



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL

“TIPOS DE APRENDIZAJE Y LA INCIDENCIA DEL
SÍNDROME DE BORNOUT EN LOS RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM”

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

CÁRCAMO MORALES MIGUEL ANGEL.

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO., 2018



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).

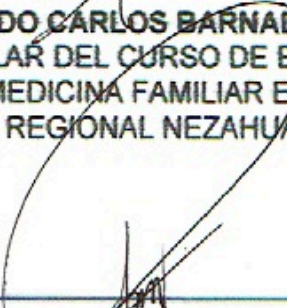
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

"TIPOS DE APRENDIZAJE Y LA INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BORNOUT
EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM"


AUTORIZACIONES:



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA
EN SALUD.

“TIPOS DE APRENDIZAJE Y LA INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BORNOUT EN LOS RESIENTES DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM”

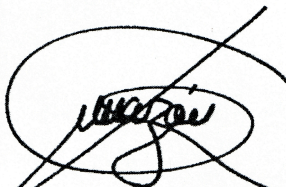
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

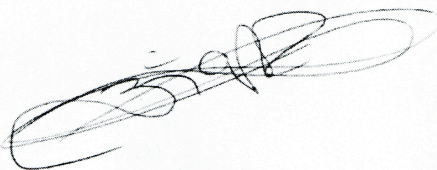
PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL CARCAMO MORALES

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Agradecimientos:

Primero que nada gracias a Dios por permitirme cumplir una meta mas en esta vida.

A ti Karen, mi amada esposa, por ser la mayor motivación en mi vida, eres el ingrediente perfecto para poder lograr alcanzar esta meta, por que no es solamente mía sino nuestra, es el resultado del gran sacrificio que has hecho permitiéndome culminar esta tesis con éxito, y además poderte agradecer por todo lo que te preocupas por mí en cada momento ya que siempre deseas lo mejor para mi porvenir. Te agradezco por tantas ayudas y tantos aportes no solo para el desarrollo de mi tesis, sino también para mi vida; eres mi inspiración, mi motivación y mi mayor alegría.

A mis padres por que todo no ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos.

Gracias a mi familia de origen y mi nueva familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí.

Quiero agradecerles a mis maestros por cada detalle y momento dedicado para aclarar cualquier tipo de duda que me surgiera, agradecerle por la caridad y exactitud con la que enseñó cada clase, discurso y lección.

Y a todos los que me ayudaron a la realización de esta tesis les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes.

**“TIPOS DE APRENDIZAJE Y LA INCIDENCIA DEL
SÍNDROME DE BORNOUT EN LOS RESIDENTES
DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCÓYOTL ISSEMYM”**

INDICE

Introducción	7
Marco Teórico	11
Justificación	25
Planteamiento del Problema	25
Hipótesis	25
Objetivo Principal	26
Objetivos Específicos	26
Diseño Metodológico	27
Operacionalización de variables	28
Recursos	31
Resultados	32
Análisis de resultados	35
Conclusiones	36
Ética	37
Anexos	38
Bibliografía	43

Introducción

El aprendizaje se define como el proceso de adquisición de una disposición, relativamente duradera, para cambiar la percepción o la conducta como resultado de una experiencia. Los estilos también aluden a los rasgos cognoscitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje.

Uno de los dogmas más firmes en medicina es el precepto de que la historia clínica y el examen físico son el eje central del diagnóstico, piedra angular sin la cual no sería posible abordar los problemas de los enfermos de una manera racional. ¿Cómo enseñar y aprender el conjunto de maniobras y destrezas necesarias para hacer la clínica de una manera efectiva? Tradicionalmente el modelo artesanal de la educación médica ha sido el más aplicable a esta problemática, en este modelo el alumno acompaña al maestro durante sus actividades, y gradualmente va observando, repitiendo y haciendo las diversas maniobras hasta que las domina de una manera subconsciente. Esta metodología, si bien efectiva, cada vez es más difícil de realizar en el contexto actual de la práctica médica por varias razones, lo que ha motivado que se investiguen estrategias alternativas como el uso de pacientes estandarizados o modelos artificiales.

Una de las facetas más importantes del problema es que con mucha frecuencia los alumnos aprenden por sí mismos, con escasa o nula supervisión y observación directa. Desde hace varias décadas, los profesores clínicos toman como verdad la información del interrogatorio y examen físico que es presentada durante la visita y discusión de los pacientes, sin observar y verificar que el residente, interno o estudiante realmente hayan realizado adecuadamente el procedimiento. A pesar de la transición a la educación basada en competencias, es aún muy frecuente que los estudiantes no sean observados directamente por

los especialistas, reportándose que el 40% de los graduados de las escuelas de medicina en Estados Unidos fueron observados por un profesor al hacer una historia clínica cuatro o menos veces durante todo su entrenamiento, la mayor parte de las veces fueron observados por un residente y no un especialista formado. Estos resultados apoyan la conclusión de que las habilidades de interrogatorio y exploración física de nuestros graduados de las escuelas de medicina y programas de residencia podrían ser mejores, y no deja de ser irónico que estos especialistas recién graduados son rápidamente reclutados para a su vez ser profesores de la respectiva clínica, por lo que es de suma importancia identificar que tipo de aprendizaje tienen los alumnos para poder mejorar la educación clínica.

Ser médico es una labor desgastante que siempre se verá influida por diversos factores, habrá que tomar en cuenta que el medio hospitalario es compartido también con el plano familiar, ocasionando cambios de conducta, agresividad, problemas de relación con los hijos, padres, etc., conduciendo a agrupar los factores de tensión principalmente en tres grupos: a) Factores relacionados con el trabajo, b) factores externos o no relacionados con el trabajo y c) características individuales o personales. Entre externos y/o individuales se han reconocido: la edad, el sexo o género, el estado civil, el puesto de trabajo (categoría), el turno laboral, etc. Estos factores externos relacionados con la labor, conducen a la tensión sin embargo las características personales influyen como moderadores o desencadenadores sobre los efectos fisiológicos que puede o no sufrir una persona.

Los estudiantes de medicina generalmente experimentan una alta carga de estrés durante su proceso formativo, el cual aumentara con el grado académico es decir ira creciendo si es nivel licenciatura, especialidad u posgrado o subespecialidad., algunos estudiantes logran desarrollar estrategias que otros no lo hacen y llegan a sentirse impedidos para modificar la situación problemática, lo cual trae como consecuencia el uso de comportamientos de escape o evitación

como forma de afrontamiento que no son necesariamente las apropiadas para esta situación. Como se sabe, los problemas que no se resuelven, crecen y se acompañan de un proceso acumulativo de malestar prolongado, lo anterior puede contribuir a generar sensaciones de no poder dar mas de sí mismo, tanto física como psíquicamente, una actitud negativa de crítica, desvalorización, pérdida del interés de la trascendencia, del valor frente al estudio y dudas crecientes a acerca de la propia capacidad para realizarlo, la presencia simultanea de estas manifestaciones es conocida como “síndrome de Bornout académico”

La palabra inglesa de Burnout es que va más allá del simple agotamiento o estar exhausto, pues implica también una actitud hacia el trabajo deprivada de ánimo. De igual manera, en México, podríamos libremente traducirlo como estar quemado, consumido, tronado o reventado. Como ninguno de estos términos se ajusta con precisión a lo que en la literatura científica se entiende como síndrome de Burnout, usaremos este anglicismo en el desarrollo del tema.

Se conoce poco acerca de la frecuencia, de factores de riesgo y pronóstico de enfermedades mentales en el personal de salud, sin embargo, la exposición a niveles altos de estrés laboral hace sospechar que este tipo de profesionales podrían tener un mayor riesgo de padecer algún trastorno mental; además, algunos reportes han encontrado que los médicos, por ejemplo, tienen serias limitaciones para acceder a servicios de salud mental cuando lo requieren.

La necesidad de estudiar este síndrome viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

Por las repercusiones que genera en el individuo, al síndrome de Burnout se le considera una entidad moderna derivada de la exposición crónica de manera gradual y continuada por lo menos seis meses a dichos estresores. La mayoría de

los estudios manifiestan que los profesionales de la salud constituyen la población más vulnerable a desarrollarlo.

En España Domínguez Fernández et al confirmo una prevalencia de Burnout del 27% en trabajadores de la salud, En Costa Rica Millán González y colaboradores confirmo una prevalencia de 46.1% en médicos residentes. En México Aranda Beltrán y colaboradores, confirmo una prevalencia de 42.3% en Médicos Familiares de la Ciudad de Guadalajara, con un 15.2% de manifestaciones psicológicas; y un 51.3% en Médicos especialistas del Hospital Gómez Farías en la ciudad de México.

