



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 15

TITULO DE LA TESIS:

**“FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL DESARROLLO DEL SINDROME DE
BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 15 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

HERNANDEZ SILVA BRENDA LUCIA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

Nancy García Cervantes

Clara Ivette Hernández

José Ángel Toledo Rojas

CIUDAD DE MEXICO, AGOSTO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

BRENDA LUCIA HERNANDE SILVA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

MTRA. LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 15, IMSS

DRA. DORALIS VILLANUEVA ISIDOR
JEFA DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 15, IMSS

DRA. NANCY GARCIA CERVANTES
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDA DE MEDICINA FAMILIAR NO.15,
IMSS

ASESORES DE TESIS

Nancy Garcia Cervantes
Médico Familiar

José Ángel Toledo Rojas
Médico Internista

Clara Ivette Hernández Vargas
Doctora en Psicología

CIUDAD DE MEXICO AGOSTO 2018

**“FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**BRENDA LUCIA HERNANDEZ SILVA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 15**

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

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

DATOS DEL ALUMNO	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE UNIVERSIDAD FACULTAD CARRERA NUMERO DE CUENTA	HERNANDE Z SILVA BRENDA LUCIA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE MEDICINA MEDICINA FAMILIAR 303281089
DATOS DEL ASESOR	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATER NOMBRE	GARCIA CERVANTES NANCY
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATER NOMBRE	TOLEDO ROJAS JOSE ANGEL
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATER NOMBRE	HERNANDEZ VARGAS CLARA IVETTE
DATOS DE LA TESIS	
TITULO NUMERO DE PAGINAS AÑO	“ FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “ 56 2018

Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Marco Teórico	2
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. OBJETIVO	16
5.1 Objetivo General	16
5.2 objetivo Específico	17
5. HIPOTESIS	17
6 MATERIAL Y MÉTODOS	17
6.1 periodo y sitio de estudio	17
6.2 Universo de trabajo	17
6.3 unidad de análisis	17
6.4 criterios de selección	18
6.5.1 criterio de inclusión	18
6.5.2 criterios de exclusión	18
6.5.3 Criterios de eliminación	18
7 VARIABLES	19
7.1 Operación de variables	19
7.2 Descripción del estudio	19
8 CONSIDERACIONES ETICAS	23
9 RECURSOS	34
9.1 Humanos	34
9.2 Materiales	34
9.3 Económicos	34
9.4 Factibilidad	34
10 RESULTADOS	35
11 DISCUSION	41
12 CONCLUSIONES	43
13 BIBLIOGRAFIA	44
14 ANEXOS	46
21.2 Hoja de Recolección de datos	47
21.1 Hoja de consentimiento informados	49

1. RESUMEN

Factores que se relacionan con el desarrollo del síndrome de Burnout en el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro social.

Antecedentes: Debido a la prevalencia existente del síndrome de Burnout y la afectación en el personal médico así como las consecuencias a nivel personal profesional que estas conllevan se debe de proponer soluciones para este síndrome. **Objetivos.** Identificar los factores que se relacionan con el desarrollo de Burnout en el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluar las principales variables sociodemográficas y laborales en el personal de salud de la UMF No. 15, medir los niveles en las tres dimensiones valoradas en la MBI (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), identificar el nivel del síndrome de Burnout en el personal de salud de la UMF No. 15. **Material y método.** Se realizara un estudio descriptivo transversal prospectivo, se aplicara un cuestionario a los médicos adscritos a la unidad de medicina familiar numero 15, delegación sur, de ambos turnos del periodo de enero del 2018 a Febrero del 2018, el cual consta de 22 preguntas las cuales evaluaran el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. **Recursos Financieros:** proporcionados por el investigador. **Recursos Materiales:** se utilizaran los consultorios de los médicos adscritos a la unidad **Experiencia del grupo:** Se cuenta con el apoyo de enseñanza de la clínica UMF. No 15 del IMSS, lo cual permitirá realizar el trabajo de investigación. La investigación estará respaldada por la Dra. Clara Ivette Hernández Vargas quien se ha dedicado a estudiar el síndrome de burnout en la Subdivisión de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM **Palabras clave:** Síndrome de Burnout, Factores socio demográficos y variables laborales

ABSTRACT

Factors associated to the development of Burnout syndrome in medical employees at the Family Medicine Unit (UMF) number 15, which is part of the Mexican Institute of Social Security (IMSS).

Background: Due to evidence pointing the existence of Burnout syndrome affecting medical staff and taking into account the consequences not only at personal level but also at professional level related to this syndrome, we must find and propose solutions. **Objectives:** 1) Identify the causes associated to the development of Burnout syndrome in medical employees at the Family Medicine Unit number 15, of the Mexican Institute of Social Security. 2) Evaluate the main socio-demographic and job related factors in the medical staff at UMF number 15. 3) Measure the levels in three dimensions of the MBI such as emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. 4) Identify the level of Burnout syndrome in medical employees at UMF number 15. **Method:** A prospective cross-sectional descriptive study will be carried out. Also, a questionnaire will be applied to all of the medical staff from the January-February 2018 period of both shifts currently working at UMF number 15. The test consists of 22 questions which will assess emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. **Financial resources:** researcher will be responsible. **Material resources:** the doctors' offices assigned to the Unit will be used. **Experience of the group:** Teaching support is provided by the UMF number 15, which will help to the development of the research project. The research will be supported by Dr. Clara Ivette Hernández Vargas who has dedicated herself to study Burnout syndrome in the Family Medicine Branch of the Graduate Unit of the School of Medicine at UNAM. **Keywords:** Burnout syndrome, socio-demographic factors and job related factors.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un trastorno que altera la salud de los individuos desencadenado por el estrés donde se evidencio la pérdida del equilibrio homeostático de un individuo y manifestaciones en el sistema biológico con repercusión a nivel psicológico y fisiológico de un individuo, estas manifestaciones fueron demostradas de forma empírica por el Doctor Hans Selye en 1936, describiendo 3 etapas del estrés : alarma o reacción, adaptación y agotamiento o descompensación cuando se llega a esta última etapa el individuo pierde la capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que genera dicho estrés así mismo se logran describir los cambios anatómicos generados por el constante estímulo al que se somete, como el crecimiento de las suprarrenales, atrofia del timo, de los ganglios linfáticos, incremento del tono cardiovascular, supresión del sistema inmune así como úlceras gástricas, estas experiencias estresante pueden generar experiencias negativas en algunas funciones cerebrales sin embargo se ha demostrado que estas mismas experiencias estresantes son causantes de una respuesta efectiva en tiempo real ante una amenaza que pone en riesgo nuestra vida, si bien es importante contar con este tipo de mecanismos adaptativos y de respuesta, también es dañino la persistencia de vivir en estrés constante que nos llevara a la larga a un agotamiento, desgaste y desmotivación ya sea en nuestra labor diaria por las demandas excesivas de fuerza y energía

