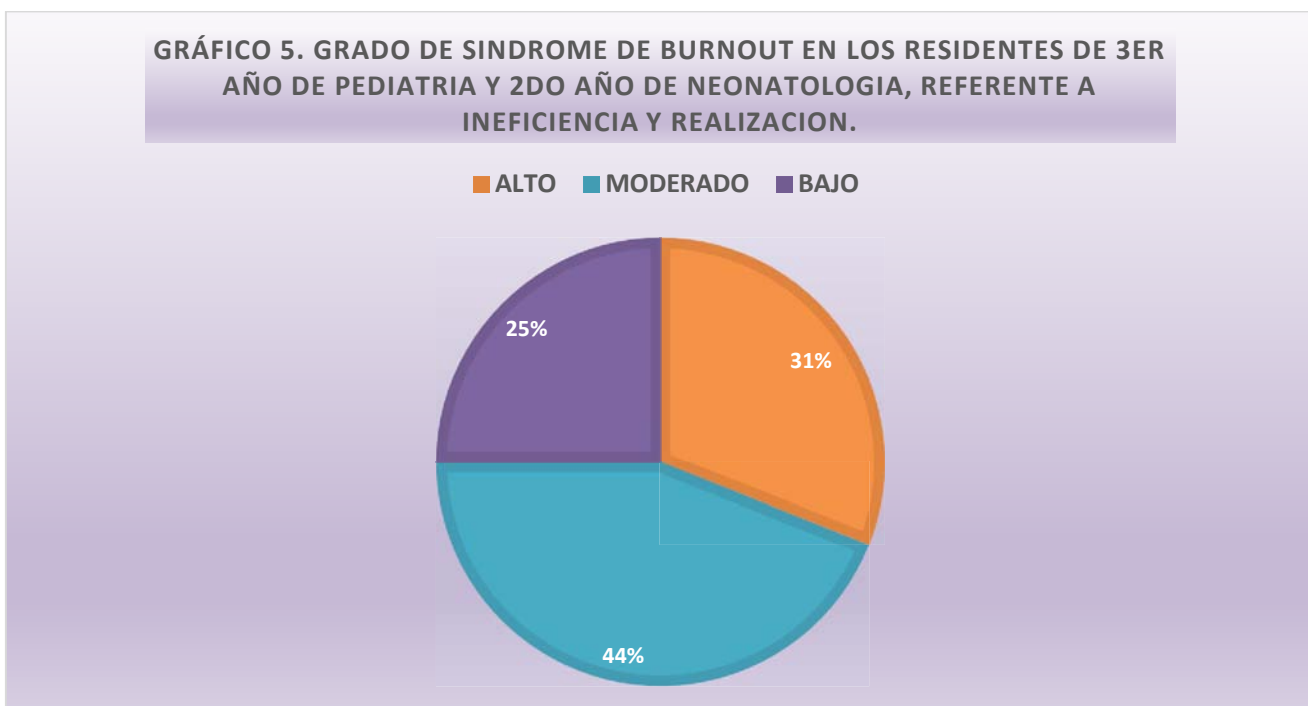
Gráfico 3. Grados de Síndrome de Burnout en los Residentes de 3er año Pediatría y 2do año de Neonatología, referente a Agotamiento Emocional.



- Despersonalización: se obtuvo en un 61% (n=10) de los encuestados un **Grado Alto**; 6% (n=1) en un **Grado Moderado**; y en un 31% (n=5) un **Grado Bajo**. Gráfico 4

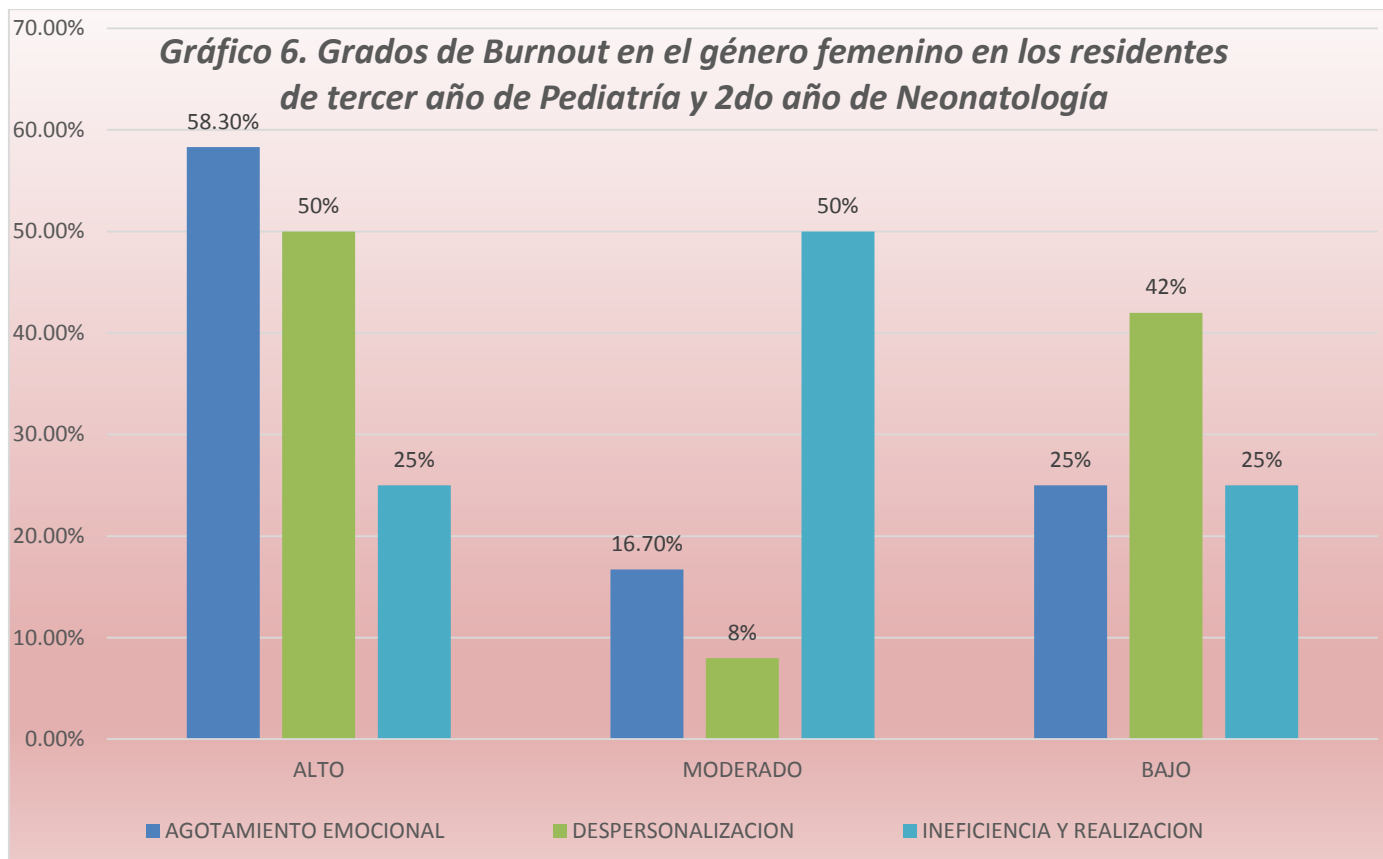


- Ineficiencia y Realización: la encuesta aplicada arrojó que el 25%(n=4) presentó **Grado Bajo** (n=4); un 44%(n=7) **Grado Moderado**; y un 31% (n=5) **Grado Alto**. Gráfico 5.