De acuerdo a lo anterior, los trastornos de salud mental significan aproximadamente 830 000 años perdidos por discapacidad o muerte prematura, lo que coloca a estas afecciones como el grupo de enfermedades que más pérdidas económicas le significan al País. Así, los trastornos por depresión y la sintomatología depresiva constituyen una de las cinco primeras causas de carga de enfermedad en nuestro país.

Marco Teórico

La educación clínica tiene muchas fortalezas desde el punto de vista educativo, ya que se enfoca en problemas de enfermos reales en el contexto de la práctica profesional. El médico en entrenamiento, ya sea alumno de pregrado, residente o especialista, de manera intuitiva reconoce que el entrenamiento clínico en la práctica con los enfermos es la parte más importante de nuestro proceso de formación. El aforismo que dice “el médico se hace en el hospital, no en el aula”, implica que la educación que tiene lugar en un entorno donde se tienen experiencias significativas desde el punto de vista médico es la modalidad más efectiva y a la vez indispensable para adquirir los conocimientos, actitudes y destrezas que hacen al médico un profesional en su área. Los médicos en entrenamiento son motivados por la relevancia de las experiencias clínicas y su participación activa en las mismas, y varios atributos del médico competente sólo pueden adquirirse en este contexto: profesionalismo, conducta ética, respeto por el enfermo y su familia, trabajo eficiente con el equipo de salud, habilidades de comunicación e interpersonales, razonamiento clínico, empatía, competencia en interrogatorio y exploración física, y un enfoque holístico en el manejo del enfermo. No es de extrañar que en diversas encuestas la educación clínica en la cabecera del enfermo es considerada como uno de los métodos más valiosos en la enseñanza de la medicina.

La educación clínica es un proceso incluyente que reúne a lo que se ha llamado “*la tríada del aprendizaje clínico*”, constituida por el paciente, el estudiante y el tutor. El contacto directo con el paciente es esencial para el desarrollo del razonamiento clínico, empatía y profesionalismo, y aunque otras alternativas como los simuladores, pacientes estandarizados y modelos artificiales se han utilizado para educar a los estudiantes, es necesario que en algún momento tengan la experiencia con pacientes reales en un contexto supervisado.

Uno de los modelos aceptados que integran diversas teorías del aprendizaje para describir lo que ocurre en la educación clínica es el de Cox, un

modelo de aprendizaje a partir de la experiencia con dos ciclos eslabonados que puede utilizarse para planear con mayor eficiencia el aprendizaje de los educandos en cada contacto con pacientes . El primer ciclo es el “*ciclo de la experiencia*”, en el que se lleva a cabo la planeación del acto educativo y la preparación del educando, dándole instrucciones para asegurarse que esté consciente de lo que va a ver y hacer, así como de las oportunidades que estarán disponibles para el aprendizaje. Durante este ciclo tiene lugar la experiencia del encuentro clínico interactuando con el paciente, que puede incluir discusión sobre la enfermedad, el tratamiento, los hallazgos físicos, etc. Este ciclo de la experiencia concluye con la discusión post-encuentro, en donde se interpretan los hallazgos y se aclaran interrogantes, a continuación le sigue el “*ciclo de la explicación*”. Este ciclo comienza con el proceso de reflexión sobre la acción, cuando al educando se le insta a que considere el encuentro reciente a la luz de su experiencia, y que se efectúe una “explicación” de la experiencia a diferentes niveles. Este proceso incrementa el “conocimiento operativo” del educando, incrementando su arsenal cognitivo sobre los problemas clínicos y su significado, lo que prepara al alumno para enfrentarse al siguiente paciente.

Si bien uno de los factores importantes en la ecuación educativa de la residencia médica es el mismo residente y sus actitudes hacia el aprendizaje, el factor que tiene mayor experiencia y debería tener plena conciencia de su papel en la tríada educativa arriba mencionada es el profesor clínico que tiene como su responsabilidad el proveer el entorno apropiado para que el residente y médicos internos aprendan clínica con los enfermos. Como sabemos, este papel es tomado como propio por los mismos residentes a veces no de manera voluntaria o conciente, ya que son los que están más tiempo en contacto cercano con los internos, pasantes y estudiantes de medicina, enseñándoles, supervisando y evaluando sus actividades clínicas. Es por lo tanto relevante que los especialistas y los residentes que funcionan como profesores clínicos, reflexionen sobre los atributos de un educador clínico efectivo.

Es importante también identificar los diferentes modelos para manejar el aprendizaje en los servicios clínicos, ya que un enfoque ecléctico de los mismos puede ayudar a proveer de un ambiente educativo dinámico y variado las actividades de enseñanza clínica.

Podemos aprender de muchas maneras, pero la forma que engloba de una manera más completa la dimensión emocional, motivacional y cognitiva se llama aprendizaje significativo.

Cuando se da este tipo de aprendizaje, la manera de asociar habilidades y conocimientos previos y para que pueda integrarse en ellos nueva información está tallada por la fuente motivacional y el significado que se le atribuye a lo que se aprende. Esto es importante, teniendo en cuenta que la clave que marca la diferencia entre las diferentes formas de aprendizaje está en el proceso de construcción del conocimiento.

El aprendizaje significativo supone un proceso en el que la persona recoge la información, la selecciona, organiza y establece relaciones con el conocimiento que ya tenía previamente. Así, este aprendizaje se da cuando el nuevo contenido se relaciona con nuestras experiencias vividas y otros conocimientos adquiridos con el tiempo teniendo la motivación y las creencias personales sobre lo que es importante aprender un papel muy relevante. Esto conlleva dotar al nuevo conocimiento de un sentido único para cada persona, ya que cada uno tenemos nuestra historia vital.

Cuando se produce el aprendizaje significativo, los modelos mentales creados a través del tiempo y la experiencia determinan el cómo veremos la información y cómo la gestionaremos. Por decirlo de alguna manera, nuestra manera de interiorizar lo que se aprende y dotarlo de significado nos da una idea de las “gafas” con las que vemos la realidad, y viceversa.

El proceso de atribuir un sentido personal a aquello que aprendemos pasa por una dimensión más afectiva y emocional que la que solemos relacionar con el aprendizaje "técnico" de una materia, en la que simplemente se repite, se practica y se memoriza.

No se trata solo de retener en memoria una información durante un periodo de tiempo para después soltarlo como podría ser en una respuesta de examen: la finalidad es darle un sentido personal al conocimiento, de poder explicarlo con tus propias palabras, e incluso, una vez realizado el aprendizaje significativo, crear nuevo conocimiento a través de éste.

De este modo, la diferencia entre el aprendizaje significativo y un aprendizaje repetitivo remite a la relación, o no, del material a aprender con el conocimiento previo. Relaciones con sentido y no arbitrarias, es decir, si se consigue relacionar con el conocimiento previo, se podrá atribuir unos significados, de los cuales se construiría un mapa mental del conocimiento. Así se consigue modificar la estructura cognoscitiva, algo que no haría un aprendizaje repetitivo, ya que solo se puede mantener por un periodo corto de tiempo.

Para que el aprendizaje sea significativo han de cumplirse dos condiciones. El contenido debe ser potencialmente significativo desde estos aspectos:

1. Significatividad lógica: A nivel de estructura interna del conocimiento, ha de ser relevante y con una organización clara.

2. Significatividad psicológica: Desde la capacidad para asimilarlo, ha de existir dentro de la estructura cognoscitiva los elementos pertinentes y relacionables con el material de aprendizaje. Ha de existir, pues, una disposición favorable para aprender el nuevo material y relacionarlo con lo que ya sabe previamente.

Resulta obvio que para realizar un aprendizaje no solo ha de existir el material, sino que los componentes motivacionales y emocionales son clave para una buena disposición al aprendizaje y relación entre conceptos. No solo está en juego las capacidades individuales para adquirir conocimiento, en términos de maduración o competencia cognitiva.

Para poder afianzar ese nuevo conocimiento gracias al aprendizaje significativo se necesita de la memorización comprensiva. Construir nuevos significados implica modificar los anteriores y añadir nuevos elementos para formar relaciones. La memorización es comprensiva porque los significados contruidos modifican, se añaden y enriquecen los esquemas cognitivos.