1. MARCO TEORICO

El psiquiatra Herbert J. Freudenberger, en 1974 realizó una investigación donde observaba que en la clínica de toxicómanos en Nueva York de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, llegando al agotamiento, con síntomas de ansiedad y depresión y desmotivación en su trabajo en consecuencia demostrando agresividad con los pacientes. En esta investigación dio pie a definir por primera vez el Burnout, describiéndolo como falla, desgaste o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante fue en ese momento cuando se introdujo el término Burnout por primera vez en la literatura médica¹

Posterior a los resultados que generados por el psiquiatra Freudenberger, comenzaron las investigaciones descriptivas y superficiales donde relataban los infortunios del Burnout; en 1979 Storlie lo describía como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes, Reidl (1977) el planteo la deshumanización a los clientes.

En los ochenta se insiste preferentemente en las disfunciones laborales que entrañaban el "Burnout". Cronin-Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una

1

respuesta inadecuada, emocional y conductual, a los estresores ocupacionales, Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea y McDonnell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés laboral.²

Para 1981 Cristina Maslach y Michael P. Leiter describen al Síndrome de Burnout definiéndolo como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño laboral y personal, actualmente es de las definiciones cuya aceptación siguen vigente y se utilizan hoy en día; su importancia y su impacto a la sociedad es debido a consecuencia que se tienen en la calidad de vida y la salud mental no solo del personal que lo padece si no del que recibe atención. Hay infinidad de publicaciones sobre la prevalencia de este síndrome, dentro de estos existe un grupo de profesiones vulnerables para padecerlo, de estos se encuentran los prestados de servicios de salud siendo principalmente los médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, ocasionando una insatisfacción en los servicios otorgados y en la calidad, sin contar el impacto a la salud del individuo, el paciente también sufre de las consecuencia, generando apatía por su médico, mal apego a su tratamiento, desmotivación, baja calidad en la prestación del servicio y por ultimo paciente que abandonan su consulta por evitar al médico. En lo que respecta al personal médico los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los

2

anestesiólogos en un 44%^{5,7}. Para algunos autores todos los médicos en algún momento de su carrera presentan sintomatología de este síndrome

Es importante mencionar que la afectación tiene características específicas en los individuos entre sus principales dimensiones están las siguientes:

1. Disminución de la autorrealización personal que se presenta cuando se otorga un servicio dentro de la relación médico – paciente. Existen crisis o problemas por los que está sufriendo el paciente, este busca una solución toda vez que presenta infinidad de sentimientos y emociones cargadas tale como, frustración si esta no ha podido ser resuelta, dolor , miedo por una determinada situación, cuando el prestador de servicio no es asertivo en sus respuestas y/o estas no son satisfactorias a las expectativas ya generadas por el usuario se generan situaciones de frustración de ambos lados; por parte del médico pueden ser acumulativas ocasionando a lo largo del tiempo se manifestaran con pesimismo durante el ejercicio de su profesión y debido a que estas situaciones se repiten con frecuencia entre cada paciente varias veces al día el médico desmotivado, fracaso profesional, sentimientos de inadecuación; y es aquí donde se pone entredicho su competencia profesional
2. El cansancio emocional caracterizado por el paso del tiempo y la rutina profesional de las circunstancias se va incrementando la sensación de agotamiento físico y emocional, al grado de fastidio y no querer atender

más pacientes, lo que lo lleva a no poder ofrecer esa calidez y empatía hacia las situaciones presentadas de los pacientes, ya que la mayoría y gran parte de la población usuaria son personas de la tercera edad, y aunado a que muchos de ellos solo necesitan ser escuchados. El médico pierde esa capacidad de reconfortar y escuchar a sus pacientes y se manifiesta una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de la autoestima.

3. La despersonalización es la etapa final donde el prestador de servicio desarrolla actitudes pesimistas y sentimientos negativos para con los usuarios del servicio demostrando poco interés y poca empatía por los padecimientos por lo que cae en un trato deshumano, indiferente, grosero manifestado por rapidez en la consulta y poco o nulo contacto visual y con actitud de cinismo.³

Todos estas características que desarrollan dependerá del tipo de personalidad de cada individuo así como de otros factores socio demográficos y propios del individuo y la vulnerabilidad, se ha visto que es dependiente del tiempo , la antigüedad de los prestadores de servicio, la edad , la estabilidad y el compromiso que tengan de forma personal (casados, unión libre o solteros) ya que se ha observado que los prestadores de servicio casados tienden a tener un factor protector para esta manifestaciones, así como la edad menores de 30 años y mayores de 50 tienden a estar en menos riesgo; el sexo femenino debido a la

3

exigencia de roles adoptados por la sociedad y en cumplimiento de ellos tienden a ser más vulnerables en la afectación de este padecimiento.

Dentro de los estudios existentes en Latinoamérica se ha descrito la prevalencia del Síndrome de Burnout, en personal de la salud con diferente grado de estudios y en formación de los cuales se encuentra, Argentina con 42% de los médicos residentes de pediatría lo padecen; en Brasil, se ha reportado una prevalencia de este síndrome en el 24.1% del personal de salud adscrito a la unidad de primer nivel en Chile, se ha informado una prevalencia de 20% en el personal de salud que labora en el servicio de psiquiatría de unidades médicas de 2º nivel. En Colombia, se registró una prevalencia de 66.7% en médicos, 43% en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, de 9.1% en médicos internos de pregrado y del 20% en médicos especialistas en cirugía. En Costa Rica, se ha observado en el 72% de los médicos residentes. En Cuba, se mostró que poco más del 30% del personal médico del primer y segundo nivel de atención presentan Síndrome de Burnout; En España, se ha encontrado que el 14.9% de los profesionales de la salud residentes en ese país presenta el síndrome en cuestión, observándose variaciones al interior del país de una región a otra, informándose por ejemplo, una prevalencia de 13.9% en personal de salud de hospitales de municipales y de 41.6% en personal de salud de unidades médicas de tercer nivel.