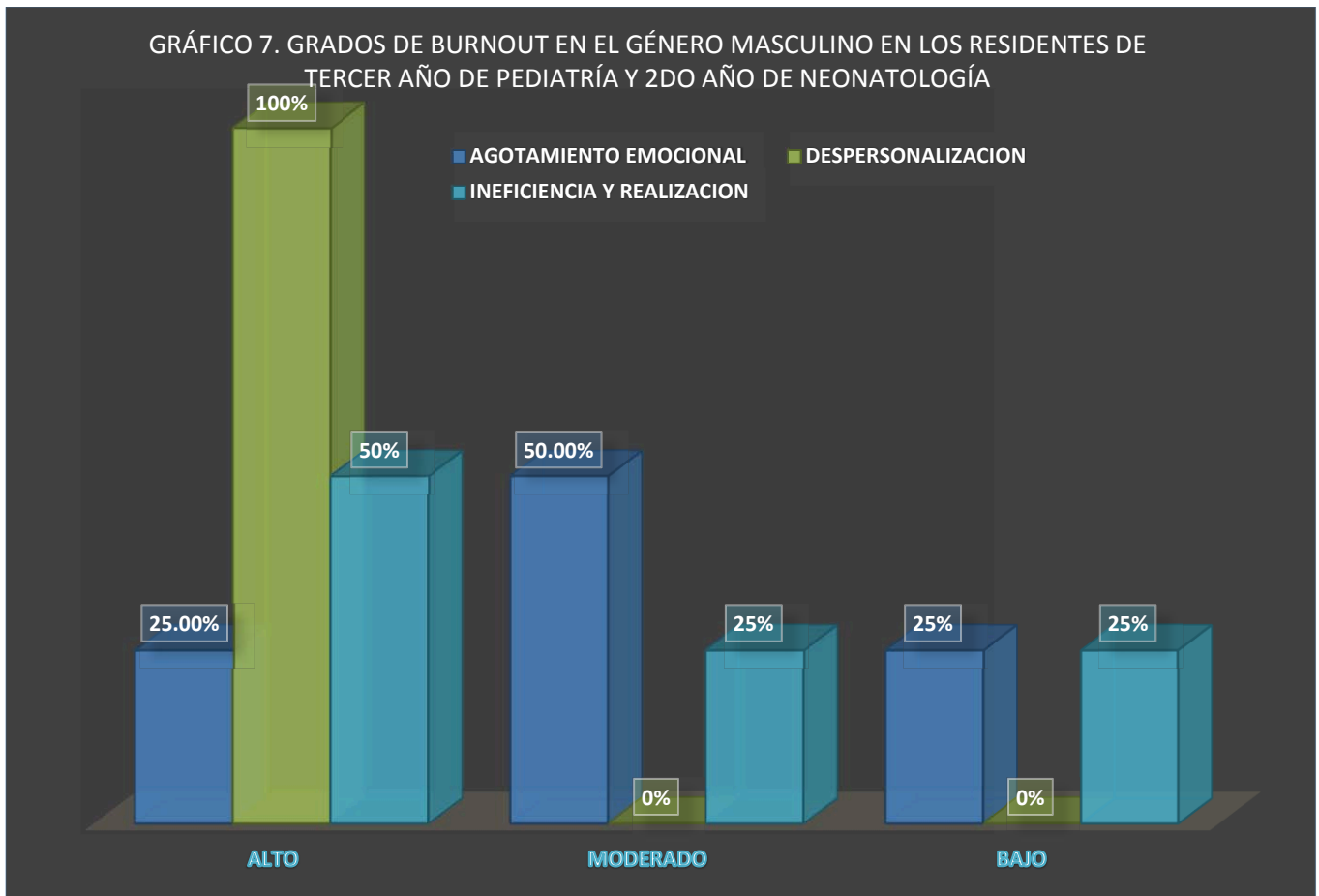
Tomando en cuenta el género de los encuestados se encontró que en el femenino (Gráfico 6):

- Agotamiento emocional: **Grado alto** 58.30%, **Grado Moderado** 16.7% y **Grado Bajo** 25%.
- Despersonalización: el 50% presentan **Grado alto**, el 42% **Grado Moderado** y **Grado Bajo** el 8%.
- Ineficiencia y Realización: se presenta en un 25% **Grado Alto**, en un 50% **Grado Moderado** y en un 25% **Grado Bajo**.