Además, la modificación de los esquemas cognitivos producida por la consecución de un aprendizajes significativo se relaciona directamente con la funcionalidad del aprendizaje realizado, es decir, con la posibilidad de usar lo aprendido para afrontar situaciones nuevas. Cuando lo que se aprende tiene significado no es sólo más agradable ampliar conocimientos: además, estos permanecen bien en la memoria y pueden dar pie a mejores soluciones.

Es importante también identificar los diferentes modelos para manejar el aprendizaje en los servicios clínicos, ya que un enfoque ecléctico de los mismos puede ayudar a proveer de un ambiente educativo dinámico y variado las actividades de enseñanza clínica. Algunos de los modelos más utilizados son los siguientes:

1. Modelo centrado en el paciente. Se le asigna al estudiante un número de pacientes en la sala, a quienes deben hacerle su historia clínica al ingreso y seguirlos durante toda su estancia hospitalaria. Tienen la responsabilidad de presentar al paciente y su evolución durante la visita y de comentar su estado actual, estudios de laboratorio y de gabinete, implicaciones diagnósticas y terapéuticas, etc.

2. Modelo de aprendiz. El estudiante se une a un grupo de trabajo en el servicio clínico, pero no funciona como un miembro del equipo. Hay oportunidades para observar lo que hacen los demás, y eventualmente para practicar procedimientos. Con la interacción gradual con los miembros del equipo el estudiante va adquiriendo confianza en sí mismo y en sus habilidades, sin embargo al no haber enseñanza formal el nivel de la discusión puede estar más allá de su comprensión, y los estudiantes menos competentes pueden ser ignorados. Un peligro es que sólo terminen realizando labores triviales como recoger estudios de laboratorio, conseguir formas de historia clínica, traer, expedientes, etc.

3. Seguir o “sombrear” a un médico residente. Acompañar en todas sus actividades clínicas a un médico joven que esté en entrenamiento, para compartir su trabajo y experiencias de una manera más estrecha y continua.

4. El “pasar visita” en el trabajo clínico. En el entorno del trabajo clínico cotidiano, lleno de presiones y múltiples tareas, el llevar a cabo educación clínica de calidad constituye un verdadero reto. Hay poco tiempo para enseñanza formal, y habitualmente la discusión se centra en un alto nivel para identificar y resolver los problemas del enfermo con los recursos disponibles. Si el educando no posee la iniciativa, conocimientos y confianza en sí mismo suficientes para formar parte integral de las interacciones, es frecuente que se limite a un papel pasivo y observador. El profesor tiene como responsabilidad primaria la atención del enfermo, pero debe estar alerta para detectar y aprovechar las “ventanas de oportunidad” educativas que se presenten durante la visita, y de una manera eficiente y fluida que no retrase o interfiera con la función del servicio debe promover que los educandos participen en la discusión y toma de decisiones en un ambiente que no sea hostil o amenazador. Una ventaja de este modelo es que el educando ve cómo funciona en la vida real el equipo de trabajo como una unidad funcional integral.

5. Sesiones de visita con el Jefe del Departamento. En este modelo se proveen oportunidades para observar a los clínicos más expertos y experimentados en acción, así como presenciar discusión multi profesional de alto nivel. Los educandos pueden sentirse remotos a este despliegue de sapiencia, y no comprender parte de lo que se dice ni sentirse parte de la toma de decisiones, ya que hay poca posibilidad de interacción con el profesor o el paciente.

6. El “pasar visita” como actividad clínica primariamente educativa. Esta visita es efectuada primordialmente para proveer a los estudiantes en grupos pequeños de la oportunidad de ver pacientes seleccionados, con objetivos educativos específicos, supervisados por un profesor que funciona como facilitador o guía. Es importante que el facilitador promueva que todos los educandos participen, ya que de otra manera los más reservados pueden tener menos oportunidades que los más extrovertidos y abiertos.

Durante su estancia en la institución de salud, para el médico residente en periodo de adiestramiento es de gran importancia desarrollar pericia o aptitud en los procedimientos técnicos. En México, los médicos residentes deben laborar ocho horas diarias más guardias, que van de las 16.00 horas a las 8.00 horas del día siguiente, tres o más días a la semana; en ocasiones este tiempo es más prolongado de lo estipulado. Las jornadas extenuantes provocan privación de sueño, que deteriora el rendimiento laboral, fisiológicos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas son trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión y síndrome de desgaste profesional o Bornout.

El síndrome de burnout aparece en la literatura mundial a mediados de los 70's para describir en forma coloquial la actitud de ciertos trabajadores de la salud hacia su labor cotidiana. Una vez descrito, se continuó usando el término y se fueron definiendo gradualmente sus distintos componentes emotivos, hasta llegar

a desarrollar escalas de evaluación para su detección. Con ello, se extendió su aplicación a los diferentes ambientes laborales.

Desde entonces y hasta la fecha, existen numerosos reportes del síndrome y la investigación en el campo es cuantiosa. Curiosamente, y tal vez por la dificultad de una traducción literal, en muchos de ellos, en los diferentes idiomas, el término acuñado inicialmente como burnout, ha permanecido inalterado.

El síndrome descrito como burnout se refiere exclusivamente a la actitud en el desempeño laboral y debe diferenciarse claramente de la depresión clínica que afecta otras esferas de la vida.

El constructo psicológico del síndrome de burnout se caracteriza por agotamiento (exhaustion); despersonalización y cinismo (cynicism) y desmotivación e insatisfacción en el trabajo, que conllevan a un pobre desempeño laboral (ineffectiveness), lo anterior como consecuencia de factores de estrés prolongados tanto en la esfera emocional como en las relaciones interpersonales en el trabajo.

En general se acepta que el factor central desencadenante es el excesivo agotamiento emocional (exhaustion) que gradualmente lleva a quien lo experimenta, a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuente incapacidad de responder adecuadamente a las demandas de servicio. En el proceso de este distanciamiento ocurre una despersonalización caracterizada por indiferencia y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece (cynicism).

Es muy probable que el agotamiento emocional y la indiferencia en el trabajo se traduzcan en ineficacia laboral como resultado de la insatisfacción y de pobres expectativas personales, por lo que algunos autores consideran que la ineficiencia laboral (ineffectiveness), sea más bien el resultado del agotamiento

emocional y de la despersonalización, que un componente propio de el síndrome. Sin embargo, para otros autores, la insatisfacción laboral y el pobre desempeño en el trabajo se desarrollan en forma paralela y consideran a la ineficacia laboral como una parte integral del cuadro del síndrome.

En la práctica docente, repercute en la manera de enseñar: el maestro enseña como le gustaría que le enseñaran a él, es decir, según su propio estilo. Los estilos de aprendizaje pueden cambiar de acuerdo con factores circunstanciales. Conforme avanzan en su proceso de aprendizaje, los alumnos descubren diferentes formas o modos de aprender, por lo tanto, van a variar su estilo dependiendo de las circunstancias, contextos y tiempos de aprendizaje a los que se vayan enfrentando. Los alumnos deben saber que ningún estilo dura toda la vida, sino que conforme avancen en su propio proceso irán descubriendo cómo mejorar ese estilo o los estilos que empleen.

Es importante que los maestros conozcan el estilo de aprendizaje de cada alumno y del grupo en general, para que desarrolle sesiones que conduzcan al logro de aprendizaje significativo en cada uno de ellos.

El análisis de estos estilos ofrece indicadores que ayudan a guiar la interacción de la persona con las realidades existenciales. Facilita un camino, aunque limitado, de auto y hétero reconocimiento.

En los últimos 10 años, en Estados Unidos y Canadá se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo con las que se acumulen 100 a 120 horas semanales, aún frecuentes para los residentes de ambos países. En México, la Ley Federal del Trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño.

En una encuesta a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos, se

observó que trabajar más de 24 horas de forma continua se relacionaba con mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito, así como que el estrés generado por extenuantes jornadas de trabajo aumentaba la tendencia a cometer errores médicos, como los que ocurren al disminuirse la capacidad para realizar un procedimiento previamente conocido o los generados por conflictos familiares o con compañeros de trabajo.

Otro estudio en laboratorio para determinar la presencia de trastornos del sueño evidenció que después de una guardia, los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son similares o incluso superiores a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño y que padecen privación crónica parcial del sueño.

