



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARIA DE SALUD H. CARDENA Y
VILLAHERMOSA, TABASCO**

**SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR EN LA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL EN EL
PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ZULMA SANTIAGO ANTONIO



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.

**SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR EN LA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL EN EL
PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2006**

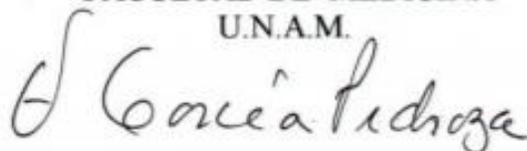
PRESENTA:

DRA: ZULMA SANTIAGO ANTONIO

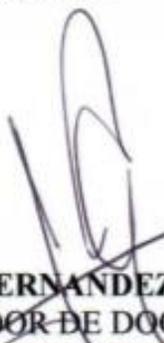
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER F.GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	I
ABSTRAC	II
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO.	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	15
3. JUSTIFICACIÓN.	16
4. OBJETIVO GENERAL.	19
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
7. MATERIAL Y MÉTODOS	21
7.1. Tipo de estudio	21
7.2. Universo	21
7.3. Fuentes de información	23
7.4. Operacionalización de variables.	25
7.5. Recolección de datos.	26
7.6. Procesamiento de datos	26
7.7. Análisis de información	26
7.8. Aspectos éticos	26
7.9. Recursos Humanos y Físicos	27
7.10. Recursos materiales	27
8. RESULTADOS	28
9. DISCUSIÓN	52
10. CONCLUSIONES	56
11. RECOMENDACIONES	58
12. BIBLIOGRAFÍA	59

RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, el universo de esta investigación es la población total de los médicos que están cursando la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial en los tres grados de estudio de este postgrado, fue de 217 médicos que cursaron el semestre junio – diciembre del 2006. Los objetivos de este estudio es conocer la frecuencia del síndrome de desgaste profesional; sus componentes y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos residentes de medicina familiar en modalidad semipresencial, y establecer si los médicos residentes están cursando con síndrome de desgaste profesional de Maslach. Resulto que un 6.91% tiene un alto cansancio emocional, un 13.36 % tiene moderado y un 79.72 % bajo, se observa que el grado de despersonalización, resulto que un 4.15 % de los médicos estudiados tiene un grado alto, un 9.68% moderado y 86.18% bajo, respecto a la realización personal, resulto en que los médicos estudiados un 8.29 % de estos tiene un grado alto, un 7.83 moderado y un 83.87 % bajo, según la escala de Apgar Familiar resulto que un 13.82 % de los médicos estudiados tiene una moderada disfunción familiar, y un 86.18 % tiene un buen funcionamiento familiar. Los factores relacionados con la presentación del grado de desgaste profesional moderado y/o alto y la disfuncionalidad familiar moderada son: edad, médicos de 26 a 30 años, de predominio de sexo masculino para la despersonalización, falta de realización personal y disfuncionalidad familiar y para la mujer en el cansancio emocional, la religión católica se relacionó con la presentación de los casos de desgaste profesional, el estado civil casado, médicos con tipo de contratación de contrato temporal y ser residente de primer año de la especialidad.

Palabras clave: Síndrome de desgaste profesional, Síndrome de Burnout, residentes, medicina familiar, despersonalización, Maslach, Apgar familiar.

ABSTRAC.

A descriptive study was made and cross-sectional, the universe of this investigation was the total population of the doctors who are attending the familiar medicine specialty in the semiactual modality in the three degrees of study of this postdegree, was of 217 doctors who attended the semestral June - December of the 2006. The objectives of this study were to know the frequency the syndrome of professional wearing down; its characteristics and their association with alterations in familiar dynamics in familiar medicine resident doctors in semiactual modality, and to establish if the resident doctors are attending with syndrome of professional wearing of Maslach. I am that 6,91% have a high emotional fatigue, 13. 36% has moderate and 79. low 72%, are observed that the despersonalización degree, I am that 4. 15% of the studied doctors has a high degree, 9,68% a moderate one and 86,18% low, with respect to the personal accomplishment, I am in which the studied doctors a 8,29% of these have a high degree, 7,83 a moderate one and a low 83,87%, according to the scale of Familiar Apgar I am that a 13,82% of the studied doctors have a moderate familiar disfunción, and 86. 18% has a good familiar operation. The factors related to the presentation of the degree of moderate and/or high professional wearing down and the moderate familiar disfuncionalidad are: Age, doctors of 26 to 30 years, predominance of masculine sex for the despersonalización, personal accomplishment and familiar disfuncionalidad and for the woman in the emotional fatigue, the catholic religion was related to the presentation of the cases of professional wearing down, the civil state married, medical with type of temporary contract hiring and to be resident of first year of the specialty.

Key words: Syndrome of professional wearing down, Syndrome of burnout, residents, familiar medicine, despersonalización, Maslasch, familiar Apgar.

INTRODUCCION.

El síndrome de Burnout o de desgaste profesional es un problema de tipo social y de salud pública. Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial. El término Burnout fue introducido por primera vez por Freudenberg en 1974, donde hace referencia a un tipo de estrés laboral generado específicamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo (trabajadores de la salud, trabajadores docentes, etc.).¹

En la década de los 80 la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California en los Estados Unidos, retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout, y en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman Cuestionario de Maslach, que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo, ha sido traducido al español por el Dr. Adán Mingote. Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 puntos en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome: agotamiento emocional, cinismo, y la baja realización personal en el trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el síndrome.²

El concepto de quemarse en el trabajo o Burnout, surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta, para dar una explicación al proceso de deterioro en los ciudadanos y los usuarios de las organizaciones de servicios. Ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el otro rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta

respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, enfermeras, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral. El síndrome de quemarse en el trabajo aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. Es una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.³

Este síndrome de desgaste profesional constituye un verdadero problema de salud pública entre los profesionales de la salud, siendo capaz de dañar la calidad de vida del trabajador y la calidad asistencial. Esto ha sido constatado en los múltiples estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional. En la mayoría de los estudios se reconocen determinados factores favorecedores, que a su vez serían fácilmente modificables, como la excesiva demanda, la falta de formación continuada o la presión negativa de los superiores.

Se considera fundamental el reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de la existencia de este problema y la puesta en marcha de mecanismos, a través de unidades de Salud Laboral, que traten de forma individual y colectiva a los trabajadores afectados y que pongan en marcha programas de prevención, dirigidos especialmente a corregir los factores fácilmente modificables.⁴

Las consecuencias del síndrome de desgaste en el ámbito laboral están relacionadas con el riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral y pérdida de la productividad, entre otras.

Las causas del síndrome del quemado⁵, no están bien establecidas. Factores personales como la edad, el sexo o la personalidad del individuo; factores sociales como el estado civil o el número de hijos; factores laborales como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, el turno, el horario, el tipo de actividad desarrollada e incluso el valor atribuido a la labor desempeñada en términos de incentivos no necesariamente de tipo monetario, sino, por ejemplo, de tipo recreacional, o mejor aun, de crecimiento personal, están implicados como factores asociados a este síndrome.

El desarrollo del síndrome de *desgaste* puede adquirir distintas formas de evolución:

1. *Psiquiátricas* Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).
2. *Somáticas* Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.
3. *Organizacionales* Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

MARCO TEÓRICO

El síndrome de desgaste profesional es un trastorno adaptativo crónico que altera la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en la calidad de la presentación de servicio de salud. Asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas de trabajo.⁶

El síndrome aparece en aquellos profesionales que mantienen “una ayuda” constante y directa a otras personas y conduce a medio plazo a la desmotivación y el cansancio psicológica.⁷

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia.¹ Las condiciones de trabajo de los profesionales de salud influyen de manera significativa en la calidad de vida laboral y del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario.

Los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de desgaste profesional ocupan un lugar destacado, pues constituyen una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo.¹

Se define SDP como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quienes se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

El estudio del síndrome tuvo su origen en 1974 y se cita a Freudenbergger como su autor. Desde 1986 ya se describen referencias sobre esta enfermedad en el nivel mundial, en las cuales se establecen frecuencias de un 20% a un 50% en el personal de salud.²

Entre los factores descritos como predisponentes de la enfermedad se encuentran: edad, sexo, estado civil y antigüedad profesional.

Aunque la edad parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un período de sensibilización, debido a que habría unos años durante los cuales el profesional sería especialmente vulnerable a padecerlo, siendo estos los primeros de carrera profesional, porque en ese momento se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana y se aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.³

En cuanto al sexo, serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable. Entre las razones se cita, la doble carga de trabajo que conllevan la tarea familiar y la práctica profesional. Sin embargo, en la tesis "*Burnout: una amenaza a los equipos de salud*" (1998), se describe también que los hombres puntúan más alto en desgaste profesional que las mujeres y que hay estudios en los cuales los resultados no son concluyentes y aparecen influenciados por sus características (muestras, instrumentos, país, cultura, etc.).²

Aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime; al parecer las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas otras que, o están casadas o conviven con parejas estables. En el mismo orden de ideas, 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, además de ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.³

No existe un acuerdo respecto a la relación de la antigüedad profesional con la enfermedad. Algunos autores encuentran una menor tendencia a padecer el síndrome en dos períodos: el primero corresponde a los dos años iniciales de carrera profesional, y el segundo, después de 10 años de experiencia.³

La bibliografía describe tres dimensiones de la enfermedad: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

En la etapa de agotamiento emocional, el profesional comienza a manifestar respuestas emocionales (actitudes, sentimientos, pensamientos, entre otras) inadecuadas, las cuales pueden volverse crónicas. Durante la despersonalización o deshumanización, los profesionales van lentamente desarrollando una imagen pobre de las personas a quienes atienden, no las tratan bien y las hacen sentir que caen mal.