En México, en el personal de salud de la Ciudad de Guadalajara se ha observado que el 41.8% de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del

Estado (ISSSTE) presentan Burnout; entre ambas instituciones sin embargo se encuentran diferencias puntuales, por ejemplo, que al explorar el Síndrome sólo en los trabajadores del ISSSTE, la prevalencia es de 36.6% , mientras que al estudiar sólo a los trabajadores del IMSS, la prevalencia es de 42.3%; asimismo, en esta misma ciudad se ha observado que el 27% de los estudiantes de odontología se encuentran afectados por este padecimiento. De igual forma , en el Estado de Baja California, en donde se encontró que el 44% de los anesthesiólogos presentó el síndrome⁴.

La relevancia de la enfermedad y su prevalencia en Latinoamérica es importante establecer el diagnóstico y los factores de riesgo, así como proponer soluciones para su prevención o tratamiento, entendiendo que este síndrome es un proceso, más que un estado y se han podido establecer 4 estadios de evolución de la enfermedad, aunque éstos no siempre están bien definidos:

Leve: síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.

Moderada: aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la automedicación.

Grave: mayor en ausentismo, aversión por la tarea, cinismo, abuso de alcohol y psicofármacos.

Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

4

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatología constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, estos elementos se evalúan a través del MBI (Maslach Burnout Inventory).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis.

Factores que influyen en el desarrollo del burnout.

Los factores que más se han estudiado como variables que intervienen en el desarrollo del síndrome de Burnout son:

Características del puesto y el ambiente de trabajo: La empresa es la que debe organizar el trabajo y controlar el desarrollo del mismo. Corresponde a ella la formación del empleado, delimitar y dejar bien claro el organigrama para que no surjan conflictos, especificar horarios, turnos de vacaciones. Debe funcionar como sostén de los empleados y no como elemento de pura presión. La mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso. Ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones. La atmósfera se tensa y comienza la hostilidad entre el grupo de trabajadores. Según los expertos, el sentimiento de equipo es indispensable para evitar el síndrome.

- Los turnos laborales y el horario de trabajo: para algunos autores, el trabajo por turnos y el nocturno facilita la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardíacos, del

ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.

- La seguridad y estabilidad en el puesto: en épocas de crisis de empleo, afecta a un porcentaje importante de personas, en especial a los grupos de alto riesgo de desempleo (jóvenes, mujeres, las personas de más de 45 años).

- La antigüedad profesional, aunque no existe un acuerdo claro de la influencia de esta variable, algunos autores han encontrado una relación positiva con el síndrome manifestada en dos períodos, 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 mayor nivel de asociación con el síndrome.

- El progreso excesivo o el escaso, así como los cambios imprevistos y no deseados son fuente de estar en tensión. El grado en que un cambio resulta estresante depende de su magnitud, del momento en que se presenta y del nivel de incongruencia con respecto a las expectativas personales.

- La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones, suelen producir transformaciones en las tareas y puestos de trabajo, que incluyen cambios en los sistemas de trabajo, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas. Las demandas que plantean las nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios con multiplicidad de factores y estresores, entre los cuales se puede mencionar: la necesidad de capacitación, miedo a ser desincorporado, incremento de control y monitorización del desempeño, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa, posibilidades de

aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional.

- La estructura y el clima organizacional, cuanto más centralizada sea la organización en la toma de decisiones, cuanto más compleja (muchos niveles jerárquicos), cuanto mayor es el nivel jerárquico de un trabajador, cuanto mayores sean los requerimientos de formalización de operaciones y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presente el síndrome de Burnout.

- Oportunidad para el control, una característica que puede producir equilibrio psicológico o degenerar en Burnout, es el grado en que un ambiente laboral permite al individuo controlar las actividades a realizar y los acontecimientos.

- Retroalimentación de la propia tarea, la información retroalimentada sobre las propias acciones y sus resultados es, dentro de ciertos límites, un aspecto valorado por las personas en el marco laboral. La retroalimentación o feedback de la tarea, ha sido definido como el grado en que la realización de las actividades requeridas por el puesto proporciona a la persona información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño. La investigación realizada al respecto muestra por lo general que los trabajadores que ocupan puestos con esta característica presentan mayores niveles de satisfacción y de motivación intrínseca, y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que ocupan puestos en donde esta retroalimentación falta o es insuficiente.

- Las relaciones interpersonales, son de forma habitual valoradas en términos positivos. Diversos teóricos de la motivación han señalado que la afiliación es uno de los motivos básicos de la persona. Los ambientes de trabajo que promueven el

contacto con la gente serán, por lo general, más beneficiosos que aquellos que lo impiden o lo dificultan. De hecho, las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción. Esto no significa que las relaciones interpersonales en el trabajo siempre resulten positivas, con cierta frecuencia se traducen en uno de los desencadenantes más severos e importantes, sobre todo cuando son relaciones basadas en desconfianza, sin apoyo, poco cooperativas y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de un grupo u organización.

- El salario es un factor que afectaría al desarrollo de Burnout en los trabajadores, ya que la mayoría de los trabajadores se encuentra inconforme con la percepción de sueldo remunerado ya que se piensa que vale aun más su nivel de obligaciones desempeñadas en el puesto contra el salario percibido
- La estrategia empresarial puede causar el Burnout: empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores; aquéllas que no gastan en capacitación y desarrollo de personal, aquéllas en las que no se hacen inversiones en equipo y material de trabajo para que el personal desarrolle adecuadamente sus funciones, limitan los descansos.

Algunas de las variables socio demográficas estudiadas son:

- 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, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de Burnout hallaremos.

- El sexo en el Burnout tiende a ser más frecuente en la mujer, relacionándose con la doble carga laboral (tarea profesional y familiar) y el tipo de enlace afectivo que puede desarrollarse en el ambiente laboral y familiar.
- 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. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes 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 familiar⁵.

El constructo psicológico del síndrome de Burnout, Maslach y Jackson en 1981 elaboraron un instrumento para medirlo, el MBI (*Maslach Burnout Inventory*) que consiste en 22 enunciados que se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles. El *MBI* es, sin duda, el cuestionario más comúnmente usado y referido en la literatura académica sobre el tema el cual nos

5

permite determinar la relación, factores de riesgo y prevalencia de este síndrome en personal de salud, debido a la trascendencia y al impacto que representa para la calidad de atención se considera importante detectarlo y proponer posibles soluciones. El MBI posee alta fiabilidad y alta validez, alcanzando un valor de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal, por lo que se utilizara para establecer la prevalencia del síndrome en el personal médico.