Por su parte, el estado de ánimo y el humor empeoran con la fatiga, como se ha observado en numerosos análisis que mediante índices psicológicos y emocionales miden depresión, ansiedad y confusión en personas con privación de sueño; de ahí que los trabajadores con jornadas laborales prolongadas están más propensos a cometer errores en tareas repetitivas, rutinarias y en las que requieren atención sostenida. La falta de sueño produce efectos sobre la práctica de tareas muy similares a los de la intoxicación alcohólica: 24 horas continuadas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1 %, que provoca descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción y en la memoria visual y el pensamiento creativo.

En médicos en adiestramiento en anestesiología se ha encontrado que los errores en la administración de anestesia epidural dependen de forma significativa e independiente de la hora de realización, de manera que son más frecuentes tras la privación de sueño. Cuando un residente fue sometido a tareas de monitorización anestésica tras una jornada de guardia, fue más proclive a cometer errores que cuando había descansado normalmente; la habilidad de reconocer arritmias en un electrocardiograma se reducía considerablemente después de una

guardia de más de 30 horas. La privación del sueño afecta la coordinación y destreza de los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica: los sometidos a privación de sueño tardaron más tiempo en realizar intervenciones quirúrgicas que quienes habían descansado.

Los médicos residentes que padecen síndrome de desgaste profesional reconocen que su labor asistencial está muy por debajo de los estándares de atención en comparación con la brindada por sus compañeros que no padecen el síndrome. Durante su adiestramiento, los médicos residentes cumplen dos actividades: la formativa y la asistencial médica o quirúrgica. Es un error pensar que el aprendizaje será mejor al trabajar más allá del límite fisiológico; por tanto, es necesario un equilibrio entre las actividades en el hospital y el tiempo dedicado al descanso o esparcimiento.

Convertirse en médico especialista es un proceso complejo que requiere arduo trabajo y si bien en cada época el sistema de residencias médicas se ha llevado a cabo como el mejor posible, es necesaria la renovación constante para mejorar las condiciones de médicos residentes, pacientes y los propios sistemas de salud.

Los programas de residencias médicas son un modelo de formación basado en el aprendizaje en servicio. Después de 3 ó 4 años, un médico residente egresa con una significativa cantidad de conocimientos, destrezas y actitudes que lo han preparado para desarrollar la tarea médica para la cual se formó, con idoneidad y competencia.

Por otro lado encontramos que el médico residente es, por definición operativa, el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que

debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria.

El médico residente labora más de 24 horas al día con personas que sienten y sufren. ¿Por qué no procurarle una dieta en mejores condiciones? Pareciera que la satisfacción laboral del médico residente en las instituciones de salud no tiene prioridad, dado que una mala dieta en un trabajador genera baja productividad y consecuencias a largo plazo en su salud¹³. El médico residente ocupa un lugar muy importante en el mecanismo asistencial del sistema de salud mexicano. Aspecto que no han vislumbrado las instituciones en salud, ni mucho menos las universitarias.

Siguiendo en la misma línea, la práctica clínica de los médicos residentes muchas veces no es supervisada ni retroalimentada. La razón es que estos controles de calidad formativa exceden el número de residentes en relación al número de profesores titulares y adjuntos. Además, las instituciones universitarias y de salud no tienen una articulación operativa y financiera para llevar a cabo controles formativos básicos. Sólo exponen los resultados de supervisión a partir de exámenes de aprendizaje, dejando a un lado la formación integral del médico residente. En este contexto, debemos cuestionar si todos los profesores de las especialidades médicas tienen la capacidad y las herramientas didácticas para la enseñanza. Asimismo, debemos discutir si las unidades receptoras de residentes cuentan con los espacios físicos, aulas, auditorios, computadoras, red de internet, casilleros. Para qué decir, si cuentan con personal capacitado y certificado para impartir las materias de la especialidad.

Aunado a lo anterior, las guardias complementarias –así llamadas para no crear alarma social- siguen siendo cada tercer día (A, B, C), con un horario de entrada a las 16 pm y salida a las 7 am, de lunes a viernes. Los días festivos y fines de semana estas guardias son de 24 horas continuadas, de 8 am a 8 am. Esta situación convierte al médico residente en una suerte de esclavo de las

instituciones de salud, al cual se le ha domesticado su imaginario del deber ser a costa de su propia salud (“la medicina con hambre y fatiga se aprende”). Es importante mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física del trabajador (fuerza de trabajo), y por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales.

En cuanto al aprendizaje mismo, lo encontramos repleto de relaciones de poder dentro de un “currículo oculto”. En ocasiones, este es aprovechado por los médicos en formación de más rango (residentes de segundo, tercero o cuarto año, entre otros) o por médicos adscritos a los servicios. Aquí convergen aspectos informales respecto a la formación académico-científica, entre ellos abusos laborales como el acoso sexual, acoso laboral, discriminación sexual, despotismo (no se le puede dirigir la palabra a un residente superior en rango ni mucho menos al médico de base, nunca se debe cuestionar una orden), castigos físicos (guardias de castigo), castigos económicos (comprar alimentos para todo el servicio), injurias y otros¹⁵. La vida es un aspecto trascendental en el proceso formativo y académico de un profesional que se mezcla con las relaciones de poder, las que terminarán influyendo en la práctica clínica diaria. Así, el resultado es que tenemos médicos especialistas o sub-especialistas que en su relación médico-paciente terminan por ofrecer despotismo, apropiación del cuerpo, desvanecimiento de la otredad, desvirtuación del individuo en su padecer, y que se erigen como creadores y reproductores de verdades absolutas.

Continuando con el abuso de poder, los médicos residentes están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que genera depresión y ansiedad, síndrome de Burnout, relaciones interpersonales inadecuadas entre coetáneos y reproducción social de la cultura de poder de la especialización.

También se ha encontrado asociación con uso de drogas médicas como analgésicos narcóticos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas/estimulantes, al

igual que drogas no médicas como marihuana y cocaína, sumado al alto consumo de alcohol. Un aspecto no menor es el aumento de errores en la interpretación de resultados médicos, así como técnicos asistenciales, secundarios a un importante deterioro de la capacidad psicomotriz. Estos errores médicos generados por privación del sueño, conllevan a una mala evolución del paciente u otros desenlaces más adversos. Podríamos continuar con la cascada de consecuencias físicas y psicológicas producidas por la residencia médica en el especialista en formación. Éste, al final de su formación académico-científica, reproducirá una conducta asistencial repleta de trastornos emocionales y de poder, donde la relación médico-paciente quedará completamente deshumanizada y condenada por esta vorágine de la deformación de los recursos humanos de salud.

Justificación

El síndrome de Bornout es una patología común en los profesionales de la salud con un impacto directo en el aprendizaje del residente de medicina familiar por lo que es necesario identificarlo de manera oportuna para poder lograr prevenir y tratar al residente y establecer una mejora para el proceso enseñanza-aprendizaje

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los tipos de aprendizajes que tienen lo residente y la incidencia del síndrome de Bornout en el Hospital Regional Nezahualcóyotl ISSEMYM?

Hipótesis.

¿Prevalecerá un solo tipo de aprendizaje y existirá el síndrome de Bornout en los residentes de medicina familiar del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Objetivo Principal

Identificar el tipo de aprendizaje que tienen los residentes y la existencia del síndrome de Burnout en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Objetivos Específicos

- Especificar tipos de aprendizaje.
- Distinguir el tipo de aprendizaje de los residentes de medicina familiar.
- Diagnosticar el síndrome de Burnout
- Caracterizar a los Residentes por grado.
- Identificar a los residentes por.
 - nivel de agotamiento emocional
 - nivel de despersonalización
 - nivel de realización personal

Diseño metodológico

Diseño: Encuesta descriptiva

Lugar: Hospital Regional Nezahualcóyotl

Tiempo: Junio 2016 – Marzo de 2018

Población: Residentes de Medicina Familiar, Profesores y Médicos a cargo de residentes de medicina familiar

Selección de la Población

Criterios de Inclusión:

- Hombres y mujeres Residentes de Medicina Familiar de los 3 grados.
- Que acepten participar en el estudio.

Exclusión:

- Médicos no residentes.

Eliminación:

- Encuestas incompletas.

Operacionalización de Variables.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (diagnóstico de burnout)

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras sub escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. (Ver anexo)

Se realizara el cuestionario de Honey-Alonso

El Cuestionario Honey Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA) es un instrumento para diagnosticar los estilos de aprendizaje. Inscrito dentro de los enfoques cognitivos del aprendizaje, se basa en la visión del aprendizaje en línea con Kolb, Juch, Honey y Mumford. Estos autores proponen un esquema del proceso de aprendizaje por la experiencia dividido en cuatro etapas:

- Vivir la experiencia: Estilo Activo.
- Reflexión: Estilo Reflexivo.
- Generalización, elaboración de hipótesis: Estilo Teórico.
- Aplicación: Estilo Pragmático.

