



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DEL ÁREA
MÉDICA, EN LA UMF NO. 43 DEL IMSS EN
VILLAHERMOSA, TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. GIOVANNI ALBERTO CERÓN LÓPEZ



VILLAHERMOSA, TABASCO FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2018

ASESORES:

DR. RUSVELT VÁZQUEZ ORDAZ
DR. ABEL PÉREZ PAVÓN



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.

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DEL ÁREA
MÉDICA, EN LA UMF NO. 43 DEL IMSS EN
VILLAHERMOSA, TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

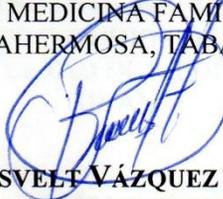
PRESENTA:

DR. GIOVANNI ALBERTO CERÓN LÓPEZ

AUTORIZACIONES:


DR. RUSVELT VÁZQUEZ ORDAZ

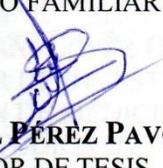
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO


DR. RUSVELT VÁZQUEZ ORDAZ

ASESOR DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR



U. M. F. No. 43


DR. ABEL PÉREZ PAVÓN

ASESOR DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR

DR. ABEL PÉREZ PAVÓN

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

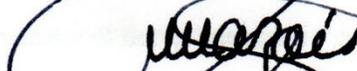
**“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DEL ÁREA
MÉDICA, EN LA UMF NO. 43 DEL IMSS EN
VILLAHERMOSA, TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. GIOVANNI ALBERTO CERÓN LÓPEZ

AUTORIZACIONES:



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Este esfuerzo está dedicado:

A **Dios**, ya que gracias a él he concluido una etapa más en mi formación.

A mis padres **María Yolanda** y **Alberto** por estar siempre conmigo dándome consejos, enseñarme a caminar y superar las travesías que la vida me ha colocado.

A mi esposa **Ana Karem** por su amor, comprensión y ternura. Por sus palabras de aliento en momentos difíciles y sacrificios, además de brindarme el tiempo necesario para concluir este reto profesional.

A mis hijas **Cinthya, Bárbara Gisela** y **Ana Claudia**, por el amor puro que me demuestran al decirme papa, hacerme reír en momentos inesperados, por ser el impulso en el sendero, inspiración para lograr todas mis metas.

A mis hermanos **Pedro Antonio** y **Claudia Gisela** por el amor que tenemos en común formados en la familia tan hermosa en la que crecimos y se que disfrutamos recordando los más bellos momentos.

A mis **profesores** por la confianza, paciencia y tiempo al compartirnos sus conocimientos lo cual agradezco con el alma pues ha sido un aporte invaluable en mi formación profesional.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido en el logro de mis objetivos.

A todos, ¡Gracias!

RESUMEN

Título: Síndrome de burnout en personal del área médica, en la UMF No. 43 del IMSS en Villahermosa, Tabasco

Autores: Cerón-López GA, Vázquez-Ordaz R, Pérez-Pavón A

Objetivo: Medir la proporción y los grados de síndrome de burnout en personal médico de la Unidad Médica Familiar (UMF) No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Tabasco, en 2017. **Material y métodos:** Diseño: transversal. Universo: 30 médicos adscritos a la unidad médica. Muestra: no probabilística. Muestreo: no probabilístico tipo censo. Criterios de selección: personal médico de base que se encuentre laborando al momento del estudio y acepte participar. Variables: edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, número de hijos, escolaridad, turno laboral, antigüedad en el puesto de trabajo, percepción del ambiente de trabajo, tenencia de pasatiempo, tenencia de deudas crediticias o por préstamos, y síndrome de burnout con sus tres componentes. Instrumentos: Maslach Burnout Inventory (MBI). Análisis: estadística descriptiva e inferencial con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Software: Epi Info© 7 para Windows©. **Resultados:** 30 médicos, 60% femeninos y 40% masculinos, con edad media 41 ± 11 años. Antigüedad promedio 12 ± 9 años con una moda de 5. Proporción de síndrome de burnout: 10% ($n = 3$ casos). No fue posible medir la fuerza de asociación con factores de riesgo conocidos debido a la baja frecuencia observada del fenómeno objeto de estudio. **Conclusiones:** La proporción del síndrome en esta serie fue mayor a la observada hace 7 años en la misma unidad médica, pero se encontró dentro de la media obtenida de acuerdo con los reportes de otros autores. Es necesario medir periódicamente la proporción de esta enfermedad en personal médico de esta y otras unidades, ya que es un fenómeno dinámico.

Palabras clave (Fuente: DeCS, BIREME): Médico Cirujano; Médico Familiar; Atención Primaria; Síndrome de burnout; Estudios transversales

ABSTRACT

Title: Burnout syndrome in medical area's personnel in the UMF No. 43 of the IMSS from Villahermosa, Tabasco

Authors: Ceron-Lopez GA, Vazquez-Ordaz R, Perez-Pavon A

Objective: Measure the burnout syndrome proportion and grades in medical personnel of the Family Medical Unit (UMF by Spanish initials) No. 43 of the Mexican Institute of Social Security (IMSS by Spanish initials), Tabasco's Delegation, in 2017. **Material and methods:** Design: cross-sectional. Universe: 30 medic doctors ascribed to medical unit. Sample: non-randomized. Sampling: non-randomized of census type. Selection criteria: medical base personnel in functions to the study moment and agree participate. Variables: age, gender, civil status, sons' tenancy, sons' number, scholarship, working turn, antiquity in labor position, perception of labor environment, hobby tenancy, debts' tenancy for credits or loans, and burnout syndrome with your three components. Instruments: Maslach Burnout Inventory (MBI). Analysis: descriptive and inferential statistics with 95% of confidence ($p \leq 0.05$). Software: Epi Info© 7 para Window©. **Results:** 30 medic doctors, 60% females and 40% males, with mean age 41 ± 11 years. Average antiquity 12 ± 9 years with mode 5. Burnout syndrome's prevalence: 10% ($n = 3$ cases). It was not possible to measure the association force with known risk factors due to the observed low frequency of the phenomenon under study. **Conclusions:** The syndrome's prevalence in this series was higher than observed 7 years ago in the same medical unit, buy this one found inside to mean obtained accord to informed by other authors consulted. Measure periodically disease's prevalence in the medical personnel of this and other units is necessary since is a dynamic phenomenon.

