



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21  
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**

**“SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN  
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21”**

**T E S I S  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A  
DR. CUELLAR GUILLEN LUIS FRANCISCO**

**NÚM. DE REGISTRO: R-2021-3703-074**

**ASESOR:  
DRA. PALACIOS HERNANDEZ ALEJANDRA**

**CIUDAD DE MÉXICO. 2021**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

## AUTORIZACIÓN DE TESIS

---

---

DRA. PAULA ÁVALOS MAZA  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS  
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

---

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°21, IMSS  
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

---

DRA ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21, IMSS  
"FRANCISO DEL PASO Y TRONCOSO"

---

## **ASESORES DE TESIS**

---

---

### **DRA ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ**

MÉDICA ADSCRITA A LA UMF 21° CON ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

MATRICULA: 98381032

LUGAR DE TRABAJO: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

TELÉFONO: 57 68 60 00 FAX: SIN FAX

EMAIL: alejandraph28@gmail.com

---

### **DR. VERGARA FRAUSTRO JOSÉ EDUARDO**

MÉDICO ADSCRITO A LA UMF 21° CON ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

MATRICULA: 98376922

LUGAR DE TRABAJO: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

TELÉFONO: 57 68 60 00 FAX: SIN FAX

EMAIL: laliuxguitar@gmail.com

---

## AGRADECIMIENTOS

---

*En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la directora de mi unidad de medicina familiar mater, Dra. Paula Ávalos Maza, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este proyecto de residencia y todas las facilidades para llevar a cabo este trabajo, por el respeto a todos compañeros y por su dirección que ha sido adecuada. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a esta unidad.*

*Asimismo, agradezco a mis coordinadores, profesores y médicos de formación del IMSS Hospital General de Zona 30 y Unidad de Medicina Familiar N° 21 su apoyo personal y humano, especialmente al Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina, Dra. Alejandra Palacios Hernández y Dra. Alyne Mendo Reygadas con quienes he compartido proyectos e ilusiones durante estos años.*

*Una residencia médica y un proyecto de investigación es siempre fruto de ideas, trabajo, dedicación y esfuerzos previos que corresponden a otras personas. En este caso mi más sincero agradecimiento a la Dra. Alejandra Palacios Hernández, con cuyo apoyo estaré siempre en deuda. Gracias por su amabilidad para facilitarme su orientación, su tiempo y sus ideas.*

*Por su orientación y atención a mis consultas sobre metodología, enriquecimiento humano y académico mi agradecimiento al Dr. Jorge Arturo Rodríguez López, José Eduardo Gutiérrez García, Dr. Rodolfo Varela Almanza, Dra. Mónica Martínez Méndez y al Dr. José Eduardo Vergara Fraustro por el material facilitado y las enseñanzas recibidas durante toda esta travesía.*

*Finalmente, gracias a mis compañeros residentes, amigos de aventura del servicio social, docentes y compañeros del servicio de enfermería y de todas las áreas; ya que el equipo y trabajo que se realiza en estas unidades es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.*

*Gracias a mi familia, a mis padres Luis Cuellar y María de los Ángeles, mis hermanas Karen y Xadani, mi tía Lucía, a mi Marisol y a mis sobrinitas porque con ellos compartí y vivo días felices, tristes, de estrés y de todo tipo que guardo en el recuerdo y es un aliento para seguir adelante siempre por ellos y para ellos.*

*Gracias a mis amigos, compañeros y pacientes que siempre me han brindado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trayecto y esta profesión. Pero, sobre todo, gracias a Pepe, Hazel, Karen, Anita, a mi primo Víc y Paty, Miguel, a mis amigos Aarón, Adán, Miri y Lucecita por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un gesto plasmado en la memoria familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo. A todos, muchas gracias.*

*Por último, quiero agradecer a mi familia, de nuevo por apoyarme aun cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención de mis padres, que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.*

*Y al más importante, desde el inicio y hasta el final, infinitas gracias a Dios.*

## ÍNDICE

I. Título.....	7
II. Identificación de los investigadores.....	8
III. Resumen.....	9
IV. Marco teórico.....	10
V. Justificación.....	33
VI. Planteamiento del problema.....	35
VII. Objetivo.....	36
VIII. Hipótesis de trabajo.....	36
IX. Variables.....	37
X. Criterios de selección.....	40
XI. Tipo y diseño del estudio .....	41
XII. Material y métodos .....	41
XIII. Aspectos estadísticos y análisis de resultados..... Discusión y conclusión	69
XIV. Aspectos éticos .....	74
XV. Recursos y financiamiento .....	77
XVI. Factibilidad .....	78

## ÍNDICE

<b>XVII.</b> Difusión .....	78
<b>XVIII.</b> Trascendencia .....	79
<b>XX.</b> Cronograma de actividades .....	80
<b>XXI.</b> Referencias bibliográficas .....	81
<b>XXII.</b> Anexos .....	84

**I. "SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS  
EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21"**

## **II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:**

### **INVESTIGADOR:**

#### **DR. CUELLAR GUILLEN LUIS FRANCISCO**

Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matricula: 97384080

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax

Email: cuellarlfcg@hotmail.com

### **INVESTIGADORES:**

#### **DRA. PALACIOS HERNÁNDEZ ALEJANDRA**

Médica adscrita a la UMF 21° con Especialización en Medicina Familiar

Matricula: 98381032

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax

Email: alejandraph28@gmail.com

#### **DR. VERGARA FRAUSTRO JOSÉ EDUARDO**

Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 98376922

Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Lugar de trabajo: Consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Tel: 57 68 60 00 Fax: Sin fax

Email: laliuxguitar@gmail.com

### III. RESÚMEN

#### SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21

\* Dr. Cuellar Guillen Luis Francisco      \*\*Dra. Alejandra Palacios Hernández

\*\*Dr. José Eduardo Vergara Fraustro

**Introducción:** El Síndrome de Burnout es una patología de índole profesional que impacta en el desempeño laboral de los trabajadores de la salud, se relaciona con el agotamiento físico y mental, falta de energía y contacto interpersonal. Encontrando en México prevalencias altas en el profesional de la salud, especialmente en médicos familiares con un 42%. **Objetivo General:** Identificar el predominio del síndrome de burnout, y cómo afrontan el estrés los médicos residentes de medicina familiar. **Material y métodos:** La muestra está compuesta por 65 residentes (39 mujeres y 26 hombres) de medicina familiar de los tres grados adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, con rango de edad entre los 24 a los 38 años, con aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), analizando las medidas de afrontamiento utilizadas mediante estos instrumentos. **Recursos e infraestructura:** Contamos con recursos humanos y materiales financiados por el investigador para realizar este estudio. Además del apoyo de la UMF 21, la Coordinación en Educación e Investigación en Salud y de las autoridades de Gobierno de esta institución. **Experiencia del grupo:** El investigador cuenta con experiencia de más de 5 años asesorando a médicos residentes. **Periodo de tiempo a desarrollar:** Junio a Agosto del 2021.

\* Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso".

\*\* Asesor Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar. Especialización Médica en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

## IV. MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

Actualmente hay más de 7,000 residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde la repercusión de las diferentes y múltiples actividades que desempeñan diariamente tienen un impacto directo en su estado físico y emocional, manifestándose en agotamiento y estrés; hoy en día históricamente con un incremento en el número, siendo de más del 50% particularmente en la especialidad de medicina familiar, ya que se cursa con diversos factores que predisponen todavía más a estos trastornos.

La prevalencia más alta de agotamiento emocional y físico está presente en la mitad de médicos en formación como internos o residentes, por lo cual el agotamiento es el único que se relacionó con la intención de abandonar la práctica médica. Por tal motivo, estos aspectos negativos en el médico pueden desempeñar un papel clave en problemas de fuerza laboral tales como reducción de horas efectivas de trabajo y rotación hospitalaria, además de los costos asociados a la ineficacia de su labor. Como se comenta puede afectar a los médicos familiares en diferentes etapas profesionales, con factores de riesgo tales como colapso, depresión e ideación suicida.<sup>1</sup>

La palabra burnout se desprende del inglés y se traduce al español como “estar quemado”. El síndrome fue descrito por primera vez en 1974 por el psicólogo estadounidense Herbert J. Freudenberger, estableciéndolo como una patología psiquiátrica formada por un conjunto de síntomas médico-biológicos y sociales que experimentaban algunos profesionales dedicados a laborar en alguna institución y siendo el objetivo de su trabajo la convivencia con personas, dando como resultado una excesiva demanda de energía.<sup>2</sup>

El síndrome de burnout es un síndrome psicológico que nace de una respuesta continua a los estresores interpersonales mientras el profesional de la salud se encuentra expuesto a estos factores. Una descripción genérica del burnout lo puntualiza como un estado de agotamiento físico y mental relacionado con las actividades de cuidado o trabajo.

Consiste en el agotamiento emocional, la despersonalización y el logro personal reducido. El estrés relacionado con el trabajo entre los profesionistas del área de la salud se ha transformado en un grave conflicto, impactando en la salud de los trabajadores y la economía mundial, ya que es un problema de salud pública. El síndrome, tanto en los médicos como en los demás profesionales de la salud, ha alcanzado niveles epidémicos, con una prevalencia cercana o superior al 50%. Asimismo, tiene un impacto económico trascendental, ya que el recurso económico de reemplazar a un médico en el lugar de trabajo es de hasta dos a tres veces su salario anual.

Los escenarios de colapso emocional e irritabilidad en el ambiente de trabajo con demás alteraciones de la conducta podrían producir el desarrollo de complicaciones psiquiátricas, con énfasis en el agotamiento, que se caracteriza por sus subdivisiones, agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal.

Las consecuencias de esta entidad son potencialmente peligrosas para los profesionales de la salud, pacientes e instituciones de salud tanto públicas como privadas, e incluyen el riesgo de errores médicos, depresión y efectos adversos sobre la seguridad del paciente. Diversas bibliografías recientes, que incluye más de una decena de artículos, alude que el agotamiento afecta la atención primaria de todos los proveedores de la salud, principalmente enfermería y médicos, pero también farmacéuticos o químicos que conduce a altas tasas estrés laboral, intensa presión de tiempo y carga de trabajo, así como la falta de apoyo organizacional. El

síndrome también afecta la satisfacción del paciente y junto con la intranquilidad personal, se ha relacionado con prácticas de atención de mala calidad y deficientes para los pacientes, esto descrito por los propios profesionales involucrados, entre ellos residentes de numerosas especialidades médicas.

Por lo que el agotamiento emocional se refiere a sentimientos de sobrecarga y disminución de los recursos emocionales, así mismo la despersonalización se representa mediante una respuesta negativa a otras personas, como compañeros de trabajo y pacientes caracterizando actitudes cínicas, aislamiento y por último el logro personal reducido que acontece cuando el sujeto se siente menos competente en su actividad laboral.<sup>3</sup>

El agotamiento laboral producido por el estrés crónico en el lugar de trabajo supone una grave carga sanitaria y económica para los individuos y las sociedades. Más de la mitad de empleadores de la salud comentan que el estrés es común en su lugar de trabajo, por lo que este problema es continuo y aproximadamente la mitad de todos los días de trabajo son deficientes en productividad, los costos relacionados con el estrés laboral son muy altos, por ejemplo, en los Estados Unidos siendo responsable de hasta \$ 190 mil millones en costos anuales de atención médica. Por citar otra estadística en Suiza, uno de cada cuatro empleados informó una cantidad significativa de agotamiento, el síntoma central del agotamiento laboral; los costos relacionados con el estrés laboral sumaron 4,2 mil millones de francos suizos, lo que equivale al monto del gasto militar en este país.<sup>4</sup>

El estrés está relacionado con el trabajo en cualquier entorno de práctica de salud, desde hospitales en comunidades rurales y urbanas hasta entornos de salud globales en las grandes urbes industrializadas por lo cual es importante resaltar que ha tenido una expansión enorme y el resultado de ésta conlleva a mayores índices de atención y demanda en los servicios médicos que desencadena a una rutina compartida por muchos profesionales llevándolos hacia el agotamiento y el estrés

de la labor diaria, característicamente en conjunto con la investigación que demuestra también niveles elevados de síntomas depresivos entre los médicos.

Estas descripciones han tenido un punto de partida esencial en el trabajo de Christina Maslach en la década de 1980, quien ha sido una reconocida psicóloga social y una de las mayores expertas e investigadoras del síndrome de Burnout haciendo aportaciones e invenciones innumerables, con la definición y descripción más popular de hoy en día, además de observar el nivel de bajo rendimiento personal causado por el estrés crónico de la práctica médica.