Finalmente, con la falta de realización personal el trabajador tiende a evaluar su labor de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal, y presenta síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

Las manifestaciones clínicas incluyen síntomas mentales como: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides o agresivos hacia los pacientes, compañeros y familia. Como manifestaciones físicas se pueden presentar: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc. También hay manifestaciones como predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia absentismo y baja productividad laboral.

Un planteamiento relevante en cuanto a la construcción de un instrumento es que pueda ser utilizado en diversos contextos laborales e, idealmente, en países diferentes, con lo que la riqueza de las conclusiones de cada instrumento mejora considerablemente.

Estos aspectos los cumple sobradamente el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), que ha sido ampliamente utilizado en el nivel mundial para la evaluación del síndrome de desgaste profesional, hasta el punto de que el resto de los 14 instrumentos que se describen apenas han tenido un desarrollo significativo en la bibliografía científica.²

El MBI es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto ha de contestar a cada enunciado a partir de la pregunta ¿con qué frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde "nunca" hasta "diariamente". El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y reducida realización personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta, que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia del SDP.

Se han descrito varios factores condicionantes de este síndrome, muchas veces inherentes al trabajo clínico, como los derivados de la confrontación con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte, además de la responsabilidad de la toma de decisiones relacionadas con la vida de las personas, el trato con pacientes difíciles y, a veces no colaboradores .estos factores provocan un trabajo emocional. Que se añade al trabajo técnico. ⁸

El síndrome de desgaste profesional es mas frecuente en las personas que viven solas y se discute la influencia de la edad y del sexo aun que aparece mas frecuente en los jóvenes profesionales y en las mujeres.

El número de horas de trabajo semanal y anual se correlacionan directamente con la frecuencia de apariciones del síndrome, apareciendo con menos frecuencia en las personas con dedicación parcial.⁹

La exposición a estresores laborales esta estrechamente relacionada con el deterioro de la salud alteraciones emocionales ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima ,falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.¹⁰

En noviembre de 2002 se presento el cuestionario Maslach Burnout Inventory a 127 personas (médicos, enfermeras y auxiliares) que trabajan en departamento de pediatría. El cuestionario fue contestado por 93 personas (tasa de respuesta: 73.2%). El 83 % de las encuestas fueron complementadas por mujeres y el 17% por varones. El 29% eran peditras, 50.5% era personal de enfermería, y el 20.5% auxiliar, de enfermería, según la escala utilizada, el 28% un nivel moderado y el 59.4% un nivel bajo de síndrome de desgaste profesional. En relación con la subescalas del cuestionario, el 67.7% de los encuestados presenta un grado de realización personal, el 14.5% obtiene puntuaciones altas en la escala de despersonalización.¹¹

La prueba de desgaste profesional de Maslach (MBI)³ se describió para evaluar los diferentes componentes del síndrome:

1. Agotamiento emocional caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.

3. Falta de realización personal caracterizado por la percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. En la actualidad se acepta que el SDP es un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con seres humanos¹

Un estudio realizado en residentes de medicina interna de la universidad de Washington ⁴ encontró una prevalencia de 76% de desgaste profesional, con una autopercepción de una menor calidad; en el cuidado profesional de los pacientes al compararlos con los residentes no afectados (53 % vs.21 % $p=0.004$), encontrándose que el componente de despersonalización era más significativo ¹²

Se han descrito factores de riesgo para desarrollar el síndrome de desgaste profesional, entre los cuales se presentan personas jóvenes, sexo femenino, solteras o sin pareja estable, mayores turnos laborales y rangos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas con expectativas altruista elevadas, deseo de prestigios y mayor ingreso económicos.

Las consecuencias del síndrome de desgaste profesional son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y lo farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral. ¹³

Pérez Jáuregui (2001) define el síndrome de burnout como un tipo de específico estrés laboral padecido por profesionales de la salud.

El informe sobre salud en el mundo elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 estuvo dedicado a evaluar la calidad de los servicios de salud. Y como proceder en su mejoría, señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para un buen funcionamiento de este, y para conseguir que el mismo ofrezca un mejor calidad de los servicios por lo cual se decidieron a realizar la presente investigación con objetivo de valorar el comportamiento del síndrome de Burnout en médicos del hospital militar clínico quirúrgico docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja en año 2003. ¹⁴

En el cual se trabajo con 51 médicos se aprecio un predominio del sexo masculino constituyendo el 55.5 %,el grupo de edades mas afectado fue el comprendido entre 35 y 44 años para un 66.6 %. Según estado cual los médicos casados con un 77.7% se observo un predominio de los médicos con,10 a 20 años de experiencia laboral pero un 66.6 % y ente 5 -10 años en su puesto de trabajo actual representando un 44.4 % se demostró que la despersonalización fue la dimensión mas afecto para un 77.7 % . ¹⁵

El síndrome de Burnout o desgaste profesional puede afectar a personas de cualquier edad (Golembieski, Nunzenrider, 1998) a un que existe un predominio en las edades donde se alcanzo la madurez lo cual concuerda con los resultados de la presente investigación. ¹⁶

Daniel Vega, Pérez Urdaniz y Fernández Conti concluyen que los médicos del hospital clínico de Salamanca presentan un grado medio de Bornout, caracterizado por altos niveles de aporamiento emocional, nivel medio de despersonalización y moderadamente altos de realización personal.

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por la desmotivación. El desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral que parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional. Importante, según Maslach, el Burnout estaría caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas, el agotamiento emocional, la despersonalización, y la realización personal.

Se realizó en un centro de salud de un núcleo urbano. De otro el desgaste profesional ocasionado en el personal sanitario dado la alta demanda y el poco tiempo de consulta se realizó el cuestionario Maslach burnout. Inventory analizándose el agotamiento emocional, la despersonalización y realización personal en el trabajo resultado.¹⁸

Una persona tenía gran afectación; 14 trabajadores con alto nivel de cansancio emocional (32.5% 1,8 trabajadores (18.6%) con una despersonalización por encima de la media; o 7 personas (16.3 %) con una realización personal por debajo de la media.

“El Burnout” es un síndrome que refleja una reacción psíquica a una situación sociolaboral que sobrepasa y afecta básicamente a los profesionales que realizan su trabajo directamente con personas y sobre ellas se refiere a la problemática de aquellos trabajadores/ras que tras cierto tiempo de dedicación ,acaban manifestando una serie de dificultades en su trabajo, y el síntoma que expresaría . Un “desgaste” profesional o la sensación de estar “quemado” (Álvarez Gallego 1991).¹⁹

El término “Burnout” lo uso por primera vez por Freudenberg (1974) para referirse a los problemas de los servicios sociales.

Pero la definición del “Burnout” más consolidada es la de Maslach y Jackson, quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyo rasgo principal son un agotamiento físico y lo psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

Afecta negativamente, tanto al operador, como a su familia, al usuario y a la institución. En muchas ocasiones el operador intenta reducir el estrés quizás con el alcohol o con fármacos o bien alejándose de la gente según B Doménech 1995. Este síndrome no aparece de forma brusca, sino que es la fase final de un proceso continuo que se identifica con un signo previos, tales como la sensación de inadecuación al puesto de trabajo, carecer de recursos para afrontar la exigencias de las labor como medico ,carecer de formación, de capacidad resolver problemas, no disponer de tiempo. ²⁰

Síntomas y signos asociados psicosomáticos. Son signos tempranos de "Burnout" dolores de cabeza frecuentes, problemas de sueño, desordenes gastrointestinales, perdida de peso, hipertensión, dolores musculares, conductuales ausentismo laboral, aumento de la conducta violenta, abuso de drogas, (alcohol y otros), incapacidad para relajarse; conflictos matrimoniales y familiares. ²¹

Emocionales distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, baja autoestima, dificultad para concentrarse, descenso de memorización, razonamientos, elaboración de juicios... influyendo directamente en la relación profesional en el staff y con su clientes ²²

Defensivo: los signos surgen de la necesidad para aceptar sus sentimientos, la negación de sus emociones es un mecanismo para defenderse contra una necesidad que le es desagradable, la supresión consciente de información, el desplazamiento de sentimientos y afecto hacia otras situaciones o cosas, la atención selectiva y la intelectualización, son otras formas de evitar la experiencia negativa.