CHAEA consta de ochenta preguntas (veinte ítems referentes a cada uno de los cuatro estilos de aprendizaje) a las que hay que responder manifestando acuerdo o desacuerdo. Además se le ha añadido una serie de cuestiones socio académicas, que facilitan un total de dieciocho variables para analizar las relaciones de estas variables y las respuestas a los ítems

VARIABLES:

VARIABLE	DEFICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
Género	Conjunto de los aspectos sociales de la sexualidad, un conjunto de comportamientos y valores (incluso estéticos) asociados de manera arbitraria, en función del sexo	Respuesta al cuestionario en base a Sexo (ANEXO 1)	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Respuesta al cuestionario en base a edad (ANEXO 1)		De Razón
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de matrimonio parentesco, establece derechos y deberes	Respuesta al cuestionario en base a Estado Civil (ANEXO 1)	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo	Nominal
Hijos	Lo que procede, o sale de otra cosa por procreación,	Respuesta al cuestionario en base a Tiene Hijos (ANEXO 1)	SI NO	Escala Nominal
Deporte	Toda aquella actividad física que involucra una serie de reglas o normas a desempeñar dentro de un espacio o área determinada	Respuesta al cuestionario en base a Realiza algún Deporte (ANEXO 1)	SI NO	Escala Nominal
Realización de Actividades Recreativas	Toda actividad realizada por una persona que tenga como fin ocio, entretenimiento y diversión, aislada o simultáneamente con otras actividades o personas.	Respuesta al cuestionario en base a Realiza actividades Recreativas (ANEXO 1)	SI NO	Nominal
Tipo de Actividad Recreativa	Tipo de actividad realizada con fin de ocio, entretenimiento o diversión	Respuesta al cuestionario en base a Tipo de actividad que realiza (ANEXO 1)	CINE LEER VER TELEVISIÓN SALIR DE PASEO IR AL ANTRO VIAJAR	Nominal o de Razón

Persona con la que realiza actividades recreativas	Ser humano acompañante a la realización de actividades recreativas	Respuesta al cuestionario en base (ANEXO 1)	SOLO FAMILIA AMIGOS PAREJA	Nominal o de Razón
Frecuencia con que realiza actividades recreativas	Intervalo de tiempo para la realización de actividades recreativas.	Respuesta al cuestionario en base a Tipo de actividad que realiza (ANEXO 1)	DIARIO CADA TERCER DIA UNA VEZ A LA SEMANA UNA VEZ AL MES OTRA	Nominal o de Razón
Grado de Residencia	Año o grado que se obtiene después de un año de Residencia Medica.	Respuesta al cuestionario en base al año de Residencia Medica	R1 R2 R3	Escala Ordinal

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Investigador: Miguel Angel Cárcamo Morales

Asesor Metodológico: Dr. Oscar Barrera Tenahua

RECURSOS FISICOS:

Área Física: Hospital Regional Nezahualcóyotl ISSEMYM

Formatos de Recolección de Información

Computadora personal para investigación y recopilación de resultado.

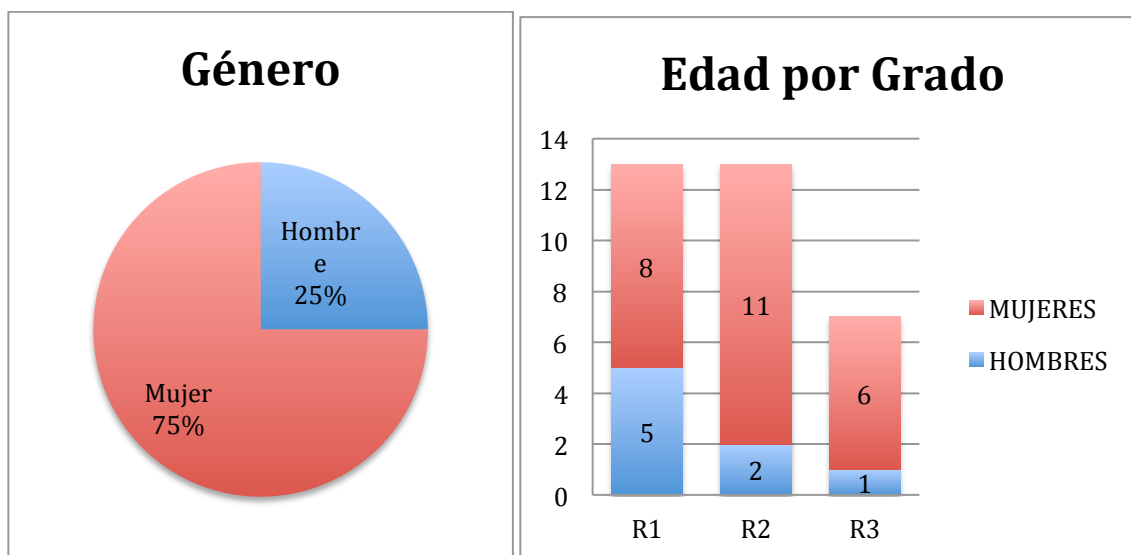
RECUSOS FINANCIEROS:

Aportados por el investigador principal.

Resultados.

Se realizaron 40 encuestas a residentes y se excluyeron 4 por estar incompletas encontrando lo siguiente

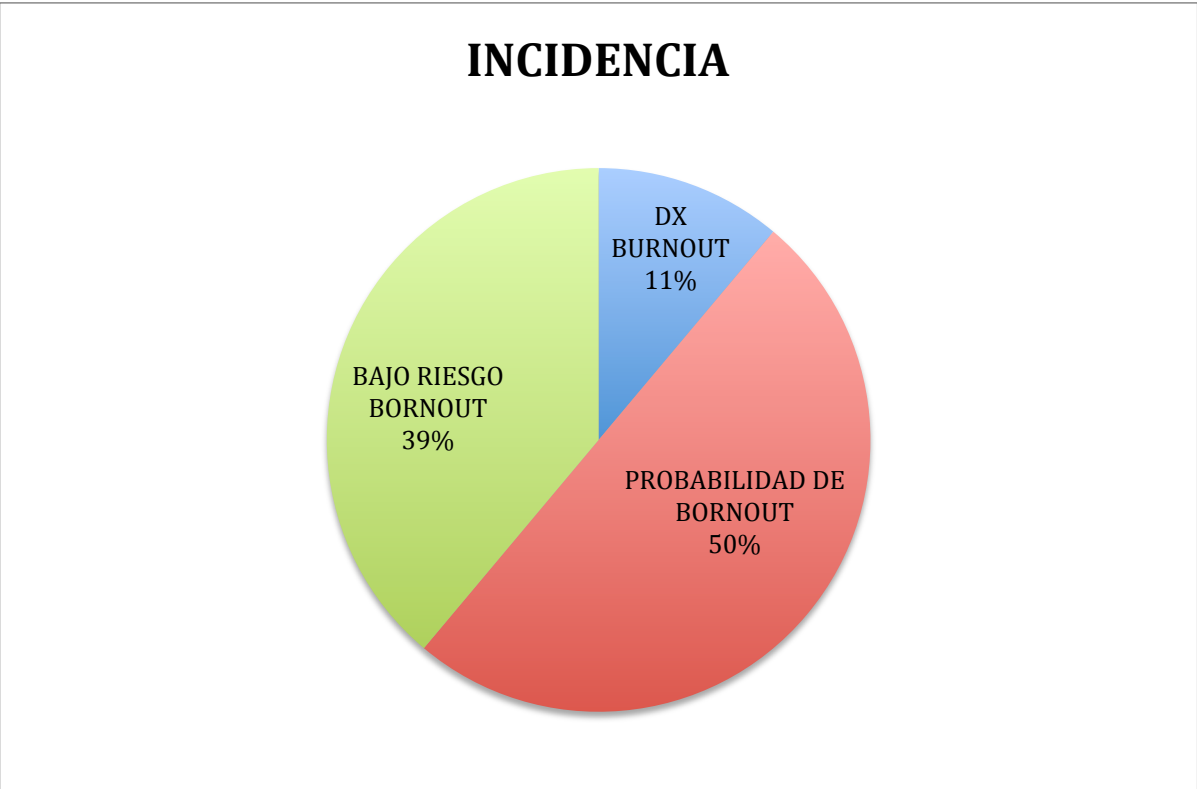
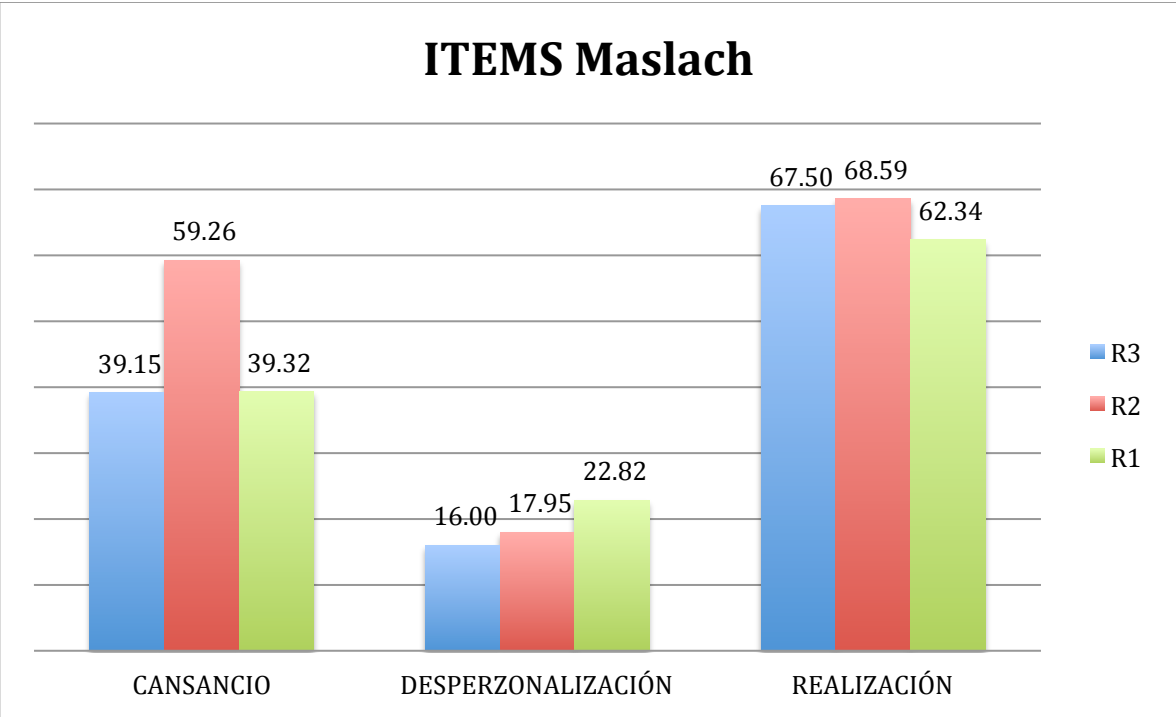
En cuanto al Género podemos observar :