A lo largo del tiempo se ha descrito en la literatura, el agotamiento como punto cardinal en el síndrome evaluando la combinación de sus subcomponentes. Algunos estudios han reportado que el agotamiento del personal de salud está asociado con un aumento de los errores médicos, una menor satisfacción del paciente, tiempos de recuperación posteriores al alta y una disminución del esfuerzo laboral profesional. En consecuencia, existe interés entre los investigadores, los médicos y los líderes de las políticas de salud en determinar la prevalencia y los factores de agotamiento en los médicos.<sup>5</sup>

Por tal motivo como en todo gran conflicto de salud pública global se ha investigado para evaluar y examinar soluciones a estos escenarios que subyacen del trabajo cotidiano en el gremio médico, desde ya hace algunos años se buscan implementar nuevas acciones con motivo de prevención y detección de estas condiciones, por lo cual en este contexto el Maslach Burnout Inventory (MBI) es el cuestionario de múltiples consideraciones así como el más utilizado para evaluar el agotamiento, ya que presenta adecuada validez y fiabilidad con respecto a las múltiples diversificaciones del síndrome. Específicamente es una escala diseñada para evaluar las tres subdivisiones y consta de 22 elementos divididos en tres subescalas. La subdivisión de agotamiento emocional evalúa las quejas sobre percibirse nervioso y agotado por el trabajo. La subescala de despersonalización

evalúa las respuestas impersonales y la carencia de empatía durante la dinámica profesional, mientras que la subescala de logro personal aprecia los sentimientos de competencia y el logro del éxito en el trabajo. <sup>6</sup>

Continuando en la misma línea de prevención e identificación oportuna se observan diferentes fases de desarrollo del síndrome de burnout las cuales comienzan con una fase inicial de entusiasmo en donde los sujetos muestran actitud positiva y energía ante nuevas actividades en su diligencia diaria, así como grandes expectativas, posteriormente cursan con una fase de estancamiento en donde los profesionales realizan la valoración entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos no encontrando la distribución equitativa, aunado a desconfianza y sin la disposición de recursos necesarios para hacer frente a su actividad laboral, lo cual les provoca una situación de estrés. Provocando la siguiente etapa en donde se cursa con frustración perdiendo la motivación por realizar su trabajo eficazmente e iniciando con problemas interpersonales con las primeras muestras de problemas de salud relacionados con esta situación; entrando al penúltimo periodo de hiperactividad y apatía con sobrecarga emocional evitando relacionarse con otras personas, el último grado es en donde se percibe quemado cursando con importantes consecuencias tanto a nivel físico, profesional y emocional que pueden acarrearle problemas en los ámbitos familiar, laboral y social.

Observando las características y teniendo claros los procesos por los cuales cursa un profesional de la salud con este síndrome o bien sobrecarga laboral con afección de su persona a todos los niveles se buscan acciones y mecanismos para aminorar o acabar con esos estados negativos, a esto se le conoce como estrategias de afrontamiento que se refieren específicamente a aquellas acciones cognitivas, conductuales constantemente variables que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas del individuo en cuestión.

Los modos de afrontamiento están directamente relacionados con los recursos de los que dispone la persona (psicológicos o personales) donde influyen condiciones individuales según se describe en la teoría del afrontamiento, la personalidad y el burnout. Por otro lado, es importante conocer las variables del universo que rodean a dicha persona y el contexto que en algún momento puede interferir con una adecuada implementación de las estrategias de afrontamiento. Hoy en día múltiples empresas e instituciones implementan programas de prevención y gestión de control del estrés, con actividades flexibles y estrategias centradas en las emociones junto con ejercicios para afrontar las diferentes situaciones estresantes.

7

## **EPIDEMIOLOGÍA A NIVEL GLOBAL**

El síndrome de burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso poniendo en riesgo la vida.

En países de Europa, aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de burnout y se estiman que las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés son de aproximadamente 1.7 billones de euros.<sup>8</sup> En 2018 encuestas sobre médicos de Estados Unidos informó que el 78% de los médicos tenían agotamiento, un aumento del 4% desde 2016. Además, el 80% de los médicos en una encuesta de la Asociación Médica Británica 2019 tenían un riesgo alto o muy alto de agotamiento, esto se reconoce como una crisis de salud pública en muchos países de altos ingresos porque no solo afecta la vida personal y la satisfacción laboral de los médicos. La prevalencia de agotamiento para países de Asia y África iba desde

un 20.0 hasta un 81.0%, 9.2 a 80.0% para despersonalización y 13.3 a 85.8% para inadecuada satisfacción personal.<sup>9</sup>

En particular, el agotamiento se ha enfatizado aún más en ICD-11 como un fenómeno ocupacional en lugar de una condición médica. La undécima revisión de la CIE (CIE-11) en mayo de 2019, proporcionó una definición más detallada del agotamiento.<sup>10</sup>

Por lo cual el término “burnout”, fue incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades por parte de la OMS, siendo factor determinante del resultado de investigaciones de especialistas de todo el mundo, lo que permitirá tratar adecuadamente este problema de salud a nivel mundial.<sup>11</sup>

## **EPIDEMIOLOGÍA LATINOAMERICANA**

En todas las regiones del mundo coinciden en este padecimiento por lo cual la necesidad de comparar la intensidad del agotamiento entre países es de interés público internacional, cuestionando la importancia de bienestar nacional poniendo a juicio el aspecto económico o autonomía. Un meta análisis del bienestar, el agotamiento y la ansiedad en 63 sociedades (Journal of Personality and Social Psychology) encontraron una intensidad promedio de 35.03% en un conjunto de muestras, sugiriendo que la intensidad de agotamiento es bastante similar en todas las regiones del mundo.

Presentándose con prevalencias de agotamiento emocional en Argentina 29.31%, Brasil 43.10%, Chile 32.80%, Colombia 33%, Ecuador 31.72%, México 29.71%, Perú 28.86% y Venezuela 30.84% demostrando que esta entidad está directamente relacionada con el tipo de ocupación y características culturales. <sup>12</sup>

En 2017 se realizó la tercera versión del LACRE (Latin American Conference on Resident Education) por diversas universidades importantes en el continente en colaboración con la organización panamericana de salud y expresan que los datos estadísticos confirman que cerca de 50% de los residentes encuestados padece del síndrome de desgaste laboral o burnout, en naciones como Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y Paraguay.

Entre 2011 y 2014, la frecuencia de burnout subió de 45,5% a 54,4%. Por lo cual es un tema de suma importancia donde tienen que realizarse intervenciones organizacionales comprendiendo la disminución de la carga horaria, reestructuraciones de los turnos y entrenamiento de habilidades de comunicación y trabajo colaborativo de los equipos de salud. <sup>13</sup>

## **EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO**

El Síndrome burnout y la calidad de vida es tema de controversia y fenómenos presentes en estudiantes de posgrado y sus efectos cada vez se hacen más notorios en nuestro país, con estadísticas que explican niveles altos de agotamiento emocional con elevación al paso del tiempo.