Es una consecuencia de un fracaso adoptivo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de los demandas que requiere el trabajo con personas, produciéndose un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico y unos limitados, recursos de afrontamiento. ²³

El apgar familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia, y es útil en la identificación de la familia a riesgo. El

instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanos, ofrece una correlación alta con pruebas especializadas.²⁴

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso de rehabilitación, el Dr. Gabriel Smilktein de la Universidad de Washinton, Seattle, en 1978 creó el Apgar familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, como un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es atendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar 20.

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estados socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon perciben el funcionamiento familiar y puede manifestar el grado de satisfacción en la función familiar: 1.- adaptación, 2.- participación, 3.- ganancia o crecimiento, 4.- afecto, 5.- recursos.²⁵

La validación inicial de Apgar familiar, se evaluó en múltiples investigaciones como la efectividad por los Departamentos de Psicología y de Psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83.

En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor de apoyar familiar a incluir en su evaluación, el apoyo que brindan las amistades.²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cual es la frecuencia del síndrome de desgaste profesional en residentes de medicina familiar en la modalidad semipresencial?

JUSTIFICACIÓN.

Un preocupante porcentaje de médicos asistenciales, tanto hospitalarios como de atención primaria, padecen un excesivo desgaste profesional. Se hallan insatisfechos, desmotivados, desilusionados y frustrados. Las causas son numerosas y de índole diversa. Las primeras consecuencias observables son una progresiva erosión física, como cansancio acumulado, falta de recuperación de la energía corporal y alteraciones del sueño. Estas manifestaciones están directamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo, es decir, con un alto grado de malestar crónico.²⁷

El informe sobre salud en el mundo elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 estuvo dedicado a evaluar la calidad de los servicios de salud. Y como proceder en su mejoría, señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para un buen funcionamiento de este, y para conseguir que el mismo ofrezca un mejor calidad de los servicios; por lo cual se decidió realizar la presente investigación con objetivo de valorar el comportamiento del síndrome de burnout en médicos de residentes de medicina familiar, en la modalidad semipresencial, ya que esta reportado en otros estudios, que el desgaste profesional impacta en la atención y calidad de los servicios de salud, es de vital importancia conocer la frecuencia de esta problemática en nuestro medio, dado que el primer nivel de atención es el área de atención medica que mayor demanda presenta nuestro servicio de salud y el presentar desgaste profesional, puede impactar de forma negativa en la atención de los pacientes.

Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el cual participaron 154 médicos familiares para determinar la prevalencia del desgaste profesional y su posible asociación con algunos factores sociodemograficos y laborales se encontró que existen factores asociados con desgaste profesional, que pueden afectar la atención de los pacientes.

En 460 trabajadores de la salud de 12 instituciones hospitalarias de los sectores público y privado de México, se informaron de niveles de cansancio emocional alto en 10.9%, de despersonalización alta en 19.6% y baja calificación en realización personal en 74.9%.

Aun cuando los estudios de prevalencia en otros países han indicado que el personal de salud, principalmente los médicos de atención primaria, muestran acentuado desgaste profesional, en México no se ha estudiado objetivamente la magnitud de ese fenómeno.

Cuando un médico atiende a un paciente quejoso del trato recibido por otro que prácticamente no le ha mirado a la cara ni lo ha atendido con un mínimo de dignidad, se apodera de éste una inevitable sensación de tristeza ante la «muerte profesional» de un compañero. Cuando se habla de una progresiva deshumanización de la medicina, es posible que estemos detectando fenómenos de despersonalización. Esta cuestión, por tanto, no es nada válida: está afectando a la esperanza de vida profesional de muchos médicos de todos los niveles asistenciales. Se puede afirmar que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública.²⁹

Este síndrome afecta a uno de cada dos médicos; en forma importante, a uno de cada tres; y de forma severa con matices de irreversibilidad, a uno de cada 10. El tema es motivo de preocupación ya que subyace en muchos de los problemas que aqueja a los sistemas de salud, no sólo en cuanto a malestar psíquico o físico del trabajador, sino también a sus repercusiones dentro de las instituciones, así como sus consecuencias (empeoramiento de la relación médico-paciente, falta de interés por actividades docentes, incumplimiento de horarios, etcétera).³⁰

En la literatura consultada se observa la similitud sobre esta problemática acerca del Síndrome de desgaste profesional en médicos, residentes y especialistas, sin embargo por todo lo anteriormente mencionado, creo que es importante realizar este estudio por el desgaste al cual nos sometemos durante el postgrado.

En la Secretaria de Salud del Estado de Tabasco no hay reportes sobre la prevalencia del desgaste profesional en médicos de atención primaria, no obstante la alta demanda de atención medica de la población del estado, aunado también a la enorme burocracia a la que se tiene que someter el medico de atención primaria, dado que es obligación del medico de atención primaria el realizar los reportes mensuales de todas las actividades realizadas durante el mes.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de medicina familiar en la modalidad semipresencial.

OBJETIVO ESPECIFICO.

- Conocer si los médicos residentes de medicina familiar en la modalidad semipresencial presentan síndrome de desgaste profesional.
- Conocer los niveles de cada componente de burnout.
- Identificar los niveles de Burnout y su asociación con la Dinámica familiar
- Identificar los factores demográficos que se asocian con los componentes del Síndrome de Burnout.

Criterio de inclusión

- Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial que quieran participar en el estudio.
- Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial que no tenga enfermedad psiquiátrica.
- Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial que contesten el test autoaplicable.
- Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial que no tuvieron guardia nocturna a la aplicación de test.
- Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial que cursen como alumno regular en el periodo de Enero - Diciembre del año 2006.

Criterios de Exclusión.

- Médicos residentes en la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial que no quieren participar en el estudio.
- Médicos residentes en la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial que estén en tratamiento psiquiátrico.
- Médicos residentes en la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial que no contesten totalmente los test autoaplicables.
- Médicos residentes en la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial que tuvieron guardia nocturna a la aplicación del test..
- Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar modalidad semipresencial que no cursen como alumno regular del semestre Junio - Diciembre del año 2006.

MATERIAL Y MÉTODO.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal.

UNIVERSO.

El universo de esta investigación fue la población total de los médicos que están cursando la especialidad de Medicina familiar en la modalidad semipresencial en los tres grados de estudio, cuyo universo corresponde a 217 médicos que se encuentran activos en el periodo de Enero a diciembre del 2006.

INSTRUMENTOS:

Se aplicó el Test Autoaplicable de Maslach (MBI) el cual comprende 22 preguntas tipo likert, divididas en 3 rubros: 1.- Cansancio emocional el cual está integrado por 9 reactivos, (menos de 16 puntos= bajo, de 17 a 26 puntos= moderado y mayor de 27 puntos alto) 2.- Despersonalización compuesta por 5 reactivos tipo likert (menor de 6 puntos bajo, de 7 a 12 puntos moderado y mayor de 13 puntos alto) y 3.- Realización Personal la cual está integrada por 8 reactivos (menor de 39 puntos bajo, de 38 a 32 puntos moderado y mayor de 31 puntos alto), lo cual nos da un total de 22 . Los dominios cansancio emocional y despersonalización se califican con 0, 0.5 y 1.0 para los niveles bajo, medio y alto respectivamente. La realización personal se califica en sentido inverso para los mismos niveles. Finalmente se suman los valores de cada dominio para obtener la puntuación global.

El MBI es un cuestionario constituido por 22 preguntas tipo likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, midiendo los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del

síndrome (leve, moderado, severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%).

Utilizaremos también la escala de apgar familiar para medir cohesión y adaptabilidad familiar el cual consiste en 5 reactivos tipo likert y los cuales tienen una escala de: 1., Casi siempre, 2.- algunas ocasiones y 3.- casi nunca. Este instrumento establece parámetros que van de: 8 a 10 puntos buen funcionamiento familiar, de 4 a 7 puntos moderada disfuncionalidad familiar y menor de 3 familias severamente disfuncional.

Es importante mencionar que MBI de desgaste profesional de Maslach y el test autoaplicable de Apgar familiar, se aplicaran al total de residentes de medicina familiar modalidad semipresencial durante el primer examen trimestral departamental, previo a la realización del examen para asegurarnos el total de médicos en estudio.