En cuanto a la edad se encuentran entre los 26 y 46 años, y en su estado civil el 44% Solteros, el 39% casados, el 11% unión libre y solo el 6% separados, además de que el 61% cuentan con hijos y siendo sustento importante para la economía familiar ya que el 64% son los que aportan en mayor parte a la economía y teniendo además un rol familiar importante ya que el 44% son padre o madres, el 17% son solamente esposo y el restante 39% se encuentra aun en rol de hijo.

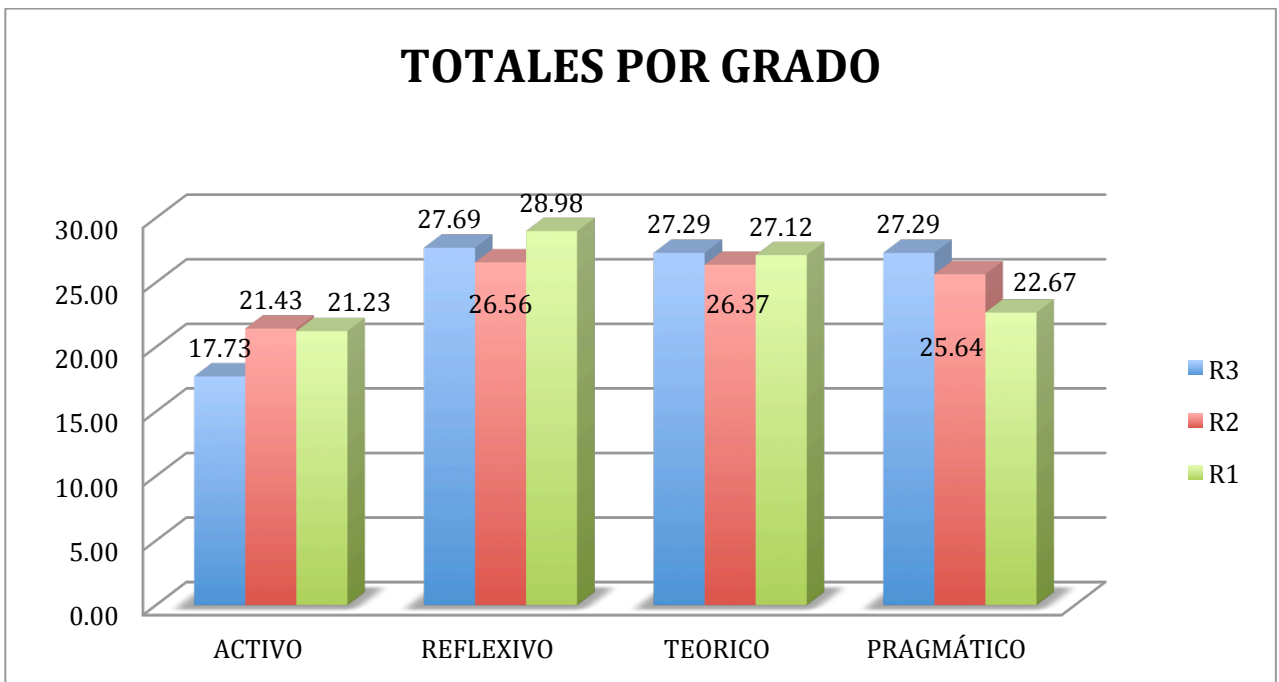
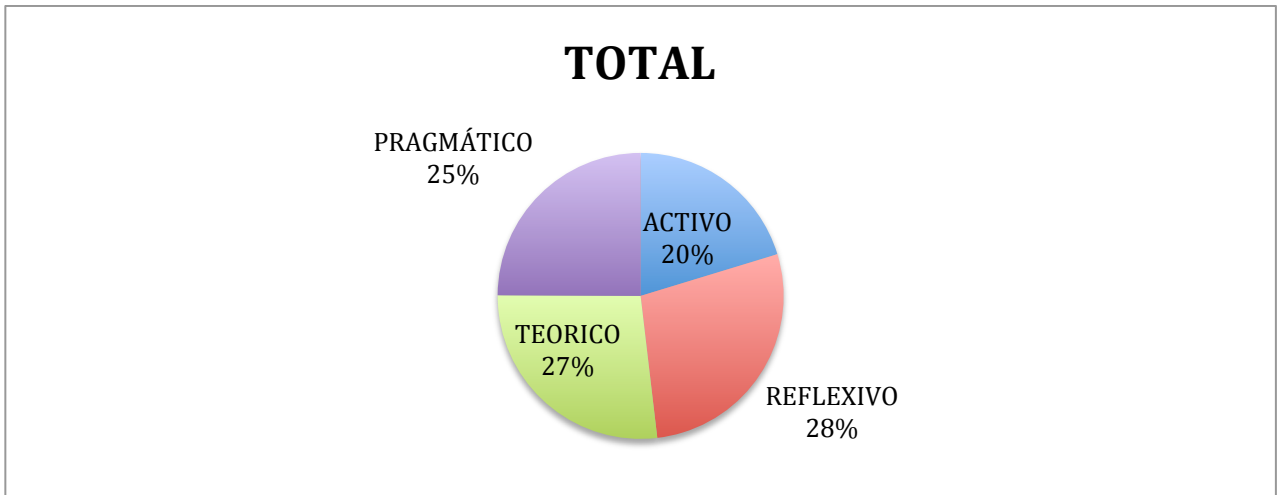
En cuanto a ejercicio se encontro que solamente el 53% lo realizan siendo el genero femenino quien mas lo frecuenta con el 79% y en cuanto a actividades recreativas pudimos observar que el 92% lo realizan siendo el cine, salir de paseo y ver televisión como los tipos de actividades que mas se realizan oscilando entre un 23 y 26% y realizándolas con la familia en un 54% o con la pareja con 26% y realizando estas actividades al menos una vez al mes en un 54%.