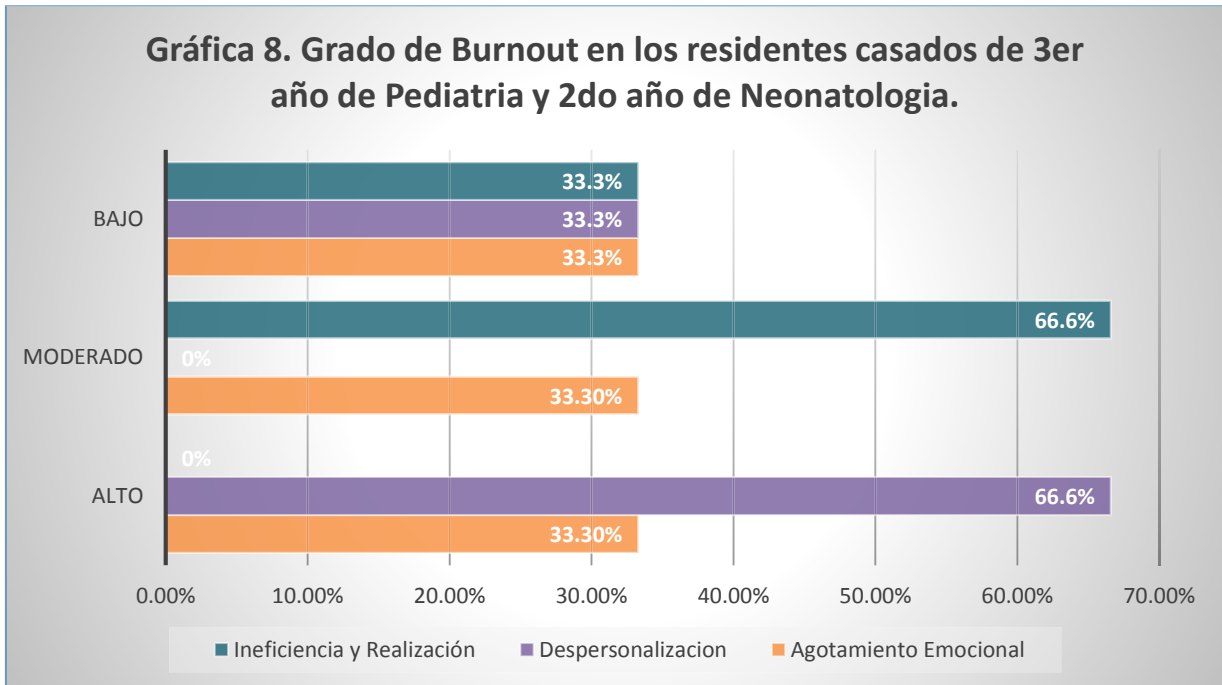


En el género masculino (gráfico 7):

- Agotamiento Emocional: el 50% presentó **Grado moderado**, en el 25% **Grado Alto** y en el 25% en **Grado Bajo**.
- Despersonalización: en un **Grado Alto** un 50% lo presentan, 42% un **Grado Bajo** y un 8% **Grado Moderado**.
- Ineficiencia y Realización: el 50% de los entrevistados reporta en un **Grado alto**, 25% un **Grado Bajo** y 25% un **Grado Moderado**.

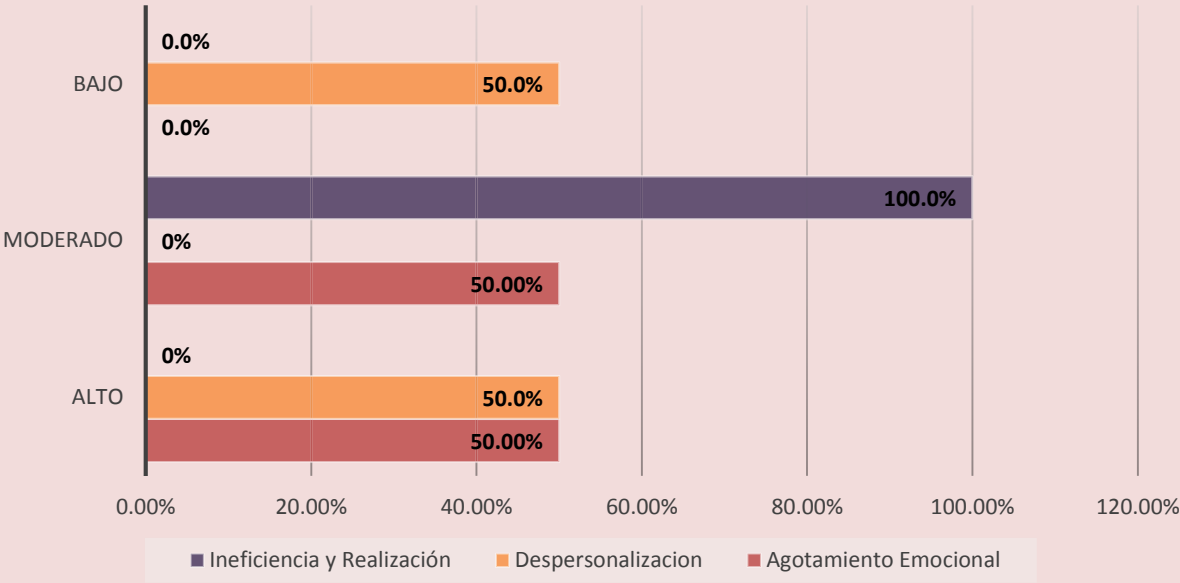


En relación al estado civil como factor de riesgo se encontró que el 100% de la muestra en estudio que se encuentran casadas son de género femenino (n=3), reportándose lo siguiente: Agotamiento Emocional se presenta en igual proporción 33.3% (n1=) en los tres grados (alto, moderado y bajo); Despersonalización el 66.6% (n=2) presenta un grado alto y un 33.3%(n=1) grado bajo del mismo; y en Ineficiencia y Realización el 66% tienen un grado Moderado y un 33% Grado Bajo (Gráfico No.8).



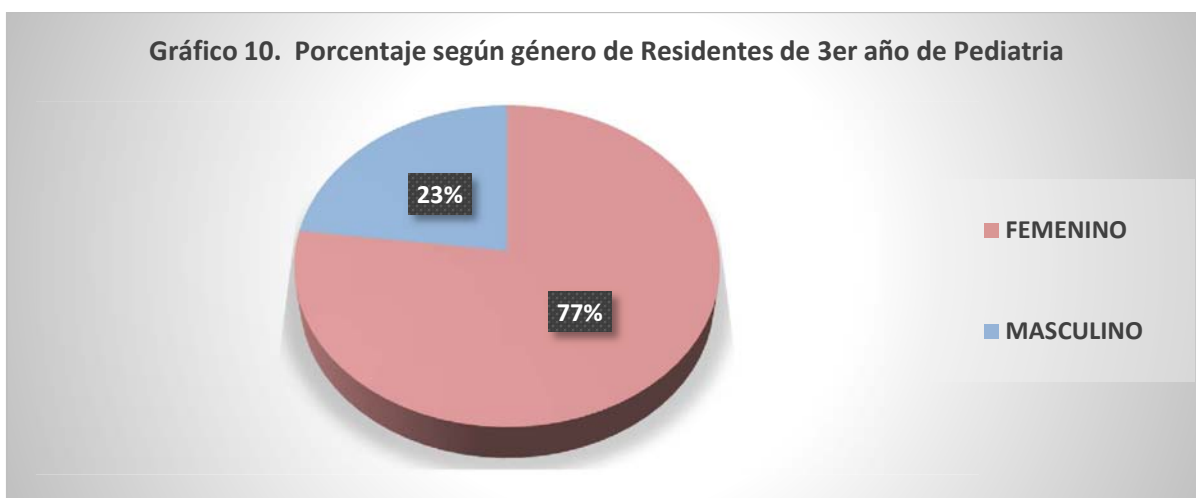
Se considera el hecho de tener hijos un factor de riesgo para presentar Burnout, en nuestra muestra únicamente 2 residentes del género femenino tienen hijos reportando lo siguiente: Agotamiento Emocional se encuentra en igual porcentaje 50% y 50% presentan grado moderado y alto; Despersonalización se encuentra 50% grado bajo y alto y; en Ineficiencia y realización 100% grado moderado (Gráfico 9).