Key words (Source: MeSH, US-NLM): Medic Doctor; Family Doctor; Primary Attention; Burnout Syndrome; Cross-Sectional Studies

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Marco referencial.....	1
1.1.1. Definición	1
1.1.2. Modelos explicativos	1
1.1.3. Manifestaciones clínicas.....	3
1.1.4. Factores asociados	4
1.2. Antecedentes.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2.1. Trascendencia del problema	7
2.2. Magnitud del problema.....	7
2.3. Declaración del problema.....	7
2.4. Factibilidad del estudio.....	7
2.5. Vulnerabilidad del problema	7
2.6. Pregunta de investigación.....	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
3.1. Trascendencia del tema	9
3.2. Magnitud del problema.....	9
3.3. Discrepancia del problema	9
3.4. Factibilidad y viabilidad del estudio.....	9
3.5. Aspectos éticos del estudio.....	9
3.6. Vulnerabilidad del problema y conveniencia social del estudio	10
4. OBJETIVOS	11
4.1. Objetivo general	11
4.2. Objetivos específicos.....	11

5. METODOLOGÍA.....	12
5.1. Tipo de estudio	12
5.2. Población, lugar y tiempo de estudio.....	12
5.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	12
5.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	12
5.4.1. Criterios de inclusión.....	12
5.4.2. Criterios de exclusión	13
5.4.3. Criterios de eliminación	13
5.5. Variables a recolectar	13
5.6. Método para captar la información.....	15
5.6.1. Instrumentos	15
5.6.2. Procedimientos	15
5.7. Plan de análisis	15
5.8. Prueba piloto.....	16
5.9. Consideraciones éticas.....	16
6. RESULTADOS	17
6.1. Características de la muestra	17
6.2. Proporción de síndrome de burnout	18
6.3. Factores asociados al síndrome de burnout	18
7. DISCUSIÓN.....	19
8. CONCLUSIONES.....	21
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
10. ANEXOS	25
A. Hoja de recolección de datos	25
B. Maslach Burnout Inventory	26

C. Consentimiento informado.....	28
D. Dictamen de aceptación del protocolo.....	29
11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	30
11.1. Recursos humanos	30
11.2. Recursos materiales, presupuesto y financiamiento	30
11.3. Factibilidad	31
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	32
12.1. Segundo semestre de 2016	32
12.2. Primer semestre de 2017.....	32
12.3. Segundo semestre de 2017	32
12.4. Primer semestre de 2018.....	32

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Marco referencial

1.1.1. Definición

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Gil-Monte y Peiró han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial¹. La perspectiva clínica asume el burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso (concepción dinámica) con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral¹.

El término burnout es un anglicismo utilizado, en un primer momento, por la sociedad británica como un concepto popular dentro de la jerga de los deportistas que describía una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. En castellano, su traducción literal significa “estar quemado”, “síndrome del quemado profesional” o “quemazón profesional”². Fue utilizado por primera vez por Freudemberger³, en su descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de los servicios sociales. Sin embargo, fue Maslach⁴, quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Describiendo el agotamiento en trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos⁵.

1.1.2. Modelos explicativos

Desde una perspectiva clínica, Freudemberger³, empleó por vez primera el término burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque sostiene que burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al sobreesfuerzo³.

En esta misma línea, Fischer⁶ consideró el burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson⁷, lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas^{6,7}. Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo, que paga un alto precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación, pero no se ajusta al modelo actualmente aceptado⁸. Por otro lado, desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de burnout elaborada por Maslach y Jackson⁹, quienes lo consideran una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson argumentan que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características: agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal⁸⁻¹⁰. El agotamiento emocional se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. La despersonalización es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de incremento en la irritabilidad y pérdida de motivación. El profesional trata de distanciarse de las personas destinatarias de su trabajo y de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. El sentimiento de baja realización profesional surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de

logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal, carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el absentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.⁸⁻¹⁰

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson⁸⁻¹⁰, entre los que se encuentran Gil-Monte y Peiró¹. No obstante, de lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

1.1.3. Manifestaciones clínicas

En cuanto a los síntomas, diversos autores revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas: psicósomática, conductual, emocional y defensiva.^{4,8,11}

Entre los síntomas psicósomáticos destacan los cefalea, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales. Los síntomas conductuales engloban síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc. Las manifestaciones emocionales incluyen el distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima. Finalmente, los síntomas defensivos aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo usado por el profesional para aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden usar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo desagradable.¹²

1.1.4. Factores asociados

La edad, aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada. Según el sexo, sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. La existencia de hijos confiere resistencia al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. El turno y el horario laboral pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo, algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. También se ha documentado una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentarían y por ello siguen presentes. Por otra parte, es conocida la relación entre burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente, sin embargo, no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida

por otros autores. Finalmente, también el salario ha sido referido como otro factor que afectaría al desarrollo de burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.^{2,4,10-12}

1.2. Antecedentes

En virtud de lo anteriormente expuesto, y de que, los médicos de atención primaria a la salud son el gremio que recibe mayor carga de trabajo por atender el 80% de los problemas de salud de la población¹³, se realizó una búsqueda sistemática de artículos originales en SciELO© sobre prevalencia de síndrome de burnout en personal médico de atención primaria y los factores asociados a éste. Se eligió SciELO© como única base de datos para la búsqueda por dar acceso gratuito sin registro ni contraseña a documentos a texto completo, y contar con el más completo sistema de búsqueda avanzado por campo de texto, como título, resumen y texto completo¹⁴.

