



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA SEDE:

**HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR No 7
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA**

**FRECUENCIA DE RIESGO DE PRESENTAR SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

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

PRESENTA:

HILDA LETICIA ALVARADO CHAVEZ

Registro de autorización: R-2017-204-33

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

FEBRERO 2020



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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HILDA LETICIA ALVARADO CHAVEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. DIANA BARO VERDUGO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR No 7
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

DR. MISAEL HÉCTOR GODÍNEZ HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR EN UMF No.33, TIJUANA BAJA CALIFORNIA

DR. MARCO ANTONIO RUÍZ DORADO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA

DR. JAVIER CARMONA MOTA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA

DR. FRANCISCO JAVIER ESCOBAR MONTOYA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

FEBRERO 2020

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HILDA LETICIA ALVARADO CHAVEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍ HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Identificación de los investigadores

Investigador principal: Hilda Leticia Alvarado Chavez Matrícula: 99020665 Médico General Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 33, Tijuana. Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social Teléfono: 664 1 67 27 99 Correo electrónico: dochilda1@hotmail.com

Asesores: Dr. Misael Héctor Godínez Hernández Matrícula: 99273708 Médico familiar Adscripción: Unidad De Medicina Familiar No. 33, Tijuana. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro social Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social Teléfono: 664 3 28 70 93 Correo electrónico: ector_ernandez@outlook.com

Dr. Antonio Molina Corona Matrícula: 99377235 Categoría: Coordinador Clínico de Educación e Investigación Adscripción: HGR 20, Tijuana, B. C. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social Teléfono: 664 341 7934 Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx

Dra. Diana Baro Verdugo Matrícula: 990206794 Categoría: Médico Familiar Adscripción: HGO/UMF 7. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social Teléfono: 664 262 3057 Correo electrónico: antonio.molina@imss.gob.mx

INDICE

Resumen	2
Marco Teórico	3
Antecedentes	7
Justificación	10
Planteamiento del problema	11
Objetivos	12
Material y Métodos	13
Diseño del estudio	13
Tamaño de la muestra	13
Criterios de selección	13
Metodología	15
Análisis estadístico	15
Operación de variables	17
Aspectos éticos	21
Recursos humanos, materiales y financieros	21
Resultados	22
Discusión	27
Conclusiones	29
Referencias bibliográficas	30
Anexos	33

RESÚMEN

Título: Frecuencia de riesgo de presentar Síndrome de Burnout en médicos familiares en una unidad de primer nivel de atención

Identificación de investigadores: Hilda Leticia Alvarado Chávez Héctor Misael Godínez Hernández, Antonio Molina Corona, Diana Baro Verdugo.

INTRODUCCIÓN. El Síndrome de Burnout implica casi siempre a profesionales como médicos, enfermeras, entre otros, que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo; pero no solo afecta al personal que lo padece, siendo secundariamente afectados los usuarios que son atendidos por los que sufren dicha afección y por ende afectando negativamente a la organización en la que se labora.

OBJETIVO. Conocer la frecuencia de riesgo de presentar Síndrome de Burnout en médicos familiares de la UMF No.33

MATERIAL Y MÉTODOS. Previa autorización del Comité local de investigación, por las autoridades de la unidad y del consentimiento informado del paciente. Se realizó un estudio transversal prospectivo, observacional en médicos familiares de la UMF No.33 de Tijuana Baja California, presentes en el momento de la encuesta. En el período de noviembre del 2017 a octubre del 2018, utilizando el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, para medir riesgo de Burnout.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, frecuencias para cualitativas; estadística de tipo no paramétrica con prueba Ji cuadrada para análisis bivariado. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de $p < 0.05$. Se utilizó programa estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS. De la totalidad de los Médicos Familiares encuestados, ninguno presento Síndrome de Burnout y en cuanto a las dimensiones de Burnout, el 16.7% presento riesgo alto para agotamiento emocional, 20 % para despersonalización y el 56.7% en la realización personal.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout, Médicos Familiares, frecuencia.

MARCO TEÓRICO

El síndrome de Burnout (SB) a pesar de su reconocimiento como riesgo laboral por parte de la Organización Mundial de la salud (OMS), no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de psicología (DSM-V). La definición más aceptada es la de Cristina Maslach describiéndola como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.¹

Freuderberger en los años setenta (1974) se refirió al Burnout como condición de los profesionales de la salud definida como una combinación de cansancio emocional crónico, fatiga física, pérdida de interés por la actividad laboral, baja realización personal y deshumanización en el cuidado y atención a los pacientes.²

Maslach a partir de 1976, se convierte en el principal referente del tema, al llevar el concepto de un modelo médico-clínico a uno psicosocial. Maslach proporcionó una definición operativa y multidimensional del constructo, creando un instrumento para medirlo el "Maslach Burnout Inventory, MBI" (MBI-HSS) y en general otorgó una aproximación más empírica que permitió demostrar la asociación de este fenómeno con múltiples indicadores de Salud y Funcionamiento en la vida cotidiana y laboral.³

En California casi al mismo tiempo en 1976 aparecen referencias al Burnout por parte de la misma Cristina Maslach, acota el término de "pérdida de responsabilidad profesional", así desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Para ella este síndrome se podía dar solamente en las profesiones de ayuda (sanitarios y educadores que prestan servicio al público).⁴

Maslach y Jackson en 1986, definieron al síndrome como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal”. Cherniss (1980) conceptualiza el SB ligado al estrés laboral. Edelwich y Brodsky (1980) lo presentan como una “pérdida progresiva del idealismo, la energía y los propósitos o deseos de alcanzar los objetivos previamente fijados que se dan en los profesionales de ayuda y que son resultado de las condiciones de trabajo”.⁵

Pines y Aronson en 1988, proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda. Pearly Hartman (1982) considera que el SB es una respuesta a un estrés crónico emocional con tres componentes. Farber (1983) lo identificó con el mundo laboral. Price y Murphy (1984) lo identifican como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral.⁶

Algunos autores han señalado que puede entenderse como una forma de fatiga extrema o agotamiento de los recursos energéticos del individuo, como resultado de un afrontamiento inefectivo con el estrés laboral crónico, y que no desaparece con los períodos habituales de reposo. El Síndrome de Burnout tiene consecuencias nocivas para el sujeto en forma de problemas psicológicos o de salud física y para la organización, en forma de elevada accidentabilidad y ausentismo o deterioro del rendimiento.⁷