Gráfica 9. Grado de Burnout en los residentes con hijos de 3er año de Pediatría y 2do año de Neonatología.



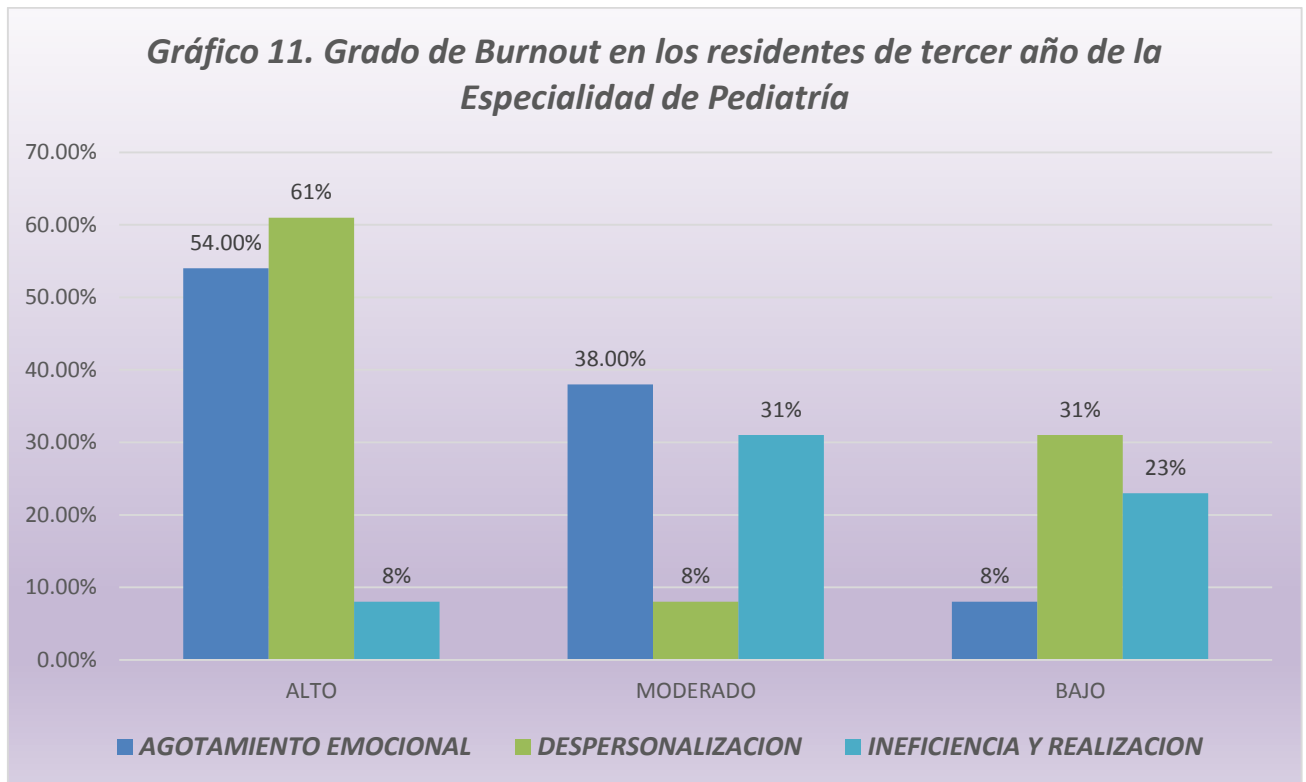
Resultados de R3 Pediatría

Enfocándonos únicamente en los residentes del último año de pediatría en total 13; se observó que el 23% (n=3) son del género masculino y 77% (n=10) son de género femenino (Gráfico No.10).



En cuanto al grado de Burnout se observa lo siguiente (Gráfica No.11):

- Agotamiento Emocional: Grado Alto en un 54% (n=7), Grado Moderado se presenta 38% (n=5) y el 8% (n=1) presenta Grado Bajo.
- Despersonalización: el 61%(n=8) presenta Grado Alto, Grado Moderado el 8% (n=1) y Grado Bajo el 31% (n=4).
- Ineficiencia y realización: se observa que el 23% (n=3) grado bajo, grado moderado 38% (n=5) y grado alto 39% (n=5).