2. JUSTIFICACION

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como organismo público descentralizado es la Institución con mayor presencia en América Latina en la atención a la salud y protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943; en consecuencia, lo convierte en la mayor institución con derechohabientes en el país para la prevención y atención de problemas de salud pública tales como padecimientos crónico degenerativos de la mayor relevancia como por ejemplo Diabetes Mellitus e hipertensión que afecta a más del 20% de la población mayor de 50 años, entre otros padecimientos.

Otro servicio relevante es la atención que brindan los médicos a una infinidad de pacientes, y un factor inherente a dicho servicio al que no se le ha dado la importancia adecuada es la calidad de la relación médico-paciente en el primer nivel de atención, toda vez que los derechohabientes acuden a sus correspondientes citas médicas para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de

sus respectivos padecimientos y enfermedades; originándose en el médico mayor responsabilidad en el cuidado y protección de la salud, por lo que es conveniente que se genere la mayor de las empatías y transmitirse la confianza en dicha relación, para garantizar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias.

En un estudio realizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en junio 2016, en el que analiza la evolución y prevalencia en los últimos 20 años de las quejas y denuncias interpuestas originadas por la relación médico-paciente, concluye que en 1996 representaban el 0.18% (29 casos), sin especificar la causa de la inconformidad en la atención médico-paciente, durante el periodo comprendido de 1996 a 2010 las quejas se centralizaban en diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, intervenciones quirúrgicas, secuelas y diferimiento en la atención o por problemas administrativos.

Desde 2011 y hasta la fecha, del universo de quejas recibidas las relacionadas por la atención médico-paciente se ubicaron en el 3er lugar, desglosándose en el siguiente sentido en el año 2016 se recibieron 2044 quejas en instituciones de salud de las cuales el 76% (1558) pertenecían al sector público y el restante 24% (484) al sector privado, las inconformidades eran relacionadas con falta de información (74% sector público y 26% privado), información errónea o incompleta (76% público y 24% privado) y maltrato por parte del personal de salud (80% sector público y 20% privado). De las quejas recibidas en 2016 en las diversas instituciones de salud, el IMSS se ubicó en el nada honroso primer lugar con un 43% (855); de las cuales la especialidad de Medicina Familiar representó el 12%, ubicándose en el 2º lugar después de Traumatología y Ortopedia.

En 1996, las quejas interpuestas en contra de la especialidad de Medicina Familiar representó apenas el 0.18% del total. Sin embargo, para el 2016 se registró un incremento representando ahora el 16%, lo cual ubica a dicha especialidad entre las 4 con el mayor porcentaje de quejas que recibe el IMSS a nivel nacional.

De igual forma para 2017 la CONAMED realizó un análisis de las quejas interpuestas por derechohabientes, correspondiente al 1er semestre de dicho año, cuyos resultados determinaron que las dos principales instituciones públicas del país, el IMSS recibió el 40 % (443), mientras que el ISSSTE tan sólo el 27%; nuevamente en 3er lugar se ubican las quejas relacionadas con Medicina Familiar con un 18% (1,354).

Por las estadísticas expuestas anteriormente, es claro que la especialidad de Medicina Familiar en el IMSS se está viendo afectada, e impactando de forma negativa en el desempeño laboral de los médicos y en última instancia en la calidad de la relación médico - paciente, originando además de las quejas, pacientes insatisfechos no valorados en sus padecimientos y enfermedades quienes no siguen las prescripciones médicas de su tratamiento, y poco o nulo interés por la consulta esto probablemente secundaria a la carga de pacientes que deben valorara en un tiempo determinado, sin dejar de lado que la espacialidad tiene un perfil de valoración integral del paciente y su familia, lo que dificulta la valoración de dichos pacientes.

En este orden de ideas, el motivo del presente trabajo es precisamente investigar, analizar y determinar las posibles causas de la baja calidad y profesionalismo de los expertos en la salud para con los derechohabientes en el IMSS, incluyendo los

costos que le genera a la institución; y en su caso, proponer posibles soluciones para un mejor trato y atención cuyo resultado no solo se vea reflejado en la calidad de la atención en los consultorios y en las salas de quirófanos, sino también en una disminución de las quejas interpuestas a los médicos del IMSS, en contra del derecho constitucional de recibir una atención médica de calidad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores se relacionan con el desarrollo del síndrome de Burnout en el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, Delegación Sur durante el periodo comprendido de enero 2017 a diciembre 2017?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivos General

Identificar los factores que se relacionan con el desarrollo de Burnout en el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social

4.2 Objetivos específicos

1. Evaluar las principales variables sociodemográficas y laborales en el personal de salud de la UMF No. 15
2. Medir los niveles en las tres dimensiones valoradas en la MBI (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal)

3. Identificar el nivel del síndrome de Burnout en el personal de salud de la UMF No. 15

5. HIPÓTESIS

Es un estudio descriptivo, por lo que no se pueden plantear hipótesis

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Periodo y sitio del estudio

Tipo y diseño: Estudio descriptivo transversal prospectivo Lugar: Unidad de Medicina Familiar Numero 15 Distrito Federal Sur, Tiempo: De enero 2016 a diciembre 2018

6.2 Universo de trabajo : Personal médico adscrito a la unidad de medicina familiar número 15, turno matutino y turno vespertino, con contrato indiferente,

6.3 Unidad de análisis: Muestra dirigida, se trabajará con médicos adscritos a la unidad de medicina familiar No 15 de ambos turnos

6.4 Criterios de Selección

6.5.1 Criterios de inclusión:

Cualquier edad, Sexo, Turno laboral, Antigüedad, Tipo de contrato (base, 08 ,02), Función laboral.