Por ultimo utilizaremos una ficha de recolección de datos la cual incluirá: edad, sexo, religión, estado civil, tipo de contrato, año de residencia

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable biológica.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad del médico	La edad en años cumplidos al momento del estudio	20 a 25 años 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 a 45 años 46 años y más.	Total de médicos estudiados según escala por edad / total de la población de médicos en estudio X 100
Sexo del médico	El sexo biológico del médico en estudio	Femenino Masculino	Total de médicos estudiados según escala por sexo / total de la población de médicos en estudio X 100

Variables socio – demográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Religión	Es el tipo de Religión que profesa el Médico al momento del estudio	Católica Protestantes Ninguna	Total de médicos estudiados según escala por Religión / total de la población de médicos en estudio X 100
Estado civil	Es la condición civil de el Médico al momento de la investigación	Casado Soltero Divorciado Unión Libre Viudo	Total de médicos estudiados según escala por Estado civil / total de la población de médicos en estudio X 100

Tipo de contrato laboral	Es la forma de contratación del personal que labora en la Secretaria de Salud de nuestro estado al momento de la realización del estudio	Base. Contrato	Total de médicos estudiados según escala por Tipo de contratación/ total de la población de médicos en estudio X 100
Grado de residencia	Es el nivel obtenido durante el curso de postgrado de medicina familiar semipresencial al momento de la investigación.	Residente de primer año. Residente de segundo año. Residente de tercer año.	Total de médicos estudiados según escala de grado de residencia/ total de la población de médicos en estudio X 100

Variables de los instrumentos utilizados.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Cansancio emocional	Es el grado de cansancio percibido por el médico en estudio y que se rige según la prueba de desgaste profesional de Maslach.	<16 puntos: Bajo 17 a 26 puntos: Moderado. >27 puntos: Alto.	Total de médicos estudiados según escala de cansancio emocional (prueba de Maslach)/
Despersonalización	Es el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio por parte del médico en estudio según la prueba de desgaste profesional de Maslach.	<6 puntos: Bajo. 7 a 12 puntos : Moderado > 13 puntos: Alto.	Total de médicos estudiados según escala de despersonalización (prueba de Maslach)/
Realización personal	Es la percepción del trabajo en forma negativa, los médicos en estudio se reprochan no haber alcanzado los	> 39 puntos: Bajo 38 a 32 puntos: Moderado < 31 puntos: Alto.	Total de médicos estudiados según escala de cansancio emocional (prueba de Maslach)

	objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional, según la prueba de desgaste profesional de Maslach.		
Apgar familiar	Test que indica la integridad de los componentes importantes de la función familiar.	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar 4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar. 1 a 3 puntos: Familia severamente disfuncional	Total de médicos estudiados según escala de Apgar familiar

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó el MBI de desgaste profesional de Maslach y el test autoaplicable de Apgar familiar, para ser aplicadas a la población en estudio. Se realizó un pilotaje previo con el personal médico de la Microrred de la Chontalpa que permitió la adecuación de los instrumentos.

Se aplicó los cuestionarios a los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar modalidad semipresencial del Estado de Tabasco, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2006, y fue aplicado individualmente a cada uno de los médicos estudiados.

PROCESAMIENTO DE DATOS.

Con la información recolectada se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico computacional SPSS versión 11.5. Para obtener la frecuencia de cada una de las variables, el porcentaje de estas, y tablas cruzadas de las variables comprendidas en este estudio.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.

De acuerdo al procesamiento de la información se estimó: el número de cada una de las variables incluidas en el estudio, porcentaje de cada una de las variables incluidas en el estudio y cruzamiento de estas variables.

Los resultados se presentaron en tablas simples, compuestas y gráficos de pastel elaborados en el programa Excel 2002, en donde se colocaron todos los resultados de la base de datos de SPSS versión 11.5 para su demostración de valores de la investigación.

ASPECTOS ÉTICOS.

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevó a cabo según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo No. 17, párrafo I y Artículo 23 del Capítulo I De los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos, con fecha 7 de Febrero de 1984. Los resultados permanecerán bajo resguardo. Además, para aplicar las encuesta a los médicos de la especialidad semipresencial de Medicina familiar, se les explicó en forma verbal y anticipada, el propósito de dicho estudio e informándoles que su aportación no representa ningún riesgo para la integridad física y moral de las personas que decidan participar. También se garantizó que la información obtenida estará protegida contra usos inadecuados. El acceso a los resultados se reserva únicamente para el investigador, y los mismos serán utilizados solo con fines de investigación.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.

Medico investigador

Asesor clínico

Asesor metodológico

Medico residentes que acepten participar en el estudio y que cumplan con el criterio de inclusión a quienes se le aplicaron a escala autoaplicativa prueba de desgaste profesional de Maslach y Apgar familiar la cual será supervisado por el propio investigador.

RECURSOS MATERIALES.

Bolígrafos

Papel bond tamaño carta

Copias de escala evaluativos

Hoja de requisitos de datos

Libros

Fotocopias y articulas

Captura e impresión

Financiamiento

El presente estudio será financiado por el propio investigador

RESULTADOS.

Se realizó una investigación sobre Síndrome de desgaste profesional en residentes de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial, en el periodo enero a diciembre del 2006, y a continuación se muestran los resultados de las distintas variables manejadas en esta investigación.

Tabla 1. Distribución de médicos según edad, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Respecto a la edad de los médicos estudiados se muestra en la tabla anterior un mayor número en el grupo de edad de 26 a 30 años con un 35.48 %, y el grupo con menor frecuencia de médicos de la especialidad de Medicina familiar es el de 20 a 25 años.

Edad.	Frecuencia	Porcentaje
20 a 25 años	3	1.38
26 a 30 años	77	35.48
31 a 35 años	44	20.28
36 a 40 años	43	19.82
41 a 45 años	20	9.22
46 años y más.	30	13.82
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación

Tabla 2. Distribución de médicos según sexo, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la tabla 2 se muestra una mayor frecuencia en el sexo masculino con un 55.30 % en comparación con los médicos estudiados del sexo femenino.

Sexo.	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	97	44.70
Masculino	120	55.30
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación

Tabla 3. Distribución de médicos según religión, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que en la preferencia de la religión que profesa los médicos estudiados es mayor en la Católica con un 82.03 %, y los que no profesan ninguna religión es el grupo más pequeño con un 3.23 %.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	178	82.03
Protestantes	32	14.75
Ninguna	7	3.23
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación.

Tabla 4. Distribución de médicos según estado civil, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

El estado civil de los médicos estudiados, resulto que el grupo con una mayor frecuencia fue el de Casado (a), con 64.06% y el grupo con solo un médico fue el de Viudo.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	139	64.06
Soltero	57	26.27
Divorciado	6	2.76
Unión Libre	14	6.45
Viudo	1	0.46
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación

Tabla 5. Distribución de médicos según tipo de contratación, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que en la Tabla 5, de acuerdo al tipo de contratación de los médicos estudiados, hay un predominio de los médicos de contrato con un 57.14 % a diferencia de los médicos de base.

Tipo de Contrato	Frecuencia	Porcentaje
Base.	93	42.86
Contrato	124	57.14
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación.

Tabla 6. Distribución de médicos según grado, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Respecto al grado de residencia de la especialidad de Medicina familiar de los médicos estudiados, se observa que el grupo con mayor frecuencia fue el de residentes de primer año con 52.07 %, y el menor fue el de residentes de segundo año con un 22.12%.

Grado de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Residente de primer año.	113	52.07
Residente de segundo año.	48	22.12
Residente de tercer año	56	25.81
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación.

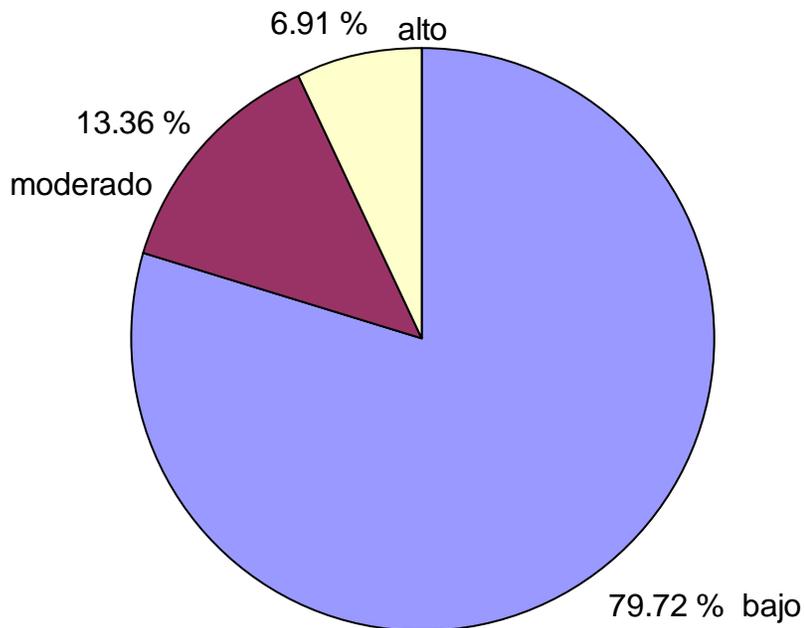
Tabla 7. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa en la Tabla 7 y grafica I, que de acuerdo a la prueba de desgaste profesional de Maslach aplicada a los médicos estudiados resulto que un 6.91% tiene un alto cansancio emocional, un 13.36 % tiene moderado y un 79.72 % bajo.

Cansancio emocional	Frecuencia	Porcentaje
<16 puntos: Bajo	173	79.72
17 a 26 puntos: Moderado.	29	13.36
>27 puntos: Alto.	15	6.91
Total	217	100

Fuente: Ficha de Identificación.

Grafica I. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2006.



Fuente: Instrumento De Desgaste Profesional de Maslach.