En estudios realizados dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social se describen altas prevalencias del síndrome, que van desde un 10 hasta un 100%, además se resalta el incremento de las manifestaciones con respecto al tiempo transcurrido de la residencia médica. <sup>14</sup>

La investigación sobre el síndrome en México se ha diferenciado mediante la especificación demográfica, sectores, grupos socioculturales u ocupaciones donde se han identificado las mayores prevalencias en profesionales de la salud con variables asociadas.<sup>15</sup>

Establecido mediante el Maslach Burnout Inventory, la prevalencia encontrada sobre el síndrome de burnout en los médicos familiares fue del 42,3%. Manifestando el 64.8% en enfermedad.<sup>16</sup>

A médicos residentes mexicanos laborando en el Seguro Social a quienes se les aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory se encontraron los siguientes resultados en las áreas de despersonalización baja 81%, cansancio emocional bajo 40.5% y 88.1% obtuvo realización personal alta. La prevalencia del síndrome de burnout se describe en estos textos con una escala intermedia con 59.5%, y burnout bajo con 40.5%. El cansancio emocional se estableció como el área más afectada con 38.1%.<sup>17</sup>

## **FACTORES DE RIESGO**

La identificación temprana de los factores de riesgo es fundamental para la implementación de medidas preventivas contra el síndrome de burnout, sin embargo, la prevalencia de agotamiento es alta y muchos residentes sufren algún evento estresante durante su proceso de formación.

Los médicos residentes deben desarrollar habilidades específicas en el área elegida durante su residencia médica con el fin de mantener la calidad de la atención al paciente. Durante este período están sujetos a la privación del sueño, alta carga de trabajo y salarios insatisfactorios, además de asumir diversas responsabilidades en sus lugares de empleo. Esta combinación de factores los hace vulnerables al desarrollo del agotamiento, disminuyendo la capacidad del individuo para efectuar una adecuada toma de decisiones o diagnóstico, establecer una buena relación con el paciente y sus compañeros, así como brindar los tratamientos apropiados. <sup>18</sup>

Los estudios apuntan a que los residentes pueden experimentar un desempeño laboral tórpido y cursar con estados de salud mental adversa, con una alta prevalencia del síndrome condicionado por factores personales y de tipo demográfico como género o etnia, así como características ambientales, de comportamiento, hábitos de salud, infantes en el hogar, psicológicos, inflexibilidad emocional, estarían asociados con medidas de agotamiento. Además de igual manera se han asociado a factores del lugar de trabajo, ser un médico joven, entusiasta con altas expectativas en su trabajo, estrés laboral y largas jornadas de trabajo. El agotamiento en los médicos se asocia con una calidad inferior de atención, satisfacción reducida del paciente, menor adherencia al tratamiento, mayores errores médicos y altas tasas de absentismo laboral resultando en un aumento de los costos de atención médica. <sup>19</sup>

Por lo cual se buscan nuevos cambios en políticas de salud nacional aunado a esta nueva época tecnológica con la introducción de la medicina innovadora, en donde los registros de salud son un servicio electrónico con tiempo limitado para los pacientes y médicos que derivan en procesos automatizados junto a la creciente demanda de atención médica con un gran volumen de derechohabientes promoviendo un estrés constante originando una inapropiada calidad en la atención.

Así mismo, los médicos de familia están en un mayor riesgo de agotamiento a nivel nacional, trabajando en áreas desfavorecidas con pacientes marginados tomando roles complejos y difíciles con respecto a la promoción y coordinación de la salud con dificultades en la atención por lo complejo del sistema de salud.<sup>20</sup>

Dado esto se busca reducir los diferentes factores de riesgo trabajando con el individuo y su capacidad de resiliencia desde una perspectiva psicológica y enfocándonos en su flexibilidad mental, permitiendo interactuar en cualquier situación, cambiando o persistiendo en el comportamiento al servicio de sus valores. Mientras que el agotamiento puede influir en el lugar de trabajo, se buscaría mantener la competencia y eficiencia profesional, reconociendo medidas de cuidado consistentes hacia el paciente, reforzando con valores para tratar situaciones externas y cambiantes sobre las cuales se tienen poco control, siendo elementos centrales en el bienestar médico.

En un amplio número de estudios, la reducción de la flexibilidad psicológica se ha encontrado muy importante para predecir mayor ansiedad, aumento de síntomas depresivos, incapacidad para aprender y bajo rendimiento laboral, lo cual también puede afectar negativamente la educación y la formación de médicos en entornos de atención primaria.<sup>21</sup>

## FISIOPATOLOGÍA

El estrés se define como un desequilibrio homeostático, frente a la cual el organismo, para sobrevivir, reacciona con un gran número de respuestas adaptativas que implican la activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). La respuesta al estrés agudo incluye varias regiones cerebrales en la corteza prefrontal, amígdala, hipocampo e hipotálamo donde las regiones límbicas y cerebrales anteriores son enormemente sensibles a las hormonas liberadas durante el estrés, especialmente los glucocorticoides.

Por otra parte, el estrés crónico causa plasticidad adaptativa en el cerebro, en el cual los neurotransmisores locales y las hormonas sistémicas interactúan para producir cambios estructurales y funcionales que contribuyen al desarrollo de desórdenes psiquiátricos como depresión y trastorno por estrés postraumático.

El análisis del estímulo estresor contiene tres fases: comenzando con la recepción del estresor y filtro de información sensorial por el tálamo, posteriormente reacción al estrés en la corteza prefrontal y el sistema límbico; finalmente la activación de la respuesta por la vía de la amígdala y el hipocampo; además del conjunto hipotálamo hipofisario, junto con la formación reticular y el locus coeruleus.<sup>22</sup>

Se encontró que la respuesta de la ACTH y del cortisol al estrés psicosocial es más importante en los hombres que en las mujeres. En lo que concierne la actividad del eje HPA, la respuesta de ACTH y de cortisol era más alta en la mujer que en el hombre. Ya que en estudios animales han mostrado que los estrógenos disminuyen la actividad de los receptores mineralocorticoides y glucocorticoides y aminoran así la retroalimentación negativa, la hipótesis es que el aumento de la respuesta del eje cortico trópico en la mujer refleja una disminución de la retroalimentación negativa.

23

## **TIPOS DE ESTRÉS**

El estrés es la respuesta física y mental de un proceso de adaptación, es decir, el ajuste del ser humano a los diversos acontecimientos. Esta respuesta, que en principio puede ser natural y que surgiría para ayudarnos a afrontar nuevas situaciones, es muy posible que desencadene serios problemas físicos y psicológicos cuando se transforma en una reacción prolongada e intensa.

Psicológico: Asociado a sucesos complejos o problemáticos, y puede ser consecuencia de estímulos externos, con perturbación del pensamiento, comprensión inadecuada, pensar repetidamente, obsesión y desconcentración.

Físico: Presión o rigidez muscular que tiende a aumentar en el cuello y en los hombros. Facialmente, se ven afectados los músculos maxilares y demás músculos faciales.