6.5.2 Criterios de exclusión:

Personas que no quiera participar en el estudio

Médicos que labore en para otra institución de salud

6.5.3 Criterios de eliminación:

Cuestionario incompleto, mal llenado

7. VARIABLES

7.1 Operación de Variables

Variable dependiente: síndrome Burnout				
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	categoría	Escala de medición
Síndrome de Burnout	Respuesta al stress laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros;	Escala de medición de Maslach	-bajo Moderado Alto Escala de valoración de Maslach para riesgo de Burnout recomendación de acciones	ordinal

Variable Independiente				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad	Tiempo trascurrido de una persona desde el momento del nacimiento	Cuestionario	Años	Razón
Sexo	Característica biológica que diferencia a un hombre de una mujer	Cuestionario	Masculino femenino	nominal
Nivel socioeconómico	Estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social, representa la capacidad para acceder	Cuestionario	A: alta M: media alta MB: Media baja P: pobre	ordinal
Turno laboral		Cuestionario	M: matutino V: Vespertino	nominal
Antigüedad en el puesto	Tiempo transcurrido entre el inicio en el que se contrató al médico hasta la actualidad	Cuestionario	En años menos de 10	Nominal Razón
Estado civil	Situación de las personas determinadas por relaciones familiares provenientes del	Cuestionario	Casado Soltero Viudo	nominal

matrimonio o parentesco						
Tipo de contrato	Situación laboral que condiciona derechos y obligaciones.	que	Cuestionario	Base 08 De confianza 02		Nominal
Tiempo de traslado	Tiempo en minutos que tarda un médico en trasladarse de su hogar al lugar de trabajo		Cuestionario	Menos de 30 minutos Más de 30 minutos		Razón
Número de pacientes	Número de pacientes laborados en un turno de 6 horas		Cuestionario	En numero		Razón

7.2 Descripción del Estudio

1. Se notificara e invitara a los médicos familiares adscritos a la unidad de medicina familiar de ambos turnos laborales y jornada acumulada, adscritos a consulta externa, atención médica continua así como coordinación médica.
2. Se reiterara la invitación individual a cada médico en su lugar laboral de aceptar participar en el proyecto de investigación
3. Se les otorgara carta de consentimiento informado para su lectura, consentimiento en la participación de los resultados proporcionados y protección de datos personales constituidos al anexo del cuestionario Cuestionario de Maslach Burnout Inventory
4. Una vez aceptado participar en el estudios, se les entregara el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (instrumento de evaluación) en un sobre y se explicara la forma de llenar de dicho formato

5. Una vez llenado el cuestionario, tendrán que guardarlo en el sobre cerrado y depositarlo en una caja para mayor confidencialidad
6. Una vez recabadas las encuestas de los participantes , se procederá a abrir los sobre y verificar la información de dichos cuestionarios, se excluirán las encuestas mal llenadas
7. Se realizara en una base de datos en hoja de cálculo para concentra la información
8. Se analizarán los resultados obtenidos en el programa y se vaciara la información obtenida en el programa de estadística SPSS.

7.2 Descripción General del Estudio

Al aprobar el proyecto el comité de investigación, se invitara a los médicos a participar ante dicho proyecto, a médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 15 de la Delegación Sur, México DF, médicos en consultorio, coordinadores médicos, médicos asignados a urgencias de ambos turnos

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

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 se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a la

s puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

Consideraciones Éticas:

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, CAPITULO I, conforme a las Disposiciones Comunes, en este trabajo se toma a consideración los siguientes artículos

“ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

“ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.”

ARTICULO 16.- *En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.*

ARTICULO 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 las siguientes categorías;*

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

ARTÍCULO 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.*

ARTÍCULO 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.*

ARTICULO 22.- *El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:*

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;*
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;*
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;*
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y*

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- *En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito.”*

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, CAPITULO ÚNICO, **De las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud,** que a la letra dice:

“ARTICULO 98.- *Para los efectos del presente Reglamento, se considera como institución de salud donde se realice investigación para la salud, a toda unidad orgánicamente estructurada perteneciente a una dependencia o entidad de la Administración Pública, o una institución social o privada en donde se lleve a cabo una o varias de las actividades establecidas en el artículo 5o. del presente Reglamento.*

ARTICULO 99.- *En toda institución de salud en donde se realice investigación para la salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se continuarán:*

I. *Una Comisión de Ética en el caso de que realicen investigación en seres humanos;*

II. ...

III. Una comisión de investigación, cuya integración será obligatoria para las instituciones de atención a la salud y las demás instituciones la conformidad de acuerdo con sus reglamentos internos.

ARTICULO 100.- *Las finalidades principales de las comisiones que se constituyan en las instituciones de salud serán las siguientes:*

I. Proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigadores;

II. Auxiliar a los investigadores para la realización óptima de sus estudios, y

III. Vigilar la aplicación de este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTICULO 101.- *Los titulares de las instituciones de salud registrarán las comisiones ante la Secretaría, la cual determinará las características y la periodicidad de los informes que habrán de proporcionar.*

ARTICULO 102.- *El Titular de la institución de salud, con base en los dictámenes de la Comisión de Investigación, decidirá si autoriza la realización de las investigaciones que sean propuestas, excepto cuando se trate de investigaciones que requieran la autorización específica de la Secretaría, como se indica en los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.*

ARTICULO 107.- *Cuando dentro de la institución no se logre reunir a las personas adecuadas para constituir las comisiones, el titular respectivo podrá solicitar el apoyo y asesoría de las comisiones constituidas en el nivel inmediato superior de*

su propia dependencia o ajenas a la misma, a condición de que se reúnan los requisitos mencionados.

ARTICULO 109.- *Es atribución de la Comisión Ética emitir la opinión técnica sobre los aspectos éticos de las investigaciones propuestas, mediante la revisión de los riesgos, los beneficios y la carta de consentimiento en los protocolos y sus competentes, para garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación.*

ARTICULO 111.- *Es atribución de la Comisión de Investigación evaluar la calidad técnica y el mérito científico de la investigación propuesta, formulando la opinión correspondiente, y emitir la opinión de las Comisiones de Ética y Bioseguridad.*

ARTICULO 112.- *Las comisiones y las autoridades a las que éstas informen mantendrán confidencialidad sobre los reportes que reciban de los investigadores, principalmente si las investigaciones están relacionadas con el desarrollo de insumos, tecnología y otros procesos aplicativos susceptibles de patentes o desarrollo comercial.”*

Por su parte la **Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos** se son aplicables los siguientes principios al presente trabajo de investigación, que a la letra dice:

“4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de

los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de

la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. *El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.*

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

Comités de ética de investigación

23. *El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.*

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los

investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados

para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.”

9. RECURSO

9.1 Recursos Humanos.

Investigador principal: Médico residente de Medicina familiar de primer año, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar número 15, ciudad de México IMSS

Asesor metodológico: Dra. Nancy Cervantes García

Asesor clínico: Dr. José Ángel Toledo

Asesor estadístico: Dra. Clara Ivette Hernández Vargas

9.2 Recursos Materiales

Consultorios médicos de la UMF. No 15 del IMSS

Computadora personal, impresora, hojas blancas, pluma negra, corrector.