La búsqueda se realizó con los términos clave “Burnout” AND “Physicians” AND “Primary healthcare” en inglés en los campos de título y resumen, entre los años 2011 y 2016 (en aras de consultar la literatura más reciente [últimos cinco años] al momento del estudio), publicados en cualquier país e idioma, en los que se abordó el tema en cuestión, excluyendo protocolos publicados sin resultados, resultados parciales de estudios multicéntricos y reproducciones de artículos publicados con anterioridad al periodo de búsqueda definido, así como artículos originales sobre síndrome de burnout en niveles de atención a la salud distintos al primero o en personal médico en formación de pre- o posgrado. Como resultado, se encontraron 48 artículos originales publicados, de los cuales se excluyeron 43 por referirse a otros niveles de atención a la salud o a estudiantes, y se seleccionaron 5 que cumplieron con los criterios definidos.

Los hallazgos informados a través de los artículos encontrados se presentan en el Cuadro I, donde se observa que la mayoría de los estudios sobre el tema se han realizado en médicos mexicanos de atención primaria, que la proporción del síndrome de burnout va de 0% a 32%, con una media de 7.1%, y que los factores asociados son heterogéneos entre escenarios¹⁵⁻¹⁹.

Cuadro I. Hallazgos reportados en la literatura contemporánea encontrada en SciELO©

Primer autor, año	País (ciudad)	Prevalencia o proporción	Factores asociados
Zavala-González, 2011¹⁵	México (Villahermosa)	0%	Se encontró 1 caso en personal de enfermería. No se lograron identificar factores sociodemográficos o laborales asociados a síndrome de burnout

Primer autor, año	País (ciudad)	Prevalencia o proporción	Factores asociados
Aranda-Beltrán, 2013¹⁶	México (Guadalajara)	Institución 1: 2.6% Institución 2: 0% Institución 3: 1.0%	No se encontró asociación entre apoyo social y factores psicosociales con síndrome de burnout
Aranda-Beltrán, 2015¹⁷	México (Tepic)	32%	Se encontró asociación de riesgo significativa con “carga horaria”, “sistema de trabajo” e “interacción social” (p < 0.05)
Aguirre-Roldán, 2015¹⁸	Colombia (Bogotá)	6.6%	Se encontró asociación de riesgo significativa con sexo femenino, soltería, carencia de hijos y trabajar en el área de urgencias (p < 0.05)
Mata, 2016¹⁹	Portugal (Pinhal Litoral)	7.2%	Se encontró asociación de riesgo significativa con edad > 45 años, antigüedad laboral > 20 años, y trabajar en el área de urgencias (p < 0.05)

Fuente: Elaboración propia con base en la literatura consultada.

Posteriormente, en una actualización de la búsqueda bibliográfica realizada, se encontró una revisión sistemática de la literatura publica en 2018²⁰, cuyos resultados validaron los hallazgos de la revisión efectuada en su momento para este estudio, en tanto que, dicha revisión en la que se usaron las bases de datos LILACS, MEDLINE, SciELO y PubMed, se encontraron 28 artículos originales publicados sobre síndrome de burnout en personal médico, de los cuales, sólo cinco abordaron el problema en médicos de atención primaria a la salud y fueron publicados en los años 2005, 2007, 2008, 2009 y 2013, informando proporciones de 1.5%, 2%, 6%, 12% y 42.5%, y una proporción media de 12.8% entre los cinco artículos en cuestión, sin hacer alusión a hallazgos sobre factores asociados de forma estadísticamente significativa al síndrome.

En este sentido, si bien es evidente que el estudio del síndrome de burnout en personal médico de atención primaria no es inusual, si lo es el realizar estudios de seguimiento sobre el mismo, pues ninguno de los reportes aludidos informa resultados de dos o más mediciones realizadas en una misma población o emplazamiento, o la evolución del problema años después.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Trascendencia del problema

El síndrome de burnout es una condición de salud de relevancia médica y social que afecta la productividad, calidad y calidez de la atención proporcionada por los prestadores de servicios relacionados con el trato a otras personas, entre quienes los trabajadores de la salud, especialmente los médicos, tienen un papel preponderante por la importancia de su trabajo.¹⁰⁻¹²

2.2. Magnitud del problema

En este sentido, dado que se estima que los médicos de atención primaria resuelven el 80% de los problemas de salud de la población¹³, se han realizado múltiples estudios en los que se ha medido la proporción de este síndrome en esta población, los cuales la ubican en una media de entre 7% y 12% dentro de un intervalo de 0% a 42% en función del contexto geosocial¹⁵⁻²⁰. Sin embargo, ninguno de dichos estudios ha seguido el fenómeno en un mismo escenario.

2.3. Declaración del problema

En este orden de ideas, en 2010 se realizó un estudio en personal médico y de enfermería de la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, en el que no se encontraron casos de síndrome de burnout en personal médico¹⁵, y tras poco más de un lustro no se han realizado mediciones subsecuentes para saber si esa situación cambió.

2.4. Factibilidad del estudio

Así, realizar un estudio de seguimiento sobre la proporción de síndrome de burnout en una unidad médica de atención primaria es factible, dado que se trata generalmente de estudios de diseño transversal de bajo costo, en los que no se atenta contra la integridad física o mental de sus participantes, lo que denota, además, la viabilidad de un estudio de este tipo.

2.5. Vulnerabilidad del problema

Por otra parte, el síndrome de burnout ha demostrado vulnerabilidad tanto ante la terapia psicológica como a la mejora de las condiciones laborales, de modo que, de evidenciarse la existencia del problema, se podría gestionar la oferta de alternativas para su amortiguamiento o

solución, lo que denota la conveniencia social de realizar un estudio de seguimiento en un contexto en el que, anteriormente, se demostró la ausencia del síndrome en personal médico.

2.6. Pregunta de investigación

Con base en los argumentos expuestos anteriormente, se formuló la pregunta: ¿Cuál fue la proporción y los grados de síndrome de burnout en personal médico de la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, en 2017?