Metabólico: Aumento de la producción de radicales libres, por disminución de la actividad enzimática generalizada, lo que produce un estrés oxidativo.<sup>24</sup>

## **FASES DEL ESTRÉS**

Reacción de alarma:

El organismo, en situación amenazante activa el eje hipotálamo hipófisis, junto con las glándulas suprarrenales. El hipotálamo produce factores liberadores que actúan como mensajeros ACTH (hormona adenocorticotropa), que viajan por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, encargada de producir los glucocorticoides. A su vez, otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal activando la secreción de adrenalina.

Estado de resistencia:

Cuando un individuo se expone de forma prolongada a la amenaza de agentes físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo aumenta su umbral de adaptación de manera progresiva, con disminución paulatina de la capacidad de respuesta, es decir, del equilibrio dinámico u homeostasis, entre el medio interno y externo.

Fase de agotamiento:

La capacidad de defensa o compensación del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro, con pérdida importante de las capacidades fisiológicas.<sup>25</sup>

## **ESTRÉS CRÓNICO**

El estrés repetido genera, en fase de agotamiento, una hipercortisolemia crónica. Con neurotoxicidad para estructuras vulnerables como el hipocampo, manifestándose por una atrofia de las neuronas piramidales y por una disminución del volumen y número de neuronas del giro dentado. Esta atrofia secundaria al estrés implicaría de manera más amplia: una disminución de la neurogénesis.<sup>26</sup>

Disminución de la síntesis de factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) que inhibe la apoptosis celular lo que conlleva a un estado patológico y aumento de la toxicidad debido a una pérdida glial e hipercortisolemia que se refleja en disminución de la neuroplasticidad, inicialmente reversible, después permanente.

En varones la disminución del volumen del hipocampo se ha correlacionado con aumento en los niveles de cortisol en el caso de Cushing, duración e intensidad de la depresión y persistencia con la exposición al estrés en caso de estrés postraumático (PTSD).<sup>27</sup>

## ETIOLOGÍA

El síndrome de burnout se define como una tríada compuesta por tres dominios: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento profesional.

El agotamiento emocional refleja la dimensión del estrés y agotamiento abarcando sentimientos de desesperanza, soledad, depresión, ira, impaciencia, irritabilidad, tensión, disminución de la empatía, sensación de falta de energía y preocupación. La despersonalización es una condición que un individuo realiza para poner distancia entre ellos y los destinatarios del servicio, ignorando activamente las cualidades que los hacen individuos únicos, motivando una sensación de alienación e indiferencia hacia los demás. Esto hace que trabajar con otras personas a menudo sea desagradable y no deseado, todo esto relacionado con bajo rendimiento profesional y deficiente satisfacción laboral.<sup>28</sup>

En la capacitación médica, la residencia es un período crítico y muy estresante en el que se observan sobrecargas constantes y privación del sueño, así como fatiga y miedo a cometer errores, siendo un período favorable para el desarrollo del síndrome de burnout, debido a su dualidad de roles entre aprendizaje, trabajo y la fuerte presión derivada de los instructores de práctica clínica, la sociedad y los propios residentes. La falta de autonomía, competitividad, nuevas expectativas, falta de apoyo económico, supervisiones estrictas y jornadas de trabajo irregulares son otros problemas de la residencia que se correlacionan con el agotamiento.

Es un problema de salud pública y trae consecuencias importantes que deben evitarse en el lugar de trabajo, los factores estresantes asociados o que pueden aumentar la posibilidad de agotamiento entre los médicos incluyen demandas excesivas que reducen la calidad de la atención, largas horas de trabajo, numerosos turnos de trabajo, la necesidad de luchar con el sufrimiento del paciente y la muerte, entre otros aspectos. En la capacitación médica, la formación del residente es un período crítico y muy estresante en el que se observan sobrecargas constantes, privación de descanso, invariable fatiga y miedo a cometer errores.<sup>29</sup>

## CUADRO CLÍNICO

Conjuntamente, se han descrito criterios de diagnóstico para el trastorno de agotamiento (Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia) donde se describen síntomas físicos y mentales de agotamiento durante un mínimo de dos semanas, en respuesta a uno o más factores estresantes identificables que han estado presentes durante al menos seis meses. La falta notable de energía mental, que se manifiesta por una pobre iniciativa, resistencia reducida o tiempo de recuperación prolongado después de la tensión mental. Conversación acelerada, cansancio, reducción del rendimiento, trastorno de sueño, disminución de las defensas, trastornos gástricos (úlceras), cefaleas constantes, tensiones musculares, trastornos de la concentración, inseguridad y miedo, todo esto acompañado de aumento en la tensión arterial, taquicardia, hipersensibilidad y erupciones cutáneas.

30

Por un período de dos semanas con dificultad de concentración o problemas de memoria, capacidad mínima para manejar los aspectos cotidianos o realizar bajo presión de tiempo algún trabajo, inestabilidad emocional o irritabilidad, cambio en hábitos de descanso, debilidad física marcada o fatiga, síntomas físicos como dolor, dolor en el tórax, taquicardias, síntomas gastrointestinales, mareos o mayor sensibilidad al sonido.

Además de síntomas que causan malestar clínicamente significativo, falta de capacidad para funcionar en el quehacer diario, socialmente o en otras situaciones importantes, sin relación con los efectos fisiológicos directos de una sustancia, por ejemplo, abuso de drogas, medicamentos o enfermedad como hipotiroidismo, diabetes, enfermedades infecciosas, etc.<sup>31</sup>

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Entre los tres aspectos modelo del síndrome de burnout se busca una solución y la manera de sobrellevar la sintomatología enfocándonos en la resiliencia del individuo, siendo esta la única variable de resultado con diferencias significativas en la varianza entre las muestras.

Por lo cual la prevención y el tratamiento de enfermedades relacionadas con el quehacer cotidiano se realizan a través de un estilo de vida modificado, apoyándonos en ciencias como la psicología positiva facilitando comportamientos saludables, mejorando la salud física, social y emocional según lo definido por la Organización Mundial de la Salud, con el afán de promover una vida útil, prolongada, con calidad de vida, costos de atención reducidos y tasas mínimas de agotamiento del proveedor de servicios.