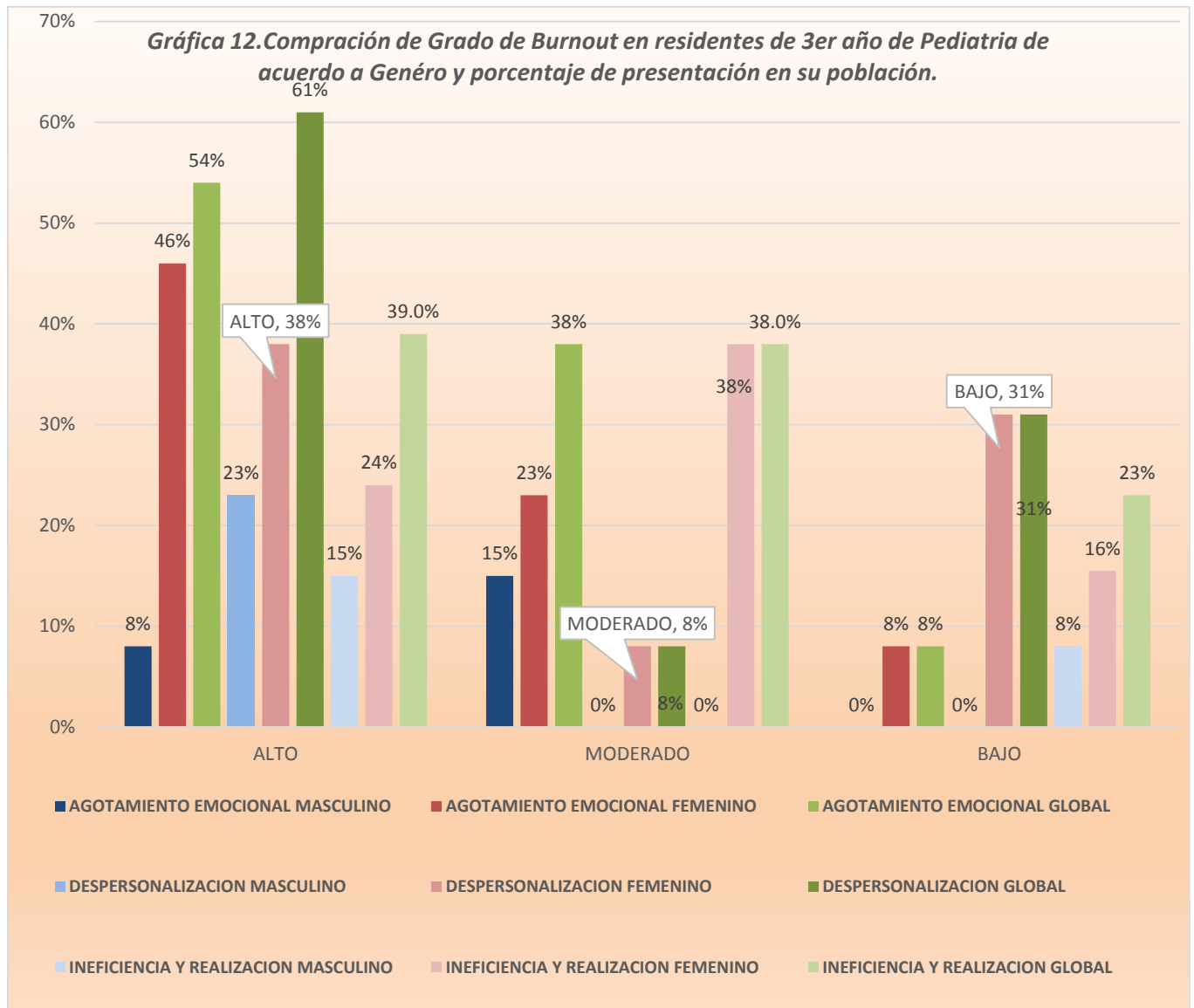


Comparando el género en relación a Burnout se obtuvo que en el género femenino (Gráfica No.12):

- Agotamiento emocional: en el 46% (n=6) se presentó en **Grado alto**, 23% (n=3) **Grado moderado** y en un 8%(n=1) **Grado bajo**.
- Despersonalización: se reporta que en **Grado alto** un 38%(n=5), el 8% (n=1) en **Grado Moderado** y en **Grado bajo** un 31% (n=4).
- Ineficiencia y realización: el 24% (n=3) de los residentes encuestados se reportó **Grado alto**, en un **Grado moderado** se reportó 38%(n=5) y en un **Grado bajo** 16% (n=2).

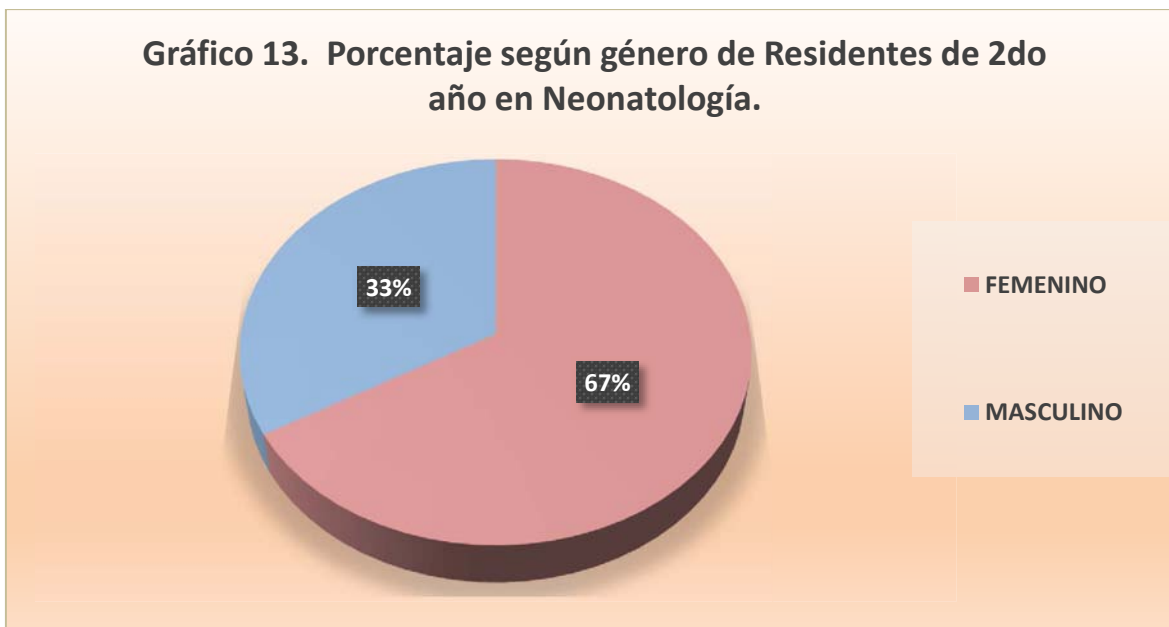
Se encontró que el en el género masculino se obtuvo lo siguiente (Gráfica No.12):

- Agotamiento Emocional: se reportó en un **Grado alto** 8% (n=1) y en un **Grado Moderado** el 15% (=2);
- Despersonalización: se encontró en un **Grado alto** un 23% (n=3);
- Ineficiencia y realización: **Grado alto** 15% (n=2) y **Grado bajo** el 8% (n=1).



Resultado de R2 de Neonatología

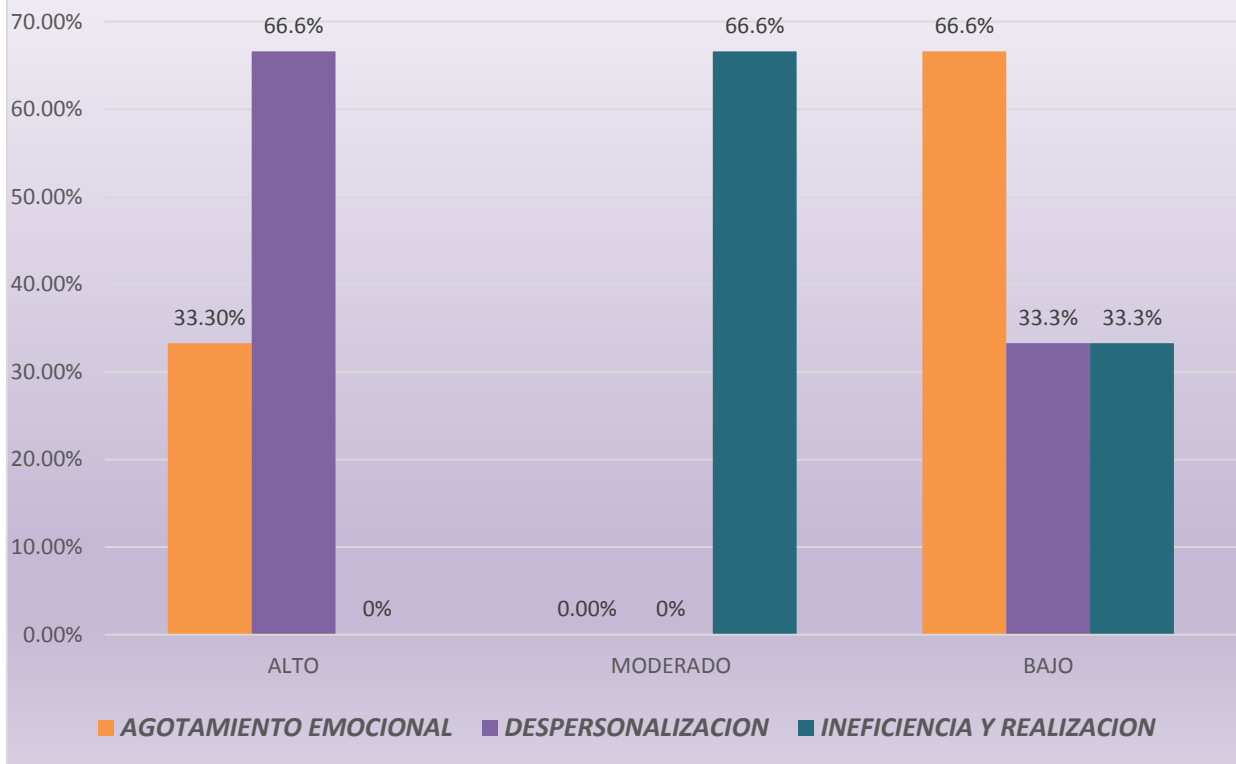
En cuanto a los Residentes de Neonatología (R2), se entrevistaron a 3 que representan el 100% de la población de los cuales el 66.6% (n=2) son de género femenino y un 33.3%(n=1) son de género masculino (Gráfico No. 13).