Cuestionarios

9.3 Económicos

Serán proporcionados por el investigador principal.

9.4 Factibilidad

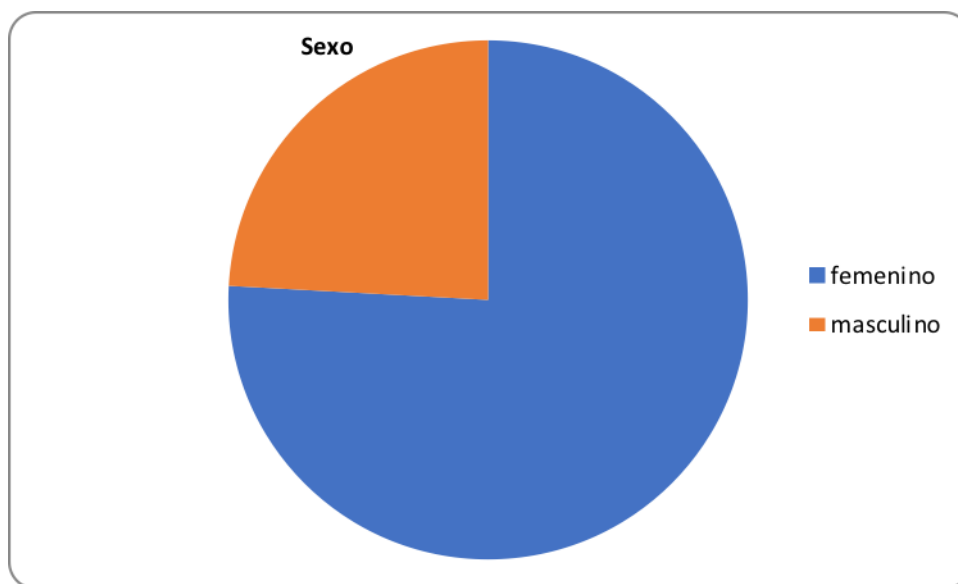
Es posible desarrollar el estudio, ya que se cuenta con los recursos humanos y materiales que permiten realizar la investigación, además de la disponibilidad de los médicos adscritos para participar en la realización de dicho estudio.

Infraestructura y experiencia de grupo:

Se cuenta con el apoyo de enseñanza de la clínica UMF. No 15 del IMSS, lo cual permitirá realizar el trabajo de investigación. La investigación estará respaldada por la Dra. Clara Ivette Hernández Vargas quien se ha dedicado a estudiar el síndrome de burnout en la Subdivisión de Medicina Familiar de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

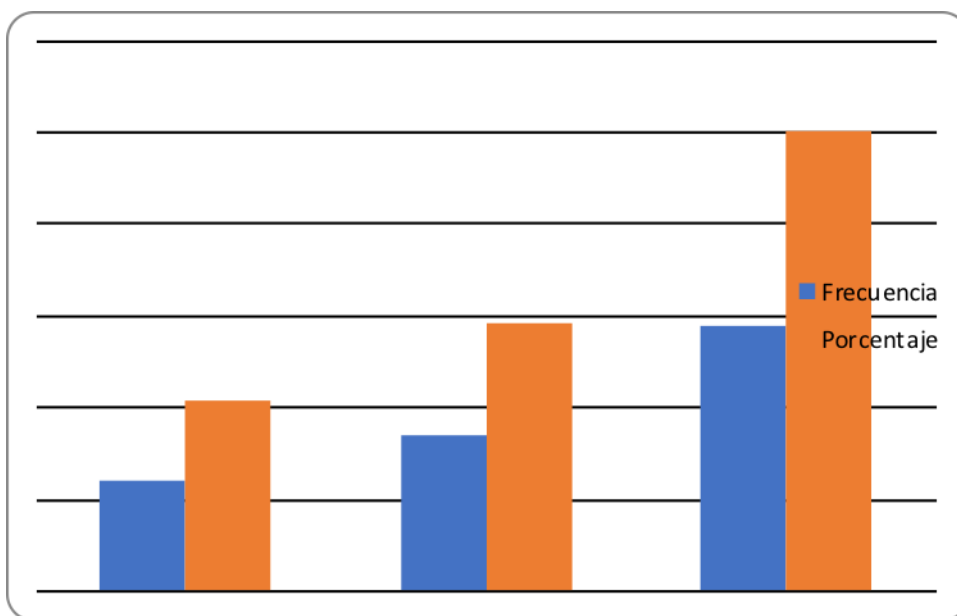
10.RESULTADOS

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
femenino	44	75.9	75.9	75.9
masculino	14	24.1	24.1	100.0
Total	58	100.0	100.0	



Estado Civil

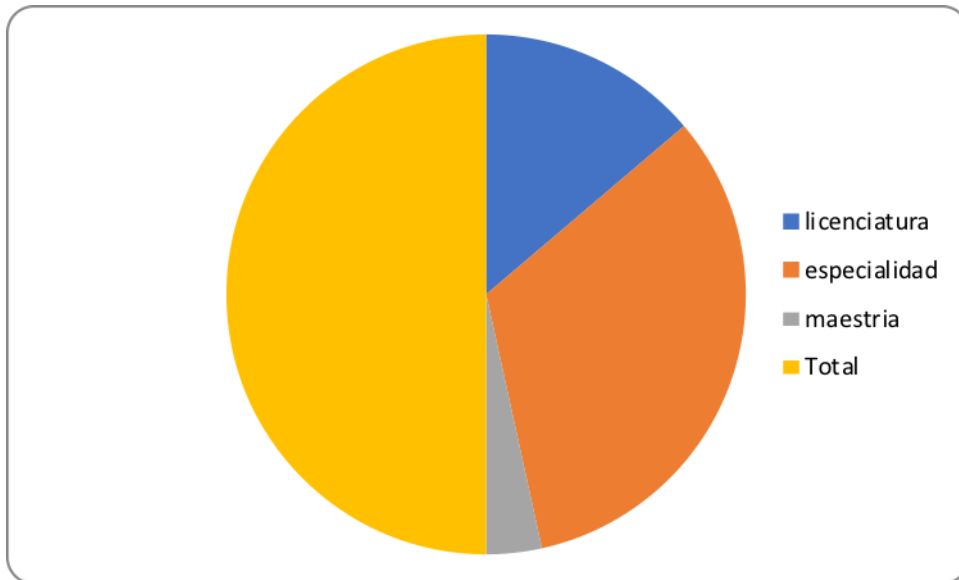
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
soltero	24	41.4	41.4	41.4
casado	34	58.6	58.6	100.0
Total	58	100.0	100.0	