En la actualidad sigue siendo un desafío la implementación de prácticas positivas basadas en la psicología establecidas como estrategias prácticas y utilizadas por parte de los profesionales de la salud. Un paso esencial es la colaboración de investigadores, profesionales de psicología positiva y atención médica para desarrollar estándares, términos y medidas hacia enfoques clínicos basados en evidencia que aborden el bienestar total. Las primeras manifestaciones en foros permitieron reunir a los expertos nacionales y a las partes interesadas en medicina del estilo de vida, educación médica, administración de la atención médica, psicología y bienestar de la comunidad para citar e identificar las mejores prácticas para la promoción correcta de esta disciplina. Con conocimientos de psicología positiva, como la gratitud sostenida y las prácticas de atención plena y las actividades en curso que promueven el propósito de la vida, se han asociado con una amplia gama de efectos conductuales y fisiológicos relacionados con la salud, incluidos: menos accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio; índice de masa corporal inferior, lípidos, hemoglobina glicosilada y resistencia a la

insulina; menor fluctuación de la frecuencia cardíaca entre otros factores de riesgo, además de la disminución del uso de la asistencia sanitaria, utilización de servicios preventivos, participación en una alimentación saludable y actividad física para determinar una longevidad de calidad. Dichas prácticas también se asocian con una mayor autoeficacia, autocontrol, adherencia, función inmune, capacidad cognitiva y neuroplasticidad, así como con reducción del dolor, uso de fármacos, ansiedad, depresión, alteración del estado de ánimo y estrés.

Las personas que informan una mayor cantidad de momentos agradables son más propensas a realizar ejercicio, a no fumar, usar cinturones de seguridad, alimentarse adecuadamente, beber alcohol de forma moderada, permanecer casados y tener comportamientos adecuados a la situación y una mejor productividad laboral. Las emociones positivas no solo están asociadas con la promoción del cambio de comportamiento, sino también con los beneficios fisiológicos.<sup>32</sup>

Las mejores estrategias para aminorar el agotamiento imitan un enfoque moderno de la medicina conservando la salud y el bienestar. La satisfacción laboral, el compromiso laboral y la satisfacción personal inducen protección contra el agotamiento, el compromiso individual con el autocuidado junto con el apoyo de las organizaciones de atención médica crea el marco óptimo en el que se puede mitigar el agotamiento.

Tanto la satisfacción laboral como el compromiso protegen del agotamiento y se materializan mediante relaciones saludables con los pacientes, sus cuidadores y colegas en el lugar de trabajo en todos los niveles.

La identificación de los elementos clave que definen el agotamiento son una estrategia para disminuir el cansancio, instituyendo profesionales con energía positiva, participación y eficacia en su lugar de trabajo. Dentro de los conceptos a favor encontramos a la resiliencia que es un concepto multifacético permitiendo una

respuesta adecuada y adaptativa al estrés; se describe como la capacidad de "recuperarse" rápidamente después de enfrentar situaciones desafiantes, fortaleciéndose en el proceso. Se cree que la capacidad de recuperación es innata y adquirible, lo que permite una comprensión más profunda de las habilidades de afrontamiento personal y un mejor sentido de autoconciencia.

La autoconciencia es un componente importante del autocuidado que puede conducir a una mayor capacidad de recuperación, con habilidades para proporcionar y experimentar una mayor empatía entre el médico y los pacientes, usándolo como un medio para derivar y promover la satisfacción de la compasión.

El autocuidado es la base del bienestar del médico, es un concepto dinámico que requiere un compromiso para nutrir y proteger el bienestar personal y profesional. Tomando en cuenta las condiciones físicas, emocionales, psicológicas y espirituales. La nueva era de la capacitación médica subraya la práctica del autocuidado como una forma para que los médicos brinden atención compasiva al paciente, disfruten su ambiente laboral y el compromiso adquirido, facilitando la satisfacción compasiva en sí mismos y en los demás.

Las intervenciones cognitivas conductuales, autorreflexión, práctica de habilidades de afrontamiento activas o pasivas y una vida espiritual firme son estrategias de reducción de estrés individual. La espiritualidad es lo que da sentido y propósito a la vida de un individuo y se presenta en múltiples formas. La religión organizada, la meditación, el atletismo, el ejercicio y la naturaleza son ejemplos de espiritualidad y participar en cualquier forma mejora el bienestar, reduce el estrés y protege del agotamiento.

El tiempo y el compromiso son herramientas necesarias para llevar a cabo actividades contra el agotamiento, como hacer ejercicio, aprender y practicar técnicas de relajación como la meditación, desarrollar límites en el trabajo, dormir

regularmente, relajarse, lectura de literatura agradable, escuchar música durante las actividades, pasar tiempo con amigos y familiares son solo algunos ejemplos.

Existen programas de incentivos que ayudan a cultivar hábitos saludables y varían según las organizaciones de atención médica de todos los lugares, otro aspecto importante es un ambiente de trabajo saludable y dinámica de trabajo en equipo, así como la flexibilidad dentro de las horas de trabajo, son esenciales para el desarrollo de habilidades de afrontamiento que protejan del agotamiento.<sup>33</sup>

Hay elementos personales, académicos y contextuales que actúan como factores protectores o de riesgo, además se identifican elementos clave para diseñar intervenciones organizadas para enfrentar el problema.

Existen factores de protección contra el burnout: individuales, sociales e institucionales como ya lo mencionamos anteriormente, y es de suma importancia la resiliencia frente a experiencias adversas durante la formación, contar con buen clima de aprendizaje, asertividad en la comunicación, redes de apoyo amplias y fuertes, enseñanza de profesionalismo, valoración del autocuidado, participación en actividades extracurriculares, cultivo de estilos de vida saludables y tamizaje precoz en estudiantes con signos de burnout.<sup>34</sup>

Esto sirve como punto de partida para optimizar el manejo de los estresores, contando con la adaptación de estrategias de salud digital en estudiantes y profesionales médicos y con esto la disminución del agotamiento, depresión y tendencias suicidas. Con una dirección encaminada a las necesidades de los proveedores de atención médica, brindando atención personalizada cuando se requiera. Con herramientas en línea y aplicaciones móviles en las cinco categorías de intervenciones antes mencionadas que se utilizan para los profesionales de la salud.

Estos recursos también podrían servir como catalizador para que los profesionales busquen tratamientos más establecidos, como la psicoterapia formalizada, cuando esté indicado; con todas estas herramientas se espera mejorar la capacidad de los estudiantes o profesionales de la salud para hacer frente a las tensiones y dificultades de la vida laboral y cotidiana. Los esfuerzos futuros podrían probar la efectividad de este enfoque en estudios longitudinales a gran escala, en múltiples sitios, con el objetivo de mejorar el bienestar de los becarios y proveedores de atención médica.<sup>35</sup>

Las estrategias de afrontamiento de un individuo aumentan su información sobre demandas y recursos para proporcionar un predictor más sólido del problema, examina la relación entre los patrones de afrontamiento y el agotamiento y confirma que los patrones del primero son predictores finales del estado patológico. Ruotsalainen en 2014 exploró cómo prevenir el estrés laboral en los trabajadores de la salud y clasificó las intervenciones como entrenamiento cognitivo-conductual, relajación mental y física para evaluar el estrés y la ansiedad o la salud en general.