En relación a Estado de Burnout se observó lo siguiente (Gráfico No. 14-15):

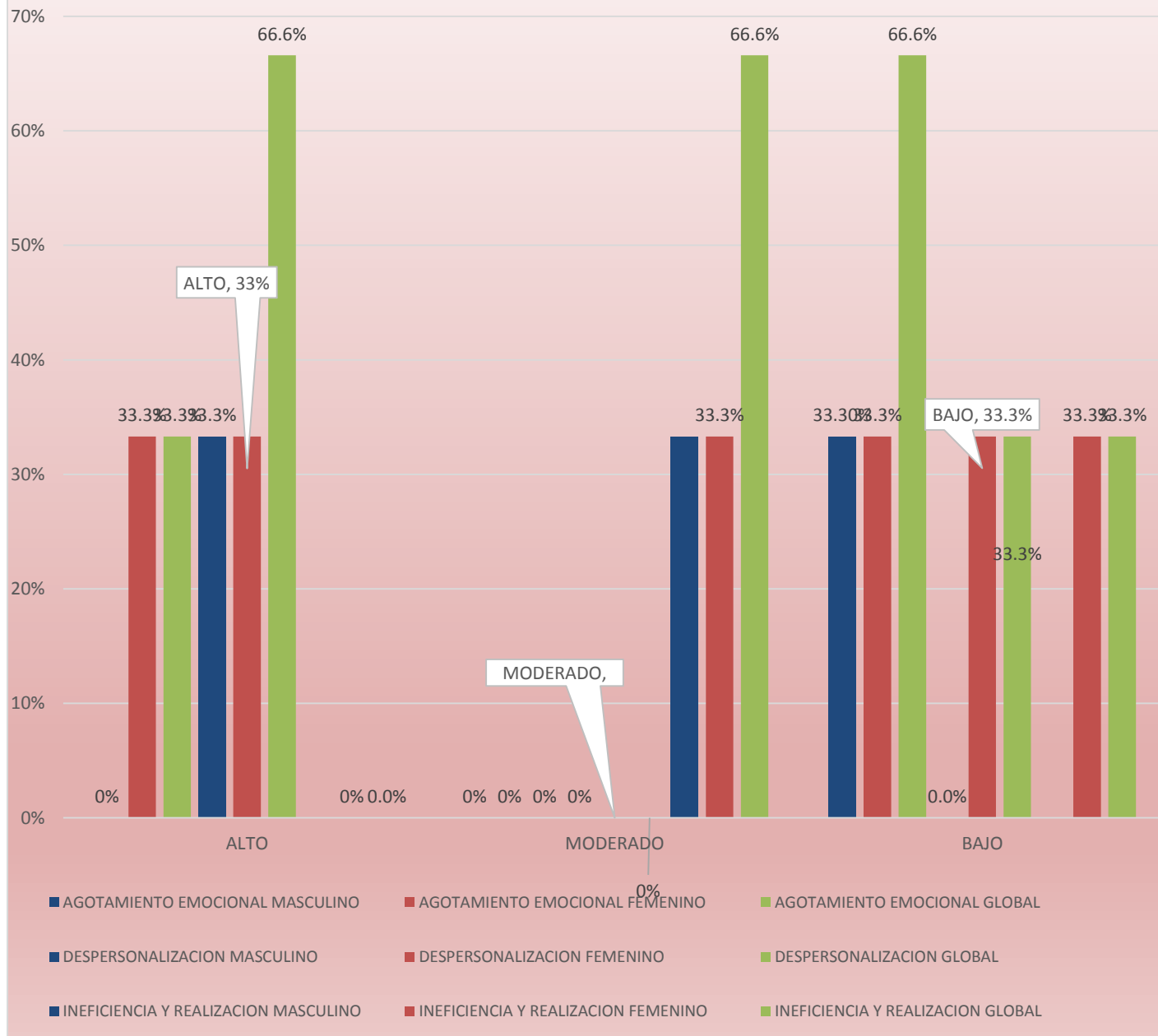
- Agotamiento Emocional: el 66.6% (n=2) presentó un **Grado Bajo** y el 33.3% (n=1) **Grado alto**;
- Despersonalización: se presenta en **Grado alto** 66.6% (n=2) y **Grado Leve** 33.3% (n=1);
- Ineficiencia y Realización Personal: se reportó en un **Grado bajo** 33.3% (n=1) y **Grado moderado** en un 66.6% (n=2).

Gráfico 14. Grado de Burnout en los residentes de segundo año de la Especialidad de Neonatología.



En relación a género en el femenino se obtuvo lo siguiente 33.3% (n=1) Agotamiento Emocional en **Grado alto** y 33.3%(n=1) en **Grado Bajo**; Despersonalización en un 33.1% (n=1) **Grado alto** y un 33.1% **Grado Bajo**; por último en cuenta a Ineficiencia y realización en un 33.1% (n=1) **Grado Bajo** y en un 33.1% (n=1) **Grado medio**. En el género masculino se obtuvo 33.3% (n=1) en **Grado Bajo** de Agotamiento Emocional; 33.3% (n=1) en **Grado Alto** de Despersonalización y 33.3% (n=1) en **Grado moderado** de ineficiencia y realización (Gráfico No. 15).

Gráfica No. 15. Comparación de Grado de Burnout en residentes de 2do año de Neonatología de acuerdo a Género y porcentaje de presentación en su población.