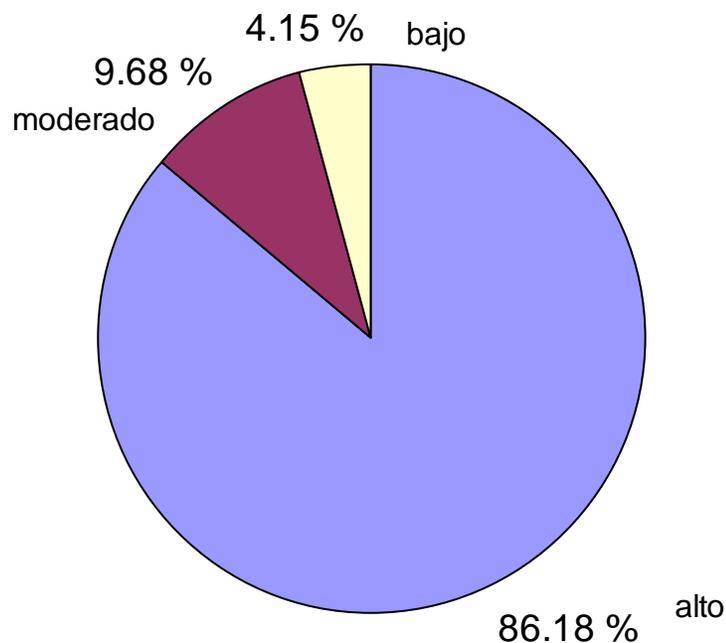
Tabla 8. Distribución de médicos según grado de despersonalización, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la tabla 8 y grafica II, se observa que el grado de despersonalización de la prueba de desgaste profesional de Maslach aplicada a los médicos estudiados resulto que un 4.15 % de los médicos estudiados tiene un grado bajo, un 9.68%, moderado y 86.18% alto.

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
<6 puntos: Bajo.	9	4.15
7 a 12 puntos : Moderado	21	9.68
> 13 puntos: Alto.	187	86.18
Total	217	100

Fuente: Instrumento De Desgaste Profesional de Maslach.

Grafica II. Distribución de médicos según grado de despersonalización, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.



Fuente: Instrumento De Desgaste Profesional de Maslach.

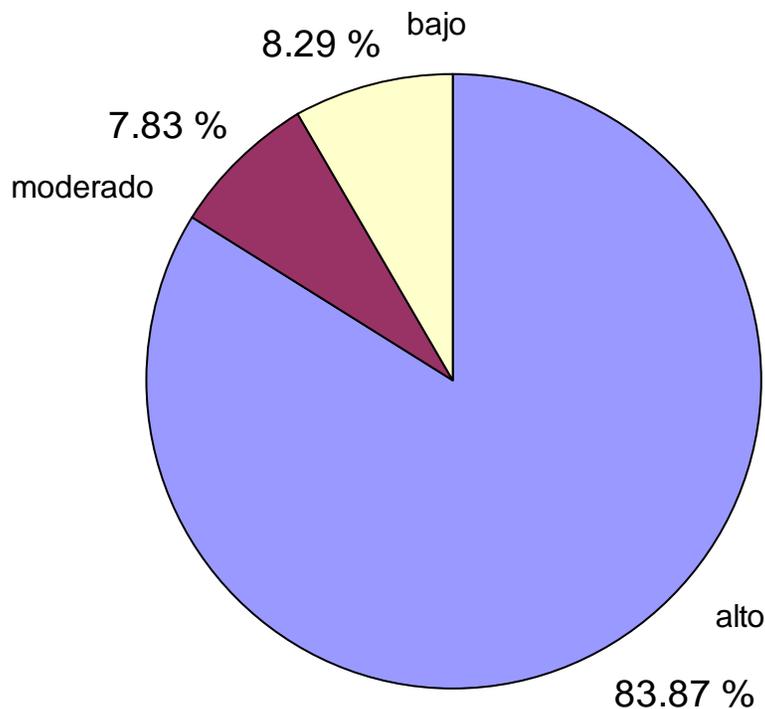
Tabla 9. Distribución de médicos según grado de realización personal, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Respecto a la realización personal de la prueba de Maslach resulto en que los médicos estudiados un 8.29 % de estos tiene un grado alto, un 7.83 moderado y un 83.87 % bajo, como se puede apreciar en la tabla 9 y grafico III.

Realización personal	Frecuencia	Porcentaje
> 39 puntos: Bajo	18	8.29
38 a 32 puntos: Moderado	17	7.83
< 31 puntos: Alto.	182	83.87
Total	217	100

Fuente: Instrumento De Desgaste Profesional de Maslach

Grafica III. Distribución de médicos según grado de realización personal, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.



Fuente: Instrumento De Desgaste Profesional de Maslach.

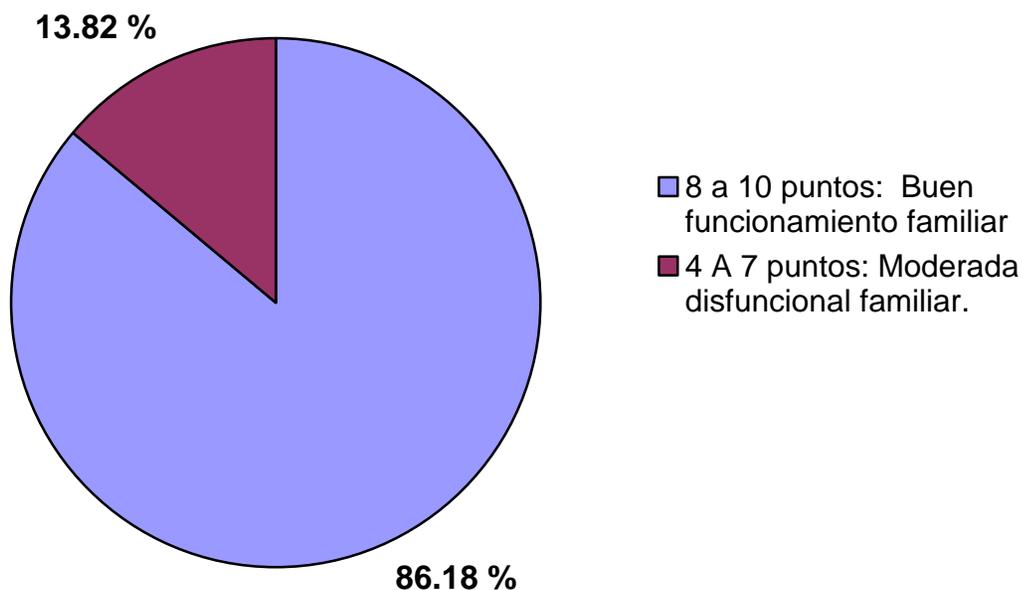
Tabla 10. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la tabla 10, se muestra que según la escala de Apgar Familiar resulto que un 13.82 % de los médicos estudiados tiene una moderada disfunción familiar, y un 86.18 % tiene un buen funcionamiento familiar. No se presentaron casos de familia severamente disfuncional.

Apgar familiar	Frecuencia	Porcentaje
8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	187	86.18
4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar.	30	13.82
Total	217	100

Fuente: Cuestionario De Apgar Familiar.

Grafica IV. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.



Fuente: Cuestionario De Apgar Familiar.

Tabla 11. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional y edad, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En relación con el grado de cansancio emocional y edad, de los médicos estudiados se muestra en la Tabla 11, que resulto que el grupo con mayor frecuencia fue el de 26 a 30 años de edad con un número de 19 médicos con grado alto y moderado, y el grupo con menor frecuencia fue el de 20 a 25 años con tres médicos con grado bajo.

Edad.	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	<16 puntos: Bajo	17 a 26 puntos: Moderado.	>27 puntos: Alto.	
20 a 25 años	3	0	0	3
26 a 30 años	58	10	9	77
31 a 35 años	32	8	4	44
36 a 40 años	38	5	0	43
41 a 45 años	16	3	1	20
46 años y más.	26	3	1	30
Total	173	29	15	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 12. Distribución de médicos según grado de despersonalización y edad, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

La distribución del grado de despersonalización y la edad, referida en la tabla anterior, muestra que el grupo con el mayor número fue el de 26 a 30 años con 71 médicos con grado alto y moderado, y el de menor frecuencia fue el de 20 a 25 años.

Edad.	DESPERSONALIZACIÓN			Total
	<6 puntos: Bajo.	7 a 12 puntos : Moderado	> 13 puntos: Alto.	
20 a 25 años	0	0	3	3
26 a 30 años	6	11	60	77
31 a 35 años	1	5	38	44
36 a 40 años	2	3	38	43
41 a 45 años	0	1	19	20
46 años y más.	0	1	29	30
Total	9	21	187	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 13. Distribución de médicos según grado de realización personal y edad, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que en relación con la realización personal y la edad, la distribución de médicos estudiados se muestra el grupo de 26 a 30 años el de mayor frecuencia con 10 casos de grado moderado y alto.