El síndrome aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emprender el profesional. Es un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. Las secuencias de desarrollo del síndrome de agotamiento emocional son: *fase de aparición de conflicto* siendo síntomas que aparecen con intensidad variable y desaparecen al día siguiente; *fase de instauración del síndrome*, intensificándose las conductas violentas y agresivas, se tiende a negar, ya que se vive como un fracaso profesional y personal; la *fase de intervención de la superioridad* en donde después de cierto tiempo los responsables toman conciencia del problema e intervienen; *fase de marginación o exclusión de la vida laboral* en donde existe una fase irreversible, entre el 5 y 10 % resulta irreversible y se llega a un diagnóstico de carácter psicopatológico.⁸

El problema va más allá: el individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.⁹

Al SB, actualmente se le conoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera laboral, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.¹⁰

En la actualidad el SB, es una entidad patológica compuesta de tres esferas: agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización personal. El agotamiento emocional se refiere a la sensación de cansancio relacionada con el trabajo; la despersonalización, a una respuesta impersonal, insensible, deshumanizada, poco empática o negativa hacia quienes se atiende o se brinda los servicios; y la falta de realización personal, a la visión de competencia, logros o éxito en el trabajo. Estas dimensiones pueden coexistir en diferentes grados lo cual hace que el SB sea una entidad heterogénea y continua.¹¹

Existen varios estudios que revelan una elevada prevalencia del SB en médicos generales, especialistas, residentes y recién graduados, lo que sugiere que el origen de esta patología ocurre en las facultades de medicina durante el proceso de formación. La transición desde la facultad hacia el trabajo es una de las fases más críticas en la profesión médica, es en esa época donde más inciden los estresores como la sobrecarga laboral, el trabajo en turnos sin horarios fijo, el trato con pacientes problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte.¹²

Para la evaluación del SB, el cuestionario más utilizado es la escala de Maslach (MBI-HSS); cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.¹³

El MBI-HSS mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional despersonalización y realización personal. Cansancio emocional comprende 9

preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 16, 20. Mide el agotamiento emocional por exigencias en el trabajo, puntuación máxima de 54. De despersonalización formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22. Mide el grado que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, puntuación máxima 30. De realización personal se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, puntuación máxima de 48.¹⁴

Las puntuaciones de los sujetos estudiados se califican determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las sub escalas. Para la despersonalización los puntos de corte son: de 0 a 8: bajo, de 9 a 13: intermedio, más de 14: alto. Para el agotamiento los puntos de corte son: más de 27: alto, de 17 a 26: intermedio y de 0 a 16: bajo. Y por último para la dimensión de la realización personal los puntos de corte normalizados son: menos de 30: baja, de 31 a 36 intermedia y alta de 37 a 48 puntos.¹⁵

Cada ítem del MBI-HSS es valorado por una escala tipo Likert. La escala recorre siete grados que van de 0(nunca) a 6 (todos los días). Los scores para cada escala son definidos como bajo, medio y alto usando puntos de corte establecido. Altos puntajes en las subescalas de agotamiento emocional o despersonalización pueden distinguir entre personas que clínicamente padecen SB y quienes no lo manifiestan.¹⁶

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue a las enfermedades profesionales de las enfermedades vinculadas con el trabajo. A nivel mundial más de 2.3 millones de trabajadores fallecen por riesgos laborales al año. Las cifras de estrés laboral en Europa han fluctuado entre el 22.3% en el 2007, 74 % en el 2013 y un 53 % en el 2014.¹⁷

En Holanda, aproximadamente el 15 % de la población trabajadora padece de Burnout, siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud donde los individuos poseen más posibilidades de desarrollo: médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos.¹⁸

En el año 2000, García documentó la presencia de Síndrome de Burnout en 56 médicos residentes de especialidades en el Hospital La FE en Valencia España, reporto “agotamiento emocional” en 7.1%,” despersonalización” en el 17.8 % y 23.2% con “pérdida del logro profesional”.¹⁹

La prevalencia del Síndrome de Burnout en pediatras de Argentina y a nivel Internacional ha sido poco estudiada. Según el estudio de Gil Monte et al. (2008) la prevalencia del Síndrome de Burnout de los pediatras de hospitales generales de Buenos Aires fue del 3.2%.²⁰

Un estudio realizado en Chile para determinar la presencia de estrés laboral crónico y sus probables factores sociales en enfermeras que trabajan en servicios de atención médica de urgencia, mostraron que más del 50 % eran adultas jóvenes, solteras sin hijos y tenían menos de 10 años de experiencia laboral, además de tener 4 turnos de forma continua. El grupo de profesionales evidenció que presentaba SB en una intensidad intermedia, influenciado principalmente por variables laborales.²¹

Ciertos estudios han revelado una elevada prevalencia del SB en médicos generales, especialistas, residentes y recién graduados. Un reciente estudio multicéntrico que incluyó 4,387 estudiantes de medicina de EE. UU, reporta una prevalencia del SB del 49.6%. Otros estudios realizados en estudiantes norteamericanos con poblaciones más pequeñas muestran que la prevalencia de SB fluctúa entre 40-60%.²²

En un estudio realizado en un Hospital de tercer nivel en México, que incluyó a diferentes profesionales de la salud entre ellos 82 médicos y se reportó una prevalencia general de 6.3% de Síndrome de Burnout con 2 casos graves.²³

Una Investigación realizada con médicos de la Sociedad de Anestesiología del Distrito Federal (SADIF); una población joven, predominantemente masculina, con menos de diez años de práctica. Sus resultados mostraron afectación en la dimensión de realización profesional baja en 47.7%, similar al estudio australiano por Kluger et al. En que la prevalencia de baja realización profesional fue del 36%.²⁴

Se realizó un estudio en una la totalidad de médicos anesestesiólogos en la ciudad de Mexicali, B.C., integrada por 92 sujetos; obteniéndose una prevalencia de Síndrome de Burnout de 44%, de los cuales 83.8 % presentó bajo grado de Burnout, 9.3 % moderado y 6.9 % presentó alto grado de Burnout. En los médicos anesestesiólogos que no presentaron el síndrome: se encontró que 17% presentó alto grado de agotamiento emocional, 16.8% de despersonalización o cinismo, 10% presentó alto grado de cinismo, 17.9% moderado y 71.9% bajo grado de cinismo. En la escala de logro personal: 67.4% presentó alta realización personal, 20.2% moderada realización personal y 12.3% baja realización personal.²⁵