En los resultados referentes al instrumento de desgaste profesional de Maslach



Incidencia por grado académico encontramos que la presencia del síndrome de burnout en todos los años académicos siendo el residente del primer año donde mayor prevalece con un 15% , a demás encontramos que la mayor probabilidad de contraer el síndrome es el residente del tercer año con un 60%, y los que presentan menor riesgo son los residentes del segundo año con un 54%.

En cuanto a tipo de aprendizaje



Análisis de resultados

En este trabajo se corrobora la estadística nacional donde el género femenino cuenta con mayor presencia en el ámbito de la salud. Además más del 60% de la población estudiada es el principal sustento familiar.

En cuanto a actividades físicas y/o recreativas encontramos que la mitad de la población realiza ejercicio pero lo realiza en poco tiempo y la mayoría de veces acompañado además de que las actividades recreativas que realizan son de esparcimiento se realizan en mínimo tiempo.

Se detectó presencia del Síndrome de Burnout en el 11% de la población y el 50% de posibilidad de tenerlo, cabe mencionar que los residentes de los 3 años presentan, como mayor ítem el cansancio. Además nuestro estudio confirma que al ser una especialidad médica que se enfoca al contacto estrecho del paciente aumenta la incidencia de este síndrome como lo confirman en el estudio por Aranda Beltrán y colaboradores realizada a Médicos Familiares de la ciudad de Guadalajara.

En cuanto tipo de aprendizaje encontramos que tienen un aprendizaje reflexivo, pragmático y teórico lo cual corresponde con el tipo de aprendizaje médico.

Aunado a esto los residentes tienen a aprender mejor con actividades que los relacionen con la teoría y la práctica y/o cuando ven a los demás hacer algo con el fin de poner en práctica inmediatamente lo aprendido, además aumenta cuando tienen la oportunidad de preguntar e indagar o seguir a partir de un modelo o teoría por que presentan un desafío y cuando piensan antes de actuar.

Conclusiones.

Después de realizar este trabajo se confirma que el aprendizaje médico dependerá de las características de cada residente sin embargo el identificarlo ayudara de mejor manera a planear diversas técnicas para tener un aprendizaje significativo con el fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes a demás se corrobora la presencia del síndrome de bournot en bajo porcentaje sin embargo se encuentra una probabilidad elevada de presentar este síndrome por lo que influye de forma importante para no poder llevar acabo un aprendizaje significativo.

Como ya se ha mencionado en otros trabajos y si entendemos que el aprendizaje médico va relacionado directamente con la forma de enseñanza y que al compararlo con el tipo de aprendizaje de nuestra población podemos ver que los alumnos no tendrán un buen aprendizaje cuando se les fuerza a convertirse en el centro de atención o se apresura entre una actividad y otra, sin tiempo a la planificación, o cuando lo que se aprende no esta relacionado con sus necesidades inmediatas o sin una finalidad aparente, o actuar sin un fundamento teórico esto aumenta de forma importante el cansancio y/o despersonalización lo que aumentara la incidencia del síndrome de bornout.

Es de suma importancia a mi parecer, trabajar en la prevención de este síndrome y que se ignora en muchos casos, a demás es imperativo trabajar y identificar de mejor manera el tipo de aprendizaje de los residentes y sobre todo la metodología de enseñanza que se emplea, ya que al no ser una forma adecuada el aprendizaje no se llevara de forma adecuada lo que fomentará a mi parecer la despersonalización de los residentes.

Por lo que entendiendo esto se podrán mejorar la calidad de aprendizaje médico, esto viéndose reflejado en una mejor atención al paciente y cometiendo menos errores ya que se podrá tener realmente un aprendizaje significativo.

ETICA

Según el REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y basándonos en el TITULO SEGUNDO, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, que menciona en el Artículo 17". Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en 3 categorías", y el estudio que realizaremos se engloba dentro de la categoría mencionada en la fracción II de dicho artículo, el cual textualmente dice que es una Investigación con riesgo mínimo.

Ante cualquier eventualidad podremos hacer valer el ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Y siempre tomaremos en cuenta ante cualquier suceso inesperado el ARTICULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Previo a la aplicación de cada cuestionario se realizará un Consentimiento informado basados en el ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Anexos

ANEXO 1.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Subraye la respuesta que usted considere adecuada, en caso de ser necesario responda con letra legible y de molde.

GENERO: 1.-FEMENINO 2.-MASCULINO

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: 1.-SOLTERO 2.-UNION LIBRE 3.-CASADO 4.-SEPARADO 5.-DIVORCIADO

TIENE HIJOS: 1.-SI 2.-NO **CUANTOS:** _____

REALIZA DEPORTE: 1.-SI 2.-NO **CUAL:** _____

CON QUE FECUENCIA REALIZA EL DEPORTE:

1.-DIARIO 2.-CADA TERCER DIA 3.-UNA VEZ A LA SEMANA 4.-UNA VEZ AL MES 5.-OTRA

REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS: 1.-SI 2.-NO

QUE TIPO DE ACTIVIDADES: (PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA)

1.-CINE 2.-LEER 3.-VER TELEVISION 4.-SALIR DE PASEO 5.-IR AL ANTRO 6.-VIAJAR

CON QUIEN LAS REALIZA:

1.-SOLO 2.-CON LA FAMILIA 3.-CON AMIGOS 4.-CON SU PAREJA

CADA CUANTO REALIZA ESTAS ACTIVIDADES:

1.-DIARIO 2.-CADA TERCER DIA 3.-UNA VEZ A LA SEMANA 4.-UNA VEZ AL MES 5.-OTRA

GRADO: 1.-PRIMERO 2.-SEGUNDO 3.-TERCERO

HACE CUANTO TIEMPO TUVO SU ULTIMO PERIODO VACACIONAL (Especifique fecha, de no recordarla especifique mes y año, o tiempo atrás aproximado):

EL DIA DE HOY SE ENCUENTRA DE: 1.-GUARDIA 2.-POSGUARDIA 3.-PREGUARDIA 4.- NO HAGO GUARDIAS

MARQUE CON UNA (X) LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU CASA:

() PADRE () MADRE () ESPOSA (O) () HIJO (S)
() SUEGRA (O) () TIO (A) () SOBRINO (A) () HERMANO (A)
() PRIMO (A) () ABUELO (A) () OTRO () YO

¿QUIEN ES EL JEFE DE SU FAMILIA? (SE REFIERE A LA PERSONA QUE MAS APORTA ECONOMICAMENTE AL HOGAR)

a. PADRE b. MADRE c. YO d. ESPOSA

¿CUAL ES EL ROL QUE TIENE EN SU FAMILIA?

a. PADRE b. MADRE c. HIJO d. ESPOSA (O) SIN HIJOS e. VIVO SOLO

Anexo 2

INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH

NUNCA UNA VEZ AL UNA VES AL ALGUNAS UNA VEZ A VARIAS DIARIAMENTE
 AÑO O MES O VECES AL LA SEMANA VECES A LA SEMANA

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							

Anexo 3

CUESTIONARIO HONEY-ALONSO DE ESTILOS DE APRENDIZAJE (CHAEA)

**No es un Test de inteligencia ni de personalidad
No hay limite de tiempo para contestar el cuestionario
No hay respuestas correctas o erróneas**

**Instrucciones para responder el cuestionario.
Si estas de más de acuerdo que en desacuerdo con la oración pon un
signo de mas (+)
Si por el contrario estas mas en desacuerdo que de acuerdo pon un signo
de menos (-)**