Edad.	REALIZACIÓN PERSONAL			Total
	> 39 puntos: Bajo	38 a 32 puntos: Moderado	< 31 puntos: Alto.	
20 a 25 años	1	0	1	3
26 a 30 años	4	6	674	77
31 a 35 años	4	5	354	44
36 a 40 años	4	3	364	43
41 a 45 años	3	2	153	20
46 años y más.	2	1	272	30
Total	18	17	182	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 14. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar y edad, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la Tabla 14 se observa que en relación con la escala de Apgar y la edad, muestra que el grupo de edad con mayor de número de casos con disfuncionalidad moderada fue el de 26 a 30 años con 11 médicos, y el grupo con menor número de casos fue el de 20 a 25 años.

Edad.	APGAR FAMILIAR		Total
	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar.	
20 a 25 años	2	1	3
26 a 30 años	66	11	77
31 a 35 años	40	4	44
36 a 40 años	37	6	43
41 a 45 años	18	2	20
46 años y más.	24	6	30

Fuente: Anexo 1 y Anexo 3.

Tabla 15. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional y sexo, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

La distribución del grado de cansancio emocional y el sexo de los médicos estudiados muestra que la mayor frecuencia fue en el sexo femenino con 25 casos de grado moderado y alto.

Sexo.	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	<16 puntos: Bajo	17 a 26 puntos: Moderado.	>27 puntos: Alto.	
Femenino	72	17	8	97
Masculino	101	12	7	120
Total	173	29	15	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 16. Distribución de médicos según grado de despersonalización y sexo, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que según el grado de despersonalización y el sexo de los médicos estudiados se muestra un mayor número de casos en los hombres con 94 casos de grado moderado y alto.

Sexo.	DESPERSONALIZACIÓN			Total
	<6 puntos: Bajo.	7 a 12 puntos : Moderado	> 13 puntos: Alto.	
Femenino	3	8	86	97
Masculino	6	13	101	120
Total	9	21	187	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 17. Distribución de médicos según grado de realización personal y sexo, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En relación con el grado de realización personal y el sexo, se muestra que el sexo de los médicos estudiados que resulto con más casos fue el de Masculino con 92 casos de grado moderado y alto.

Sexo.	REALIZACIÓN PERSONAL			Total
	> 39 puntos: Bajo	38 a 32 puntos: Moderado	< 31 puntos: Alto.	
Femenino	5	9	83	97
Masculino	13	8	99	120
Total	18	17	182	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 18. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar y sexo, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Respecto a la distribución de los médicos según la escala de Apgar familiar y la edad, se muestra que el sexo con mayor preferencia de casos fue el masculino con 16 médicos con grado de moderada disfuncionalidad.

Sexo.	APGAR FAMILIAR		Total
	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar.	
Femenino	83	14	97
Masculino	104	16	120
Total	187	30	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 3.

Tabla 19. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional y religión, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que en relación con el grado de cansancio emocional y religión, resultó el grupo con mayor número fue el de los médicos con religión católica, con un número de 40 casos de grado moderado y severo.

Religión	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	<16 puntos: Bajo	17 a 26 puntos: Moderado.	>27 puntos: Alto.	
Católica	138	27	13	178
Protestantes	28	2	2	32
Ninguna	7	0	0	7
Total	173	29	15	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 20. Distribución de médicos según grado de despersonalización y religión, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

La distribución de médicos con grado de despersonalización y la religión, resultó que el grupo con mayor frecuencia de médicos estudiados fue el de la religión católica con un número de 22 casos.

Religión	DESPERSONALIZACIÓN			Total
	<6 puntos: Bajo.	7 a 12 puntos : Moderado	> 13 puntos: Alto.	
Católica	7	15	156	178
Protestantes	1	6	25	32
Ninguna	1	0	6	7
Total	9	21	187	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 21. Distribución de médicos según grado de realización personal y religión, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la Tabla 21, se observa que en relación al grado de realización personal y religión, resultó que la religión con mayor frecuencia fue la católica con 199 casos de grado moderado y alto.

Religión	REALIZACIÓN PERSONAL			Total
	> 39 puntos: Bajo	38 a 32 puntos: Moderado	< 31 puntos: Alto.	
Católica	15	14	149	178
Protestantes	2	3	27	32
Ninguna	1	0	6	7
Total	18	17	182	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 22. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar y religión, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que en relación con el Apgar Familiar y la religión en los médicos estudiados, la religión con mayor número de casos fue la católica con 26 casos.

Religión	APGAR FAMILIAR		Total
	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar.	
Católica	152	26	178
Protestantes	28	4	32
Ninguna	7	0	7
Total	187	30	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 3.

Tabla 23. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional y estado civil, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la Tabla 23 se observa que en relación con el grado de cansancio emocional y estado civil de los médicos estudiados, se muestra que el grupo con mayor número de casos fue el de casado (a) con 24 casos de grado moderado y alto.

Estado civil	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	<16 puntos: Bajo	17 a 26 puntos: Moderado.	>27 puntos: Alto.	
Casado	115	16	8	139
Soltero	42	9	6	57
Divorciado	4	2	0	6
Unión Libre	12	2	0	14
Viudo	0	0	1	1
Total	173	29	15	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 24. Distribución de médicos según grado de despersonalización y estado civil, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En relación con el grado de despersonalización y el estado civil de los médicos estudiados, se observa que el grupo con mayor frecuencia fue el de casado (a), con un número de casos de 208 de grado moderado y alto.

Estado civil	DESPERSONALIZACIÓN			Total
	<6 puntos: Bajo.	7 a 12 puntos : Moderado	> 13 puntos: Alto.	
Casado	5	15	119	139
Soltero	4	5	48	57
Divorciado	0	0	6	6
Unión Libre	0	1	13	14
Viudo	0	0	1	1
Total	9	21	187	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 25. Distribución de médicos según grado de realización personal y estado civil, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la tabla 25, se observa que en relación con el grado de realización personal y el estado civil de los médicos estudiados, el grupo con mayor número de casos fue el de casado (a), con 21 casos de grado moderado y alto.

Estado civil	REALIZACIÓN PERSONAL			Total
	> 39 puntos: Bajo	38 a 32 puntos: Moderado	< 31 puntos: Alto.	
Casado	13	8	118	139
Soltero	3	6	48	57
Divorciado	1	1	4	6
Unión Libre	1	2	11	14
Viudo	0	0	1	1
Total	18	17	182	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 26. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar y estado civil, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Respecto al Apgar familiar y el estado civil de los médicos estudiados, se observa que resultó que el grupo con mayor frecuencia fue el de casado (a), con 19 casos de grado moderada disfuncionalidad familiar

Estado civil	APGAR FAMILIAR		
	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar.	Total
Casado	120	19	139
Soltero	47	10	57
Divorciado	5	1	6
Unión Libre	14	0	14
Viudo	1	0	1
Total	187	30	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 3.

Tabla 27. Distribución de médicos según grado de cansancio emocional y tipo de contratación, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que según el grado de cansancio emocional y el tipo de contratación de los médicos estudiados, se mostró que el grupo con mayor frecuencia fue el de médicos de contrato, con 27 casos de grado moderado y alto.

Tipo de Contrato	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	<16 puntos: Bajo	17 a 26 puntos: Moderado.	>27 puntos: Alto.	
Base.	76	15	2	93
Contrato	97	14	13	124
Total	173	29	15	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 28. Distribución de médicos según grado de despersonalización y tipo de contratación, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la Tabla 28, se muestra la relación con el grado de despersonalización y tipo de contratación de los médicos estudiados, resultó que el grupo con mayor número de casos fue el de contrato con 208 casos de grado moderado y alto.

Tipo de Contrato	DESPERSONALIZACIÓN			Total
	<6 puntos: Bajo.	7 a 12 puntos : Moderado	> 13 puntos: Alto.	
Base.	4	6	83	93
Contrato	5	15	104	124
Total	9	21	187	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 29. Distribución de médicos según grado de realización personal y tipo de contratación, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

La distribución del grado de realización personal y el tipo de contratación en los médicos estudiados resultó que el grupo con mayor número de casos fue el de contrato con 199 casos de grado moderado y alto.

Tipo de Contrato	REALIZACIÓN PERSONAL			Total
	> 39 puntos: Bajo	38 a 32 puntos: Moderado	< 31 puntos: Alto.	
Base.	11	6	1176	93
Contrato	7	11	7106	124
Total	18	17	182	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 30. Distribución de médicos según escala de Apgar familiar y tipo de contratación, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se muestra en la tabla 30 que en relación con el Apgar familiar y tipo contratación de los médicos estudiados resultó que el grupo con mayor número de casos fue el de contrato con 19 casos de moderada disfuncionalidad familiar.

Tipo de Contrato	APGAR FAMILIAR		Total
	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	4 A 7 puntos: Moderada disfuncionalidad familiar.	
Base.	82	11	93
Contrato	105	19	124
Total	187	30	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 3.

Tabla 31. Distribución de médicos según cansancio emocional y grado de residencia, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Respecto al grado de cansancio emocional y el nivel de residencia de los médicos estudiados, se observa que el grupo con mayor número de casos fue el de residentes de primer año con 31 casos de grado moderado y alto.