Fuentes: Base de datos obtenida en el SPSS, Factores que se asocian con el Síndrome Bourout en el personal medico de la unidad de medicina familiar numero 15

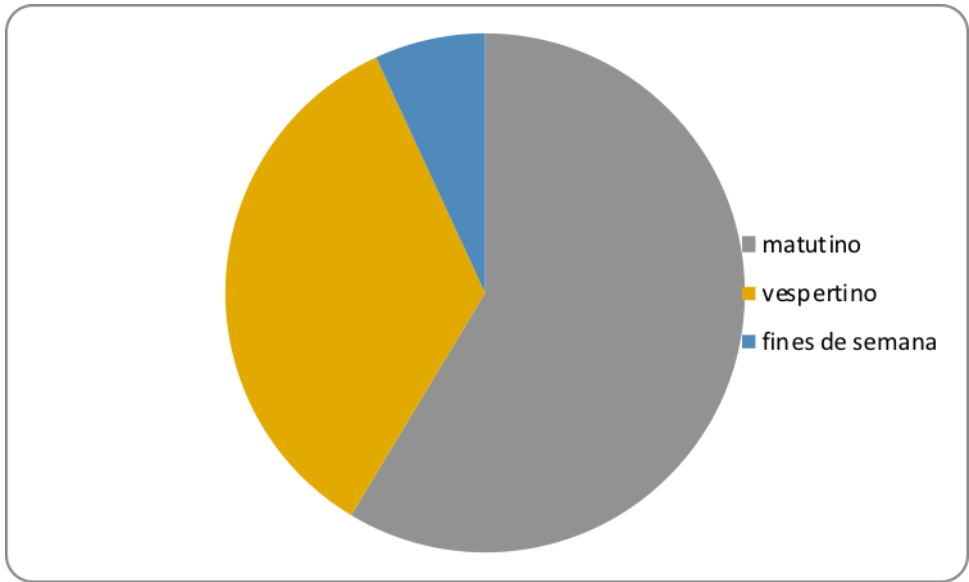
Grado máximo de estudios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
licenciatura	16	27.6	27.6	27.6
especialidad	38	65.5	65.5	93.1
maestria	4	6.9	6.9	100.0
Total	58	100.0	100.0	



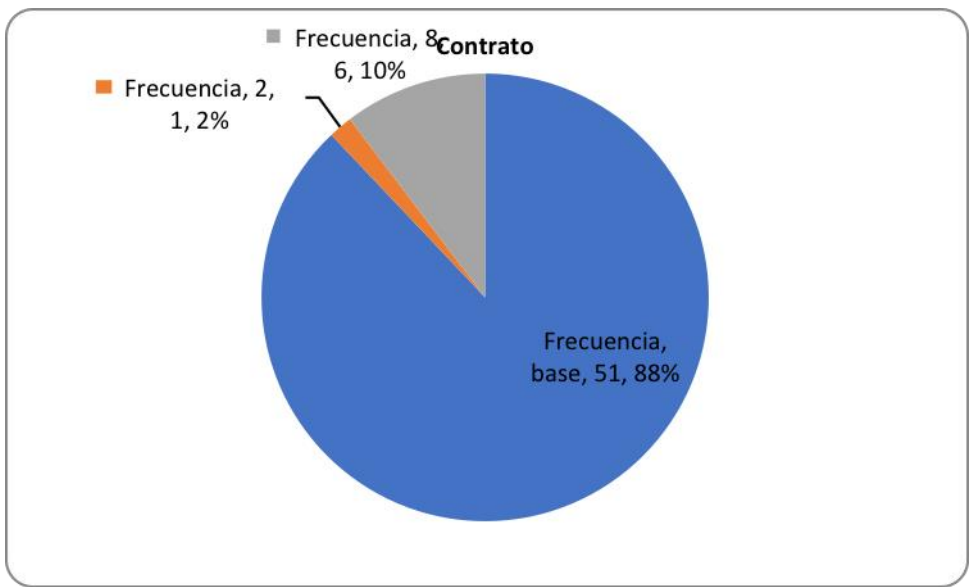
Turno laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
matutino	34	58.6	58.6	58.6
vespertino	20	34.5	34.5	93.1
fin de semana	4	6.9	6.9	100.0
Total	58	100.0	100.0	



Tipo de contrato

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	base	51	87.9	87.9	87.9
	02	1	1.7	1.7	89.7
	08	6	10.3	10.3	100.0
	Total	58	100.0	100.0	



Usted labora en algún lugar. Cantidad de empleos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	48	82.8	82.8	82.8
2	10	17.2	17.2	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Número de pacientes valorados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 10	1	1.7	1.8	1.8
24	43	74.1	75.4	77.2
30	4	6.9	7.0	84.2
31	1	1.7	1.8	86.0
35	1	1.7	1.8	87.7
40	1	1.7	1.8	89.5
48	2	3.4	3.5	93.0
50	3	5.2	5.3	98.2
70	1	1.7	1.8	100.0
Total	57	98.3	100.0	
Perdidos Sistema	1	1.7		
Total	58	100.0		

Antigüedad en el puesto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	3.4	3.4	3.4
	2	4	6.9	6.9	10.3
	3	2	3.4	3.4	13.8
	4	4	6.9	6.9	20.7
	5	12	20.7	20.7	41.4
	6	5	8.6	8.6	50.0
	7	3	5.2	5.2	55.2
	8	1	1.7	1.7	56.9
	9	1	1.7	1.7	58.6
	10	12	20.7	20.7	79.3
	11	2	3.4	3.4	82.8
	12	2	3.4	3.4	86.2
	17	1	1.7	1.7	87.9
	20	2	3.4	3.4	91.4
	24	1	1.7	1.7	93.1
	26	1	1.7	1.7	94.8
	28	3	5.2	5.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tiempo de traslado a la unidad de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	1	1.7	1.7	1.7
	10	1	1.7	1.7	3.4
	15	4	6.9	6.9	10.3
	20	14	24.1	24.1	34.5
	25	1	1.7	1.7	36.2
	30	18	31.0	31.0	67.2
	40	4	6.9	6.9	74.1
	50	1	1.7	1.7	75.9
	60	9	15.5	15.5	91.4
	75	1	1.7	1.7	93.1
	90	4	6.9	6.9	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