1. Tengo fama de decir lo que pienso claramente y sin rodeos.	()
2. Estoy segur@ de lo que es bueno y lo que es malo, lo que esta bien y lo que esta mal.	()
3. Muchas veces actúo sin mirar las consecuencias.	()
4. Normalmente trato de resolver los problemas metódicamente y paso a paso.	()
5. Creo que los formalismos coartan y limitan la actuación libre de las personas.	()
6. Me interesa saber cuales son los sistemas de valores de los demás y con que criterios actúan.	()
7. Pienso que el actuar intuitivamente puede ser siempre tan valido como actuar reflexivamente.	()
8. Creo que lo más importante es que las cosas funcionen.	()
9. Procuo estar al tanto de lo que ocurre aquí y ahora.	()
10. Disfruto cuando tengo tiempo para preparar mi trabajo y realizarlo a conciencia.	()
11. Estoy a gusto siguiendo un orden, en las comidas, en el estudio, haciendo ejercicio regularmente.	()
12. Cuando escucho una nueva idea enseguida comienzo a pensar como ponerla en práctica.	()
13. Prefiero las ideas originales y novedosas aunque no sean prácticas.	()
14. Admito y me ajusto a las normas solo si me sirven para lograr mis objetivos.	()
15. Normalmente encajo bien con personas reflexivas, y me cuesta sintonizar con personas demasiado espontáneas, imprevisibles.	()
16. Escucho con más frecuencia que hablo.	()
17. Prefiero las cosas estructuradas a las desordenadas.	()
18. Cuando poseo cualquier información, trato de interpretarla bien antes de manifestar alguna conclusión.	()
19. Antes de hacer algo estudio con cuidado sus ventajas e inconvenientes.	()
20. Crezco con el reto de hacer algo nuevo y diferente.	()
21. Casi siempre procuro ser coherente con mis criterios y sistemas de valores. Tengo principios y los sigo.	()
22. Cuando hay una discusión no me gusta ir con rodeos.	()
23. Me disgusta implicarme afectivamente en mi ambiente de trabajo. Prefiero mantener relaciones distantes.	()
24. Me gustan más las personas realistas y concretas que las teóricas.	()
25. Me gusta ser creativ@, romper estructuras.	()

26. Me siento a gusto con personas espontáneas y divertidas.	()
27. La mayoría de las veces expreso abiertamente cómo me siento.	()
28. Me gusta analizar y dar vueltas a las cosas.	()
29. Me molesta que la gente no se tome en serio las cosas.	()
30. Me atrae experimentar y practicar las últimas técnicas y novedades.	()
31. Soy cauteloso@ a la hora de sacar conclusiones.	()
32. Prefiero contar con el mayor número de fuentes de información. Cuantos más datos reúna para reflexionar, mejor.	()
33. Tiendo a ser perfeccionista.	()
34. Prefiero oír las opiniones de los demás antes de exponer la mía.	()
35. Me gusta afrontar la vida espontáneamente y no tener que planificar todo previamente.	()
36. En las discusiones me gusta observar cómo actúan los demás participantes.	()
37. Me siento incómodo@ con las personas calladas y demasiado analíticas.	()
38. Juzgo con frecuencia las ideas de los demás por su valor práctico.	()
39. Me agobia si me obligan a acelerar mucho el trabajo para cumplir un plazo.	()
40. En las reuniones apoyo las ideas prácticas y realistas.	()
41. Es mejor gozar del momento presente que deleitarse pensando en el pasado o en el futuro.	()
42. Me molestan las personas que siempre desean apresurar las cosas.	()
43. Aporto ideas nuevas y espontáneas en los grupos de discusión.	()
44. Pienso que son más conscientes las decisiones fundamentadas en un minucioso análisis que las basadas en la intuición.	()
45. Detecto frecuentemente la inconsistencia y puntos débiles en las argumentaciones de los demás.	()
46. Creo que es preciso saltarse las normas muchas más veces que cumplirlas.	()
47. A menudo caigo en cuenta de otras formas mejores y más prácticas de hacer las cosas.	()
48. En conjunto hablo más que escucho.	()
49. Prefiero distanciarme de los hechos y observarlos desde otras perspectivas.	()
50. Estoy convencido@ que deber imponerse la lógica y el razonamiento.	()
51. Me gusta buscar nuevas experiencias.	()
52. Me gusta experimentar y aplicar las cosas.	()
53. Pienso que debemos llegar pronto al grano, al meollo de los temas.	()
54. Siempre trato de conseguir conclusiones e ideas claras.	()
55. Prefiero discutir cuestiones concretas y no perder el tiempo con charlas vacías.	()
56. Me impaciento cuando me dan explicaciones irrelevantes e incoherentes.	()
57. Compruebo antes si las cosas funcionan realmente.	()
58. Hago varios borradores antes de la redacción definitiva de un trabajo.	()
59. Soy consciente de que en las discusiones ayudo a mantener a los demás centrados en el tema, evitando divagaciones.	()
60. Observo que, con frecuencia, soy un@ de los más objetivos y desapasionados en las discusiones.	()
61. Cuando algo va mal le quito importancia y trato de hacerlo mejor.	()
62. Rechazo ideas originales y espontáneas si no las veo prácticas.	()
63. Me gusta sopesar diversas alternativas antes de tomar una decisión.	()
64. Con frecuencia miro hacia delante para prever el futuro.	()

65. En los debates y discusiones prefiero desempeñar un papel secundario antes que ser el/la líder o el/la que más participa.	()
66. Me molestan las personas que no actúan con lógica.	()
67. Me resulta incomodo tener que planificar y prever las cosas.	()
68. Creo que el fin justifica los medios en muchos casos.	()
69. Suelo reflexionar sobre los asuntos y problemas.	()
70. El trabajar a conciencia me llena de satisfacción y orgullo.	()
71. Ante los acontecimientos trato de descubrir los principios y teorías en que se basan.	()
72. Con tal de conseguir el objetivo que pretendo soy capaz de herir sentimientos ajenos.	()
73. No me importa hacer todo lo necesario para que sea efectivo mi trabajo.	()
74. Con frecuencia soy una de las personas que más anima las fiestas.	()
75. Me aburro enseguida con el trabajo metódico y minucioso.	()
76. La gente con frecuencia cree que soy poco sensible a sus sentimientos.	()
77. Suelo dejarme llevar por mis intuiciones.	()
78. Si trabajo en grupo procuro que se siga un método y un orden.	()
79. Con frecuencia me interesa averiguar lo que piensa la gente.	()
80. Esquivo los temas subjetivos, ambiguos y poco claros.	()

Bibliografía.

1. Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención, Revista de psicología científica, 2012 (78). ISSN: 2011-2521 Obtenido el 04 de junio del 2012 www.PsicologiaCientifica.com
2. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG, Torres López TM, Aldrete Rodríguez MG, Pérez Reyes MB, Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México; Revista Cubana de Salud Publica 2005, <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/>
3. Hernández García TJ, Terán Varela OE, Navarrete Zorrilla DM, León Olvera A, El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de Medición. 2007 5 : 50-68
4. Hernández Vargas CI, Dickinson ME, Fernández Ortega MA, El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos; 2008, Rev Fac Med UNAM 51(1): 11-14
5. Caballero Domínguez CC, Hederich C, Palacio Sañudo JE; El Burnout Académico: Delimitación del Síndrome y Factores asociados con su aparición; Revista Latinoamericana de Psicología (42)1 2010: 131-146.
6. Domínguez Fernández JM, Herrera Clavero F, Villaverde Gutiérrez MC, Padilla Segura I, Martínez Bagur ML, Domínguez Fernández J; Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta; 2011, Aten Primaria 612: 2-8
7. Lifshitz A, Ruvalcaba Cervantes VA. Enseñanza de la Clínica. En: Lifshitz A (Ed.). Educación Médica. Enseñanza y Aprendizaje de la Clínica. Editorial Auroch: Edo. Méx. 1997. 98-111.
8. Varela_Rueda CE. La especialización en Medicina Familiar en México. Bol Med IMSS. 1972; 14 (7): 205
9. Varela-Rueda CE. La enseñanza y la práctica de la medicina familiar en algunos países. Bol Med IMSS. 1973; 15 (12): 425-27.

10. Ruiz MA. Prevalencia del síndrome de Burnout en Médicos de atención primaria de las clínicas de Medicina Familiar de la Zona norte del ISSSTE. [Tesis de especialidad de medicina familiar]. Facultad de medicina. UNAM/ISSSTE. México; 2005.
11. Alonso, C., Gallego, D., & Honey, P. (2012). Los estilos de aprendizaje Procedimientos de diagnóstico y mejora (Octava ed.). Bilbao: Mensajero.
12. Bernal, C. (2006). Metodología de la investigación. México: Pearson.
13. Blumen, R. y. (2011). Universitarios en educación a distancia: estilos de aprendizaje y rendimiento académico. Revista de Psicología, 29, 228.
14. Álvarez de la Cadena SC. Ética odontológica. México: Facultad de Odontología, UNAM, 1988.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Masson; 1999
16. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Paídos; 1995.
17. Carrillo FL. La responsabilidad profesional del médico 2ª ed. México Porrúa; 1988.