Grado de residencia	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	<16 puntos: Bajo	17 a 26 puntos: Moderado.	>27 puntos: Alto.	
Residente de primer año.	82	20	11	113
Residente de segundo año.	42	4	2	48
Residente de tercer año	49	5	2	56
Total	173	29	15	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 32. Distribución de médicos según despersonalización y grado de residencia, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

Se observa que en relación con el grado de despersonalización y el nivel de residencia, se mostró que el grupo con mayor número de casos fue el de residentes de primer año, con 208 casos, de grado moderado y alto.

Grado de residencia	DESPERSONALIZACIÓN			Total
	<6 puntos: Bajo.	7 a 12 puntos : Moderado	> 13 puntos: Alto.	
Residente de primer año.	5	13	95	113
Residente de segundo año.	3	5	40	48
Residente de tercer año	1	3	52	56
Total	9	21	187	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 33. Distribución de médicos según realización personal y grado de residencia, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

En la tabla 33, se observa que según el grado de realización personal y grado de residencia, de los médicos estudiados, el grupo con mayor número de casos fue el de residentes de primer año con 199 casos de grado moderado y alto.

Grado de residencia	REALIZACIÓN PERSONAL			Total
	> 39 puntos: Bajo	38 a 32 puntos: Moderado	< 31 puntos: Alto.	
Residente de primer año.	14	9	90	113
Residente de segundo año.	2	2	44	48
Residente de tercer año	2	6	48	56
Total	18	17	182	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2.

Tabla 34. Distribución de médicos según Apgar familiar y grado de residencia, de la residencia de Medicina Familiar en la modalidad semipresencial de Enero a Diciembre del 2006.

La distribución de la escala de Apgar familiar y el grado de residencia de los médicos estudiados mostró que la mayor frecuencia en el número de casos fue en los residentes de primer año con 22 casos de grado moderado de disfuncionalidad familiar.

Grado de residencia	APGAR FAMILIAR		Total
	8 a 10 puntos: Buen funcionamiento familiar	4 A 7 puntos: Moderada disfuncional familiar.	
Residente de primer año.	91	22	113
Residente de segundo año.	44	4	48
Residente de tercer año	52	4	56
Total	187	30	217

Fuente: Anexo 1 y Anexo 3.

DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente investigación obtenidos a través de la prueba desgaste de Maslach y el Apgar familiar, de los residentes de medicina familiar en la modalidad semipresencial del periodo de enero a diciembre del año 2006, muestra una importante frecuencia de casos de síndrome de desgaste profesional y disfuncionalidad familiar, aunque este estudio es similar a otros tiene la características de ser el primero realizado en una especialidad semipresencial con médicos residentes de todo el estado y con condiciones muy diferentes a una especialidad sobre todo combinado el trabajo cotidiano profesional, con la adquisición de nuevos conocimiento y habilidades que se de desarrollan dentro de una especialidad médica.

Los estudios realizados en médicos residentes alrededor del mundo muestran resultados diversos; Shaufeli y cols.⁹, en un estudio sobre residentes de medicina interna de EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional y un 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout*. Esto se asoció a la percepción de que los pacientes a su cargo no recibían un cuidado óptimo. Comparando este estudio con el nuestro encontramos que para este estudio el rubro de Despersonalización fue de 86.18 % solamente para el rubro de alto y encontramos que en área de agotamiento emocional se reporto 20.27%, resultado que dista mucho de lo reportado en otros estudios, como el realizado en Colombia por Guevara y cols. El cual reporto un 76 % de despersonalización y 60 % de agotamiento emocional similar al realizado en EEUU, pero no al nuestro.

Martín y col., indagaron este síndrome entre diferentes especialidades médicas de EE.UU. y concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout* (rango: medicina familiar 27% y tocoginecología 75%).

En un hospital de Valencia, España, Belloch y cols., describieron que en residentes de medicina interna la despersonalización fue de 17,8%, el agotamiento emocional de 7,1% y la falta de realización profesional de 23,2%. En un estudio realizado en la residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires en 2004, se estimó una prevalencia de

síndrome de *burnout* de 19,59% (64% de alto cansancio emocional, 64% de alta despersonalización y 28,35% de baja realización personal). En nuestra investigación resultó que de acuerdo a el cansancio emocional el grado moderado fue de un 13.36%, el grado severo 6.91%, en cuanto al nivel de despersonalización, una décima parte de la población en estudio resultó con nivel moderado y un 86.18% alto, en relación a la realización personal, el grado moderado 7.83% y el severo un 83.87 %, aunque estos resultados son significativamente superiores a lo reportado en EE. UU concuerdan y mucho menor que lo reportado en Buenos Aires, se observa una similitud respecto al primero y una enorme diferencia en comparación a Argentina.

Ser mujer, soltero, no tener hijos y tener menos años ejerciendo la carrera de médico se documentan como factores de riesgo para sufrir del Síndrome de desgaste profesional o Burnout, ya que el apoyo de la familia es esencial para disminuir el stress y enfrentar los problemas que se presentan en la labor cotidiana. Maslach refiere que las personas que tienen entre 30 y 40 años de edad son más propensas a desarrollar el síndrome cosa contraria a lo reportado en nuestro estudio en donde el grupo etareo más afectado fue el de 26 a 30 años. Por otra parte en el rubro de despersonalización en nuestro estudio se encontró que el 27.64 % de nuestra población total pertenece al grupo etareo de 26 a 30 años. Cabe recalcar que por ser el grupo etareo de 26-30 años el grupo con mayor frecuencia de agotamiento emocional y despersonalización pudiera deberse entre otras interrogantes al hecho de que son los médicos con menor experiencia en cuanto a tiempo del ejercicio profesional, lo que probablemente conlleva a mayor duración en cuanto a tiempo de consulta, inseguridad inicial, pocas expectativas de superación a corto y mediano plazo, así como la incertidumbre de ser trabajadores eventuales y pocas redes de apoyo en la familia, dado que muchos de ellos son solteros o tiene relaciones de pareja inestables.

La variable sexo, según Maslach es predictor para desarrollar el padecimiento, y es la mujer que presenta más agotamiento emocional, a diferencia del hombre, que tiene una escala más grande en el nivel de despersonalización. En nuestro estudio hubo diferencia significativa en este rubro dado que el sexo femenino en el rubro de despersonalización presentó el 39.63 % del total de la población y el sexo masculino

presento el 46.54 % de total de nuestra población, por lo cual para este estudio el sexo no es un factor predisponente para padecer síndrome de burnout; es este rubro nuestro estudio es igual al de Guevara y cols realizado en Colombia. En cuanto al estado civil según Maslach el hecho de ser soltero favorece la aparición del síndrome. En un estudio en Baja California Sur (BCS) realizado en médicos anesestesiólogos, resultado que referente a la edad, los casos estaban entre 31 y 56 años, relacionado esto con los años de ejercer, en relación al estado civil, estar casado o divorciado, tener hijos y tener menos de 13 años de ejercer la profesión, se establecieron como factores para presentar el Síndrome de burnout. En cuanto a la religión se ha comprobado que aquellos que practican dogmas diferentes a la religión católica son mas propensos a padecer de agotamiento emocional, dado que las rigidez con la cual tienen que comportarse sus practicantes, ya que por lo regular casi siempre siempre esta presente la relación, del bien contra el mal ó dicho de otra forma de lo que es bueno contra lo que es malo, hecho en el cual basan gran parte de su comportamiento ante la sociedad. Por otra parte encontramos que en nuestro estudio solo el 13.82 % de nuestra población presento algún grado de disfuncionalidad familiar, en comparación con el estudio realizado en Colombia por Guevara y cols; quienes reportan un 68 % de prevalencia, por lo tanto en nuestro estudio no hay una relación significativa entre síndrome de burnot y disfuncionalidad familiar.

En este estudio realizado a médicos residentes de Tabasco de todos los grados académicos de la especialidad de medicina familiar en modalidad semipresecial, la edad en donde más casos se presentaron fue en 26 a 30 años con , el sexo de los médicos fue mayor el cansancio emocional en mujeres que en el hombre, pero el nivel de despersonalización, la realización personal y el Apgar familiar fue mayor en el sexo masculino, y el estado civil de los médicos donde se presentaron más casos fue en los casados (as), por lo tanto concuerda por lo descrito por Maslash, en cuanto a la edad y difiere del estudio en BCS, el estado civil nuestros resultados concuerda con el estudio realizado a Anesestesiólogos pero difiere con el lo referido por Maslasch, y en cuanto al sexo de los médicos, no concuerda con lo referido por Maslasch.

Con respecto a la clara relación puesta de manifiesto entre el clima laboral y el desgaste profesional al menos en lo referente al agotamiento emocional, es preciso tener en mente que las condiciones laborales son importantes aunque posiblemente no suficientes para dar lugar a la aparición de tensiones, es preciso no olvidar el importante papel que los factores de personalidad tienen además de la no disposición de estrategias adecuadas para el afrontamiento de situaciones estresantes en el ámbito laboral con el fin de conseguir un buen ajuste psicológico entre los factores personales y los del lugar de trabajo. Además no hemos de olvidar que los factores psicosociales del medio de trabajo pueden ser de doble vertiente y contribuir positivamente a la salud mental del trabajador, entendiendo por factores psicosociales como las "interacciones entre las condiciones de trabajo, necesidades y expectativas del trabajador que están influenciadas por las costumbres, cultura y por las condiciones personales fuera de trabajo. Por lo tanto en cuanto al ámbito laboral y sobre todo al tipo de contrato no se encontraron artículos relacionados con estas variables pero en los resultados obtenidos por nosotros, el presente estudio refiere que los médicos de contrato temporal son los que más casos de síndrome de desgaste y disfuncionalidad familiar presentaron.