Conclusiones

Del presente estudio se concluye que hay un importante grado de Burnout en los residentes de mayor jerarquía por años de residencia de las Especialidades tanto de Pediatría como de Neonatología. Con valores altos en grados de agotamiento emocional y despersonalización; en cuanto a ineficiencia y realización se observa un grado moderado del mismo, lo cual coincide en la bibliografía revisada ^{3, 5, 11}

Comparando entre las especialidades de Pediatría y de Neonatología, se observa que hay una disminución considerable en cuanto a los grados de Burnout que se refieren a agotamiento emocional. Se reporta grado leve en más del 50% de los residentes del segundo año de la especialidad de Neonatología en comparación con los residentes del tercer año de Pediatría que se observa en el 8%. Concluyendo que el grado de Burnout disminuye conforme se tiene más experiencia en el área de trabajo y un mayor control de las reacciones emocionales personales por el conocimiento adquirido durante su formación. Dado que el residente de Neonatología ya tiene haciendo residencia médica por 5 años en comparación al residente de Pediatría que lleva sólo 3 años.

En cuanto a la Despersonalización se obtuvo un alto grado; siendo una leve diferencia en el valor de ambas con un 61.5% en los residentes de tercer año de Pediatría y un 66.6% en los residentes de segundo año de Neonatología. Sin embargo ambos porcentajes nos reflejan que un alto grado de despersonalización puede tener una repercusión importante en la calidad de atención del paciente y por ende en la evolución clínica del mismo al no avocarse a su mejor cuidado y atención integral de su patología o problema.

En cuanto al apartado referente a Ineficiencia y realización se obtuvo que en la especialidad de Pediatría que se reportan grado alto en 38.5% y grado moderado en un 38.5%; en comparación con Neonatología se reportan grados medios en el 66.6% que va en relación a la realización de planes de vida que presentan durante la residencia y objetivos logrados durante la misma. Es importante evitar altos grado de Burnout en las residencia de Pediatría y Neonatología implementando medidas tempranas de detección de problemas emocionales como depresión, angustia, frustración, ansiedad, baja autoestima, falta de reconocimiento; así como problemas de capacidad en la formación médica para la resolución de problemas y toma de decisiones en la atención de los pacientes y manejo de familiares. Por tanto hay que implementar medidas tempranas de apoyo emocional, manejo de stress, grupo de apoyo, talleres de recreación, y además, programas de regularización en competencias médicas correspondientes al grado de residencia y cumplimiento de los requisitos por año establecido por el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM).

En nuestro estudio se observó que el género femenino reportó un porcentaje elevado en un grado alto de agotamiento emocional y despersonalización, así como grado moderado en ineficiencia y realización. Lo cual es concordante con lo reportado en la bibliografía revisada y por tanto es de vital importancia darle la atención temprana para el adecuado manejo integral del residente en su proceder diario tanto profesional y personal.

En relación al género masculino; se observó que predominó un grado moderado de agotamiento emocional, un cien por ciento de despersonalización e Ineficiencia y realización en grado alto. Lo cual nos permite concluir que el ser hombre es un factor predisponente para que el síndrome de Burnout se presente en grados más bajos en agotamiento emocional; sin embargo, es de llamar la atención el grado tan elevado que se reporta de despersonalización en la atención del

paciente; lo cual repercute en menor proporción en su desarrollo personal y profesional durante la residencia médica, siendo preocupante por la tendencia a presentar falta de interés tanto como para el paciente, su persona, su familia y probabilidad de un “aplanamiento emocional”.

En nuestro estudio el estado civil casado como factor de riesgo para presentar Síndrome de Burnout, se encontró que la totalidad de los residentes casados son de género femenino. Encontrándose misma proporción en los grados de agotamiento emocional (grado alto), mayor porcentaje en grado alto de despersonalización; en ineficiencia y realización en la mayoría presenta un grado moderado. Lo cual nos indica que el estado civil no es un factor de riesgo para presentar altos elevados de Burnout que al contrario está población tiende a presentar grados medios o bajos del mismo debido a que su perspectiva de vida cambia al realizarse en su ámbito personal.

Comprometer y sensibilizar a la familia del residente, como también del residente hacia su familia. Esperando que el desarrollo profesional de los mismos mejore debido a que el bienestar social directo de ellos depende en gran medida del apoyo que se tenga de la misma. Tal y como se demuestra en la literatura que los residentes (tanto mujeres como hombres) que tienen buenas relaciones familiares, tienen menores índices de depresión, de despersonalización y exhiben mayores valores humanísticos.

Por último la presencia de hijos en los residentes que los tenían, como factor predisponente de Síndrome de Burnout se observó, que presentan grado medio y alto de agotamiento emocional en la misma proporción, Despersonalización en grado bajo y alto, y por último en Ineficiencia y realización presentan grado medio. Es importante mencionar que la residente de Pediatría con la presencia de un hijo presenta un grado menor de despersonalización, grado moderado de agotamiento emocional y grado medio de ineficiencia y realización vs

la residente que realizaba la Especialidad de Neonatología reportó grados alto en agotamiento emocional y despersonalización, por lo consideramos que el tener hijos durante la residencia de esta última, es un factor que incrementa los grados del mismo; que puede ser debido a mayor exigencia profesional y personal en las áreas críticas del cuidado del recién nacido.

Concluyendo que el Síndrome de *Burnout* está, asociado al desempeño en el trabajo y afecta en forma distinta a los individuos con condiciones de estrés muy parecidas. Por lo tanto, las medidas preventivas o correctivas deben estar orientadas al ambiente laboral y al individuo en particular.

Por lo que se propone que ambientes laborales favorables para el trabajo como son: cargas laborales equitativas, percepción por los residentes de capacidad de decisión y grados de autonomía, reconocimientos a la labor desempeñada, respaldo y reconocimiento del ambiente social, y percepción de justicia y equidad en sus cargas laborales y remuneraciones. De tal forma que al ser aplicados a una residencia médica se puede ofrecer un ambiente propicio y significativo para el aprendizaje y desempeño de un residente, reduciendo así la carga emocional negativa que pueda eventualmente experimentar durante el proceso formativo.

Otro punto a considerar es la distribución equitativa de cargas de atención médica; ya que llevar a cabo tareas para las cuales no se tiene la capacidad suficiente para efectuar correctamente genera angustia en quienes las realizan y sensaciones de culpa cuando existe alguna complicación. De tal forma que permitiendo una autonomía controlada a las capacidades y llevar a cabo supervisión adecuada del actuar médico; de esta forma disminuye el grado de desgaste emocional y despersonalización.