El modelo "Afrontamiento y estrés" fue desarrollado por Lazarus y Folkman en 1984, se consideran mediadores críticos entre los individuos y las interacciones ambientales en el modelo. Por lo que la evaluación cognitiva es un proceso mediante el cual los individuos evalúan las percepciones de bienestar en el medio ambiente en dos etapas:

La primera etapa es cuando un individuo evalúa si tiene algo, por ejemplo, valores o salud en juego en el encuentro. La etapa secundaria es cuando un individuo evalúa lo que puede hacer para disminuir el daño o mejorar sus beneficios, el hacer frente se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar demandas externas e internas de cada persona.

El afrontamiento centrado en la emoción y el problema son enfoques comúnmente citados para clasificar el comportamiento de afrontamiento, el tipo centrado en la emoción se utiliza para regular la reacción emocional estresante con el entorno. El entrenamiento cognitivo orientado al comportamiento es un tipo de psicoterapia y se usa para resolver problemas y cambiar pensamientos y comportamientos inútiles.

Los programas basados en la atención plena se basan en la teoría del comportamiento cognitivo y se centran en la conciencia y la aceptación de los pensamientos entrantes; por el contrario, el afrontamiento centrado en el problema implica hacer algo para resolver el problema, lo que provoca una relación angustiada entre la persona y el entorno.

Las estrategias de afrontamiento pueden regular el agotamiento de los profesionales de la salud, aunque varios estudios han declarado que las estrategias de afrontamiento pueden reducir el agotamiento del profesional, las intervenciones y los plazos varían entre estudios.

Dos dimensiones de abordaje - evitación y afrontamiento activo - pasivo para regular el estresor se describen con el afrontamiento activo que se utilizó para resolver el problema y el afrontamiento pasivo se utilizó para regular la emoción. Porque las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones enfatizan la regulación emocional y ayudan a las personas a sentir, comprender y expresar sus sentimientos, podría ayudar a las personas a conocer sus verdaderos sentimientos. El afrontamiento centrado en las emociones fue un enfoque más pasivo y ayudó a las personas a regular sus emociones. Aunque la vía de regulación era positiva o negativa, los individuos podían acortar su relajación emocional. Si a las personas les gustaría obtener relajación y cambios emocionales a largo plazo, se necesitaba un entrenamiento de pensamiento positivo, como programas basados en la atención plena o entrenamiento cognitivo - conductual. La reevaluación positiva también incluyó la reestructuración cognitiva y la reinterpretación de las

situaciones de los individuos para mejorar la autoestima de los sujetos y promover la superación exitosa y, por lo tanto, podría proporcionar un mayor apoyo emocional.

El efecto que obtuvo mejores resultados fue el que propició estrategias centradas en el problema en la dimensión de logro personal. Cuando las personas adoptan el afrontamiento centrado en el problema con mayor frecuencia, pueden enfrentar la crisis y comprometerse a resolver los problemas, si resolvieron los problemas con éxito, la realización personal aumentaría.

Significativamente en la dimensión de agotamiento emocional en muchos estudios informaron que las intervenciones de afrontamiento tuvieron un efecto positivo en la disminución del agotamiento emocional después de 6 y 12 meses en relación con un grupo de control, pero los efectos en la disminución de la despersonalización y el logro personal solo persistieron durante 6 meses.

Debido a que los ítems de medición de la despersonalización estaban relacionados con los pacientes, sin embargo, unos tenían alguna discapacidad mental y la relación era difícil de establecer.

Las intervenciones para reducir el agotamiento se deben proporcionar de manera regular y continua después de 6 meses y se deben agregar al programa otras estrategias, particularmente enfoques dirigidos al trabajo. La búsqueda de logros y en el ambiente de trabajo ayudó a encontrar un nuevo equilibrio. Debido a que los factores que afectan el agotamiento son complejos, las intervenciones deben ser multidimensionales y las estrategias deben tener en cuenta las fuentes de estresores.<sup>36</sup>

## V. JUSTIFICACIÓN

Como bien sabemos, las condiciones de subsistencia personal y aprendizaje en la residencia médica son siempre un ambiente de estrés en condiciones laborales exhaustivas y aceptando que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en los profesionales de la salud, un hecho innegable es que un gran número de residentes lo presentan, y que bajo condiciones similares, la frecuencia de aparición de los síntomas relacionados al síndrome puede ser muy distinta entre grupos de residentes de diferentes instituciones de salud.

Por lo cual es imprescindible valorar las repercusiones biopsicosocioculturales de aspectos negativos como el absentismo, farmacodependencia, accidentes, enfermedades con repercusión personal, física, psicológica y económica. En una profesión en donde cada error cuenta, se trata directamente con la salud y la vida de los pacientes, alta responsabilidad, estrecho contacto personal, así como situaciones complicadas con estrés o muerte. Es un problema continuo, con ambientes laborales complicados, inadecuados en la mayoría de los casos, con circunstancias laborales carenciales y agotamiento excesivo por largas jornadas siendo causa de errores en la aplicación de procedimientos, bajo rendimiento profesional, enfermedades asociadas, mala relación interpersonal, siendo necesaria su prevención, identificación oportuna y tratamiento precoz.

Es indispensable estudiar y comprender el ambiente de una residencia favoreciendo el trabajo armónico observando todas las variables e implementando cargas laborales equitativas, estimulando la percepción por los profesionales de la salud de capacidad de decisión y grados de autonomía, reconocimientos a la labor desempeñada, respaldo, identificación del ambiente social, percepción de justicia y equidad en sus cargas laborales con adecuada remuneración. Teniendo el enfoque del médico familiar que en esencia es preventivo, todo esto mediante herramientas

disponibles que involucren las esferas biológicas, físicas, sociales, culturales y afectivas.

En consecuencia, los impactos del síndrome aunado al estrés traen altos costos a las instituciones de salud, ya sea de manera directa o indirecta, por lo cual es indispensable identificar oportunamente el problema en áreas laborales, determinando las causas y repercusiones, con planteamientos específicos y abordaje puntual de sus causas, así como sus variables distinguiendo las particularidades para su tratamiento oportuno o bien establecido al problema una rehabilitación eficaz dotando al médico de herramientas adecuadas. Como se ha comentado anteriormente, en cualquier industria o profesión existe estrés con incidencia directa a la salud y desempeño laboral por lo que es de vital importancia implementar medidas didácticas, lúdicas y relajantes en el trabajo con los recursos disponibles buscando espacios dentro del mismo para modificar estas conductas.

Todo con el objetivo de mejorar su desempeño, fortaleciendo su autoestima y autonomía evidenciándose directamente en su práctica médica para otorgar una atención adecuada y de calidad enalteciendo a la institución a la cual pertenece.

## **VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La prevalencia del agotamiento y el síndrome de burnout en profesionales de la salud es alta y la mayoría de los residentes atraviesa por etapas de crisis durante el proceso de su formación.