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. Trascendencia del tema

El síndrome de burnout es una enfermedad que afecta el rendimiento físico y mental de los prestadores de servicios, de modo que es especialmente importante en personal médico, cuyo desempeño profesional tiene un impacto directo sobre la salud de individuos y poblaciones, lo que resulta particularmente relevante en el contexto de atención primaria, donde se deben resolver el 80% de los problemas de salud de la población¹³.

3.2. Magnitud del problema

En este sentido, se conoce que este síndrome tiene una proporción de 0% a 42% en médicos de primer nivel, con una media de 7% a 12%¹⁵⁻²⁰, pero se desconoce que si ésta cambia con el tiempo, pues no se conocen estudios de seguimiento sobre esta condición en atención primaria.

3.3. Discrepancia del problema

Sin embargo, pese a la carencia de estudios de seguimiento sobre el síndrome de burnout en unidades médicas de atención primaria a la salud, es evidente, dados los porcentajes de prevalencia descritos en la literatura consultada¹⁵⁻²⁰, que existe heterogeneidad entre las distintas mediciones pese a usarse el mismo instrumento en todos los casos, lo que sugiere el carácter dinámico del síndrome de burnout como problema de salud y fenómeno de estudio.

3.4. Factibilidad y viabilidad del estudio

En este orden de ideas, realizar un estudio de seguimiento sobre la proporción de síndrome de burnout en una unidad médica de atención primaria es factible, dado que se trata generalmente de estudios de diseño transversal de bajo costo, en los que no se atenta contra la integridad física o mental de sus participantes, lo que denota, además, la viabilidad de un estudio así.

3.5. Aspectos éticos del estudio

En este tenor, realizar el estudio propuesto es una cuestión ética en tanto que, para que los profesionales de la salud puedan otorgar servicios de calidad, es necesario que estos se encuentren en las mejores condiciones de salud posibles también, de modo que su desempeño

no se vea afectado por esta causa, como lo sería por la presencia de síndrome de burnout, que podría estar pasando desapercibida dado que no se han realizado seguimientos desde su última medición de la unidad médica familiar que se pretende estudiar en esta ocasión.

Además, puesto que el diagnóstico de esta condición se basa en el uso de instrumentos de tipo documental, explorar la presencia de la misma en el personal médico no implica ningún tipo de riesgo de vulnerar la integridad física o mental de los potenciales participantes.

3.6. Vulnerabilidad del problema y conveniencia social del estudio

Por otra parte, el síndrome de burnout ha demostrado vulnerabilidad tanto ante la terapia psicológica como a la mejora de las condiciones laborales, de modo que, de evidenciarse la existencia del problema, se podría gestionar la oferta de alternativas para su amortiguamiento o solución, lo que denota la conveniencia social de realizar un estudio de seguimiento en un contexto en el que, anteriormente, se demostró la ausencia del síndrome en personal médico.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Medir la proporción y los grados de síndrome de burnout en personal médico de la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, en 2017.

4.2. Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas y labores del personal médico de la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, en 2017.
2. Determinar la proporción del síndrome de burnout en personal médico de la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, en 2017.
3. Identificar factores sociodemográficos y laborales asociados al síndrome de burnout en personal médico de la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, en 2017.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo encuesta, descriptiva transversal^{21,22}.

5.2. Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizó de enero a diciembre del año 2017 en la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, la cual se eligió propositivamente para hacer un seguimiento del problema de estudio en dicho escenario.

El universo de estudio estuvo integrado por 30 médicos adscritos a la unidad médica, distribuidos de la siguiente manera: 20 en consultorios de medicina familiar, 6 en atención médica continua, 2 en DiabetIMSS, 1 en salud en el trabajo, y 1 en planificación familiar.

5.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Se estudió una muestra no probabilística²³ en la que, mediante censo²³, se incluyó a todo el personal médico de la unidad médica constituido por: 20 en consultorios de medicina familiar, 6 en atención médica continua, 2 en DiabetIMSS, 1 en salud en el trabajo, y 1 en planificación familiar. Cuya inclusión se determinó con base en la satisfacción de los criterios de selección.

5.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

5.4.1. Criterios de inclusión

Se incluyó personal médico:

- Adscrito a la Unidad Médica Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.
- Operativo.
- De cualquier edad.
- De cualquier sexo.
- De cualquier antigüedad laboral.
- De cualquier turno laboral.
- Que se encontró trabajando durante su jornada habitual en la unidad médica durante el momento de realizar el estudio.

5.4.2. Criterios de exclusión

Se excluyó al personal médico que:

- No tenía contrato de base dentro de la institución.
- Se negó a participar en el estudio.
- Se negó a proporcionar su consentimiento informado.

5.4.3. Criterios de eliminación

Se eliminó al personal médico que:

- No contestó al menos en un 80% los instrumentos.
- Se encontraba realizando suplencias durante el estudio.

5.5. Variables a recolectar

Se incluyeron las variables: edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, número de hijos, escolaridad, turno laboral, antigüedad en el puesto de trabajo, percepción del ambiente de trabajo, tenencia de pasatiempo, tenencia de deudas crediticias o por préstamos, y síndrome de burnout con sus tres componentes. Con fines de inferencia estadística, se consideró al síndrome de burnout como variable dependiente, y al resto de las variables incluidas como variables independientes. Las definiciones de estas se exponen a continuación en el Cuadro II.