11.DISCUSION

En dicho estudio se pretendió evidenciar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos adscritos a la unidad de Medicina Familiar, en dicho estudio se evidencio que existen factores asociados para desarrollar dicho padecimiento, siendo los sociodemograficos como el sexos femenino y el estado civil soltero los mayores factores asociados al riesgo, el turno laboral en fines de semana por presentar una jornada de mayor tiempo y exposición a pacientes continuamente acumulando una cantidad de 40 horas laboradas en estos dos días , el tipo de contrato representa una

estabilidad económica, presentado mayor estabilidad aquellos médicos que cuenta con una base dentro del instituto lo cual genera prestaciones y otros beneficios laborales, el personal 08 son contratos cortos de cada 15 días genero un factor estresante para dichos trabajadores ya que presentan un mayor número de paciente valorados llegando hasta 60 pacientes en una jornada de 6 horas, el mismo tiempo en el que un médico de base valora 24 pacientes en promedio, por lo que ellos se presentan con mayor riesgo de desarrollar dicho padecimiento, dentro de este estudio se pretende proponer posibles soluciones y terapias para mejorar las técnicas protectoras de dicho padecimiento así como técnicas de prevención y tratamiento identificando a estos médicos, ya que generaran mayor riesgo de demandas, diagnósticos y tratamientos tardíos para los pacientes, dentro. Se obtuvo una muestra de 58 médicos de los cuales 44 fueron del sexo femenino y 14 del sexo masculino, de los cuales 75.9 % fueron mujeres y un 24% fueron hombres

El estado civil se encontró mayor frecuencia de casados con un 59% de los médicos, los solteros con un 41.4% , no se presentó ninguno caso de viudes, por lo que no se encontró asociación, el estado civil se asocio a un factor protector para dicho padecimiento . El grado máximo de estudios tuvo con mayor frecuencia la Especialidad en Medicina familiar, siendo el 65% de los encuestados, siendo médicos generales un 28% y solo un 7% con una maestría. El turno laboral se obtuvo se presentó con mayor frecuencia el turno matutino siendo un 59% de este, mientras que para el

turno vespertino se presentó el 35% y los fines de semanas un 7%, con mayor asociación a Síndrome de Burnout, se obtuvo un mayor número de trabajadores médicos basificados un total del 87%, con contrato 02 un 2% y con médicos trabajando con contratos de 08 con un 10% de estos.

12. CONCLUSIONES

La prevalencia de síndrome de Burnout en médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar fue del 17% menor a la reportada a nivel nacional, de los factores socio demográficos asociados a la prevalencia se evidenció una relación al sexo femenino y en ambos sexos los solteros presentaron mayor riesgo, dentro de la edad hubo mayor prevalencia en adultos jóvenes menores de 34 años y mayores de 60 años, los médicos adscritos a consultorio presentaron un factor de protecciones ya que representa una estabilidad laboral, mientras que los médicos con contratos de 08 los cuales se describen con contratos de cada 15 días, presentaron mayor riesgo para desarrollar Burnout, existe un grupo con factor de riesgo para desarrollar Burnout se sugiere realizar medidas de prevención para el desarrollo de las mismas, si bien no se pueden trabajar con los factores propios a las condiciones laborales bien se puede trabajar en herramientas para el personal médico así como estrategias para evitar desencadenar dicho padecimiento.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Zavala M, Posada S. (Julio – Diciembre, 2011) Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. Rev. Med UV, (vol1); pp 18 – 33
2. Bernardo Moreno-Jiménez, Raquel Rodríguez-Carvajal,1 Eva Garrosa Hernández, Ma. Eugenia Morante Benader. Terminal versus non-terminal care in physician burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. Salud Mental 2008; vol. 31:93-101
3. Hernández C, Dickinson E. Fernández A, (2008) El síndrome de desgaste profesional Burnout en Médicos Mexicanos. Revista Medica UNAM Vol. 51 No. 1
4. Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México Burnout syndrome in medical and nursing personnel of a family medical unit from Tabasco, Mexico, 2009
5. Apiquian, A. El síndrome del Burnout en las empresas Coordinadora de Psicología Laboral Universidad Anáhuac México Norte Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán, 2007
6. Graue W, Sánchez M, El síndrome d Burnout, la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional
7. Thomae V, Ayala T, (Enero 2006) Etiología y Prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina; 153.
8. Vargas I, Fernández Á. El síndrome de Descaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina,
9. Gutierrez G, Celi A, Moreno S. (2006) Síndrome de burnout. Arch Neurocién (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309
10. Marrau, C (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente Fundamentos en Humanidades, vol. V, núm. 10, pp. 53-68 Universidad Nacional de San Luis San Luis, Argentina

11. Martínez A, (2010) El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 11
12. Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
13. Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour , 2, 99-113.
14. <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informe-anual-2016-97738>
15. Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. Second edition . Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Anexo.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍA

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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia del síndrome de Burnout y factores asociados en el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México 2016.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F. a 01 Enero del 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia y factores conocidos relacionados a síndrome de Burnout
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizara un análisis de los resultados obtenidos tras contestar la encuesta
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que derivado de responder encuesta no tendré molestias, lo que pueda sentir está relacionado con mi padecimiento de fondo o el tratamiento que recibo, pero no habrá una intervención por parte de los investigadores, excepto quizá un poco de molestia-malestar-tristeza al tener que responder preguntas que puedan llegar a tocar mis sentimientos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que en este momento yo no obtendré un beneficio específico, solamente que contribuiré a obtener conocimientos que puedan ayudar en el futuro a personas con mi enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que sobre mi enfermedad hay información que deberé recibir de mi médico tratante, pero derivado de este estudio no hay alguna alternativa, pues solo tomarán datos de mi expediente o yo contestaré preguntas.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificara de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Debido a que se trata solamente de analizar datos , entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro...
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>Dra. Nancy Garcia Cervantes</u> matricula: UMF 15 . Profesor titular de Residentes Medicos. Celular:
Colaboradores:	Brenda Hernandez Silva R2 de Medicina Familiar. Matricular 98389561. Cel 55 17 98 31 87
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS:

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013