En la ciudad de Mexicali, Baja California, en el Hospital de Gineco-pediatría con Medicina Familiar No. 31 y en el Hospital General No. 30 se estudiaron 368 sujetos; de estos, 345 (93.75 %) eran mujeres, con una edad media de 41.21 años (desviación estándar [DE]: 6.59); la antigüedad laboral fue de 15.87 años (DE: 6.12). La prevalencia de Burnout en los profesionales de enfermería de ambos hospitales fue del 6.79 %. Se concluyó que la prevalencia obtenida fue menor a la reportada en otros estudios realizados en México. La prevalencia del SB en los profesionales

de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital General de Pachuca fué de 6.79%. Se concluyó que la prevalencia obtenida fue menor a la reportada en otros estudios realizados en México. Se reportó en el estudio un caso con un alto índice de agotamiento emocional, mientras que el resto del personal estudiado presento una falta de realización personal.²⁶

JUSTIFICACIÓN

Las instituciones de salud tienen el deber y la obligación de proporcionar una atención médica de calidad a sus usuarios, sobre todo si se trata de una Institución de seguridad social como el IMSS. El crecimiento desmedido de la población en nuestro país, de la cual no queda excluida la Ciudad de Tijuana Baja California, no va a la par de nuevas instalaciones de asistencia médica, situación que hace que, en nuestros tiempos, unidades médicas con determinada capacidad para atender un número de personas se encuentren con sobredemanda en los diferentes servicios.

Varias asociaciones e instituciones de salud en México al encontrar síndrome de agotamiento en su personal han implementado recomendaciones ya que este síndrome interfiere en un adecuado desempeño en la actividad laboral.

Este síndrome afecta principalmente a los profesionales de la salud como médicos, enfermeros, psicólogos que tienen un trato directo con las personas y en su trabajo se requieren altas dosis de entrega e implicación. Este síndrome no solo afecta el bienestar emocional del profesional, sino que a su vez influye en la calidad para atender a los pacientes.

Es importante conocer la frecuencia de riesgo de este síndrome de desgaste laboral y de esta manera buscar medidas para el bienestar de los médicos familiares, reflejándose en una mejor atención a sus pacientes y como consiguiente tener una Institución de seguridad social de alta calidad profesional y humanística.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente entre el personal de salud y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS lo ha catalogado como un riesgo laboral. Esta afección implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo; secundariamente perjudica también a los usuarios que son atendidos por los que sufren dicha afección y, por ende, afecta negativamente a la organización en la que se labora.

De acuerdo con la OMS y Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés laboral en México continúa ocupando los primeros lugares a nivel mundial, donde las causas de estrés, son el exceso o escasez de trabajo, horarios estrictos, inseguridad laboral, malas relaciones con compañeros y falta de apoyo por parte de la familia. Una patología derivada del estrés crónico laboral al que se exponen los trabajadores con motivo de su trabajo es el Síndrome de Burnout.²⁷

Es por ello que emprendimos este estudio con el objetivo de establecer estrategias preventivas o de ayuda para el personal de salud en riesgo y/o afectado del SB.

Por lo tanto, nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de riesgo de presentar Síndrome de Burnout en médicos Familiares de la UMF No. 33?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la frecuencia de riesgo de presentar Síndrome de Burnout en médicos familiares de la UMF No. 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer características sociodemográficas de la población estudiada: edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, número de hijos, dependientes económicos.
- Evaluar el grado de agotamiento profesional en los médicos familiares de la UMF No 33 del IMSS en Tijuana, Baja California.
- Identificar el grado de despersonalización en los médicos familiares de la UMF No 33 del IMSS en Tijuana, Baja California.
- Establecer el grado de realización personal en los médicos familiares de la UMF No 33 del IMSS en Tijuana, Baja California.
- Detectar diferencias en riesgo a Burnout relacionado a género.
- Identificar la relación de enfermedades crónicas y riesgo de Burnout.
- Establecer relación entre segundo trabajo y síndrome de Burnout.
- Relacionar el turno laboral y el riesgo de presentar despersonalización.
- Relacionar horario de trabajo y el riesgo de presentar despersonalización.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina familiar No 33, en Tijuana, Baja California, durante el periodo del primero de noviembre del 2017 al 31 de octubre del 2018.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los Médicos Familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Tijuana Baja California.

TIPO DE MUESTREO

Se estudió la totalidad de la población de los médicos familiares por lo cual no hay muestreo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Ser médico Familiar adscrito a la UMF 33 del IMSS en la ciudad de Tijuana, Baja California.
- Con más de 6 meses laborados.
- Acepten participar en el estudio previo consentimiento
- Todos los turnos

Criterios de no inclusión:

- Médicos no familiares
- Médicos familiares de sustitución.
- Médicos generales

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos
- Cuestionarios no entregados

METODOLOGÍA

Una vez aceptado el protocolo por parte del Comité local de Investigación y previa autorización del Director de la Unidad, se acudió a la Unidad de Medicina Familiar No.33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Tijuana, Baja California para iniciar el estudio.

Se realizó invitación personalizada a cada uno de los médicos que cumplieron con los criterios de inclusión, una vez que aceptaron participar en el estudio se les entregó personalmente en su consultorio, la carta de consentimiento informado y una vez obtenida la firma se procedió al llenado de la hoja de recolección de datos, posteriormente se les entregó el cuestionario de Maslach, el cual cuenta con una fiabilidad cercana al 90 %, y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, su función es medir el desgaste profesional. Incluye la evaluación de 3 dimensiones: *Cansancio emocional* comprende 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 16, 20. Mide el agotamiento emocional por exigencias en el trabajo. Puntuación máxima de 54. De *despersonalización* formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22. Mide el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, puntuación máxima 30. Por último, la dimensión de *realización personal* que se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo puntuación máxima de 48. Las puntuaciones de los sujetos estudiados se califican determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las sub escalas. Para la despersonalización los puntos de corte son: de 0 a 8: bajo, de 9 a 13: intermedio, más de 14: alto. Para el agotamiento los puntos de corte son: más de 27: alto, de 17 a 26: intermedio y de 0 a 16: bajo. Y por último para la dimensión de la realización personal los puntos de corte normalizados son: menos de 30: baja, de 31 a 36 intermedia y alta de 37 a 48 puntos. Cada ítem del MBI-HSS

es valorado por una escala tipo Likert. La escala recorre siete grados que van de 0(nunca) a 6 (todos los días). Las puntuaciones para cada escala son definidas como bajo, medio y alto usando puntos de corte establecido. Altos puntajes en las subescalas de agotamiento emocional o despersonalización pueden distinguir entre personas que clínicamente padecen SB y quienes no lo manifiestan.

Variables de estudio

- Variable dependiente:
Síndrome de Burnout, el cual incluye las siguientes dimensiones: dimensión de despersonalización, dimensión de agotamiento emocional, realización personal.
- Variable independiente:
Edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, turno laboral, horario de trabajo, número de hijos, dependientes económicos, presencia de enfermedades crónicas, toxicomanías, segundo trabajo.

ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la estadística descriptiva: con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, frecuencias para cualitativas. Se empleó estadística de tipo no paramétrica con prueba Ji cuadrada para análisis bivariado. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de $p < 0.05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 para el procesamiento de datos.

DEFINICIÓN DE CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Síndrome de Burnout	Es la respuesta física y emocional al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral	Cuestionario de Maslach, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo	Cualitativa nominal	1) Si 2) No
Edad	Tiempo de existencia desde el momento del nacimiento hasta la fecha actual, representada en años	Medida mediante un ítem cerrado situado en archivo	Cuantitativa	Numero en años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos ya sea masculino o femenino	Medida mediante un ítem cerrado situada en archivo	Cualitativa dicotómica	1) Hombre 2) Mujer
Estado civil	Condición personal que socialmente designan para fines demográficos. Incluye soltero	Medida mediante un ítem cerrado situada en archivo	Cualitativa politómica	1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Divorciado 5) Viudo

	unión libre casado viudo, separado u otros			
Antigüedad laboral	Tiempo que tiene desempeñando su cargo de su profesión en alguna institución	Medida mediante un ítem abierto situada en archivo	Cuantitativa	Número de años
Agotamiento laboral Síndrome de Burnout	Considerado como factor que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y la falta de compromiso con la práctica medica	Mediante subescala tipo Likert que consta de 9 preguntas	Cualitativa	1) Bajo: 0-16 2) Medio: 17-26 3) Alto: 27-54
Despersonalización. Síndrome de Burnout	Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y respuestas cónicas hacia los receptores del servicio prestado	Mediante subescala tipo Likert que consta de 5 ítems	Cualitativa	1) Bajo: 0-8 2) Medio: 9-13 3) Alto: más de 14
Realización personal Síndrome de Burnout	Respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo, desequilibrio equilibrio entre la vida personal y profesional.	Mediante subescala tipo Likert que consta de 8 ítems	Cualitativa	1) Bajo: 0-33 2) Medio: 31-36 3) Alto: 37-48

Turno laboral	Se considera toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas	Medida mediante un ítem cerrado situada en archivo	Cualitativa politómica	1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno 4) Jornada acumulada
Presencia de enfermedades crónicas	La presencia de enfermedades crónico degenerativas como hipertensión arterial, diabetes dislipidemia u otras	Medida mediante un ítem cerrado situada en archivo.	Cualitativa	1)Hipertensión arterial 2)Diabetes 3)Dislipidemia 4)Otros
Segundo trabajo	La presencia de otro empleo fuera del IMSS ya sea público o privado	Medida mediante un ítem cerrado situada en archivo	Cualitativa	1)Si 2)No

Toxicomanías	Hábito patológico a consumir sustancias tóxicas que producen sensaciones agradables. Por ejemplo: la adicción al tabaco, al alcohol, a las drogas, a algunos tipos de fármacos, etc.	Medida mediante un ítem cerrado situada en archivo.	Cualitativa	1)Si 2)No
Número de hijos	Número total de hijos que ha tenido la madre a lo largo de su vida reproductiva	Medida mediante un ítem abierto situada en archivo	Cuantitativa	Número
Dependientes económicos	Se designa así a las personas que viven del salario del trabajador, cualquiera que sea el título de su vida en común.	Medido a través de un ítem abierto en hoja de recolección de datos	Cuantitativa	Número
Horario de trabajo	Es la determinación de los momentos en que cada día se entra y se sale del trabajo	Mediante una hoja de recolección de datos y un ítem abierto	Cuantitativa	Horas

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Así como considerar la declaración de Helsinki y de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud.

Se respetaron los lineamientos del Comité local de Investigación. Respeto a las políticas y reglamentos Institucionales. En cuanto al cuidado que se debe tener con la seguridad y bienestar de los pacientes, se respetaron los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe de Belmont, el código de Reglamentos Federales de estados Unidos (regla común).

En el presente protocolo se solicitó carta de consentimiento informado a los médicos que participaron en el estudio, guardando confidencialidad de los datos. Se entregaron resultados y en caso de presentar riesgo de SB, se derivó a atención médica especializada.

RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos: el investigador quien fue el entrevistador. Entre los recursos materiales se utilizaron lápices, plumas, hojas, blancas, impresora, etc.

Fue factible poder realizar el estudio ya que se contó con la cooperación de los Médicos Familiares de la UMF No.33 en la Unidad.

RESULTADOS

Se realizaron encuestas a médicos familiares de la UMF 33, no se eliminó ninguna encuesta por lo que el total de la muestra final fue de 30.

En relación con la edad la mediana fue de 47.07 años \pm 8.9 con una edad mínima de 32 y máxima de 63 años.

En cuanto a la antigüedad laboral la mediana fue de 16.00 \pm 8.1 con un rango mínimo de 5 años y máximo de 28 años.

Respecto a las horas laboradas, la mediana fue de 6.00 hrs.

En relación a número de hijos, se reporta una mediana de 1.50 \pm 1.358 con un rango de 0-5 hijos.

En lo que respecta a dependientes económicos la media encontrada fue de 1.50 \pm 1.524 con un rango mínimo de 0 y máximo de 6. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Medidas de tendencia central y dispersión variables cuantitativas

Variables	Media/Desviación estándar
Edad	47.07 \pm 8.9
Antigüedad laboral	16.00 \pm 8.1
Horas laboradas	6 \pm 0.0
Número de hijos	1.50 \pm 1.3
Dependientes económicos	1.50 \pm 1.5

Respecto al género 10 (33.3%) eran hombres y 20 (66.7%) mujeres.

En cuanto al estado civil 7 (23.3%) eran solteros, 19(63.3%) casados, 2(6.7%) en unión libre y viudos 2(6.7%).

En relación al turno de trabajo 18(60%) corresponden al turno matutino y 12 (40%) al vespertino.

En relación a los segundos trabajos 4 (13.3%) tenían un segundo empleo y el 26 (86.7%), no tenían otro empleo.

En cuanto enfermedades cronicodegenerativas 3 (10.0%) médicos presentaban hipertensión arterial, 5(16.6%) diabetes, 11(36.7%) otras enfermedades y 11(36.7%) ninguna. (Ver tabla 2).

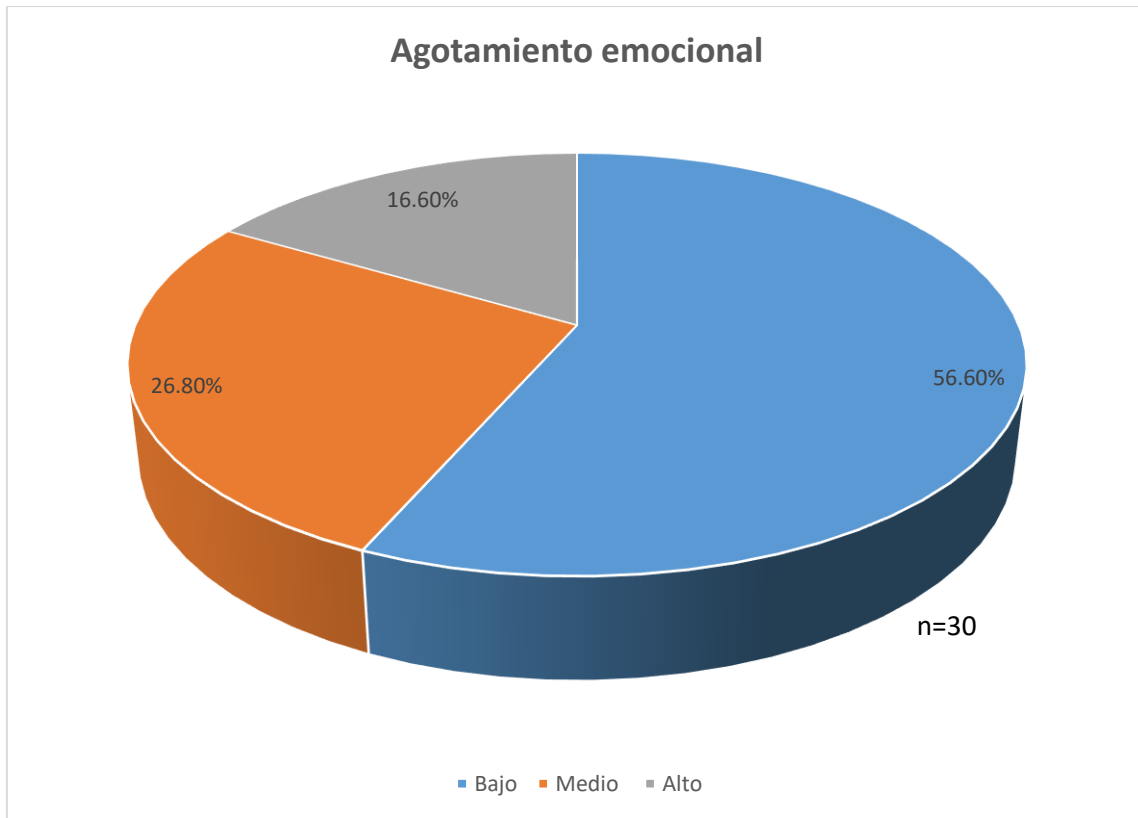
Tabla 2. Características de las variables cualitativas

Género	n=30	%
Masculino	10	33.3
Femenino	20	66.7
Estado civil		
Soltero	7	23.3
Casado	19	63.3
Unión libre	2	6.7
Viudo	2	6.7
Toxicomanías		
Si	1	3.3
No	29	96.7
Turno de trabajo		
Matutino	18	60
Vespertino	12	40
Segundos trabajos		
Si	4	13.3
No	26	86.7
Enfermedades Crónicas		
Hipertensión	3	10
Diabetes	5	16.7
Otras	11	36.7
Ninguna	11	36.6

En la población estudiada no se documentó la presencia de Síndrome de Bournout; a continuación se muestran los resultados obtenidos en cuanto a las dimensiones de Bournout.

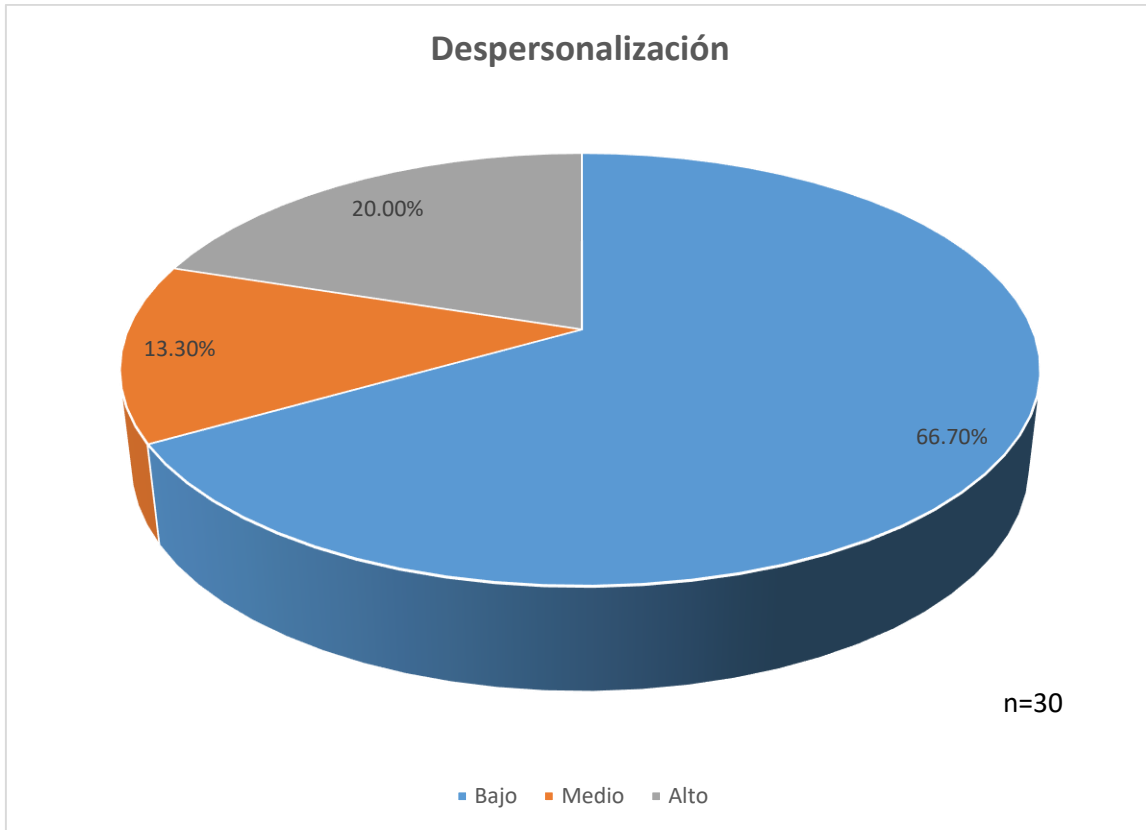
En la dimensión de agotamiento emocional 17 médicos (56.60%) presentó riesgo bajo, 8 (26.80%) riesgo medio y 5 (16.60%) riesgo alto. (ver gráfica 1).

Grafica 1. Agotamiento emocional



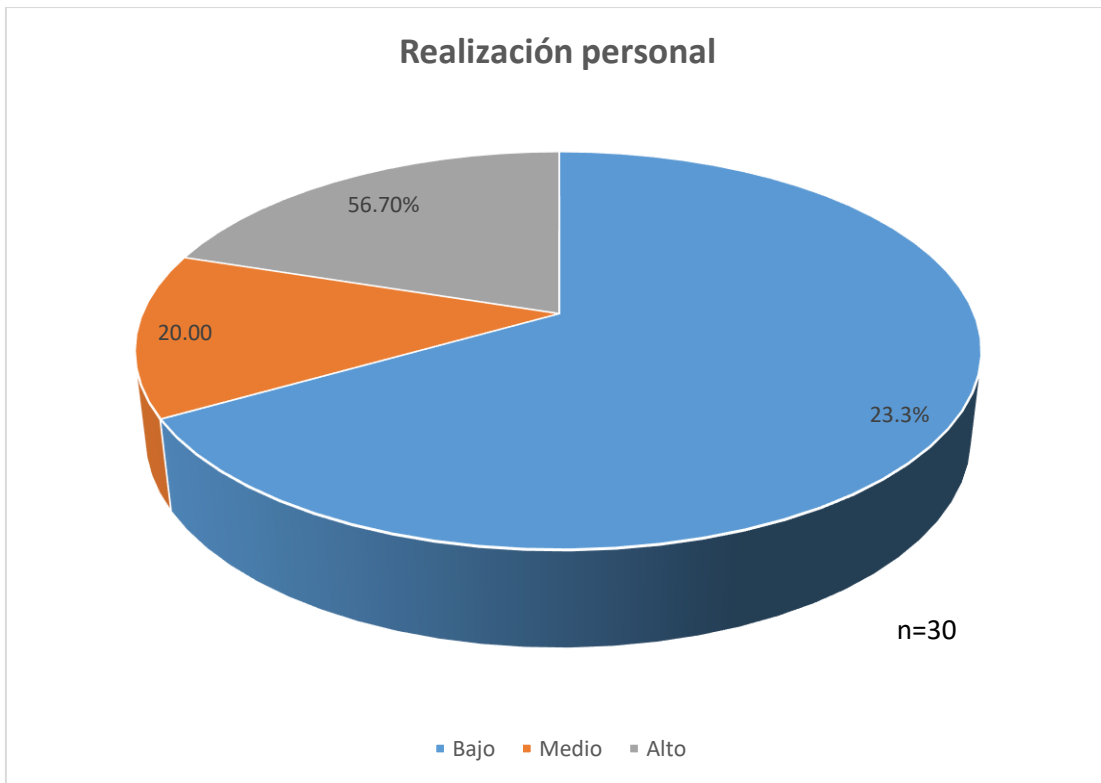
El resultado obtenido en la dimensión de despersonalización fue de 20 médicos (66.7%) con un riesgo bajo, 4 (13.3%) riesgo medio y 6 (20%) con riesgo alto. (Ver gráfica 2).

Gráfica 2. Despersonalización



En la dimensión de realización personal el riesgo bajo lo presentaron 7 médicos (23.3%), riesgo medio 6 de ellos (20%) y riesgo alto 17 (56.7%). (Ver gráfica 3).

Gráfica 3. Realización personal



Se realizó análisis bivariado y no se encontró relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con: sexo, estado civil, toxicomanías, turno de trabajo, segundos trabajos. La única variable que mostró relación estadísticamente significativa con despersonalización fue enfermedades crónicas con un valor de $p=0.04$; no hubo relación con dimensiones de realización personal ($p=0.70$) y agotamiento emocional ($p=0.56$).

DISCUSIÓN

En esta sección se discuten los resultados encontrados en la presente investigación y lo publicado a nivel nacional e internacional, sobre prevalencia de Burnout en personal médico.

Los resultados arrojados en nuestra investigación no muestran ningún caso con síndrome de Burnout, por lo cual la prevalencia de SBO fue del 0%; en la revisión de la bibliografía no se encontró ningún estudio sobre Burnout en personal médico, con 0% de prevalencia. Lo cual contrasta con estudios publicado a nivel internacional y nacional encontrando prevalencias bajas y elevadas de SBO, entre las prevalencias bajas se encuentra la reportada en Argentina por Monte et al. (2008), en Médicos Pediatras de Buenos Aires, con una prevalencia del 3.2%.²⁰ En el estudio realizado por Aguirre y Col²³, en un hospital de tercer nivel en México, la prevalencia de SBO encontrada fue del 6.3%. El estudio de Danhof y col, realizado en Holanda en personal salud así como médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos, se reportó una prevalencia del SBO del 15%.¹⁸

En contraste, se reportan estudios sobre prevalencia de síndrome de Burnout más elevadas, como el estudio realizado por Aranda y Col²⁸, en una población de médicos familiares de base en una institución de Guadalajara, México, se reportó una prevalencia de 36.6 %. Castañeda y Col²⁹, investigaron prevalencia de SBO en médicos familiares del IMSS en Guadalajara, México con 41.6%. En el estudio de palmer y Col²⁵, realizado en médicos anesthesiólogos en la ciudad de Mexicali, la prevalencia se SBO fue del 44%.

La nula frecuencia de del SBO reportada en nuestro estudio no permite explorar la relación del SBO con las variables sociodemográficas y laborales del estudio.

En cuanto a las dimensiones de los componentes de Síndrome Burnout, en nuestro estudio como ya se ha mencionado, no se encontró ningún caso de SB, sin embargo se encontró riesgo alto de despersonalización en el 20 % del personal médico, similar al reportado por Solís-Cóndor y col³⁰, en donde el 18.7% de participantes

tenía un riesgo alto de despersonalización. Además se pudo observar que en nuestro estudio se reportó una relación significativa con enfermedades crónicas, en la dimensión de despersonalización, mas sin embargo no se encontró relación con el SBO; cabe mencionar que no se encontró en la bibliografía resultados similares donde reporten relación entre esta dimensión y las enfermedades crónicas.

El nivel de agotamiento emocional identificado en los médicos de este estudio fue similar a los resultados obtenidos en el estudio de Castillo y Col³, ya que la mayor parte de los encuestados se ubicó en niveles medio y alto de agotamiento emocional.

En un estudio realizado por Abreu³², en personal de salud como son médicos y enfermeras en el municipio de Carirubana, Edo. Falcón, el 72% de la muestra estudiada presento un nivel bajo de agotamiento emocional, resultado obtenido similar a nuestro estudio donde predomino el riesgo bajo. En contraste al estudio realizado en la ciudad de Mexicali por Palmer -Morales y Col²⁵, en médicos anestesiólogos donde no se encontró SBO , pero se reportó un 17% con alto grado de agotamiento emocional.

En cuanto a la dimensión de realización personal en un estudio realizado por Vázquez y Col³³, en Lima Perú, en personal de la salud se encontró una similitud a nuestro estudio, ambas presentaron un riesgo alto, en la dimensión de realización personal. En contraste con el estudio realizado por Vivanco y Col³⁴ donde en la dimensión de realización, el 62.1% del personal médico, presentaron un riesgo bajo, en comparación a nuestro estudio el puntaje que predomino fue el riesgo alto.

CONCLUSIONES

En la presente investigación no se identificó Síndrome de Burnout en los médicos Familiares de una unidad de primer nivel de atención médica. Sin embargo existe personal médico con riesgo alto para agotamiento emocional y despersonalización. Se pudo observar que en nuestro estudio, la población estudiada eran médicos jóvenes, con un solo turno laboral, por lo que esto puede ser un factor para no presentar SBO.

Derivado de la presente investigación, se identifica la necesidad de realizar acciones preventivas, para evitar el desarrollo de SBO en el personal de salud de la Unidad Médica, no exclusivamente enfocada a personal médico.

Es importante la implementación de estrategias con enfoque sistémico, desde una perspectiva biopsicosocial.

Desde la perspectiva biológica, realizar acciones para obtener y/o mantener un buen estado de salud y bienestar, en caso de presentar comorbilidades, el control de estas y la prevención secundaria de complicaciones.

Desde la perspectiva psicológica, implementar estrategias enfocadas al manejo de los sentimientos, adquiriendo habilidades y destrezas para la expresión de emociones, identificar y prevenir el agotamiento emocional, la despersonalización y fortalecer la realización personal.

Desde una perspectiva social, es indispensable la capacitación del trabajo en equipo del personal de salud, comunicación asertiva, para mejorar el ambiente laboral.

El abordaje sistémico, interdisciplinario de esta intervención, tendrá un impacto positivo en el trabajador, para la institución, y la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saborio-Morales L, Hidalgo-Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica. 2015; 32(1):119-124.
2. Hederich-Martínez C, Caballero-Domínguez C. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. CES Psicología. 2016; 9(1):1-15.
3. Juárez-García A, Idovro A, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de Burnout en población mexicana una revisión sistemática. Salud mental. 2014; 37(2):159-176.
4. Chiang M, Sigoña M. Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de géneros y de nivel de escolaridad. Revista de psicología. 2011; 20(1):33-52.
5. Blasco S. Análisis del Burnout entre distintos niveles asistenciales sanitarios. Trabajo Fin de master en prevención riesgos laborales.2016; 1-50.
6. Olivares Faúndez V, Mena-Miranda L. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. Universitas Psychologica. 2014; 13(1):145-159.
7. Valdiviezo-Martínez A, López García M. Estrés y Burnout en México en médicos familiares. Revista Colombiana de Salud ocupacional. 2016; 6(4):132-135.
8. Tobie-Gutiérrez W, Nava-López J. Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. Rev Mex Anest. 2012; 35(1):233-237.
9. Rodríguez J. Propuesta: Programa integral de autocuidado dirigido a personal de enfermería. Enferm Costa Rica.2010; 31(1):2-7.
10. Quinceno J, Vinaccia A. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Acta Colombiana de Psicología. 2007; 10(2):117-125.
11. Pereyra-Elías R, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2010; 27(4): 520-526.

12. Santen S, Holt D, Kemp J, et al. Burnout in Medical Students: Examining the prevalence and associates factors. *South Med J* 2010; 103: 758-764.
13. Jobie W, Nava J. Burnout, su impacto en la residencia médica y en atención de los pacientes. *Rev Mex Anest.* 2010; 35(1): 233-237. (Repetido)
14. Beltrán C, González J, Salas J. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en trabajadores de la industria de transformación de la masa, Tepic, México. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2013; 42(2):167-172.
15. Castañeda E, García J. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos familiares mexicanos. Análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2010; 39(!): 251-256.
16. Dyrbye L, West C, Shanafelt T. Defining Burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med* 2014; 24:440.
17. Vera M. En el sistema capitalista los individuos viven para trabajar, no trabajan para vivir. Seminario de la UNAM. 2013; 19 (22):4-5.
18. Danhof M, Van V, Zitman T. Biomarkers in Burnout: A systemic review. *Journal of Psychosomatic research.*2011; 505-524.
19. Balcázar L, Ramírez Y. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Aten Fam.* 2015; 22(4):111-114.
20. Medina M, et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Investigación en Educación Médica.* 2017; 6(23):160-168.
21. Rodríguez A, Cruz M, Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería.* 2012; 14(2):75-85.
22. Estela-Villa L, et al. Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2010; 73(4):147-156.
23. Aguirre A, Quijano A. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá Una estrategia de calidad laboral. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015; 44(4): 198-205.
24. Magallanes E, Machado C, Oliveira S, Goveia C, Ladeira C. Prevalence of Burnout syndrome entre anesthesiologists en el Distrito Federal. *Brazilian Journal of Anesthesiology.* 2015; 65(2):104-110.

25. Palmer-Morales L, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Méd Méx.*2016; 141(3):181-183.
26. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada J. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte.* 2016; 32(2):218-227.
27. Aranda C, Pando M, Salazar J. Contabilidad y validación de la escala de Maslach Burnout Inventory (HSS) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte.* 2016; 32(2):218-227.
28. Aranda-Beltrán C, et al. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para trabajadores del Estado. *Burnout Syndrome and clinical manifestations in the Family physician working for a state health Institution .Psicología y Salud.* 2006; 16 (1): 15-21.
29. Castañeda –Aguilera E, J García de Alba J. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev. Colomb. Psiquiat.*2010; 39 (1): 67-84.
30. Solís-Cóndor Risof, Tantalean-del Águila Martín, Burgos-Aliaga Rosa, Chambi-Torres Javier. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *An. Fac. Med.* 2017; 78(3): 270-276
31. Castillo Ávila, IY, Orozco C, J, Alvis E, L. Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [Internet].* 2015; 47(2):187-192.
32. Abreu-Dávila, Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias [Internet].* 2011; 11(4):370-377.
33. Vásquez-Manrique J, Maruy-Saito, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.*2014; 77 (3): 168 -174.
34. Vivanco-Vivanco M, Sánchez –León C, Maldonado- Rivera R, Erique-Ortega N. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas: un análisis en la provincia de Loja, Ecuador. *Revista boletín Redipe .*2018; 7(11) 179-194.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del paciente _____ consultorio ___ # folio _____

1.- Edad ___ años

2.-Sexo:

- 1) hombre (___)
- 2) mujer (___)

3.-Estado civil:

- 1) soltero (___)
- 2) casado (___)
- 3) Unión libre (___)
- 4) Divorciado (___)
- 5) Viudo (___)

4.-Antigüedad laboral: _____ años.

5.-Horario de trabajo: _____ horas

6.-Toxicomanias:

- 1) Si (___)
- 2) No (___)

7.-Número de hijos (___)

8.-Dependientes económicos: (___)

9.-Turno de trabajo:

- 1) Matutino (___)
- 2) Vespertino (___)
- 3) Nocturno (___)
- 4) Jornada acumulada (___)

10.- Segundos trabajos:

- 1) Si (___)
- 2) No (___)

11.- Presencia de enfermedades crónicas:

- 1) HTA (___)
- 2) Diabetes (___)
- 3) Dislipidemia (___)
- 4) Otras (___)

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION.**

Nombre del estudio: Frecuencia de riesgo de presentar Síndrome de Burnout en médicos familiares en una unidad de primer nivel.

Lugar y fecha: Tijuana, Baja California, A ____ de _____ del 2017.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Este estudio es de gran importancia ya que se podrá identificar la frecuencia de riesgo en la que se encuentran los médicos familiares de la UMF No.33 de Tijuana, Baja California, de presentar el Síndrome Burnout. Y de esta manera una vez

detectado el personal afectado, implementar medidas que mejorarán el bienestar de los médicos familiares y como consiguiente una mejor calidad de atención a sus pacientes.

Procedimiento: Su participación consistirá en contestar dos cuestionarios uno previamente elaborado por el investigador, en el cual se registrará edad, género, estado civil, antigüedad laboral, turno laboral, número de hijos, presencia de enfermedades crónicas, toxicomanías, si tiene otro empleo, si su cónyuge o pareja trabaja. El segundo cuestionario el cual se encuentra validado y nos permitirá determinar si usted tiene riesgo de presentar Síndrome de Burnout.

Posibles riesgos y molestias: El riesgo es mínimo, si se detecta afección emocional en su persona al momento de contestar el cuestionario, habrá un equipo multidisciplinario para su atención inmediata

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se le entregará personalmente los resultados de la evaluación; en caso de detectarse alteraciones en sus resultados del estudio, se derivará con su Médico familiar para tratamiento. Equipo multidisciplinario.

Participación o retiro: Si usted no quiere participar, no afectará de ninguna forma sus derechos laborales, ni consecuencia alguna. Usted puede retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima en una computadora que solo usará los códigos numéricos y solo con fines de investigación. No se transferirá a terceros la información.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra. Hilda Leticia Alvarado Chávez, Adscripción: UMF 33, Tijuana, B.C. Matricula: 99020665, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono: (664) 629-63-00, Correo electrónico: dochilda1@hotmail.com y/o Asesor temático y metodológico: Dr. Misael Héctor Godínez Hernández, Adscripción: UMF 33, Tijuana, B.C. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Matricula: 99273708, Teléfono: (664) 111 3958 Correo electrónico: ector_ernande@outlook.com. Dr. Antonio Molina Corona Matricula: 99377235, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono:(664)347934 Correo electrónico: antonio.molina.@imss.gob.mx. Dra. Diana Baro Verdugo Categoría: Medico Familiar Adscripción: HGO/UMF 07 Tijuana, B.C, Matricula: 99026794, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano Del Seguro Social, Teléfono: (664) 262 3057 Correo electrónico: diana.baro.@imss.gob.mx.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de ética de investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
bloque "B" de la unidad de congresos, colonia doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)
56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.eticaQimss.gob.mx

Nombre firma del paciente

Nombre y firma quien obtiene el consentimiento
Informado

Nombre, dirección, relación y firma
(Testigo 1)

Nombre, dirección, relación y firma
(Testigo 2)

ANEXO 3. CARTA DE AUTORIZACIÓN POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECTOR MEDICO:

Dr. Juan Hermilo García Payan

Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 33

Tijuana, Baja California



Por medio de la presente le solicito de manera más atenta
Su autorización para la aplicación de una encuesta que se utilizará como
instrumento de medición para Determinar cuál es la Frecuencia de riesgo de
presentar Burnout en los Médicos Familiares de la UMF No.33 de Tijuana, Baja
California.

ATTE. Dra. Hilda Leticia Alvarado Chavez

Médico General

**Firma de autorización
Director de la Unidad.**

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE MASLACH

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 DÍAS.

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	

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017	Junio 2017	Julio 2017	Agosto 2017	Sept 2017	Oct 2017	Nov 2017-Oct 2018	Sept-Dic 2018	Enero 2018-Febrero 2019	Marzo-Agosto 2019
Pregunta de investigación. Marco teórico	X											
Planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis y diseño		X										
Material y métodos. Planteamiento del análisis estadístico			X									
Bibliografía y anexos				X								
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS Realización					X	X						

n de modificaciones y reenvío al CLIS												
Autorización del protocolo por el CLIS							X					
Protocolo autorizado por el CLIS								X				
Periodo recolección de datos									X			
Análisis Estadístico										X		
Interpretación de resultados y conclusiones										X	X	X
Redacción de tesis										X	X	X