Cuadro II. Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Edad	Número de años cumplidos por el personal médico al momento del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa discontinua	Anamnesis
Sexo	Fenotipo del personal médico de acuerdo con sus caracteres sexuales secundarios	Hombre Mujer	Cualitativa nominal	Inspección
Estado civil	Estado de unión civil del personal médico al momento del estudio	Casado Divorciado Separado Soltero Unión libre Viudo	Cualitativa nominal	Anamnesis

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Tenencia de hijos	Tenencia o no de hijos vivos por el personal médico al momento del estudio	No Si	Cualitativa nominal	Anamnesis
Número de hijos	Número de hijos vivos que tiene el personal médico al momento del estudio, en caso de tener	Número de hijos	Cuantitativa discontinua	Anamnesis
Escolaridad	Máximo grado de estudios concluidos por el personal médico al momento del estudio	Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	Cualitativa ordinal	Anamnesis
Turno laboral	Turno en el que el personal médico desempeña su laboral profesional al momento del estudio	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada	Cualitativa nominal	Anamnesis
Antigüedad en el puesto de trabajo	Número de años cumplidos por el personal médico en el puesto que desempeña al momento del estudio	Años	Cuantitativa discontinua	Anamnesis
Percepción del ambiente de trabajo	Percepción del personal médicos al momento del estudio, sobre el ambiente de trabajo dentro del emplazamiento estudiado	Nada agradable Poco agradable Algo agradable Muy agradable Completamente agradable	Cualitativa ordinal	Anamnesis
Tenencia de pasatiempo	Tenencia de al menos un pasatiempo definido por el personal médico al momento del estudio	No Si	Cualitativa nominal	Anamnesis
Tenencia de deudas crediticias o por préstamos	Tenencia de deudas por concepto de compras a crédito o solicitud de préstamos, por el personal médico al momento del estudio	No Si	Cualitativa nominal	Anamnesis
Síndrome de burnout	Estado que resulta en respuesta al estrés laboral crónico, que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para el personal médico y la institución	No Si	Cualitativa nominal	Maslach Burnout Inventory

Fuente: Elaboración propia.

5.6. Método para captar la información

5.6.1. Instrumentos

Los datos referentes a la edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, número de hijos, escolaridad, turno laboral, antigüedad en el puesto de trabajo, percepción del ambiente de trabajo, tenencia de pasatiempo, tenencia de deudas crediticias o por préstamos serán obtenidos mediante anamnesis o inspección, respectivamente, según lo descrito en el Cuadro II, y será registrada en una hoja de recolección de datos diseñada para tal fin (Anexo A), cuyo llenado fue realizado por los investigadores. Por otra parte, la presencia del síndrome de burnout y sus componentes fue determinada con el Maslach Burnout Inventory (Anexo B), que es un instrumento en el que se plantean una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, y que consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems, divididos en tres componentes: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP)⁸. Se considera que existe burnout con puntuaciones altas de AE, D y baja de RP, es decir, mayores iguales o mayores a 27 y 10, e iguales o menores a 30, respectivamente⁸. Así, este instrumento ha sido validado y usado ampliamente en español en México y otros países con los fines del presente estudio¹⁵⁻²⁰.

5.6.2. Procedimientos

Previa autorización del protocolo de investigación por parte del Comité Local de Ética e Investigación en Salud correspondiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, se extendió la invitación a participar en el estudio a todo el personal médico de la Unidad Médica Familiar No. 43 de la institución, y al mismo tiempo se acordó con ellos el día y hora conveniente para cada uno, para llevar a cabo la recolección de datos, y, previa firma de consentimiento informado (Anexo C), se procedió a la misma. Los datos recopilados según este procedimiento fueron sistematizados en una base de datos Epi Info© 7 para Windows©.

5.7. Plan de análisis

La información recopilada según el procedimiento descrito se analizó en dos fases, descriptiva y analítica. En la fase descriptiva, se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias, y medidas de tendencia central y de dispersión para todas las variables según se trató de cualitativas o

cuantitativas²⁴, respectivamente, para describir la muestra. Posteriormente, en la fase analítica se midió la fuerza de asociación entre síndrome de burnout y los factores de riesgo conocidos mediante razón de momios (RM) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), o en su defecto, utilizando la Prueba Exacta de Fisher para obtener la p media exacta con 95% de confianza ($p \leq 0.05$) cuando los valores observados fueron iguales o menores a cinco pero mayores a 0²⁴, para lo que se consideró como “caso” al personal médico con síndrome de burnout, como “control” al que no presentó el síndrome”, como “expuesto” al que presentó los factores de riesgo conocidos referidos en la literatura que fueron explorados en esta serie, y “no expuesto” a quien no presentó tales características. Este análisis se hizo con Epi Info© 7 para Windows©.

5.8. Prueba piloto

Ya que se usaron instrumentos validados, no se realizó una prueba piloto para probar su utilidad ni la viabilidad de los procedimientos previstos, descritos anteriormente.

5.9. Consideraciones éticas

Según la Fracción II del Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²⁵, este estudio se catalogó como de “riesgo mínimo” para sus participantes, pues son aquellos “...*que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos [...], pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas...*”²⁵. Por lo que, de acuerdo con el Artículo 23 del mismo reglamento, se requirió consentimiento informado escrito (Anexo C) de los participantes. Además, ya que no se manejaron materiales peligrosos, no se contempló bioseguridad²⁵. Finalmente, de acuerdo con la Fracción VII del Artículo 14 del citado reglamento²⁵, el presente estudio fue sometido, en su etapa de protocolo, a evaluación por las Comisiones Local de Ética e Investigación en Salud, quienes lo aprobaron previo a su desarrollo, otorgándole el número de registro institucional R-2017-2701-12 al momento de dictaminarlo autorizado (Anexo D).