Al contar con programas para la formación académica por grado de manera adecuada teórica y práctica con indicadores reales del aprovechamiento de los mismos, así como disminuir las jornadas de trabajo de los residentes se vería reflejado de manera positiva en el desarrollo profesional del mismo, tal y como se desprende de la normativa internacional de residencias médicas en donde se limitan a jornadas laborales de 80 horas semanales promediando 4 semanas y algunas otras de 56 horas a la semana. En nuestro país no existe como tal una normativa en cuanto a horas semanales laboradas, sin embargo la propuesta e implementación de controles más estrictos en los tiempos de trabajo de los residentes, que aunado a la problemática de recursos humanos (falta de residentes suficientes para las áreas físicas a cubrir) en las instituciones de salud con limitaciones económicas promueve que los residentes tengan que realizar actividades de manera prolongada, a diferencia de otras actividades profesionales (abogado, contador, administrativo). Esta problemática constituye uno de los retos presentes y futuros a enfrentar para disminuir el Síndrome de *Burnout* en los residentes mexicanos en Pediatría y Neonatología.

Al disminuir las jornadas laborales y que los programas de formación se cumplan de manera integral (tanto en lo teórico como en lo práctico); esto incrementaría el descanso y seguridad personal de los residentes disminuyendo la aparición del Síndrome de Burnout. Impactando de una manera positiva en su proceder diario, así como en el adecuado manejo del paciente, realizando actividades profesionales más eficientes con calidad de la atención.

Puntualizando que es importante apegarse al Programa Único de Especialidades Médicas en cuanto al desarrollo de capacidades teóricas-prácticas en la formación de los residentes de Pediatría y Neonatología, así como, detectar de manera oportuna los problemas emocionales del residente con la intervención oportuna en los problemas diagnosticados. Involucrado a la familia y su medio para que le den mayor soporte emocional y logre ver objetivamente el padecimiento. De

esta forma se daría más herramientas al residente en formación para un mejor actuar personal y profesional; reflejándose de manera positiva en la atención diaria del paciente, ya que se llevaría a cabo con una mayor seguridad, calidad y conocimiento.

Del presente estudio se derivan varias líneas de investigación las cuales se abordarán más adelante, de las cuales consideramos las siguientes:

- a. Diagnóstico oportuno de Síndrome de Burnout en los residentes de las Especialidades de Pediatría y Neonatología; para tener mejores resultados en la atención integral del paciente.
- b. Elaboración de programas de Atención Integral al Residente con Síndrome de Burnout.

BIBLIOGRAFIA.

1. REE A., MOHAMMED M. JAN. Burnout Syndrome in Pediatric Practice. OMJ. 2013; 28(4): 252-54.
2. Graue Wiechers, Álvarez CR., Sánchez Mendiola M. Despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Facultad de Medicina: 1-13.
3. LOPEZ-MORALEZ F., GONZALEZ-VELAZQUEZ MI, ET AL. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(3):233-242.
4. MARTINEZ PEREZ A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia, 2010 (112): 1-50.
5. CULL WL., MULVEY HJ., ET AL. Pediatric Residency Duty Hour Before an After Limitations. Pediatrics 2006, 118(6): 1806-11.
6. RODRÍGUEZ GC., Oviedo ZAM., ET AL. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. Fundamento en Humanidades, 2009; 19(1): 179-93.
7. PRIETO-MIRADA SE., Rodríguez-Gallardo GB, ET AL. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(5): 574-9.
8. FLOREZ LOZANO JA. Combatir el <Burnout> del Pediatra: Prevención y Control. BSCP Can Ped 2007; 31(2): 118-23.
9. RODRÍGUEZ GC., Oviedo ZAM., ET AL. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. Fundamento en Humanidades, 2009; 19(1): 179-93.
10. SANTEN SA., HOLT DB., ET AL. Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors. Southern Medical Journal 2010: 103(8): 758-63.

11. RODRÍGUEZ GC., Oviedo ZAM., ET AL. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamento en Humanidades*, 2009; 19(1): 179-93.
12. VELASQUEZ-PEREZ L. ET AL. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, 2013; 149: 183-95.
13. MARTINEZ PEREZ A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 2010 (112): 1-50.
14. REE A., MOHAMMED M. JAN. Burnout Syndrome in Pediatric Practice. *OMJ*. 2013; 28(4): 252-54.
15. MSAOUEL P., KERAMARIS N., ET AL. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference. *Human Resources for Health*, 2010; 8(16): pp1-11.
16. CULL WL., MULVEY HJ., ET AL. Pediatric Residency Duty Hour Before and After Limitations. *Pediatrics* 2006, 118(6): 1806-11.
17. MCCRAY LW., CRONHOLM FP., ET AL. Resident Physician Burnout: Is there hope???. *Fam Med* 2008; 40(9): 626-32.
18. LANDRIGAN CP., ROTHSCHILD MJ., ET AL. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *N Engl J Med* 2004; 351: 1838-48.
19. LOPEZ-MORALEZ F., GONZALEZ-VELAZQUEZ MI, ET AL. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(3):233-242.
20. SANTEN SA., HOLT DB., ET AL. Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors. *Southern Medical Journal* 2010; 103(8): 758-63.
21. THOMAS NK. Resident Burnout. *JAMMA* 2004; 292(23) 2880-89.
22. LEVEY RE. Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them. *Academic Medicine* 2001; 76(2): 142-50.

- 23.HERNANDEZ-VARGAS CI., DICKINSON ME., ET AL. El Síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM.
- 24.PEREDA-TORALES L., MARQUEZ CELEDONIO G., ET AL. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Salud Mental 2009; 32: 399-404.
- 25.GALVAN ME., VASSALLO J., ET AL. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. Arch Argent Pediatr 2012; 110(6): 466-73.
- 26.PISTELLI Y., PEROCHENA J., ET AL. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bi variado y multivariado. Arch Argent Pediatr 2011; 109(2): 129-134.
- 27.ISHAK W., NIKRAVESH R., ET AL. Burnout in medica students: a systematic review. The Clinical Teacher 2013; 10: 242-245.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha: _____.

Por medio de la presente autorizo a participar en el protocolo de investigación titulado: ***Establecer si el grado de preparación de Especialidad de Pediatría vs Subespecialidad de Neonatología disminuye la condición de Burnout.***

El objetivo: determinar condición de Burnout en los residentes de tercer año de la especialidad de pediatría y residentes 2do año de especialidad en Neonatología. Así como los factores de riesgo que predisponen al mismo, comparar el grado de Burnout de acuerdo a grado de preparación y estrategias para mejorar el mismo. Se me ha explicado que mi participación consistirá en ***contestar de manera honesta y sin precisión alguna el cuestionario Maslach Burnout Inventory***

Reconozco y declaro que he recibido información amplia y precisa, con un lenguaje claro y sencillo, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y con el objetivo de la investigación.

Mi participación y el llenado del cuestionario es totalmente voluntario, y puedo abandonarlo en el momento en que lo desee.

NOMBRE Y FIRMA DE RESIDENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESISISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO