



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

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

**SÍNDROME DE BURNOUT RELACIONADO A FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN MÉDICOS RESIDENTES DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE
LA UMF NO. 94**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
ESCOBAR LAZCANO MAYRA ESTEFANIA**

**TUTOR-DIRECTOR DE TESIS Y
ASESOR:
DRA. KATTIA SHANTAL LERMA NARVAÉZ
DR. IGNACIO RODRÍGUEZ PICHARDO**

CIUDAD DE MÉXICO, 13 DE SEPTIEMBRE DE 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

Protocolo de investigación

**Síndrome de burnout relacionado a factores sociodemográficos en médicos
residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94**

R-2021-3511-070

Con fines de titulación para la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

Investigador Asociado

Dra. Mayra Estefanía Escobar Lazcano
Médico residente de Tercer año del Curso de especialización en Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matrícula: 97366910
Domicilio: Av. 606 calle 647
Colonia: San Juan de Aragón V sección
Teléfono: 5519272887
Correo electrónico: mayititos@gmail.com

Investigador asociado

Dra. Kattia Shantal Lerma Narvaéz
Médico Familiar
Matrícula: 98378366
teléfono: 5548505448
mail: kattialermanarvaez@gmail.com

Investigador responsable

Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo
Puesto: Coordinador Clínico de Investigación y Enseñanza
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matricula: 99368686
Domicilio: Camino antiguo San Juan Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas alemán
Teléfono: 57672977, extensión: 21465
Correo electrónico: Ignacio.rodriguezp@imss.gob.mx

Ciudad de México, 13 de septiembre del 2022

Síndrome de burnout relacionado a factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94

Hoja de Autorizaciones

Proyecto Autorizado por el Comité Local de Investigación 3511

Con Número de Registro en SIRELCIS: R-2021-3511-070

Dr. Sergio Alberto León Ángeles

Director de la UMF No. 94

Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 94

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94

Dra. Judith Magdalena Corona Lara

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3511**.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS **19 CI 09 017 032**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082**

FECHA **Viernes, 15 de octubre de 2021**

M.E. Ignacio Rodríguez Pichardo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Síndrome de Burnout relacionado a factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3511-070

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

DR. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

“Cualquier persona que deja de aprender es viejo, ya sea a los veinte o a los ochenta. Cualquiera que sigue aprendiendo se mantiene joven. La cosa más grande en la vida es mantener la mente joven”.

Henry Ford

No soy buena con las palabras, pero intentaré escribir algunas líneas...

Esta Tesis, si bien ha requerido de gran esfuerzo y mucha dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me acompañaron en el recorrido laborioso de este trabajo y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación, primero y antes que todo, dar gracias a Dios por darme la vida y la oportunidad de llevar a cabo este proceso de preparación tan importante en mi vida profesional y personal, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, a mis tutores la Dra. Kattia Shantal Lerma Narvaéz y el Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo que con su amplia experiencia y conocimientos me orientaron al correcto desarrollo y culminación con éxito de este trabajo para la obtención de la especialidad en Medicina Familiar.

¡Nadie se queda afuera, se los dedico a todos!

El trabajo realizado lo dedico con mucho cariño a todas las personas que me han acompañado a lo largo de esta breve historia (especialidad), principalmente a mis padres, hermanos, a mi novio, tías, primas, amigos y doctores que han sido parte de este camino y que gracias a ellos me motivaron para culminar con una especialidad que aunque es subestimada es muy importante para la sociedad y la entidad de salud, y que a pesar de los obstáculos durante el trayecto siempre estuvieron apoyándome con sus palabras de aliento y poniendo su granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

ÍNDICE

Contenido

Resumen integrado.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
Introducción.....	10
Antecedentes	11
Historia	11
Diferencia entre Síndrome de Burnout y Estrés laboral	14
Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud	16
Fisiopatología.....	16
Etiología y Factores de Riesgo para el desarrollo de Síndrome de Burnout	17
Manifestaciones Clínicas.....	17
Diagnóstico.....	19
Tratamiento	20
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	22
JUSTIFICACIÓN.....	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	28
OBJETIVOS	28
Objetivo general:.....	28
Objetivos específicos:.....	28
HIPOTESIS	28
H. 1	28
H. 0	28
MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	29
UNIVERSO DEL ESTUDIO	29
POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	29
MUESTRA DE ESTUDIO.....	29
TIPO DE MUESTREO	29
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
CRITERIOS DE SELECCIÓN	30

✓ Inclusión:.....	30
✓ Exclusión.....	30
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	30
- Variable dependiente (definición conceptual):.....	30
- Variables independientes:.....	31
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	36
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	37
DESCRIPCIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.....	38
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	38
RESULTADOS.....	38
ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
CONCLUSIONES.....	48
SUGERENCIAS.....	49
DIFUSIÓN DEL ESTUDIO.....	50
RECURSOS	50
FINANCIAMIENTO.....	50
FACTIBILIDAD.....	50
TRASCENDENCIA.....	51
ASPECTOS ÉTICOS	51
Riesgo de la investigación	51
Normas de apego	51
Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.....	52
Balance riesgo beneficio	52
Confidencialidad	52
Condiciones para el consentimiento informado.....	52
Forma de selección de los participantes	53
Calificación del Riesgo	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	59
ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	59
ANEXO 2 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	60

ANEXO 3	CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXO 4	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	64
	CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	65

Resumen integrado

Síndrome de burnout relacionado a factores sociodemográficos en residentes del curso de especialización en Medicina Familiar en la UMF No. 94

*Rodríguez-Pichardo Ignacio, **Escobar-Lazcano Mayra Estefanía, ***Lerma-Narvaez Kattia Shantal.

Antecedentes:

La residencia médica es un conjunto de actividades académicas, asistenciales e investigación que adquiere un médico residente para especializarse en alguna rama de la medicina, durante el trayecto, diversos factores de riesgo, predominantemente psicosociales, repercuten para el desarrollo del Síndrome de Burnout. El síndrome de burnout se ha descrito como un estado de agotamiento mental, físico y emocional, frecuente entre los profesionales de la salud. Se ha demostrado que quienes lo padecen tienen un pobre rendimiento laboral, repercutiendo directamente en su calidad de vida y en la calidad de la atención que brindan. La prevalencia del síndrome ha ido incrementando, constituyendo un problema de salud pública que impacta económicamente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de Síndrome de burnout entre los médicos residentes de Medicina Familiar de la UMF 94 Aragón y evaluar los factores sociodemográficos asociados.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional transversal, prolectivo. Se realizó en los residentes inscritos en la UMF 94 en el ciclo escolar 2021-2022. Se aplicó el cuestionario MBI, cuestionario de datos socioeconómicos y demográficos. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva e inferencial, representación de los datos por medio de tablas y gráficas para observar y analizar el comportamiento de las variables.

Recursos e infraestructura: médicos residentes de medicina Familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS durante el ciclo académico 2021-2022, a los cuales se les aplicó los cuestionarios mencionados.

Tiempo a desarrollarse: 1 años

Experiencia de grupo: Aprendizaje en cuanto a los conocimientos que se tienen y los que se obtendrán conforme avance el estudio.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, cuestionario de MBI, factores de riesgo laborales y psicosociales y sociodemográficos.

*Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, UMF No. 94, IMSS

**Médico Residente de segundo año del curso de especialización de Medicina Familiar, UMF No. 94, IMSS

MARCO TEÓRICO

Introducción

El Síndrome de Burnout es un trastorno multidimensional el cual se acompaña de síntomas físicos y emocionales; caracterizado por un progresivo agotamiento físico y mental, despersonalización, desmotivación e insatisfacción en el trabajo, está relacionado con una respuesta de estrés crónico y principalmente en aquellos trabajadores relacionados con atención a terceros, por ejemplo, docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente. Se ha documentado que el principal desencadenante es el excesivo agotamiento emocional el cual al progresar propicia un distanciamiento emocional y cognitivo en la vida diaria del individuo, lo que provoca incapacidad para responder a las necesidades y demandas de las actividades laborales. Durante el desarrollo del distanciamiento ocurre una despersonalización que se va a determinar por indiferencia y actitudes clínicas (ineficacia laboral) hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece. La literatura menciona que para el riesgo de padecer este trastorno la personalidad juega un papel importante debido a que el estrés es manifestado de diferente forma por cada individuo, siendo parte de un proceso cognitivo.

La residencia médica es un período de estrés constante en el cual se van a desarrollar conocimientos exponenciales de la medicina en un corto plazo de tiempo, lo que conlleva al residente a generar estrés y diversos grados de responsabilidad y aptitudes médicas, también la carga de trabajo que acumula, el ambiente estresante en el que labora y la personalidad que desarrolla durante la etapa de adiestramiento son factores por lo que son más susceptibles a la adquisición de dicha patología. Este síndrome también se ha encontrado en estudiantes de medicina y médicos pasantes; este estrés puede propiciar sentimientos de ineficacia laboral, soledad, sentimientos de incapacidad, falta de apoyo y desesperanza. Es importante tratarlo ya que mejora la calidad de vida de la persona que lo padece, mejora la actividad laboral y disminuye el ausentismo laboral, así como un aumento en la calidad de la atención.

Antecedentes

Maslach, lo describe como “una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, en el cual, sus rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal”. Otro autor como Gil-Monte lo refiere como “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado” ¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 declaró al Síndrome de Burnout como un factor de riesgo laboral, debido a que tiene gran capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental y puede poner en riesgo la vida del individuo que lo padece².

El CIE 11 agrega al síndrome de Burnout en un apartado relacionado con “problemas asociados con el empleo o desempleo” describiéndolo como “un síndrome conceptualizado como el resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito. Haciendo énfasis que es un fenómeno dado en el entorno laboral y que el especialista de la salud tiene que hacer diagnóstico diferencial con trastornos de ansiedad o estado de ánimo; es caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento de energía o cansancio; 2) mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo; y 3) eficiencia profesional reducida.”²

Historia

El concepto de burnout surge en 1961 del escritor y novelista Graham Greens en su Novela “a burnout case” (un caso acabado) en la cual, el protagonista Querry (arquitecto afamado) se encuentra hastiado de su profesión y fama, el autor comienza a describir las características del síndrome de Burnout que más adelante se le conocerían como parte de una patología. Aunque anteriormente se habían descrito en la literatura rasgos de esta patología como es el caso de los sonetos de Shakespeare en El peregrino apasionado (1599) y en el caso publicado por Schwartz y Will (1950) de una enfermera psiquiátrica Miss Jones, en el cual se describe a la paciente con baja moral y despersonalización. Otro antecedente se remonta a Bradley en 1969 quien hace referencia como metáfora al riesgo en personal de programas comunitarios para el tratamiento de adolescentes delincuentes con el concepto de staff burnout, posteriormente (1970) Ginsburg publica The problema of Burned out executive (El problema del ejecutivo quemado), sin embargo, el descubrimiento se le atribuye a Freudenberger³.

Años más tarde, por medio de observaciones en una clínica para toxicomanías en Nueva York, el síndrome de Burnout o síndrome de agotamiento profesional fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973. Freudenberger percibió en sus compañeros de trabajo, que luego de laborar por más de 10 años, empezaban a padecer pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía, agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación en el trabajo. Por lo que “Según Freudenberger, define al burnout como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. Para describir este síndrome conductual, se escogió el mismo término “Burnout” (“estar quemado, consumido o apagado”) utilizado para aludir los efectos del consumo crónico de sustancias de abuso⁴.

En 1978 Pines y Kafry definen el burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal, también mencionaban sería el resultado de la repetición de la presión emocional, introduciendo el constructo de “tedium” el cual para ellos es consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental y que se diferenciaba del Síndrome de burnout; para estos autores el Síndrome de Burnout lo padecían profesionales de los trabajos relacionados con servicios humanos, mientras el tedium para las demás profesiones⁵.

En 1979 Daley infiere al síndrome de burnout como consecuencia del estrés laboral. Y para 1980 Edelwich y Brodsky determinan al Burnout como pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por los profesionistas de ayuda como resultado de las condiciones de trabajo, así mismo describen 4 fases por las que pasa toda persona con Síndrome de Burnout, las cuales consisten en: Entusiasmo, estancamiento (manifestado posterior a no cumplir expectativas originales y propiciando la siguiente fase) frustración (dando como resultado problemas emocionales, conductuales y físicos) y la apatía (desencadenado por el mecanismo de defensa ante la frustración)⁵.

El autor Gillespie en 1980 clasifica al síndrome de Burnout en dos tipos un burnout activo el cual lo caracteriza por una conducta asertiva mantenida y un burnout pasivo en el que predominan los sentimientos de apatía y retirada. En el mismo año, Chernisse va a describir al burnout como un proceso en el que las actitudes y el comportamiento del profesional cambian de forma negativa en respuesta a la presión del trabajo; Y lo divide en tres etapas: 1) desequilibrio entre los recursos y las demandas; 2) desarrollo de la tensión, fatiga, y agotamiento emocional y 3) cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros⁶.

En 1981 Maslach y Jackson definen al Síndrome de Burnout como “El agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir frecuentemente entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”. En conjunto diseñaron un cuestionario que evalúa el desgaste que presentan los empleados que muestran algún tipo de relación con los clientes en el campo de la salud⁶.

En 1984 Brill lo conceptúa como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, enfatizando una persona que no padece alguna otra alteración psicopatológica, con un puesto de trabajo en el que anteriormente ha funcionado adecuadamente, tanto en rendimiento como en satisfacción personal, y que posteriormente ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una ayuda externa, o por reajuste laboral y que está relacionado con expectativas previas. CroninStubbs y Rooks en 1985 plantean al síndrome como una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales. Posteriormente en 1986 Smith, Watstein y Wuehler finalizan concluyendo que el burnout se refiere a un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes único en cada persona, por lo que se hace muy difícil aceptar una definición global del síndrome⁷.

En 1989 Shirom lo define como causa de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de forma que al disminuir los recursos personales se incrementa el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento es crucial en la comprensión del burnout. Hiscott y Connop en 1990 describen el burnout como “un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo”. Para 1991 Moreno, Oliver y Aragonese se refieren a un tipo de estrés laboral ocasionado principalmente en aquellas profesiones que consideran una fuerte relación interpersonal con las ganancias del propio trabajo⁷.

En el año 1996 Schaufeli y Buunk lo agregan como un proceso multidimensional caracterizado por un comportamiento negativo dentro de la institución, dañando no sólo al individuo que lo padece, sino también a la institución⁸.

Mingote Adán en 1998 hacen un resumen de los factores comunes a la mayor parte de las definiciones de burnout siendo: predominio de los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, recalcan las alteraciones de conducta relativo al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el paciente, se suele somatizar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico (cansancio hasta agotamiento, malestar general) dar técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, es un síndrome clínico-laboral producido por una inadecuada adaptación al trabajo, y se manifiesta por una disminución

del rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, que incluyen insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. Gil-Monte y Peiró (1999) lo definen como una respuesta laboral crónica en donde el individuo desarrolla puntos asociados al fracaso profesional, agotamiento emocional y actitudes pesimistas hacia terceros⁸.

En el 2003 Shirom agrega una reacción afectiva a un estado de estrés prolongado cuyo aspecto central se reconoce con la pérdida progresiva de energía. Lacovides, Fountoulakis y Kaprinis hacen referencia que el término burnout no es sinónimo de estrés laboral, ni de fatiga ni de alienación o de depresión, agregan el concepto de un síndrome defensivo que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico⁸.

De lo más reciente, en 2007 Molina Linde y Avalos Martínez definen el síndrome de burnout como “la paradoja de la atención en salud, en donde el profesional de salud se enferma o deteriora en la misma medida que éste sana a los pacientes”⁸.

Diferencia entre Síndrome de Burnout y Estrés laboral

Ante la Organización Mundial de la Salud, Hans Selye definió el estrés como: "Una respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior". Selya notó que los pacientes manifestaban síntomas comunes y generales como cansancio, pérdida del apetito, baja de peso y astenia entre otros, lo que llamó mucho su atención y nombró a este conjunto de alteraciones como “síndrome de estar enfermo”. Por lo que consideró que varias patologías a veces sin causas aparentes como cardíacas, hipertensión arterial y trastornos emocionales o mentales, no eran sino consecuencia de cambios fisiológicos resultado de un estrés prolongado, pero con más impacto en aquellos sujetos con una determinada predisposición genética o constitucional⁹.

El estrés laboral se define como el conjunto de fenómenos que se acontece en el organismo del trabajador, y que son resultado de la presencia de agentes estresantes nocivos derivados directamente de la actividad laboral. Por lo tanto, el estrés laboral, es “la reacción que puede tener el sujeto ante exigencias y presiones que no se acomodan a sus conocimientos y que ponen a prueba su capacidad para afrontar situaciones”. Según la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo define al Estrés laboral como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. Aunque el estrés

puede propiciarse en condiciones laborales muy diversas, a menudo empeoran cuando el individuo se percata que no recibe suficiente apoyo de sus superiores y compañeros de trabajo y cuando reflexiona que el control en sus tareas es limitado y fragmentado⁹.

Reflexionando el modelo de Karasek y Theorel, el equilibrio entre los requerimientos y el nivel de control propiciará el grado de estrés en una circunstancia determinado. La falta de un proceso de restauración tras un periodo de estrés ininterrumpido, así como la propia naturaleza acumulativa del mismo puede dar lugar a un estrés crónico¹⁰.

Lazarus y Folkman conceptualizaron al estrés crónico como “una relación particular que se establece entre el individuo y el entorno que se determina por éste como amenazante y desbordante”. Por lo que esta segunda fase, en donde la persona se percata completamente agotada, exhausta, desbordada, como resultado de un proceso de desgaste, por lo que se describe el síndrome de burnout o desgaste profesional¹⁰.

Dentro de los conceptos importantes para el estrés laboral y el síndrome de Burnout es el termino de carga alostática, el cual hace referencia al deterioro de los sistemas del organismo como resultado de la respuesta al estrés. Entre los diversos indicadores clínicos de carga alostática encontramos el incremento de la tensión arterial sistólica y diastólica, el decremento de la variación de la frecuencia cardíaca, el aumento en los niveles de catecolaminas, cortisol y fibrinógeno, el decremento de los niveles séricos y plasmáticos, y la índice cintura/cadera¹⁰.

Dentro del estudio del estrés y síndrome de Burnout se incluyen riesgos físicos, químicos, biológicos de los ambientes laborales, múltiples y diversos factores psicosociales constitutivos a la empresa y la forma en cómo interactúan en el bienestar físico y mental del trabajador. Los principales factores determinantes de estrés en el medio ambiente del trabajo implican aspectos de organización, administración y sistemas de trabajo, así como la calidad entre las relaciones humanas. Por lo tanto, el clima organizacional de una institución se asocia a la estructura y a las circunstancias de vida de la colectividad, así como al contexto histórico (conjunto de problemas demográficos, económicos y sociales) de la institución o empresa¹¹.

Los factores estresantes más estudiados hasta el momento suelen ser las condiciones laborales, relaciones interpersonales, características de la personalidad del individuo, el tipo de organización y liderazgo, contexto social y económico y las características de las funciones que desempeña el individuo¹².

Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud

La literatura menciona que los profesionales de la salud establecen la población con mayor vulnerabilidad a desarrollarlo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes secundario al daño laboral en profesionales de la salud, entre las más comunes se encuentran: el aumento de conductas adictivas, incremento de trastornos psicológicos incluyendo ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión y fatiga, también trastornos del sueño, cefaleas, síntomas gastrointestinales y síntomas cardiovasculares como por ejemplo arritmias e hipertensión¹³.

La prevalencia del síndrome de Burnout es variable según la población estudiada, los profesionales más afectados, por lo que los que trabajan en atención primaria, incluyendo a los médicos familiares y a enfermeras. En un tercio de los estudios reportados se menciona que los médicos han presentado el síndrome de Burnout en alguna vez en su vida y principalmente en su formación como residentes. La investigación de burnout en médicos residentes es de gran interés debido a diversos aspectos, tales como el impacto que propicia en la calidad de la atención en la salud y la calidad de vida del residente¹³. Se ha demostrado que el burnout altera la salud mental, lo que interpreta menos horas de trabajo productivas e incremento en el riesgo de errores médicos, lo que genera mayores costos y efectos asociadas. Estudios también han encontrado que el burnout afecta la función cardíaca y la neuroregulación, lo que traduce como factor independiente de riesgo cardiovascular¹³. La prevalencia de dicha patología en médicos familiares está asociada al tiempo que tienen impartiendo la especialidad, más que de la formación como residente¹⁴.

Fisiopatología

El estrés continuo genera respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamiento hacia demandas internas y externas. En estas respuestas se van a ver alterados los sistemas inmunológico, digestivo, neuromuscular y cardiovascular principalmente, debido a una respuesta del sistema neuroendocrino. Una vez activados estos sistemas, se mantendrá una respuesta de adaptación corta; sin embargo, este tipo de adaptaciones en algún momento va a disminuir en el transcurso del tiempo, por lo que el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal se activa y genera una secreción de cortisol mientras el estímulo de estrés persista¹⁵.

Al haber un incremento en la producción de cortisol sérico, la respuesta inflamatoria y la inmune se van a inhibir, propiciando la reducción de los niveles de citocinas y otros

mediadores de la inflamación. En situaciones normales el aumento del cortisol en plasma termina la respuesta al estrés por retroalimentación negativa, la cual se encuentra mediada por receptores de corticoesteroides. Cuando existe un estrés crónico, estos receptores no realizan retroalimentación negativa debido a que su sensibilidad está disminuida, lo que conducirá a que el eje hipotálamohipófisis-adrenal va a seguir incrementado su actividad¹⁵.

Etiología y Factores de Riesgo para el desarrollo de Síndrome de Burnout

Principalmente destacan la edad siendo más común la presencia del Burnout a mayor edad, el sexo con tendencia a ser el más afectado el femenino, la antigüedad, el estado civil o estabilidad de pareja, perjudicando principalmente a los solteros, también se mencionan factores como la armonía y estabilidad familiar. En cuanto a los factores laborales o profesionales, sobresalen la jornada extenuante y prolongada o número elevado de horas de trabajo, la sobrecarga de trabajo, las condiciones físicas en que se realiza el trabajo, la interacción social incluyendo el clima laboral, el contenido o naturaleza del trabajo, el grado académico puesto que no se realizan las mismas actividades en los diferentes grados y la carga de trabajo no es la misma, los sistemas de trabajo, el número de guardias realizadas en el mes y el número de pacientes que se atiende¹⁶.

Las personalidades tipo A “extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional” tienden a desarrollar más frecuentemente esta entidad¹⁷.

Manifestaciones Clínicas

En el Síndrome de Burnout la clínica es de carácter progresivo e insidioso, es decir aparece de forma paulatina. Se le considera un proceso cíclico, ya que puede repetirse en diversas ocasiones a lo largo del tiempo, de forma que, un individuo puede presentar varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo el Burnout¹⁷.

Vanessa Thomaé y colaboradores sistematizan cuatro niveles clínicos de Burnout en Leve caracterizado por quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse por la mañana. Moderado en el que se presenta cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo. El nivel Grave caracterizado por enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol o drogas. Y un nivel extremo en el cual se presenta aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y en ocasiones hasta suicidios¹⁸.

Las manifestaciones de esta entidad son muy complejas, siendo las más comunes englobadas en diversas categorías las siguientes:

- Psiquiátricas. Deterioro progresivo y enmascaramiento de la persona, depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio en casos graves, disfunciones familiares graves presentando violencia y adicciones¹⁸.
- Somáticas. Períodos de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio. Deterioro de las relaciones laborales propiciando diversos efectos, como decadencia en el desarrollo profesional, enemistad, individualismo, impericia reiterativa, inconformismo y desmotivación¹⁸.

En el personal de la salud también se llega a presentar conductas en la vida laboral como las siguientes:

- Ausencia de compromiso emocional el cual se presenta como pérdida de contacto relacional que propicia un trato distante, un inadecuado manejo de la información y falta de respuesta emocional hacia la otra persona¹⁹.
- Disociación instrumental extrema: se manifiesta en actitudes involuntarias y rígidas, propiciando comunicación unidireccional, discursos automatizados repetitivos, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias¹⁹.
- Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes manifestadas como conductas interpersonales oposicionistas, descalificadoras e intervenciones hipercríticas y carencia de autocrítica¹⁹.
- Actitudes de Impulsividad: conductas reactivas de enojo, confrontaciones repetitivas con compañeros de trabajo, pacientes y maltrato al personal de otras áreas¹⁹.
- Desmotivación: se vincula a la pérdida de autorrealización y baja autoestima, lo cual se traduce en falta de apego de los tratamientos, carencia de iniciativa y constancia en tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos²⁰.

Diagnóstico

Hay una variedad de instrumentos para evaluar el síndrome de burnout tales como el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones este instrumento fue diseñado únicamente para el personal del área de la salud, el cual se compone de 20 ítems que evalúan las reacciones cognitivas, afectivas, conductuales y psicofisiológicas las cuales engloban el síndrome de burnout; el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach el cual describiremos más adelante y Jackson; el instrumento elaborado por Barraza y cols.; la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil (EUBE); el Burnout Measure (BM) de Pines, Aronson y Kafry este instrumento relaciona directamente al burnout con el tedio, se compone de 21 reactivos en su versión corta, este valora la frecuencia de aparición del agotamiento a nivel físico, mental y emocional; entre otros²¹.

La evaluación más utilizada frecuentemente es la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual consta de 22 ítems divididos en tres escalas: Agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización personal (8 ítems). Según los puntos obtenidos para cada subescala, las dos primeras altas puntuaciones corresponden a un riesgo algo de sentimientos de quemarse, por lo que, en la última escala, la de Baja realización personal del trabajo, una puntuación baja corresponde a un elevado sentimiento de quemarse²².

Algunos datos puntuales para la interpretación de este cuestionario son²³:

- Subescala de agotamiento emocional: en ella se valora la vivencia de estar agotado emocionalmente debido a los requerimientos del trabajo. Puntuación máxima 54. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto²³.
- Subescala de despersonalización: evalúa el grado en el que reconoce cada uno actitudes de distanciamiento y frialdad. Puntuación máxima 30. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto²³.
- Subescala de realización personal: valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. Se compone de 8 ítems. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17,18, 19 y 21. Cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal,

porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto²³.

Las tres escalas poseen una gran consistencia interna, considerando el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad²³. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome²⁴.

Este instrumento tiene una fiabilidad de 0.9 por lo que puede contestarse de forma rápida y se puede ir obteniendo los resultados de medición del Síndrome cercanos a la realidad. Varios autores consideran que la adaptación del MBI a los diversos estudios empleados reúne los suficientes requisitos de validez factorial y de consistencia interna para ser utilizado en la estimación del Burnout²⁵.

Tratamiento

El tratamiento del síndrome de burnout se enfocará según la gravedad del síndrome. En una gravedad leve, las medidas a implementar pueden ser el cambio de hábitos de vida. Según Hillert y Marwitz,²⁶ el tratamiento debe centrarse en tres factores:

- Alivio del estrés
- Recuperación por medio de relajación y práctica de algún deporte.
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.

Sí el síndrome de burnout es considerado como grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son el uso de antidepresivos, de primera instancia en combinación con la psicoterapia²⁶.

Para prevenir el síndrome de burnout, además de las medidas antes mencionadas, las opciones de tratamiento principalmente son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la inclusión de modelos de tiempo de trabajo y la puesta en práctica de las sesiones de supervisión. Lo que conlleva un componente importante social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que haga cambios en el mundo el trabajo en condiciones de humanización²⁷.

Para la disminución de los efectos de la tensión y prevención del SBO se han propuesto diversas estrategias, fruto de factores personales y ambientales laborales, algunas de estas estrategias basadas en hallazgos de los cuestionarios administrados como: reconocimiento del burnout, comunicación, relajación y estrategias de afrontamiento²⁸.

De acuerdo a la puntuación del cuestionario MBI los estadios de burnout se dividen en ausente, leve, moderado y severo, lo que facilita su intervención terapéutica permitiendo realizar diversos tipos de intervenciones de acuerdo a la fase evolutiva de cada una²⁸.

Fases evolutivas del SBO:

- a) Fase de estrés laboral: cuando hay un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales. Existe un abuso y escasez de recursos que propician el estrés²⁹.
- b) Fase de exceso o sobreesfuerzo: el individuo reacciona emocionalmente al desajuste por medio de un sobreesfuerzo que propicia la aparición de síntomas emocionales tales como ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión, signos y síntomas laborales, como aparición de conductas egoístas, sentirse ajeno a su trabajo o a su vida, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales, falta de responsabilidades en su trabajo²⁹.
- c) Fase de enfrentamiento defensivo. Cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones; por lo que el individuo se observa emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, acciones de huida o retirada, incremento de rigidez a la hora de realizar su trabajo, incremento en el ausentismo laboral y actitudes cínicas y negativas en la relación y trato con los pacientes. En esta fase el individuo suele culpar a los demás por sus problemas²⁹.

Los procesos de comunicación con otros individuos del trabajo que tienen el mismo puesto de trabajo y que padecen la misma sintomatología permite sustraer consejos para disminuir al mínimo el resentimiento y la tensión emocional que se reúne por la naturaleza del trabajo o de la carencia de contacto con otros profesionales que pueda colaborar en el ambiente laboral²⁹.

En los profesionales de la salud tienen mayor riesgo de padecer comportamientos relacionados con el SBO debido a que la práctica médica está sometida a un excelso nivel de tensión, autodemandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o de alcohol, todo para el alivio del dolor psíquico³⁰. Deben explorarse

formas de relajación por medio de la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica, también tener períodos de descanso vacacional. Es imprescindible hacer frente al SBO por medio de la remodelación cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a proporcionar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para vencer la situación. Es de vital importancia el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio, adecuados hábitos de sueño, constituir equipos de especialistas para atender la excesiva carga de atención de pacientes y habilidades sociales para no sobrecargar su agenda³¹.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En la mayoría de los médicos residentes, el periodo de adiestramiento y formación de la especialidad supone un nivel elevado de estimulación y activación rentable, algunos consiguen adaptarse progresivamente al entorno profesional sin mayores problemas, por lo que se consideran un grupo vulnerable para el desarrollo de burnout. En una minoría, algunos residentes en el período de adiestramiento se puede desencadenar su respuesta al estrés que, si se prolonga en tiempo e intensidad, conlleva a una inadecuada adaptación y puede producir agotamiento psico-biológico o al desarrollo de burnout³².

Entre los factores de riesgo que se han identificado en los profesionales de la salud están relacionados: la profesión, la atención de patologías graves, dificultades en la comunicación tanto con los pacientes como con los familiares, extensas jornadas laborales o la organización de las mismas, la sobrecarga de trabajo, la falta de supervisión, la falta de incentivos y dificultad para ajustar el trabajo con la vida familiar y social³².

En un metaanálisis de 61 estudios observacionales transversales y de cohorte se incluyeron a más de 22.000 residentes de diferentes especialidades y países de América, Asia y Europa, en donde se encontró que la prevalencia global de burnout evaluada mediante el cuestionario de Maslach fue del 51,0%. Esta prevalencia fue superior a la reportada en un metaanálisis previo de 26 estudios transversales de diferentes países, incluidos 5.000 médicos residentes evaluados con el mismo cuestionario, que mostró una prevalencia global del 35,7%³².

En estos estudios se reúnen una amplia variedad de factores individuales y psicosociales pueden afectar la incidencia de agotamiento en los médicos residentes. En la revisión

sistemática de Low et al. el género masculino, la edad avanzada fueron un factor de riesgo, pero en la revisión de Rodrigues et al. se encontró que el sexo femenino y la edad más joven eran factores de riesgo³² lo que concuerda con lo encontrado en el resto de los artículos. En los estudios se demostró que los residentes de determinadas culturas experimentan un menor nivel de desgaste y menos agotamiento emocional y despersonalización que los demás. Con respecto a los rasgos de personalidad, las personalidades neuróticas e introvertidas tienen tendencia de estar en más alto riesgo y las personalidades extrovertidas parecen ser un factor protector. También se encontró que los residentes que eran más cooperadores fueron más propensos al agotamiento emocional y aquellos con evitación de tareas y autodirección disminuida fueron más propensos a estados depresivos³².

El SBO tiene gran importancia debido al desgaste profesional, particularmente del área de la salud, debido a condiciones de trabajo altamente demandantes. Es bastante común en médicos residentes que se están realizando su especialidad por la carga de trabajo y las condiciones laborales. En México, la frecuencia oscila en 35%. Se encuentran pocos estudios sobre esta patología, principalmente en residentes que cursan la especialidad de medicina familiar³³.

En diversos estudios se ha encontrado que la inteligencia emocional es un predictor importante del bienestar durante la residencia y protege contra el agotamiento. En estos estudios los principales factores de riesgo psicosociales para la aparición de burnout son la presión laboral excesiva, las largas jornadas, la sensación de descontrol en el trabajo y la falta de supervisión. A nivel global se ha encontrado que el burnout es más frecuente en cirugía y atención de emergencia que en especialidades médicas. Un estudio que incluyó residentes de psiquiatría mostró una prevalencia del 43%. En general, los principales factores que influyen en el burnout son la residencia del primer año, los factores estresantes familiares recientes y la insatisfacción con la especialidad elegida³⁴.

Llevar un estilo de vida saludable, con una cierta cantidad de ejercicio físico y socialización es un factor protector para padecer SBO. Uno de los factores que influye y predice la aparición de estrés y burnout es la disminución de las horas de sueño, lo que se relaciona con un aumento del número de horas de trabajo. En el período de adiestramiento de la residencia médica, disminuyen las tasas de ejercicio físico. Se encontró que las actividades del trabajo que los residentes asocian con la relajación son el tiempo que a veces tienen para revisar notas clínicas, platicar con los pacientes, estudiar y revisar artículos. También

se encontró que los espacios de esparcimiento o descanso que tienen y el tiempo para hablar o discutir sobre los pacientes reducen los niveles de estrés entre los profesionales. Lamentablemente, estos espacios (tanto físicos como temporales) tienden a escasear en el lugar de trabajo o en su defecto tienden a no existir³⁴.

Coria y colaboradores en su estudio reporta que los residentes de medicina familiar tienen baja incidencia en esta patología, lo mismo que Puffer y colaboradores, encontrándose una prevalencia del 24.5%. En este estudio el sexo de predominio es el femenino en un 70% y asociándose a la responsabilidad de la mujer en el hogar y su familia, especialmente si tiene hijos. A lo que concierne al estado civil, se obtuvo una mayor frecuencia en solteros, lo que concuerda con un estudio esloveno realizado por Selic en residentes de medicina familiar, obteniendo una mayor prevalencia en este grupo (solteros). Esto supuestamente al apoyo que se recibe por parte de la pareja para la solución de la problemática laboral que se presenta y que en este grupo los solteros no tienen una pareja a quien recurrir cuando presentan una enfermedad por desgaste profesional. En este estudio, Coria y colaboradores encuentra que existe mayor prevalencia en residentes de segundo año, esto asociado a el factor de tiempo laborado que influye en la aparición del SB³⁵.

Jácome y colaboradores realizó un estudio en el cual demostró que la etapa formativa de la especialización médica aumenta el riesgo de desarrollar o padecer SB, producto de las jornadas laborales y académicas exhaustivas y el agotamiento emocional, personal y de satisfacción que genera el entrenamiento académico³⁴. En este estudio diversas especialidades junto con la de medicina familiar presentan prevalencia de esta entidad, los residentes de medicina familiar presentaron un porcentaje mayoritario en el cansancio emocional, un nivel bajo de despersonalización y un grado alto de realización personal que llevaron a un alto porcentaje de residentes con riesgo de Burnout. Jácome y colaboradores encontraron una baja prevalencia del SBO en residentes de medicina familiar a comparación de otras especialidades como ginecología y medicina interna. En este mismo se hace mención que los factores sociodemográficos son un parteaguas para el desarrollo de esta entidad³⁵.

Tello Pérez en su estudio reporta un 43.9% de prevalencia en médicos residentes de diferentes especialidades, de los cuales los residentes de medicina familiar tienen mayor prevalencia de SBO y trastorno de depresión. Este estudio menciona que ambos sexos pueden padecer esta entidad, sin embargo, concuerda con los anteriores que las mujeres tienen una mayor incidencia³⁵. En este estudio se encuentra que, de las otras

especialidades, los residentes de medicina familiar tienen mayor prevalencia del SBO, supuestamente por la atención y el mayor contacto con los pacientes³⁶.

Campos Gutiérrez encuentra una prevalencia del SBO en residentes de medicina familiar del 34.3% predominando el sexo femenino. En el presente estudio concuerda con Coria y colaboradores en donde menciona que los residentes de segundo grado tienen mayor prevalencia de esta entidad³². Terrones y colaboradores en su estudio menciona una prevalencia del 89.6% debido al tamaño de muestra que utilizan³⁷.

La edad de prevalencia de todos estos estudios oscila entre 25-35 años y que tiene predominio en el sexo femenino por el rol que juega en la familia, solteros, el segundo grado de residencia, esto nos hace ver que esta patología ha ido incrementando y es de vital índole conocerlo puesto que tiene repercusión en el desempeño académico y en la calidad de la atención médica.

En todos los estudios ya planteados, la prevalencia del estrés y el agotamiento durante la residencia es alta. El riesgo depende de factores individuales en cuanto a estilos de afrontamiento de estímulos estresantes, aunque el factor más importante parece ser las condiciones laborales del residente. El plan de formación intenta combinar la adquisición de habilidades clínicas, docentes e investigadoras, muchas veces es muy difícil de implementar en la práctica diaria, propiciando altas cargas de trabajo, mal control y supervisión, falta de tiempo libre y reducción de horas de sueño que hacen que el desarrollo de respuestas desadaptativas en los residentes sea más probable³⁸.

JUSTIFICACIÓN

El síndrome fue descrito de forma independiente por Freudenberger y Maslach, resumido en una metáfora el fenómeno se expresa por agotamiento del trabajador, refiriéndonos como el sofocamiento de un incendio o una vela, en donde en cierto momento ya no existen los suficientes recursos para mantener el fuego encendido. El síndrome de burnout está caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y bajo sentido del logro personal. Tiene un origen multifactorial, en el cual van a afectar tanto rasgos de personalidad individuales y habilidades para afrontar el estrés, así como características generales de la situación laboral a las que los médicos están expuestos, entre estas situaciones se encuentran la sobrecarga laboral, el salario bajo, la falta de supervisión, la ambigüedad de roles y algunas variables propias de la institución laboral; sin embargo, el

estrés ocupacional prolongado se ha determinado como su principal causa. Asimismo, altas demandas en el trabajo pueden jugar un rol específico en el desarrollo del mismo. Por lo anterior, los médicos residentes constituyen una población de riesgo debido a la alta carga laboral y la interferencia con su vida personal³⁹.

El burnout se ha descrito frecuente en el ámbito médico, lo cual ha sido documentado por múltiples estudios que demuestran que un tercio de los médicos han mostrado burnout en alguna circunstancia de su carrera. Durante la etapa de adiestramiento de la residencia médica, los profesionales de salud están sujetos a diversos tipos de estrés, así como a altas exigencias académicas y laborales por parte de sus superiores, además de una alta presión debido al ambiente competitivo y las expectativas que se generan con respecto a su desempeño en el servicio³⁹.

El presente trabajo tiene como objeto determinar la existencia del síndrome y su relación con factores sociodemográficos en médicos residentes de medicina familiar de la UMF No. 94. Considerando que son médicos en formación y que en un futuro próximo serán Médicos Familiares a cargo de la salud de cientos de familias, es de suma importancia procurar identificar oportunamente este tipo de patología profesional generando un impacto positivo a nivel individual (del propio médico a nivel personal y laboral), a nivel institucional (médicos comprometidos y motivados que cumplan satisfactoriamente indicadores de productividad, así como disminución de quejas y utilización eficiente de los recursos) y a nivel social (pacientes y familias que reciban atención médica de alta calidad, con disminución de complicaciones y elevando el nivel de satisfacción de la atención recibida).

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como característica ser una de las Instituciones pilares de atención a gran población en el país en el Sistema de Salud Pública; lo que permite que se lleven a cabo investigaciones de alto impacto al sistema, a los pacientes, a la población en general y a sus trabajadores; en este caso, el presente proyecto se llevará a cabo por medio de la aplicación de dos cuestionarios, el MBI para identificar síntomas y signos del Síndrome de Burnout y cuestionario sociodemográfico-económico para determinar su asociación de estos con la patología, por lo que los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de los tres grados invertirán poco tiempo en responderlos.

Se identificarán los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del síndrome de burnout en los médicos residentes de medicina familiar y el impacto que tienen en su productividad, rendimiento tanto académico y laboral, calidad de la atención y repercusión a la salud.

El motivo de realizar la investigación del presente trabajo es relacionar el desarrollo del síndrome de Burnout con factores sociodemográficos evaluados por medio de dos instrumentos creados para su estudio. Con los resultados se pretende conocer la existencia de dicho Síndrome en médicos residentes adscritos a la UMF 94 de la especialidad de medicina familiar, así como en el residente mejorar la atención al paciente y tener un mejor aprovechamiento académico, también disminuir el ausentismo y deserción de la especialidad.

Se espera poder hacer una contribución al instituto en el departamento de Enseñanza para mejorar la calidad y calidez del curso de la especialidad en la unidad de medicina familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado, el Síndrome de Burnout es común en médicos, por lo que se trató de demostrar la existencia de SBO relacionado a los factores sociodemográficos en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar.

La prevalencia a nivel mundial del Síndrome de Burnout se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales y de 22 hasta 60% en especialistas. Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%. La prevalencia en México es de 44%. En México son pocos los estudios realizados en residentes de Medicina Familiar para el síndrome de Burnout, la mayoría con resultados de baja prevalencia de la patología, sin embargo, es un problema de salud cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud del primer nivel de atención, lo que repercute en el desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes⁴⁰.

A nivel institucional, se encuentran pocos estudios, sin embargo, la poca literatura menciona que el 60% de los médicos residentes de Medicina familiar entre el primer y segundo año de la especialidad presentan Síndrome de Burnout, con predominio en residentes solteros. De los cuales el 20% tuvo afectación en la esfera de agotamiento emocional, el 40% con afectación en la esfera de realización personal⁴⁰.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El Síndrome de burnout está relacionado a factores sociodemográficos en residentes del curso de especialización en Medicina Familiar?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar si el Síndrome de burnout está relacionado a factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la unidad de medicina familiar No. 94

Objetivos específicos:

- Estimar la prevalencia de burnout en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 94 San Juan Aragón de la Ciudad de México, por medio de la escala Inventario para Burnout de Maslach (IBM).
- Analizar si las características sociodemográficas muestran asociación con la presencia de síndrome de burnout entre los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 94 San Juan Aragón de la Ciudad de México.

HIPOTESIS

H. 1

Existe relación entre el Síndrome de burnout con los factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94

H. 0

No existe relación entre el Síndrome de burnout con los factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social en los médicos residentes adscritos a esta.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Analítico, observacional transversal, prolectivo

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de la UMF 94 durante el ciclo escolar 2021-2022.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Todos los Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la UMF No. 94

MUESTRA DE ESTUDIO

Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la unidad de medicina familiar número 94, un total de 34 médicos residentes, de los cuales se tomarán de acuerdo a los criterios de selección del presente estudio.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se realizará cálculo de la muestra ya que se tomarán a todos los médicos residentes adscritos a la unidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- ✓ Inclusión:
 - Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar adscritos a la UMF 94 del IMSS.
 - Ambos sexos
 - Médicos residentes que acepten participar en el protocolo por voluntad y bajo consentimiento informado.

- ✓ Exclusión
 - Que el/la médico residente no conteste el instrumento o los datos sociodemográficos en su totalidad.
 - Médicos residentes de la especialidad de medicina familiar adscritos a la UMF 94 del IMSS que se encuentren de vacaciones o incapacitados durante el periodo de recolección de datos.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

- Variable dependiente (definición conceptual):
 - Síndrome de Burnout, se define como un trastorno secundario al sometimiento de un estrés crónico, el cual está caracterizado por baja realización personal, despersonalización y cansancio emocional. Su indicador se determinará por el cuestionario MBI-HP compuesto por 22 ítems valorados mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Estos ítems se distribuyen en tres factores: Agotamiento Emocional (AE, 9 ítems), Despersonalización (DP, 5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems), obteniéndose una puntuación que puede ser valorada como baja, media o alta. Se toma en cuenta que los niveles elevados de AE y DP, y bajos niveles de RP determinan la presencia de Burnout⁴¹. Para fines de este estudio se define como Patología en la cual el médico residente obtenga altas puntuaciones en las subescalas del MBI de agotamiento emocional y despersonalización y bajas puntuaciones en la escala de realización personal. Sus indicadores son los puntajes de las subescalas con categorías dependiendo de la puntuación baja, media y alta. Es una variable de tipo cualitativa, policotómica y nominal.

- Variables independientes:

Demográficas (definiciones conceptuales):

- Edad: Se define como el tiempo que ha vivido una persona ⁴². Para fines del estudio es el número de años cumplidos de un individuo, su indicador es la edad en años que refiera tener el participante. Es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón, con las categorías del número de años, utilizando como categorías a partir de los 25 años y en adelante.
- Género: Se define como el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico ⁴². Para fines de este estudio es la Característica fenotípica de un individuo, que distingue al hombre de una mujer; su indicador es el género que refiera el participante. Masculino o femenino. Es una variable cualitativa nominal y dicotómica.
- Estado civil: Se define como la condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales ⁴². Para fines de este estudio es la Situación ante el registro civil de un individuo, su indicador es el estado civil que refiera el participante con cinco categorías: Soltero, Casado, Unión libre, Viudo, Divorciado. Es una variable cualitativa, nominal y policotómica.
- Año de residencia: Se define como Año o grado del curso de especialización en que se encuentre actualmente inscrito⁴². Para fines de este estudio Es el grado de la especialidad en la que se encuentra el participante, su indicador es el año de residencia que cursa el médico residente primero, segundo y tercer año. Es una variable cualitativa ordinal.
- Dependientes económicos. Se define como para indicar que alguien está confiado al cuidado de una persona físico o económicamente⁴². Para fines de este estudio se define como situación de la responsabilidad de cuidado de alguna o algunas personas, es decir, que dependen del médico residente en lo económico, su indicador es sí o no. Es una variable cualitativa, dicotómica y nominal.
- Actividades complementarias que realiza al mes. Se define como el conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente al término

de la jornada de trabajo en la Unidad de Atención Médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente⁴². Para fines de este estudio son actividades complementarias que realiza el médico residente en un determinado servicio al que está asignado y las cuales tienen una duración que depende del encargado del servicio en el que se encuentre, su indicador es el número de prácticas complementarias que el médico residente indique que tiene al mes. Es una variable de tipo cuantitativa, discreta de razón.

- Satisfacción salarial. Se define como cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias económicas⁴². Para fines de este estudio es la situación en donde el médico residente este satisfecho con el ingreso que percibe por la actividad laboral que ejecuta, su indicador es sí o no. Es una variable cualitativa, nominal y policotómica.
- Lugar de residencia. Se define como lugar destinado a vivienda⁴². Para fines de este estudio es el lugar donde se ubica el domicilio del médico residente, su indicador es ciudad de México, estado de México u otro. Es una variable cualitativa nominal, policotómica.
- Tiempo de traslado. Se define como la acción y efecto de trasladar. Llevar a alguien o algo de un lugar a otro⁴². Para fines de este estudio es el tiempo que emplea el médico residente en desplazarse de su domicilio a la UMF o al servicio al que se encuentre asignado. Su indicador es el tiempo en minutos que el médico residente indique al realizar su traslado. Es una variable cuantitativa, discreta, ordinal de razón.
- Cohabitar. Se define como habitar juntamente con otra u otras personas⁴². Para fines de este estudio es el tiempo que emplea el médico residente en desplazarse de su domicilio a la UMF o al servicio al que se encuentre asignado, su indicador son 7 categorías: Solo, Padres, Padres y hermanos, Esposa (o), Esposa (o) e hijos, Hijos y Otros. Es una variable de tipo cualitativa, nominal y policotómica.
- Satisfacción laboral. Se define como el estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, es el grado de conformidad del empleado respecto a su entorno y condiciones de trabajo⁴³. Para fines de este estudio se entiende como el sentimiento o sensación que tiene el individuo de pertenecer al lugar

donde trabaja y a las actividades profesionales que realiza. Su indicador es sí o no. Es una variable de tipo cualitativa, nominal, dicotómica

- **Clima laboral.** Se define como la suma de las percepciones que los trabajadores tienen sobre el medio humano y físico donde se desarrolla la actividad cotidiana de la organización. Se aprecia como las condiciones objetivas de la organización (horarios, estructura jerárquica, procesos, etc.) son filtradas por la percepción del trabajador y como el agregado de estas percepciones conforma el clima⁴⁴. Para fines de este estudio Sí el médico residente considera que el medio de trabajo en el cual realiza su trabajo de forma cotidiana, engloba las instalaciones de trabajo, el factor humano, instrumentos de trabajo, métodos y procedimientos. Su indicador es sí o no. Es una variable de tipo cualitativa, nominal y dicotómica.

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
Síndrome de burnout	Trastorno secundario al sometimiento de un estrés crónico, el cual está caracterizado por baja realización personal, despersonalización y cansancio emocional. Su indicador se determinará por el cuestionario MBI-HP compuesto por 22 ítems valorados mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Estos ítems se distribuyen en tres factores: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (8 ítems), obteniéndose una puntuación que puede ser valorada como baja, media o alta. Se toma en cuenta que los	Patología en la cual el médico residente obtenga altas puntuaciones en las subescalas del MBI de agotamiento emocional y despersonalización y bajas puntuaciones en la escala de realización personal.	Cualitativa Nominal policotómica.	Baja Media Alta

	niveles elevados de AE y DP, y bajos niveles de RP determinan la presencia de Burnout ⁴¹			
Edad	El Tiempo que ha vivido una persona ⁴²	Número de años cumplidos de un individuo, su indicador es la edad en años que refiera tener el participante.	Cuantitativa discreta Razón	Número de años
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico ⁴²	Característica fenotípica de un individuo, que distingue al hombre de una mujer. Su indicador es el género que refiera el participante.	Cualitativa dicotómica Nominal	Hombre Mujer
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales ⁴²	Situación ante el registro civil de un individuo, su indicador es el estado civil que refiera el participante.	Cualitativa policotómica Nominal	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
Año de residencia	Año o grado del curso de especialización en que se encuentre actualmente inscrito ⁴²	Es el grado de la especialidad en la que se encuentra el participante	Cualitativa Ordinal	Primero Segundo Tercer año
Dependientes económicos.	Para indicar que alguien está confiado al cuidado de una persona físico o económicamente ⁴²	Situación de la responsabilidad de cuidado de alguna o algunas personas, es decir, que dependen de este en lo económico.	Cualitativa dicotómica Nominal	Sí No

Prácticas complementarias al mes.	Conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente al término de la jornada de trabajo en la Unidad de Atención Médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente ⁴²	Actividades complementarias que realiza el médico residente en determinado servicio al que está asignado y las cuales tienen una duración que depende del encargado del servicio en el que se encuentre.	Cuantitativas Discreta Razón	Número de prácticas complementarias que tiene al mes.
Satisfacción salarial.	Cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias económicas ⁴²	Situación en donde el médico residente este satisfecho con el ingreso que percibe por la actividad laboral que ejecuta.	Cualitativa Dicotómica Nominal	Si No
Lugar de residencia	Lugar destinado a vivienda ⁴²	Lugar donde se ubica el domicilio del médico residente	Cualitativa Nominal Policotómica	Cd Mx Edo. Mex Otro
Tiempo de traslado	Acción y efecto de trasladar. Llevar a alguien o algo de un lugar a otro ⁴²	Tiempo que emplea el médico residente en desplazarse de su domicilio a la UMF o al servicio al que se encuentre asignado.	Cuantitativa Discreta Razón Ordinal	Tiempo en minutos.
Cohabita con	Habitar juntamente con otra u otras personas ⁴²	Se refiere a la(s) personas que viven con el (la) residente.	Cualitativa Nominal Policotómica	Solo Padres Padres y hermanos Esposa (o) Esposa (o) e hijos Hijos Otros

Satisfacción laboral	Estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, es el grado de conformidad del empleado respecto a su entorno y condiciones de trabajo ⁴³	Se entiende como el sentimiento o sensación que tiene el individuo de pertenecer al lugar donde trabaja y a las actividades profesionales que realiza.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Clima laboral	Suma de las percepciones que los trabajadores tienen sobre el medio humano y físico donde se desarrolla la actividad cotidiana de la organización. Se aprecia como las condiciones objetivas de la organización (horarios, estructura jerárquica, procesos, etc.) son filtradas por la percepción del trabajador y como el agregado de estas percepciones conforma el clima ⁴⁴	Sí el médico residente considera que el medio de trabajo en el cual realiza su trabajo de forma cotidiana, engloba las instalaciones de trabajo, el factor humano, instrumentos de trabajo, métodos y procedimientos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio pretende dar a conocer la existencia de Síndrome de Burnout relacionado con factores sociodemográficos en médicos residentes de los tres grados de la especialidad de medicina familiar en la UMF 94 Aragón.

Para la obtención de los participantes, se tomó a los médicos residentes de medicina familiar adscritos en la UMF 94 durante el ciclo académico 2021-2022, se procedió a informar a los participantes el objetivo de dicho estudio, se les propuso la participación y en los que aceptaron se firmó el consentimiento informado respectivo dándoles a conocer en

todo momento que los datos son confidenciales, serán resguardados y se utilizarán en el presente estudio únicamente con fines estadísticos, esto sin condicionar la atención recibida en el instituto. En todo momento se podrá solicitar la información que se requiera antes de la aplicación de dicho cuestionario.

Al término del período de aplicación de dichos cuestionarios, se recolectó la información por parte del médico residente, el cual realizó el registro de los datos en formato de Excel, se analizaron los mismos.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se utilizaron dos instrumentos, el cuestionario MBI-HP compuesto por 22 ítems valorados mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Contiene ítems que permiten la determinación de los síntomas o dimensiones, según la frecuencia en que se presentan en el contexto del trabajo. Estos ítems se distribuyen en tres factores: Agotamiento Emocional (AE, 9 ítems), Despersonalización (DP, 5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems), obteniéndose una puntuación que puede ser valorada como baja, media o alta. Se considera que niveles elevados de AE y DP, y bajos niveles de RP determinan la presencia de SBO.

Entre sus componentes, el de estar Agotado Emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el SBO. El componente de Despersonalización representa la dimensión del contexto interpersonal del SBO. El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del SBO. El MBI cuenta con muestras amplias y diversas en cuanto a características ocupacionales y de su lugar de origen, por lo que este instrumento ha sido aceptado como un estándar para medir el BO. Su validez discriminante es mucho mejor que la de otros instrumentos. Se ha encontrado una validez variable en el uso de este inventario para la evaluación del Síndrome Burnout, encontrando una sensibilidad desde el 78% y especificidad del 48% (34), hasta una sensibilidad 92.2% y una especificidad del 92.1%.

Y el cuestionario sociodemográfico el cual representa los posibles factores de riesgo como las características de la organización donde prestan servicio, condiciones laborales, aspectos personales y familiares, que pueden llevar a desarrollar el SBO.

DESCRIPCIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos y el cuestionario MBI.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Previa autorización del protocolo por el comité local de investigación en salud, se notificó a las autoridades del cuerpo de gobierno de la UMF No. 94 y a la coordinación de enseñanza para realizar los cuestionarios a los médicos residentes adscritos a la unidad en el 2021. Se invitó a los médicos residentes de medicina familiar de dicha unidad a participar en el presente estudio explicando de forma clara y concisa, en qué consiste el estudio y su participación en el mismo, una vez que el residente aceptó participar se procedió a obtener el consentimiento informado, posteriormente se aplicó la hoja de datos sociodemográfico junto con el cuestionario MBI-HP, al término del llenado de dichos documentos se agradeció su participación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística inferencial por medio de la prueba estadística Kruskal-wallis y la prueba exacta de Fisher aplicada a las variables de estudio. Aunado a esta prueba se realizó estadística descriptiva para analizar los resultados con apoyo del programa Excel de Microsoft y el programa SPSS; y se realizarán cuadros y gráficos de los datos obtenidos de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Se encuestaron 34 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 que corresponde al 100% de la población, ninguna encuesta fue excluida para el estudio; del total de los encuestados 8 de los participantes son hombres (24%) y 26 mujeres (76%). En lo que respecta a la edad predomina el grupo de edad de 29 a 33 años (62%), sus estados civiles prevalecen los solteros (55.9%) seguido de los que se encuentran en unión libre (20.6%). De los encuestados, 11 participantes (32.4%) refirió que vive con su esposo/a seguido de los que viven con padres y hermanos 7 encuestados (20.6%). Reflejándose esto en la siguiente tabla.

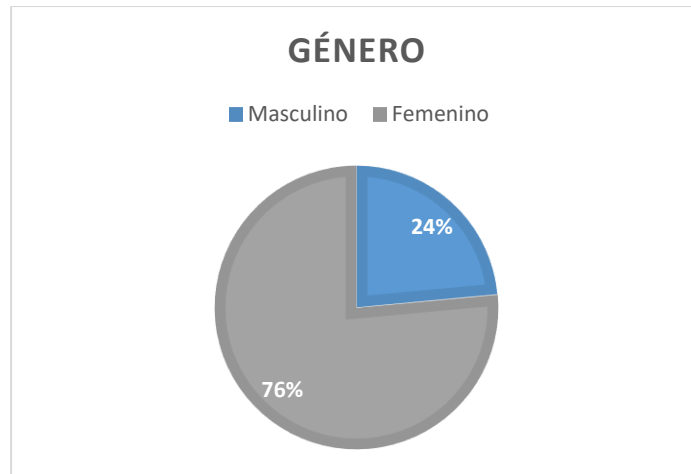


Ilustración 1 Género de los participantes

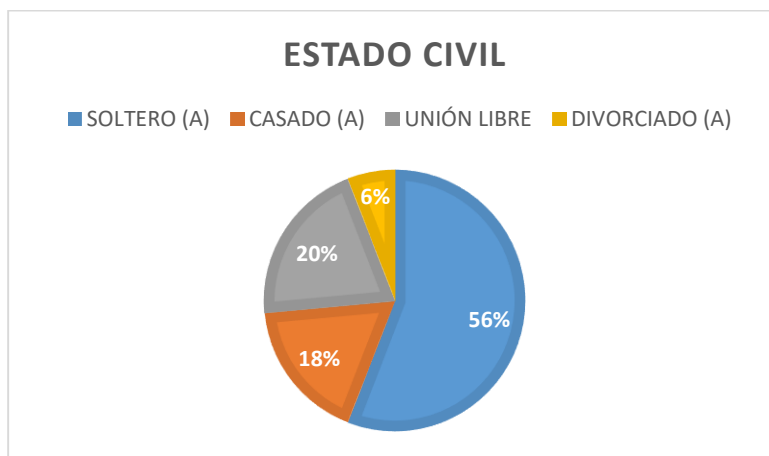


Ilustración 2 Estado civil

Tabla 1 Características demográficas

VARIABLE		N
AÑO ACADÉMICO	R1	9
	R2	14
	R3	11
CON QUIEN VIVE	SOLO	4
	PADRES	4
	PADRES Y HERMANOS	7
	ESPOSA/O	11
	ESPOSA/O E HIJOS	3
	OTROS	5

De acuerdo al grado académico, el que tuvo mayor participación en el estudio fue el grupo de residentes de segundo grado con 14 participantes (41.2%) esto puede deberse a que en el momento de aplicación de la encuesta por las actividades laborales que cada grado tiene se encontraban en su mayor totalidad.

En lo que respecta a las características económicas y laborales, 24 encuestados correspondiente al 70.6%, refirió no estar satisfecho con su percepción salarial, en satisfacción de actividades y responsabilidades realizadas en la residencia, el 61.8% (21 participantes) está de acuerdo con las actividades que realiza, sin embargo, un 41.2% (14 participantes) refiere un inadecuado ambiente laboral.

Tabla 2 Características económicas y laborales

VARIABLE		FRECUENCIA
SATISFACCIÓN SALARIAL	SATISFECHO	10
	INSATISFECHO	24
SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES	SATISFECHO	21
	INSATISFECHO	13
AMBIENTE LABORAL	ADECUADO	20
	INADECUADO	14

Con relación a los puntajes obtenidos en la encuesta de Maslach Burnout Inventory en dimensión de agotamiento emocional el 47.1% (16 encuestados) obtuvo un puntaje alto y el 35.3% (12 encuestados) obtuvo un puntaje bajo, en la dimensión de Despersonalización el 47.1% (16 participantes) demostró un puntaje bajo, y el 26.5% medio y alto. En la dimensión de Realización personal el 47.1% (16 participantes) presentó un puntaje alto, el 32.4% (11 participantes) bajo y el 20.6% (7 participantes) un puntaje medio.

Tabla 3 Puntaje de MBI

VARIABLE		FRECUENCIA
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	BAJO	12
	MEDIO	6
	ALTO	16
DESPERSONALIZACIÓN	BAJO	16
	MEDIO	9
	ALTO	9
REALIZACIÓN PERSONAL	BAJO	11
	MEDIO	7
	ALTO	16

Del total de los participantes (34 encuestados), los que obtuvieron puntuaciones altas para considerar que presentan Síndrome de Burnout son el 65% (22 participantes) de los cuales el 47% son mujeres (16 participantes) y el 18% son hombres (8 participantes). Concerniente a la edad la prevalencia del SBO se encuentra entre los 28 a los 34 años en su mayoría.

Tabla 4 Prevalencia de Síndrome de Burnout relacionado con género

	Frecuencia	Mujeres	Hombres
Presenta SBO	22	16	6
No presenta SBO	12	10	2



Ilustración 3 Prevalencia del Síndrome de Burnout (SBO) en médicos residentes

Tabla 5 Síndrome de Burnout (SBO) relacionado a estado civil

Estado civil	SI SBO	NO SBO
Soltero	11	8
Casado	3	3
Unión libre	7	0
Divorciado	1	1

Los residentes con más prevalencia de SBO en un 32.5% (11 encuestados) son solteros y los que viven en unión libre con un 20.68% (7 encuestados), en los participantes que se encuentran casados es igual la prevalencia del síndrome con respecto a los demás estados civiles.

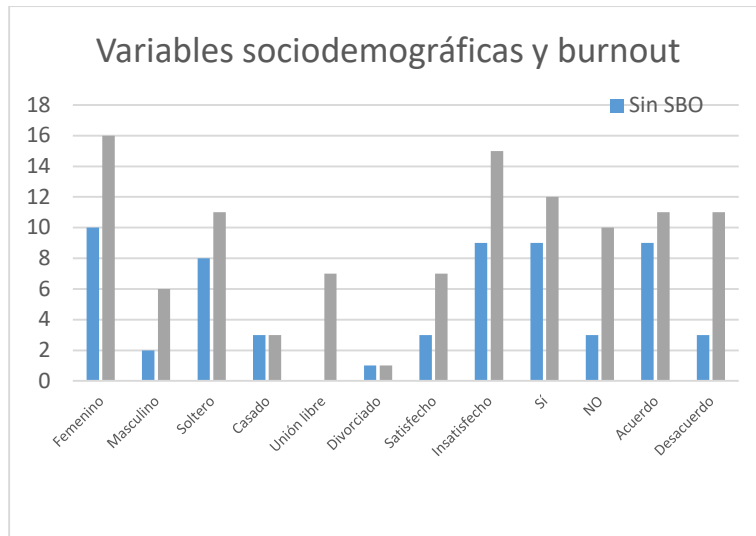


Ilustración 4 Factores sociodemográficos y Síndrome de Burnout (SBO)

En el gráfico se presenta la prevalencia de síndrome de Burnout relacionada con factores sociodemográficos; en el género femenino de 26 encuestadas 16 presentan SBO, de 8 encuestados del género masculino 6 presentan la afectación. Relacionado a su estado civil con SBO solteros 11, casados 3, Unión libre 7, divorciados 1. Satisfacción salarial residentes con SBO 15, Insatisfechos laboralmente y con patología 10, residentes que presentan SBO y refieren estar en desacuerdo con el clima laboral 11.

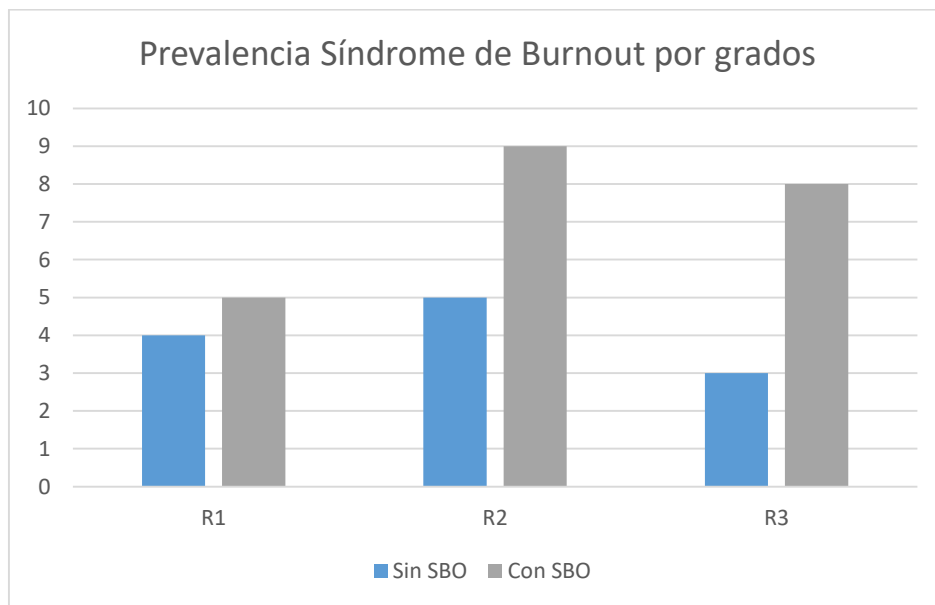


Ilustración 5 Síndrome de Burnout (SBO) según el grado académico

De acuerdo al grado académico se encontró que la prevalencia de burnout se presenta en el primer año 56%, segundo año 64% y tercer año 73%; Respecto al salario el 68% está

insatisfecho. Relacionado a satisfacción con actividades realizadas el 55% está conforme y el 50% reportó un ambiente laboral adecuado.

Tabla 6 Características laborales relacionadas a Síndrome de Burnout (SBO)

Variable		NO SBO	SI SBO
Satisfacción laboral	Satisfecho	3	7
	Insatisfecho	9	15
Satisfacción de actividades realizadas	Satisfecho	9	12
	insatisfecho	3	10
Ambiente laboral	Adecuado	9	11
	Inadecuado	3	11

Se utilizó la prueba de Kruskal- Wallis en la cual se demostró que hay burnout en los tres grados académicos y que todos los grupos las diferencias entre las medianas son estadísticamente significativas.

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de BURNOUT_PRESENTE es la misma entre las categorías de año_academico.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	.733	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .1

Al realizar prueba exacta de Fisher para relacionar síndrome de burnout, satisfacción salarial y clima laboral reportó un 0.14 mientras que satisfacción de las actividades realizadas un 0.21 por lo que se acepta la hipótesis nula, en la cual no está asociado a la satisfacción salarial ni el clima laboral.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó inicialmente un análisis descriptivo, en el caso de las variables categóricas se crearon tablas y se calcularon frecuencias y porcentajes. Se evaluó diferencias entre grupos, es decir, prueba de Kruscall Walis, respectivamente y asociación entre variables cualitativas con la prueba exacta de Fisher para factores laborales. Lo anterior se realizó mediante programas estadísticos como SPSS y Microsoft Office Excel, los resultados se presentan mediante tablas estadísticas de frecuencia.

Los objetivos del presente estudio son determinar la prevalencia del SBP y sí el Síndrome de burnout está relacionado a factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la unidad de medicina familiar No. 94. Es importante señalar que esta patología no ha sido muy estudiada, por lo que no se cuenta con muchos estudios al respecto; la mayor parte de los estudios realizados para analizar la prevalencia de esta entidad están enfocados a otras especialidades médicas como son cirugía, anestesiología, ginecología y pediatría dentro de las principales con prevalencia de SBO y que en algunas literaturas se menciona que las especialidades clínicas tienen menor presentación del síndrome.

En cuanto a las variables sociales que se consideraron en el presente estudio, el género femenino predominó con la presencia de SBO en un 73% (16 mujeres) probablemente por la doble carga de trabajo (profesional y familiar), con edades comprendidas entre 24-33 años y con predominio en el estado civil solteros (50%), estos resultados concuerdan con los de Torres- Romero en donde el sexo femenino predomina con un 66.7% del total de encuestados y oscilan edades entre los 24-34 años y los solteros con un 83% del total de los encuestados⁴⁵. En el presente estudio se interrogó sobre las actividades complementarias realizadas por semana, las cuales varían de acuerdo al grado académico por lo que se obtuvieron distintos resultados, encontrándose que en el primer y segundo año se realizan actividades complementarias de 2-3 por semana, es decir que se superan las 80hrs de servicio a la semana, y en el tercer año no se realizan actividades complementarias por lo que este factor puede estar relacionado con la presencia del SBO, según Torres-Romero presenta en su análisis de resultados que los residentes que presentan más de 70 horas en servicio en la mayor parte de la literatura revisada por el autor más del 50% de los participantes presentan tal entidad, por lo que se pudiera considerar factor propulsor o desencadenante para desarrollar SBO⁴⁵.

A lo relacionado al año académico la prevalencia de burnout se presenta en el primer

año 56%, segundo año 64% y tercer año 73%; por lo que tiene una mayor incidencia en estudiantes de segundo año, lo que concuerda con los resultados de Coria-Muñoz en donde se realizó un estudio con estudiantes de la especialidad de medicina familiar en dos momentos, en el cual se encontró mayor porcentaje de SBO en los residentes de segundo grado de medicina familiar con respecto a los del primer y tercer grado, Coria-Muñoz deducen que el factor de tiempo laborado influye en la aparición del SBO y que las responsabilidades de cada grado son diferentes entre sí, es decir, los residentes de segundo año tienen a su cargo a los de primer año y tienen que acatar las indicaciones del tercer grado⁴⁶.

Como tal no hay un consenso definido para los puntajes obtenidos en el MBI, sin embargo, se presenta tal patología cuando los niveles de AE y DP son altos y la dimensión de RP se encuentra en puntajes bajos, por lo que según la literatura coincide con el resultado obtenido del presente estudio en el cual se muestra que más del 50% de los residentes presentan SBO. Dentro de las dimensiones del MBI se encontraron más afectadas el Agotamiento emocional y la Realización personal. Dentro del AE el 47.1% de los participantes presento puntajes altos, 26.5% cursaron con despersonalización con puntaje alto y 47.1% con Realización personal alta; estos resultados son similares a los que se obtuvo en el estudio realizado por Osuna- Paredes en donde de los 42 médicos residentes a quienes se les aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory se encontraron despersonalización baja 81%, cansancio emocional bajo 40.5% y 88.1% obtuvo realización personal alta; a diferencia de este estudio con el presente es que se compara la disfuncionalidad familiar, en el cual se presentó que la percepción familiar asociadas con síndrome de Burnout no fue significativa; sin embargo, de los cuatro con disfunción severa familiar a tres se le detectó Burnout intermedio y uno con Burnout bajo ⁴⁷.

Entre los factores asociados a la aparición del Síndrome de Burnout y los que agregamos en el estudio, encontramos que el 20.7% de los participantes están de acuerdo con su percepción salarial y presentan SBO, el 44.3% no está de acuerdo con lo que percibe y presenta tal entidad. Comparado con el estudio de Lugo Rodríguez en donde según el nivel de satisfacción con el salario percibido, se encontró que el 51.9% se encuentra poco satisfecho con el salario percibido por servicios profesionales, mientras que el 48.1% declaró estar nada satisfecho con la remuneración percibida por su trabajo⁴⁸. Por lo que se puede considerar que la satisfacción del salario influye como factor predisponente para desarrollar SBO.

En cuanto al ambiente laboral en el que se desarrollan el 32.5% que presentan SBO refirió tener un adecuado ambiente laboral a diferencia del 32.5% que menciona no tenerlo, además de que el 35.5% de encuestados menciona estar de acuerdo con las actividades que realiza dentro de la residencia médica y el 29.5% no está de acuerdo con las mismas; contrastando estos resultados al estudio de Ríos-Puertas et al. en donde el 57.35% consideran que es bueno el ambiente laboral y sólo el 5.15% opinan lo contrario⁴⁹.

En la mayor parte de la literatura se mencionan las características demográficas como probables factores de riesgo para desarrollar el SBO, sin embargo, solo se mencionan como posibles factores y no se han estudiado adecuadamente para relacionarlo con la presentación de tal entidad, se pueden tomar a consideración factores como maltratos, exceso de pacientes, exceso de tareas, presión asistencial, inseguridad laboral, situación económica- trabajar solo, personas inestables, largas esperas para la atención médica y los factores económicos antes mencionados⁵⁰. En el presente estudio según las pruebas estadísticas empleadas no hay relación del síndrome con los factores sociodemográficos estudiados.

Tabla 7 Factores relacionados con el SBO

Factores psicológicos y psicopatológicos de los profesionales	Optimismo, autoestima, afectividad
	Trastornos de personalidad, afectivos, ansiosos, etc.
Factores sociodemográficos	Edad, sexo, estado civil
	Red de apoyo sociofamiliar
	Estamento profesional: médicos, enfermeras, auxiliares, etc.
	Historial laboral: años de trabajo
Factores organizacionales	Turnos, horarios, rotaciones
	Sobrecarga laboral: equidad y justicia en el reparto de la carga laboral
	Estructura de los servicios
	Control sobre el propio trabajo
	Satisfacción e identificación con el equipo de trabajo y la empresa
	Sistema de recompensa
	Estrategias de motivación y expectativas de desarrollo profesional
	Conflictos entre los valores de la empresa y el profesional
Factores sociales	Valoración social de las profesiones sanitarias

Al igual que otros estudios, y un factor que faltó agregar en el presente estudio es la familia como un factor de protección cuando la familia es numerosa. Sin duda una vida familiar rica puede actuar como amortiguador emocional sobre un trabajador estresado. También se menciona que los altos niveles de burnout que encontramos actualmente sólo pueden ser aliviados de forma individual basándose en cambios de actitudes personales (técnicas de autocontrol, de relajación o de comunicación asertiva) dirigidas a un mejor manejo de las situaciones de estrés diarios inherentes a nuestra profesión⁵¹.

Dentro de los factores que no mencionamos ni medimos en el presente estudio y que en varias investigaciones tienen un importante papel tanto del desarrollo del SBO como en las implicaciones que este puede ocasionar está la relación que existe con la ansiedad, la depresión y la repercusión que tiene en la calidad de vida del residente, que a la larga sí se repitiera el estudio sería importante investigar estas áreas para dar un seguimiento integral y mejorar la calidad de vida del residente y la atención del paciente⁵².

Dentro de los aspectos que la mayor parte de la literatura revisada y en la que se debería hacer hincapié es en el horario laboral, en donde Zambrano menciona que no existe estandarización de las horas de trabajo pero existen registros en México de residencias de 120 horas semanales o más, otros estudios muestran solamente más de 80 horas, por lo que la falta de sueño es un factor importante para el desarrollo del SBO, sumado a otros factores como agresiones, maltratos y humillaciones que en su mayoría vienen de los residentes más antiguos, la disfuncionalidad familiar, inseguridad, falta de suministros hacen potenciales para desarrollar el SBO a los médicos residentes⁵².

Otro punto importante que se debe considerar para los resultados del presente estudio es el comportamiento de la pandemia SARS-COV2 relacionado con las actividades en esta de los médicos residentes, ya que el estar en esta situación a todos nos genera estrés y pudo haber influido en los resultados obtenidos, por lo que se debió haber hecho un estudio previo a la pandemia para poder observar si tiene relación con padecerlo. Navines et al menciona que la situación actual de pandemia por el COVID-19 conlleva un grado de incertidumbre elevado, causando un impacto significativo en la salud mental de los trabajadores de la salud, especialmente en aquellos que trabajan en primera línea o que han estado expuestos a una presión extrema y continua, causando agotamiento físico,

estrés emocional, estigmatización e insomnio. Aunque considera que desde antes de la pandemia por el COVID-19, las profesiones sanitarias ya eran consideradas como altamente estresantes⁵³.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentran:

- El estudio solo se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar No. 94 y no todos los residentes adscritos a la misma participaron, lo cual no representa la totalidad de residentes de medicina familiar de la unidad.
- Cada subsede de acuerdo a la rotación donde se forman los residentes de medicina familiar cuenta con sus propias características, tales como: ambiente laboral, horarios de guardias, cantidad de compañeros de trabajo, dichas diferencias pueden repercutir entre la presencia o ausencia del SBO.
- El momento en que se hayan contestado los instrumentos para detectar el SBO, ya que algunos residentes se encontraban de pre guardia, otros de guardia, de post guardia y otros regresando del servicio social, esto puede influir en la forma en que contestaron los instrumentos aplicados. Hubiera sido crucial que las encuestas se contestaran en un día de pre guardia para que puedan ser lo más objetivas posibles.
- La situación de pandemia SARS-COV2 que se está viviendo actualmente, ya que por esta misma se han tenido que modificar las rotaciones y actividades de los residentes.

CONCLUSIONES

Las condiciones del trabajo, el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos psicosociales, entre ellos el síndrome de Burnout en los residentes, el cual está caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal, y cuya prevalencia se ha ido incrementando, constituyendo un problema social y de salud pública que conlleva un gran costo económico y social, en específico en el área médica.

En el presente trabajo se trató de dar a conocer la prevalencia del Síndrome de burnout y los factores que probablemente predispongan al desarrollo de SBO en médicos residentes enfocados en la especialidad de medicina familiar que aunque no corresponde a todos los

residentes de esta especialidad a nivel nacional pretende analizar la prevalencia de éste en la unidad de medicina familiar No. 94, así en la mayor parte de los estudios realizados mencionan las variables más comunes tales como edad, género, año de residencia, situación familiar, pero no hay que dejar de lado, otros factores como los laborales, psicológicos y económicos que influyen en el personal de salud para poder desencadenar el desarrollo de una patología que aunque tiene más de 40 años en estudio aún no se le ha dado la importancia que merece y que ésta está subestimada, lo que me indujo a realizar el presente trabajo para dar a conocer esta entidad e iniciar a tratarla.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, el SBO no está asociado a la satisfacción salarial, al clima laboral y otros factores como el género o el estado civil, sin embargo, de acuerdo a la literatura revisada puede haber otros componentes que pueden influir para su desarrollo. Por lo que se deduce importante, generar estrategias que permitan propiciar engagement y abatir el burnout.

El estudio pretende poner de manifiesto una realidad en salud poco estudiada, pero de vital importancia por las implicaciones que esta conlleva y que debería ser considerada para el desarrollo de estrategias que contengan medidas en prevención y promoción en los cursos de especialización. La entidad mencionada es una patología multifactorial por lo que es necesaria una intervención multidisciplinaria con participación de diversos componentes y no solo el sanitario.

Los resultados que arrojó el presente estudio pueden ofrecer a las autoridades de educación médica de la unidad elementos de peso para mejorar las condiciones generales de la capacitación de los residentes para detectar de forma oportuna a quienes se tenga la sospecha o presenten problemas afectivos en torno al síndrome, para que reciban atención temprana y especializada al respecto y propiciar el mayor aprovechamiento académico y profesional del residente, por ende, una mejor calidad en la atención a los pacientes.

SUGERENCIAS

Se deben implementar medidas en los programas educativos que permitan la prevención, detección y atención temprana del síndrome de Burnout o de patologías adyacentes que impliquen riesgos para la salud tanto para desarrollar esta entidad como para poner en riesgo la salud del residente o de los mismos pacientes, lo que permitiría hacer estos programas más eficientes.

Una de estas medidas podría ser implementar un programa de actividad física planeada y dosificada, actividades recreativas que estén dentro del programa de adiestramiento como acudir a obras de teatro, realizar talleres teatrales, enseñar al residente técnicas de relajación, el biofeedback, técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva), talleres de resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.

Otro punto importante sería reducir la jornada de trabajo tal cual se menciona en los estudios y en la NOM 01, no sobrepasar más de 80 horas de trabajo a la semana. Intentar cambiar los programas académicos en donde el residente no se sienta presionado y hacer una cultura de un ambiente laboral adecuado, al no realizar maltrato por los residentes de jerarquía mayor.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

Este protocolo de estudio se proyectará como sesión médica de la unidad. Para dar a conocer la existencia del síndrome de Burnout relacionado a factores sociodemográficos en los médicos residentes adscritos a la UMF 94.

RECURSOS

El estudio se llevó a cabo en la UMF 94, incluyendo a todos los residentes de la especialidad de medicina familiar que cuenten con los criterios de inclusión, se realizó los dos cuestionarios mencionados anteriormente, los cuales se entregaron en papel a los participantes.

FINANCIAMIENTO

Los gastos de la papelería los absorberá el médico investigador.

- Paquete de hojas blancas: \$100
- Cartucho de impresora: \$200

FACTIBILIDAD

Se cuenta con los recursos necesarios para poder llevar a cabo dicha investigación, ya que solo se necesitan recursos de papelería. A lo que respecta a los participantes se tomaron

los médicos residentes de la especialidad de Medicina familiar que cumplan con los criterios de inclusión y que quieran realizar los cuestionarios.

TRASCENDENCIA

De acuerdo a los resultados del estudio, se valoró la incidencia del SBO en los médicos residentes de Medicina Familiar de la UMF 94 y en acuerdo con el departamento de enseñanza de la unidad se acordará tomar medidas para contribuir a la disminución o prevención del SBO.

ASPECTOS ÉTICOS

Riesgo de la investigación

El estudio se observara los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, como la Declaración de Helsinki enmendada por la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, por lo establecido en el artículo 100 del Título quinto de la Ley General de Salud (“Investigación para la Salud”, capítulo único), los lineamientos nacionales y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM 004, 012 y 001) bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS), así como las reglas internas institucionales. También se observará el título sexto de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

Se contempla con un riesgo mínimo, como lo establece el artículo 17, del Título segundo, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, debido a que es un estudio observacional, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables; la maniobra para recolecta la información se basa en un cuestionario para contestar datos personales y un instrumento.

Normas de apego

El estudio tiene observancia con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud con vigencia del Diario Oficial de la Federación del 2014 y la Declaración de Helsinki.

Al concluir el estudio se dará aviso de los resultados a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, mismos que se mantendrán en confidencialidad para

respetar la información de los participantes y el análisis y observaciones de dicho estudio se dará a conocer a la coordinación clínica de educación e investigación en salud de la unidad correspondiente en la Ciudad de México.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

El propósito del estudio es dar a conocer la existencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar asociando variables sociodemográficas y económicas; información que pueda ser la pauta para implementar medidas educativas en las instituciones de salud para poder identificar dicha patología durante su formación a la especialización, por lo que los médicos residentes puedan tener una mejor calidad de vida y aprovechamiento académico, así como la mejora en la calidad de atención y la disminución del ausentismo académico o en su defecto el abandono de la especialidad.

Balance riesgo beneficio

El presente estudio no representó ningún tipo de riesgo para los participantes, por lo tanto, tiene la finalidad de investigar la existencia de síndrome de Burnout asociado a diferentes variables sociodemográficas en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en la UMF 94.

Confidencialidad

El registro de los datos de los participantes será impersonal, por lo que se dispuso de folios para identificar a los participantes, respetando la confidencialidad de los datos conforme a la legislación vigente nacional e internacional para estudios clínicos.

Condiciones para el consentimiento informado

Se dará a conocer a los participantes de forma clara y con lenguaje comprensible, los objetivos y la forma de realización del estudio, cerciorándose que los participantes hayan comprendido en su totalidad lo que se les ha explicado; la participación será voluntaria, tienen que saber que pueden elegir entre seguir o salir del estudio en el momento que lo deseen con la seguridad de que no tendrá repercusión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que reciben en el instituto; en caso de aceptar su participación en este protocolo firmara hoja de consentimiento informado.

Forma de selección de los participantes

En cumplimiento con los aspectos mencionados, los investigadores obtendrán a los participantes del protocolo por conveniencia y según los criterios de selección, cualquier médico residente adscrito a la unidad de Medicina Familiar No. 94 participará en el presente estudio.

Calificación del Riesgo

De acuerdo con el artículo 17, del Título segundo, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se considera esta investigación dentro de la categoría II. Como investigación con riesgo mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andueza I. Estrés laboral y Burnout. (Trabajo final de grado). Pampona. 2014.
2. Rodríguez R, Rivas S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab.* 2011; 57 (1): 72 – 88.
3. Méndez Cerezo, A. "Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución". *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC* 56.2 (2011): 79-84.
4. Joffre-Velázquez VM, Saldívar-González AH, García-Maldonado G. Burnout Syndrome and Work-related Stress. A Review. *Arch Med Fam.* 2008;10(2):65-72.
5. Párraga Martínez, Ignacio, et al. "Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma." *Revista Clínica de Medicina de Familia* 11.2 (2018): 51-60.
6. Jara Díaz, J.D. "Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú", (2006).
7. Terrones J, Cisneros V, Arreola J. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54 (2): 242 248.
8. Juárez A, Idrovo A, Camacho A, Placencia O. Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática., *Salud Mental.* 2014; 37: 159 – 176
9. Pérez E. Síndrome de burnout como factor de Riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex.* 2006; 22: 282 – 286.
10. Thomaé M, Ayala A, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina.* 2006; 153: 18- 21
11. Rubio J. Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria [Tesis doctoral], Badajoz; 2003.
12. Carrillo-Esper, Raúl, K. Gómez, and I. Espinoza de los Monteros. "Síndrome de burnout en la práctica médica." *Medicina interna de México* 28.6 (2012): 579-584.

13. Hernández, Edgar Fabián Torres, Luis Felipe El Sahili González, and Víctor Gutiérrez Olivarez. "Análisis del " Burnout" y sus escalas de medición." *Praxis Investigativa ReDIE: revista electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos* 11.20 (2019): 106-124.
14. Aranda Beltrán, Carolina, Manuel Pando Moreno, and José Guadalupe Salazar Estrada. "Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México." *Revista Salud Uninorte* 32.2 (2016): 218-227.
15. Faúndez, V., and P. Gil-Monte. "Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Burnout Inventory"(MBI)." *Ciencia & Trabajo* 11 (2009): 160-167.
16. Gracia, T. H., et al. "El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición." *Revista Electrónica de ICEA* 5 (1986): 50-68.
17. Mendoza Solis, L.A., et al. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. "Archivos en medicina familiar 8.1 (2006): 27-32.
18. Mora S, Moreno C. Autopercepción de salud y de red de apoyo y funcionalidad familiar, de los estudiantes que inician posgrados de medicina. *Repert Med Cir.* 2016; 25 (1): 8 – 14
19. Schmidt, Vanina, Barreyro, Juan Pablo, Maglio, Ana Laura, Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología - Psychological Writings [Internet]*. 2010;3(2):30-36.
20. Bazo-Alvarez Juan Carlos, Bazo-Alvarez Oscar Alfredo, Aguila Jeins, Peralta Frank, Mormontoy Wilfredo, Bennett Ian M. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev. Perú. med. exp. salud pública.* 2016 Jul; 33(3): 462-470.
21. Marecos S, Moreno M. Asociación entre síndrome de burnout y funcionalidad familiar en médicos residentes. *Medicina Clínica y Social.* 2018; 2 (2): 54 – 64.
22. Szwako A, Relación entre funcionalidad familiar y síndrome de burnout en residentes de medicina familiar. *Rev. Salud Pública Parag.* 2013; 4(1): 21-26.
23. Saborio L, Hidalgo L. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica.* 2015; 32 (1).

24. López A, El síndrome de burnout: antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. [Tesis doctoral], Universidad de Vigo. 2017.
25. Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E, et al. Breve Historia del Burnout a través de sus instrumentos de evaluación. Quemarse en el trabajo (Burnout), Ed. Zaragoza. 2005. pp. 162 – 183.
26. Gilla M, Giménez S, Moran V, Olaz F. Adaptación y validación de Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 2019; 25 (2): 179 – 193.
27. Hernández T, Terán O, Navarrete D, León A. El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. Julio – Diciembre. 2007; 3(5): 50 – 68.
28. Carlin M, Garcés de los Fayos E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010; 26 (1): 169 – 180.
29. Forbes R. EL síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*. 2011; 160: 1-4.
30. Rodríguez M. Importancia de medir la calidad en el servicio. [Internet]. *Conocimiento web.net, la divisa del nuevo milenio*; (updated 8 noviembre, 2014; cited 04 noviembre 2020). Available from: <https://www.conocimientosweb.net/portal/article1321.html>
31. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivarasl. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout).Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch. argent. pediatr.*2007;105 (3)
32. NAVINÉS, R., OLIVÉ, V. and MARTÍN-SANTOS, R., 2019. Residency training: a period of risk for mental health?. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46(6), pp.143-144.
33. Coria-Muñoz H, García-Martínez FJ, Gómez-Alonso C, et al. Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2018;20(3):103-110.
33. Jácome Sandra Jimena, Villaquiran-Hurtado Andrés, García Claudia Patricia, Duque Iván Leonardo. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Rev Cuid [Internet]*. 2019 Apr [cited 2021 Aug 16]; 10(1)

34. Gouveia, P., Ribeiro Neta, M., Aschoff, C., Gomes, D., Silva, N. and Cavalcanti, H., 2017. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(6), pp.504-511.
35. Tello-Pérez ML, Mendoza-Rivera R. Incidencia del Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en Médicos Residentes del IMSS de Xalapa Veracruz. [Tesis]. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar no. 66 Xalapa Veracruz; 2014.
36. Campos Gutiérrez AJ. Factores que intervienen en el síndrome de Burnout y su relación con la calidad de vida con los médicos de residentes de medicina familiar en la UMF 20 [Médico general]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2021.
37. Díaz L, Arab J, Nuñez C, et al. Burnout en médicos residentes de especialidades y subespecialidades: estudio de prevalencia y variables asociadas en un centro universitario. *Revista de Ciencias Médicas*. 2017; 42(2): 27- 33.
38. Revilla-Pacheco F, Rodríguez-Salgado P, Manrique-Guzman S, Herrada-Pineda T, Llaca-García E. Burnout syndrome in surgeons, surgery residents, and medical students: Prevalence and associated factors. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2020;83(1).
39. Beltrán C, Pando M., Salazar J, et al. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2005 Jun [citado 2020 Nov 04]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200005&lng=es.
40. Méndez A. Síndrome de burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An Med (Mex)*. 2011; 56 (2): 79 – 84.
41. Aranda Beltrán, Carolina, Manuel Pando Moreno, and José Guadalupe Salazar Estrada. "Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México." *Revista Salud Uninorte* 32.2 (2016): 218-227.
42. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.a ed., [versión 23.3 en línea] <https://dle.rae.es>.
43. Rodríguez, Katia Caballero. "El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza." *Profesorado. Revista de Currículum y formación de profesorado* 6.1-2 (2002): 1-10.

44. PALACIOS MACÍAS, ELIANA ISABEL. EL CLIMA LABORAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA IMAGEN INSTITUCIONAL DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN. Diss. 2019.
45. Torres Romero AD, Romero Alcaraz IA. Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Aregua en el año 2020. *Med Clínica Soc.* 2020;4(3):98-103.
46. Coria-Muñoz, H., de Jesús García-Martínez, F., Gómez-Alonso, C., & Chacón-Valladares, P. "Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar." *Archivos en Medicina Familiar* 20.3 (2018): 103-110.
47. Osuna PMK, Medina CL, Romero PJJ, et al. Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. *Aten Fam.* 2009;16(2):24-27.
48. Lugo, J. Síndrome de Burnout. Factores asociados en médicos de un hospital tipo III. *Rev Dig Postgrado.* 2019;8(1):e158
49. Ríos PAL, Athié GJM, Martínez RVA. Síndrome de burnout (quemado) en médicos residentes adscritos a hospitales del Grupo Ángeles: HA Clínica Londres, HA Lomas, HA Metropolitano, HA México, HA Mocel y HA Pedregal. *Acta Med.* 2015;13(2):69-81.
50. Miret C., Martínez Larrea A.. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales Sis San Navarra.* 2010 : 193-201.
51. Caballero, M. A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria,* (2001). 5, 313-317
52. Zambrano Toala., Jimmy Roberto. Síndrome de Burnout en Médicos Residentes. *Revista San Gregorio,* (2019). (33), 102-113.
53. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemic: An up-date. *Med Clin (Barc).* 2021 Aug 13;157(3):130-140.

ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha de identificación

Edad: _____
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) _____
Año académico: <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3
Lugar de residencia: <input type="checkbox"/> CDMX <input type="checkbox"/> EDO MEX

¿Tiene alguien que dependa de usted económicamente?

SI NO

¿Cuántas prácticas complementarias realiza al mes? _____

Servicio en el que se encuentra rotando: _____

¿Está satisfecho con el sueldo que percibe por las actividades que realiza?

SI NO

¿Cuánto tiempo invierte en trasladarse de su domicilio al lugar de trabajo? _____

¿Con quién habita actualmente?

Solo

Padres

Padres y hermanos

Esposa (o)

Esposa (o) e hijos

Hijos

Otros

¿Usted se siente satisfecho con las actividades y responsabilidades que realiza a diario en su trabajo? SI NO

¿Considera usted que el medio en el que desarrolla su trabajo de forma cotidiana es bueno?

SI NO

ANEXO 2 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8	Me siento "quemado ó desgastado por el trabajo							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente							

	en la vida de otros							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas							

	que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

	<i>Cansancio emocional</i>	<i>Despersonalizacion</i>	<i>Realizacion personal</i>
Valoracion	Fatiga emocional por demandas de trabajo	Actitud negativa hacia los pacientes	Satisfaccion personal
NUMERO DE ITEMS	9	5	8
Clasificacion:			
Grado bajo	<19	<6	>40
Grado medio	19-27	6-9	34-39
Grado alto	>27	>9	<33

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:	Síndrome de burnout relacionado a factores sociodemográficos en residentes del curso de especialización en Medicina Familiar
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social Ciudad de México, a ___ de _____ del 2021.
Número de registro:	Sin registro.
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Según la literatura la prevalencia a nivel mundial del SBO va de 47 a 76%; en México es del 44%. Es importante detectar la existencia del SBO en médicos residentes para determinar acciones que ayuden a mejorar su calidad de vida y desempeño académico. Objetivo: Determinar si el Síndrome de burnout está relacionado a factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la unidad de medicina familiar No. 94
Procedimientos:	Responder un cuestionario socioeconómico, cuestionario MBI y cuestionario sociodemográfico.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos, debido a que la participación consiste en responder algunos datos; la molestia puede ser el dedicarle aproximadamente 20 a 25 minutos a contestarlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Dar a conocer al participante si presenta el Síndrome de Burnout, para poder orientarlo a algún tipo de ayuda psicológica o psiquiátrica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados son confidenciales, si el residente llegará a presentar datos de Síndrome de Burnout se trabajará con él para disminuir el ausentismo o en su defecto la deserción de la especialidad.
Participación o retiro:	Tienen la libertad de retirarse en cualquier momento sin afectación alguna.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recaben se trabajarán con estricta confidencialidad, no hay manera de identificar la procedencia de los datos de cada uno de los participantes; además, los instrumentos y las hojas de recolección de datos, no se divulgarán y no estarán en manos de personas ajenas a la investigación.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	Se otorgará la orientación necesaria, y la derivación oportuna en la consulta externa de Medicina Familiar en caso de identificar signos y síntomas de riesgo, y en caso necesario derivación a psiquiatría.
Beneficios al término del estudio:	Dar a conocer la existencia de SBO relacionado con factores sociodemográficos en médicos residentes adscritos a la UMF No. 94
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo Coordinador Clínico de Investigación y Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, Matrícula:99368686, Teléfono: 57672977, extensión: 21465, Correo electrónico: Ignacio.rodriguezp@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dra Mayra Estefania Escobar Lazcano, Matrícula: 97366910, Teléfono 5519272887, correo electrónico: mavititos@gmail.com Dra. Kattia Shantal Lerma Narvaéz Matrícula: 98378366 Teléfono: 5548505448 mail: kattialermanarvaez@gmail.com
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: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 4**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Síndrome de burnout relacionado a factores sociodemográficos en residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94

	MAR- MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	SEP 2021	SEP 2021	NOV 2021	MAY 2022	JUL 2022	AGO 2022
Seminario de investigación	P										
	R										
Selección del tema		P									
		R									
Búsqueda bibliográfica			P								
			R								
Realización de marco teórico				P							
				R							
Diseño de la investigación					P						
					R						
Solicitud de permiso en el uso de instrumento						P					
						R					
Solicitud de revisión por el CLIEIS							P				
							R				
Recolección de la muestra								P			
								R			
Captura de la información									P		
									R		
Procesamiento de la información									P		
									R		
Análisis de resultados										P	
										R	
Difusión del protocolo											P
											R

P: PLANEADO**R: REALIZADO**

CARTA DE NO INCONVENIENTE

México, Ciudad de México a 17 de octubre del 2021

A quien corresponda

Presente

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestar el **NO TENER INCONVENIENTE** para que la información generada durante el desarrollo de actividades de investigación en la **UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94 DEL IMSS**, por la médico residente **MAYRA ESTEFANIA ESCOBAR LAZCANO**, con **No. de matrícula 97366910**, de la especialidad de **MEDICINA FAMILIAR**, sea utilizada para su titulación integral en la modalidad de tesis, con título **Síndrome de burnout relacionado a factores sociodemográficos en médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94**, en el entendido de que los derechos de propiedad industrial e intelectual pertenecen a la institución en donde se generó dicha información.

Atentamente:

Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo
Coordinador Clínico de Investigación y Enseñanza