6. RESULTADOS

6.1. Características de la muestra

La tasa de respuesta fue de 100%, de modo que participaron los 30 médicos operativos de base adscritos a la unidad médica al momento del estudio. La edad media de los participantes fue de 41 ± 11 años dentro de un intervalo de 22-64 con una mediana de 38 y una moda de 30 años. Mientras que la antigüedad media fue de 12 ± 9 años dentro de un intervalo de 2-27 años, con una mediana de 10 y una moda de 5 años. El resto de las características sociodemográficas y laborales del personal médico se exponen en la Tabla 1, donde se observa que la mayoría eran de sexo femenino, casadas, con dos hijos, con especialidad, que laboraban en el turno matutino, tenían menos de veinte años de antigüedad laboral, percibían como muy agradable el ambiente de trabajo, y tenían tanto pasatiempos como deudas por créditos o préstamos.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales del personal médico

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	18	60%
	Masculino	12	40%
Estado civil	Casado	19	63%
	Divorciado	2	7%
	Separado	2	7%
	Soltero	5	17%
	Unión libre	1	3%
	Viudo	1	3%
Tenencia de hijos	No	5	17%
	Si	25	83%
Número de hijos	Uno	5	20%
	Dos	18	72%
	Tres	2	8%
Escolaridad	Licenciatura	2	7%
	Especialidad	26	87%
	Maestría	2	7%
	Doctorado	0	0%
Turno laboral	Matutino	14	47%
	Vespertino	12	40%
	Nocturno	2	7%
	Jornada acumulada	2	7%

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Antigüedad laboral	Menos de 20 años	20	67%
	20 años o más	10	33%
Percepción del ambiente de trabajo	Nada agradable	0	0%
	Poco agradable	5	17%
	Algo agradable	5	17%
	Muy agradable	20	66%
Tenencia de pasatiempo	Completamente agradable	0	0%
	No	5	33%
	Si	25	100%
Tenencia de deudas	No	0	0%
	Si	30	100%

Fuente: Elaboración propia con los datos recopilados.

6.2. Proporción de síndrome de burnout

El 10% del personal médico ($n = 3$) presentó síndrome de burnout. Los estadísticos descriptivos del Maslach Burnout Inventory y sus subescalas se exponen en la Tabla 2, donde se observa que, la baja realización personal fue el componente más frecuentemente observado.

Tabla 2. Niveles de afectación en las subescalas del Maslach Burnout Inventory

Nivel	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo(a)	29	97%	25	84%	5	17%
Medio(a)	1	3%	4	13%	5	17%
Alto(a)	0	0%	1	3%	20	67%
Total	30	100%	30	100%	30	100%

Fuente: Maslach Burnout Inventory aplicado al personal médico.

6.3. Factores asociados al síndrome de burnout

Ya que solamente se encontraron tres casos de síndrome de burnout, no fue posible medir la fuerza de asociación entre los factores sociodemográficos y laborales conocidos y éste, puesto que la baja frecuencia absoluta de la condición condicionó valores observados iguales a cero.

7. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio conocido por los autores en el que se realiza el seguimiento de las cifras de síndrome de burnout en una unidad médica de atención primaria a nivel local, regional, nacional e internacional. En este sentido, la proporción de la enfermedad en el escenario evaluado pasó de 0% a 10% en un periodo de siete años, lo que, en primera instancia podría significar un signo de alarma para la institución. No obstante, es menester comentar en este tenor que existen diferencias metodológicas sustanciales entre la medición inicial realizada por Zavala-González y colaboradores¹⁵, que podrían condicionar tal diferencia, como el hecho de que los citados autores estudiaron a 19 médicos en lugar de 30, y que entre dichos médicos, incluyeron a personal operativo cubriendo vacaciones y permisos sin distinguirlos del personal de base, así como personal administrativo con formación en medicina, de modo que, es posible que los sujetos que presentaron síndrome de burnout en esta serie hayan estado de vacaciones o gozando de un permiso de ausencia al momento del estudio previo en el que el tiempo de recolección de datos fue menor al del presente estudio según relatan los propios autores en su reporte de resultados, por lo que, es plausible pensar que los casos sean los mismos, empero, tal argumento sólo puede quedar en calidad de hipótesis que deberá ser comprobada en futuros estudios con un diseño metodológico adecuado, idealmente mediante un estudio de cohorte²¹.

Por otra parte, respecto a la proporción en sí del síndrome de burnout en la unidad médica, si bien esta fue mayor a la medida dentro de la misma hace poco más de un lustro, la cifra obtenida en esta ocasión se encontró dentro del intervalo de la media conocida de la misma en contextos similares de atención primaria en el contexto global¹⁵⁻²⁰, dentro del que predominan los estudios en población mexicana motivados por la conocida carga de trabajo atribuida a los médicos de atención primaria dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. De modo que, en este orden de ideas, se puede decir que dicha proporción se encuentra dentro de la normalidad, pero que, en todo caso, es necesario profundizar en el estudio de los casos que se presentaron para poder gestionar una alternativa de mitigación del problema, viable para la institución y los afectados.

Finalmente, como en la medición anterior, en esta ocasión no fue posible medir la fuerza de asociación de los factores de riesgo conocidos con el síndrome de burnout¹⁵, lo que, al margen de los resultados de dicho estudio, es una situación que le ha ocurrido a otros autores como Aranda-Beltrán y colaboradores en Guadalajara, Jalisco, México en un estudio multicéntrico¹⁶, por lo que no se puede afirmar o negar que no exista una asociación estadísticamente

significativa entre el síndrome de burnout y factores tales como la edad mayor a 40 años, el sexo femenino, y la antigüedad laboral mayor a 20 años, entre otros referidos por otros autores¹⁷⁻¹⁹, por lo que, en este tenor, es recomendable establecer una línea de investigación en torno al tema, que posibilite la realización de estudios multicéntricos con seguimiento de al menos cinco años, en el que se incluyan otras variables de distinta índole, como el método de trabajo, la percepción del entorno laboral, y la percepción de apoyo social y familiar, entre otros de índole más orientada a aspectos psicoafectivos sobre los que se pueda intervenir con relativa facilidad.

8. CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos específicos planteados en la presente investigación, se puede concluir que: A) El personal médico operativo de base de la unidad médica objeto de estudio se caracteriza por tener alrededor de 40 años, ser de sexo femenino, estar casado, tener hijos en un número de dos, contar con especialidad, laborar en el turno matutino, tener una antigüedad laboral menor a 20 años y de aproximadamente 12, que percibían como muy agradable el ambiente de trabajo, y tener tanto un pasatiempo durante su tiempo libre, como deudas personales por compras a crédito o solicitud de préstamos; B) La proporción de síndrome de burnout en la unidad médica fue de 10% en 2017, y aumentó respecto a una medición previa en 2010 que la encontró de 0% en personal médico, sin embargo, la distribución de frecuencias de los componentes del síndrome de burnout parece no haber mostrado cambios sustanciales entre un periodo de medición y el otro; y C) No existe un número suficiente de casos de síndrome de burnout dentro de la unidad médica objeto de estudio que posibilite la identificación de factores de riesgo sobre los que se pueda incidir o que puedan fungir como marcadores de riesgo para definir campañas de detección, sin embargo, el número de éstos pasó de cero a tres, lo podría significar que existe algún factor subyacente no identificado que detonó dicho aumento, o bien, que cierta parte del personal médico presentar atributos que intensifican los efectos del estrés sobre ellos, como podrían ser problemas familiares o de dinero (dado que todos tienen deudas). Se requieren estudios multicéntricos, preferentemente de corte longitudinal como los estudios de cohortes, e inclusión de variables de carácter psicoafectivo, como el apoyo social percibido, la funcionalidad del núcleo familiar o de los subsistemas que lo componen, o la presencia de condiciones tales como ansiedad o depresión, así como variables que podrían contribuir a la percepción de la intensidad del estrés laboral, como el tipo de personalidad del personal médico, la carencia de un sistema personal de trabajo, la conducta de los hijos, e incluso la magnitud de las deudas adquiridas por el personal médico, para obtener mayores conclusiones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* [Internet]. 1999;11(3):679-89 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/1vSrgkJ>
2. Peiró JM. El síndrome de burnout. Madrid, España: Editorial Pirámide. 2005.
3. Freudemberger H. Staff burnout. *Journal of Social Issues* [Internet]. 1974;(30):112-8 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2OOL1Ee>
4. Maslach C, Pines A. The burnout síndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly* [Internet]. 1977;(06):15-21 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2L9lkDx>
5. Enconomo J, Paz C, Liebster E. Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Revista de Investigación Clínica (Venezuela)* [Internet]. 2004;(2):86-91 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2zWbWoe>
6. Fisher H. A psychoanalytic view of burnout. En: Gil-Monte PR, Peiró SJ. *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis. 1983.
7. Pines A, Aronson E. *Career burnout. Causes and cures*. 2nd ed. San Francisco, U.S.A.: Free Press. 1998.
8. Maslach C, Jackson S. *Burnout inventory manual*. California, U.S.A.: Consulting Psychol Press. 1986.
9. Maslach C, Jackson S. *Maslach burnout inventory*. 2nd ed. California, U.S.A.: Consulting Psychol Press. 1981.
10. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* [Internet]. 1981;2:99-113 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2mrSyzs>
11. Cherniss C. *Professional burnout in human service organizations*. New York, U.S.A.: Praeger. 1980.
12. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2009;29(6):95-102 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2LbijCX>

13. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública de México [Internet]. 2011;53(Sup.2):S220-32 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2xUU9Ww>
14. Gordillo IAC, Dos-Santos DV. Búsquedas bibliográficas en el portal de la biblioteca digital SciELO. Revista Argentina de Dermatología [Internet]. 2014;95(2) [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2uQEhQv>
15. Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Jiménez-Mayo O, López-Méndez RL, Pedrero-Ramírez LG, Pérez-Arias MB. Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. Revista Médica de la Universidad Veracruzana [Internet]. 2011;11(2):18-23 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2LyfaZY>
16. Aranda-Beltrán C, González-Baltazar R, Pando-Moreno M, Hidalgo-Santacruz G. Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). Salud Uninorte [Internet]. 2013;29(3):487-500 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2A1p3xM>
17. Aranda-Beltrán C, Barraza-Salas JH, Romero-Paredes JJ, Quiñonez-Zárate LA, Ceniceros-Cabrales AP, González-Ortega G, Esparza-Piña JA. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). Salud Uninorte [Internet]. 2015;31(2):245-54 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2LuUylg>
18. Aguirre-Roldán AM, Quijano-Barriga AM. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2015;44(4):198-205 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2JHTxVc>
19. Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudio PreSBurn: Prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Medicina General e Familiar [Internet]. 2016;32:179-86 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2LwYXUM>
20. Moreira HA, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de burnout em médicos: Uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [Internet]. 2018;43:e3 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <https://bit.ly/2L7gzdL>

21. Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México [Internet]. 2000;42(2):144-54 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <http://bit.ly/1PogY4C>
22. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. Salud Pública de México [Internet]. 2000;42(5):447-55 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <http://bit.ly/1S9jK0q>
23. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. Revista de Epidemiología y Medicina Preventiva [Internet]. 2003;1:3-7 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <http://bit.ly/1wGpD8Q>
24. Ríus-Díaz F, Barón-López FJ. Bioestadística: métodos y aplicaciones. 10ª edición [Internet]. Málaga, España: Universidad de Málaga, 2013 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <http://bit.ly/2dO1Ukw>
25. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México D.F., México: Diario Oficial de la Federación de los Estados Unidos Mexicanos. 23 de diciembre de 1986 [consultado en julio 18, 2018]. Disponible en <http://bit.ly/1SBpqPT>

10. ANEXOS

A. Hoja de recolección de datos

Fecha: [__]/[____]/[____]

Nombre: [_____]

Edad: [__] años

Sexo: Femenino Masculino

¿Tiene hijos?: No Si, ¿cuántos?: [__] hijos

Escolaridad: Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado

Estado civil: Casado Divorciado Separado
 Soltero Unión libre Viudo

Turno laboral: Matutino Vespertino Nocturno
 Jornada acumulada

Antigüedad laboral: [__] años

Percepción del ambiente de trabajo: Nada agradable Poco agradable
 Algo agradable Muy agradable
 Completamente agradable

¿Tiene algún pasatiempo para relajarse fuera de horas de trabajo?: No Si

¿Tiene alguna deuda por alguna compra a crédito o préstamo solicitado?: No Si

B. Maslach Burnout Inventory

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	AE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	RP	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	AE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	AE	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	AE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
19	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	AE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

C. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Síndrome de burnout en personal del área médica, en la UMF No. 43 del IMSS en Villahermosa, Tabasco.
Lugar y fecha:	_____
Número de registro:	_____
Objeto de estudio:	Medir la proporción y los grados de síndrome de burnout en personal médico de la UMF No. 43 del IMSS, Delegación Tabasco, en 2017.
Procedimientos:	Proporcionar datos personales sociodemográficos y laborales, y responder a un instrumento validado para determinar la presencia de síndrome de burnout.
Posibles riesgos:	Divulgación accidental de sus resultados.
Posibles beneficios:	Conocer si padece síndrome de burnout al término del estudio.
Información sobre resultados:	Los resultados del estudio serán manejados anónimamente al difundirlos en reportes de investigación. Usted conocerá sus resultados al terminar de responder los cuestionarios.
Participación o retiro:	Usted tiene la libertad de participar o de retirarse del estudio sin repercusiones institucionales, aun cuando haya aceptado y firmado este consentimiento.
Confidencialidad:	Sus respuestas serán manejadas de forma anónima.
Disponibilidad de tratamiento:	Su participación no interferirá con sus actividades institucionales, ni influirá en la relación que mantiene con la institución a través de sus agremiados.
Beneficio al término del estudio:	Obtener conocimiento que pretende ser el insumo para la gestión de tratamiento psicológico o mejores condiciones laborales, de acuerdo con los resultados que se obtengan al término de la investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dr. Giovanni Alberto Cerón López
Dr. Rusvelt Vázquez Ordaz
Dr. Abel Pérez Pavón

En caso de dudas o aclaraciones sobre su derecho como participante dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330, 4° Piso, Bloque "B", Unidad de congresos, Col. Doctores. México D.F., C.P. 06720. Tel. 5556276900 ext. 21230, E-mail: comision.etica@imss.gob.mx

Participante

Testigo

Nombre, dirección y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Investigador responsable

Nombre, dirección y firma

D. Dictamen de aceptación del protocolo



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2701** con número de registro **13 CI 27 002 143** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA NUM 2, TABASCO

FECHA **09/02/2017**

DR. GIOVANNI ALBERTO CERON LOPEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DEL AREA MÉDICA, EN LA UMF No. 43 DEL IMSS EN VILLAHERMOSA TABASCO.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

ATENTAMENTE

Núm. de Registro
R-2017-2701-12

DR.(A). MARCOS DAVID CASTILLO VAZQUEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2701

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

11.1. Recursos humanos

Recurso humano	Actividades	Nivel de participación
Investigador responsable	Supervisa y enmienda en caso necesario el diseño metodológico del estudio. Asesora el diseño de la base de datos y supervisa la sistematización de información. Realiza el análisis estadístico de los datos y contribuye en su interpretación. Revisa y aprueba las versiones preliminares y final de los productos derivados.	30%
Alumno o tesista	Concibe el tema de la investigación. Lleva a cabo las revisiones bibliográficas pertinentes y el diseño metodológico del estudio. Capta a los participantes potenciales, gestiona su participación y recolecta los datos. Diseña la base de datos y lleva a cabo la sistematización de información. Interpreta los resultados obtenidos. Discute los resultados obtenidos a la luz de la literatura preexistente. Realiza, revisa y aprueba las versiones preliminares y final de los productos derivados de la investigación.	50%
Investigador asociado	Contribuye en la concepción del tema de la investigación. Dirige las revisiones bibliográficas pertinentes. Consigue a los participantes potenciales. Colabora en la recolección de datos e interpretación de los resultados obtenidos. Encausa la discusión de los resultados obtenidos a la luz de la literatura preexistente. Revisa y aprueba las versiones preliminares y final de los productos derivados de la investigación.	20%

11.2. Recursos materiales, presupuesto y financiamiento

Recurso	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Laptop. Pantalla 15.6". Teclado en español. Procesador a 1.8 GHz. DD 250 GB. RAM 2 GB. 3 puertos USB 2. Unidad óptica. WiFi.	1	\$ 7,000.00	\$ 7,000.00
Impresora InkJet. Puerto USB. Resolución máxima 600 PPP. Velocidad de impresión 10 PPM.	1	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00
Cartucho InkJet. Tinta negra. Serie según modelo de la impresora.	1	\$ 500.00	\$ 500.00
Internet móvil de banda ancha. Plan de renta mensual de 3 GB	12	\$ 500.00	\$ 6,000.00
Hojas de papel bond tamaño carta. 97% de blancura. Paquete con 500 hojas cada uno	3	\$ 70.00	\$ 210.00
Paquete de bolígrafos tinta negra. Punta de 0.7 mm. Caja con 10.	1	\$ 20.00	\$ 20.00
Total			\$ 15,230.00

11.3. Factibilidad

El estudio fue factible puesto que no requirió una inversión significativa de capital, la cual fue absorbida por los investigadores. Además, no se planteó modificar procedimientos institucionales, ni existieron riesgos para la integridad de los participantes, por lo que no existieron obstáculos normativos que impidieran el desarrollo de la investigación. Finalmente, no se requirió adquirir infraestructura ni equipamiento especial para el desarrollo de la investigación, por lo que no estuvo sujeta a la disponibilidad presupuestal de la institución.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

12.1. Segundo semestre de 2016

Actividades	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Ubicación de los participantes				X	X	X

12.2. Primer semestre de 2017

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X
Sistematización e información	X	X	X	X	X	X

12.3. Segundo semestre de 2017

Actividades	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X
Sistematización e información	X	X	X	X	X	X

12.4. Primer semestre de 2018

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Análisis estadístico	X	X				
Reporte de resultados		X	X			
Revisión del reporte de investigación			X	X		
Entrega del reporte de investigación				X	X	
Difusión de resultados						X