Respecto a las variables de religión y grado de residencia, no se encontró en la revisión bibliográfica, información sobre estas variables, sin embargo en nuestra investigación se observó que resultó que los médicos que presentaron niveles altos y moderados del test de desgaste profesional y Apgar familiar, profesan alguna religión diferente a la católica y del grado de residencia mostró preferencia en los de primer año, en los médicos que sufren de grado moderado y alto de desgaste profesional y moderada disfuncionalidad familiar. Cabe mencionar que estos datos referidos en nuestro estudio no son concisos ya que el mayor número de residentes, en los estratos de la variable investigada (religión y grado de residencia) son los que profesan la religión católica y el primer año de residencia.

CONCLUSIONES.

- La frecuencia de casos de Síndrome de desgaste profesional en los residentes de la especialidad de medicina familiar en la modalidad semipresencial según los instrumentos utilizados (test de desgaste profesional de Maslach y Apgar Familiar) resulto en:

1. Cansancio Emocional: 29 médicos de grado moderado y 15 de alto.

2. Despersonalización: 21 médicos de grado moderado y 87 de alto.

3. Realización Personal: 17 médicos de grado moderado y 182 de alto.

4. Apgar familiar: 30 médicos con grado moderado de disfuncionabilidad familiar.

- Por otra parte podemos concluir que el sexo no es un factor predisponente ni estadísticamente significativo para padecer síndrome de desgaste profesional, si lo es por el contrario, la edad dado que conlleva consigo la inmadurez, la poca experiencia profesional, la inexperiencia en el manejo de las emociones de los pacientes de la consulta diaria, aunado a la gran carga de trabajo que se tiene día a día, esto se traduce en agotamiento emocional y despersonalización lo cual conlleva a final de cuentas a una mala relación medico-paciente.
- Hay que recalcar que no hay relación entre síndrome de desgaste profesional y alteraciones en la dinámica familiar, lo cual hasta cierta manera es de llamar la atención dado que nos indica que el síndrome de burnout se presenta en nuestra área de trabajo y que puede deberse a muchos factores relacionados directamente con el área de trabajo o con nuestras expectativas de superación personal y laboral.
- Llama la atención que en nuestro estudio el estado civil si influye en el síndrome de desgaste dado que los casados son los que mas frecuencia presentaron y esto de algún modo tiene que ver con la etapa del ciclo vital por el cual estén pasando, desde el nacimiento del primer hijo, la etapa escolar, la adolescencia de los hijos, la etapa de independencia así como el hecho de que el numero de

obligaciones aumenta, manifestándose esto en mayor demanda de poder adquisitivo, lo cual conlleva a la necesidad de tener 2 trabajos para poder satisfacer las necesidades de la familia y la larga esto será una condicionante para el síndrome de desgaste.

RECOMENDACIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se recomienda lo siguiente:

1. Proponer un programa de tutores, disponibles para ofrecerles comunicación abierta, constante y personalizada. Detección temprana de síntomas de alto riesgo, con referencia a atención psiquiátrica eficaz. Apoyo psicológico individual y grupal.
2. Modificaciones en la dinámica de la tutoría académica y técnica de la especialidad de Medicina Familiar sobre todo en los residentes de primer año.
3. Proponer a nivel directivo que se otorgue dos periodos vacacionales de 10 días hábiles y uno de 5 días hábiles al personal de contrato.
4. Establecer dinámicas grupales e individuales sobre el Factor Humano, Competitividad, y Trabajo en Equipo, por parte de la Dirección de Enseñanza y Calidad de nuestra Secretaría.
5. Promover la participación de los médicos residentes en actividades deportivas y culturales.

BIBLIOGRAFIA.

1. Freudenberg H. Staff Burnout. Journal of Social Issues 1974;30:159-166.
2. Maslach C, Leiter M. The truth about Burnout. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishing, 1997.
3. Díaz-González HR. El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. Rev Clin Esp. 1994;194(9):670-676.
4. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Velez R, Searcy-Bernale R. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la Ciudad de Mexicali. Gac Méd Méx Vol. 141 No. 3, 2005
5. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb Med 2004; 35:173-178
6. Coloma, med. Vol 35 no.4 cali dec 2004
7. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal hospitalario. Rev. Esp salud publico, 293-303, año 1997
8. Maslach C. Burnout can J psych nur ; pag. 50-55, año 1979
9. Shana felt, t; Bradley k wipf J, back a. burnout and self – reported patient, core in an internal medicine residency program ann intern med, pag 30-33, año 2002
10. Cebria J. segura S, corbella p. rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Aten primaria vol 1, pag 19-23, año 2001
11. Síndrome de burnout en médicos de un hospital militar, Colombia Médica Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali Colombia. Año 1994
12. http://www.medicosecuador.com/rocio_alvarez/articulo/estreslaboral.htm
13. <http://www.monografia.com/trabajo24/síndrome-burnout/síndrome-burnout.shtml>
14. Barret I. yanetep.oncology/hematologynurses: a estudio of job satisfaction burnout and intentio to leave then specialty aust health rev 2002
15. Clark s. why do people become doctors and what can go wrong? Bmj 200; 320, 7241 – 7246; 2002

16. Adebamaow c. azeome E, AJwon a Job stresses a sociated wint sigical traninq im Nigeria; afr j. ned med Sci, vol. 27, 1998.
- 17.Bohele a baumgatel m gotz m , muller E, jochan d, barnut of uroloqists in th couty of schleswlq – Holstein, germany a comparison of hospital and private practice urobqist. Journal v 1, 2001
- 18.. Dr. Pablo alberto chafela, Syndrome de Burnout y el profesional de la educación. Acta méd. costarric v.49 n.2 San José abr. 2007
- 19.- Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004 Acta méd. costarric v.49 n.2 San José abr. 2007.
- 20.-GIL-MONTE, Pedro (2002). **Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey**. Revista Salud Pública de México / vol.44, no.1, enero-febrero de 2002. Extraído el 9 de mayo de 2007.
- 21.- De Pablo González y cols. Prevalencia de bournout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria aten primaria 1998.
- 22.-Vermeulen m. mustard c. gender differences in job strain social suppat at work and psychological distres j occup health Psicol. 2000.
- 23.- Román Lázaro Marina, Poegner Rivero Elizabeth, Almanza Muñoz Jesús. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del área de Medicina Crítica del Hospital Central Militar,Neurol Neurocir Psiquiat 2008; XLI(1) : 9-12.
- 24.- Dr. Jorge Loría Castellanos¹ y Dr. Guzmán Hernández Luís Edmundo. Síndrome de desgaste profesional en personal medico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de mexico; Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006;5(3).
- 25.-Arias I. herrera j. El apgar familiar en el cuidado primario en salud Colomb. Med. 199 26.- rev. Cubana med. Cren integr. 1998 17 (6).
- 27.-Cetina-Tabares RE, Chan-Canul AG, Sandoval-Jurado L. Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (6): 535-540

- 28.- Tuesca-Molina R, Iguarán Urdaneta M, Suárez Lafaurie M, Vargas Torres G, Vergara Serpa D. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2006; 22 (2): 84-91
- 29.- Grau A, et al. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005;19(6):463-70
- 30.-Pera G. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit* 2002; 16 (6): 480-6.

ANEXOS

ANEXO 1
FICHA DE IDENTIFICACION

EDAD: _____

SEXO: F M

RELIGION: CATOLICA _____ PROTESTANTE _____

ESTADO CIVIL:

- CASADO
- SOLTERO
- VIUDO
- DIVORCIADO
- UNION LIBRE

TIPO DE CONTRATACIÓN:

- BASE
- CONTRATO

AÑO DE RESIDENCIA:

- PRIMER AÑO
- SEGUNDO AÑO
- TERCER AÑO

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH

CANSANCIO EMOCIONAL

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo..... ()
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo..... ()
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar ()
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante..... ()
5. Me siento “quemado”, cansado por mi trabajo..... ()
6. Me siento frustrado o aburrido en 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 cómo se sienten los pacientes..... ()
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes..... ()
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas..... ()
4. Me siento muy activo()
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes..... ()
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes..... ()
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión ()
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma..... ()

0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes

3 = Pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

ANEXO 3
CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

_____ DIRECCIÓN _____ EDAD _____

CUESTIONARIO	CASI SIEMPRE	ALGUNAS OCASIONES	CASI NUNCA
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia toma decisiones y comparte temas.			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de realizar nuevas actividades o de hacer cambio en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mi sentimiento.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo (espacio o dinero) que mi familia y yo pensamos juntos.			