Actualmente los médicos de familia tienen los índices más altos de trastornos relacionados a este síndrome y esta condición ha incrementado con repercusión en la disminución de la capacidad del individuo para efectuar una adecuada toma en sus decisiones o diagnóstico, teniendo problemas para establecer adecuadas relaciones interpersonales, desempeño laboral y académico.

El agotamiento en los médicos se asocia con una calidad inferior de atención, satisfacción reducida del paciente, menor adherencia al tratamiento, mayores errores médicos y altas tasas de absentismo laboral resultando en un aumento de los costos de atención médica.

Los estudios respaldan que los residentes pueden experimentar un desempeño laboral tórpido y cursar con estados de salud mental adversa, desempeñando inadecuadamente su trabajo en áreas laborales desfavorables con ambientes de exigencia constante, contradictoriamente a esta situación es la ausencia de conocimiento de acciones que fortalezcan la capacidad de resiliencia, excluyendo el conocimiento acerca de todas las técnicas de afrontamiento y recursos disponibles para el beneficio psicológico, físico y mental de los médicos residentes dentro de este complejo sistema de salud actual.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué predominio tiene el síndrome de burnout, y cómo afrontan el estrés los médicos residentes de medicina familiar?

### **VII. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

Identificar el predominio del síndrome de burnout, y cómo afrontan el estrés los médicos residentes de medicina familiar.

#### **Objetivos específicos:**

- ✚ Observar la frecuencia por año de residencia el Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF N° 21.
- ✚ Clasificar a la población estudiada de acuerdo con edad, sexo, año de residencia, maternidad y paternidad, estado civil.
- ✚ Explicar con qué técnica afrontan el estrés los Médicos Residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF N° 21.

### **VIII. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El síndrome de burnout predomina en medicina familiar un 42% de acuerdo a literatura de nuestro país; la estrategia de afrontamiento sobre focalización en la solución del problema (FPS) es la más utilizada por los médicos residentes.

## IX. VARIABLES

### DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN
<b>SÍNDROME DE BURNOUT</b>	Es un síndrome que aparece como una respuesta al estrés laboral prolongado, puntualmente cuando las demandas laborales exceden la capacidad de respuesta de una persona, de acuerdo al cansancio emocional, despersonalización y realización personal.	El residente contestará el cuestionario de MBI y se realizará el registro de la puntuación obtenida.	Cualitativa Ordinal	<p>Indicios de Burnout:</p> <p>Agotamiento emocional: (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Más de 26 pts. Puntuación máxima 54.</p> <p>Despersonalización: (5, 10, 11, 15, 22.) Más de 9 pts. Puntuación máxima 30.</p> <p>Realización profesional: (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Menos de 34 pts. Puntuación máxima 48.</p>

### INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN
<b>AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS</b>	Conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas	El residente recibirá el cuestionario de afrontamiento del estrés, para	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.</li> <li>2. Auto focalización negativa (AFN):</li> </ol>

internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo.

evaluar los siete estilos básicos del afrontamiento. Formado por 42 ítems, se marca el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés.

- 2, 9, 16, 23, 30, 37.
- 3. Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.
- 4. Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.
- 5. Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.
- 6. Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.
- 7. Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42

### SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento.	Cuantitativa discreta	Edad referida por el paciente 1. 24 a 29 años 2. 30 a 35 años 3. 36 a 38 años
SEXO	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que dan por resultado la especialización del organismo en: mujer u hombre.	Género referido por el residente en la aplicación de la encuesta.	Cualitativa nominal dicotómica	El referido por el residente 1. Femenino 2. Masculino

MATERNIDAD Y PATERNIDAD	Hace referencia a la cualidad de ser padre o madre, progenitor o progenitora	Si tiene o no hijos el residente en la aplicación de la encuesta.	Cualitativa nominal dicotómica	El referido por el residente 1. Si 2. No
ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo una institución familiar, adquiriendo derechos y deberes.	Situación civil que refiera el residente y anote en el cuestionario de factores sociodemográficos	Cualitativa nominal	Lo referido por el residente 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
AÑO DE RESIDENCIA	Es el periodo de formación de posgrado en el cual el profesional médico (residente) recibe entrenamiento en servicio en una determinada especialidad.	Año referido por el residente en la aplicación de la encuesta.	Cualitativa ordinal	Año académico que cursa un médico en una especialidad: 1. 1º año de Residencia 2. 2º año de Residencia 3. 3º año de Residencia

## X. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### **a) Criterios de inclusión:**

- Médicos residentes hombres y mujeres de la especialidad de Medicina familiar
- Médicos Residentes Adscritos a la UMF 21

### **b) Criterios de exclusión.**

- Médicos Residentes que no acepten participar en el estudio.

### **c) Criterios de eliminación:**




- Médicos residentes que por alguna razón quieran retirarse del estudio.
- Médicos residentes que no terminen de contestar los instrumentos.

## XI. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional, transversal y descriptivo.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través de la paquetería de office de Windows. Para explicar los resultados se utilizaron frecuencias con porcentajes.

## **XII. MATERIAL Y MÉTODOS**

-  Población del estudio: La muestra está compuesta por 65 residentes (39 mujeres y 26 hombres) de medicina familiar de los tres grados adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 21, con rango de edad entre 24 a 38 años, con aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), mostrando las medidas de afrontamiento utilizadas mediante estos instrumentos.
  
-  Ámbito geográfico: Se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social.
  
-  Periodo de estudio: Se realizará de junio a agosto del 2021.

**Instrumentos:** Para cada variable se exponen el instrumento que se ha utilizado para la muestra de estudio con aplicación de un cuestionario sociodemográfico, a través de seis ítems, aquellas variables cuantitativas y cualitativas que se consideraron más relevantes para el estudio están plasmadas en las gráficas, a saber: nombre, género, edad, grado de residencia médica, estado civil y si tenían hijos; además de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), comparando las medidas de afrontamiento utilizadas mediante estos instrumentos. En ésta investigación para la realización de análisis estadísticos que vayan más allá del trabajo con puntuaciones directas, se ha diferenciado cada subescala en tres niveles observando que área es de mayor utilización por los médicos. Los datos obtenidos, variables, datos e instrumentos serán calculados mediante el paquete estadístico de Microsoft Excel, en primera instancia se recopilarán todos los datos obtenidos y variables, posteriormente ya con la base de datos se procederá a realización de tablas comparativas y gráficas del proceso, describiendo las variables del estudio, además de los resultados de los cuestionarios resueltos.

### **Maslach Burnout Inventory**

Inventario de agotamiento de Maslach (MBI) del cual existen varias versiones. Los 22 ítems de la encuesta general de MBI (MBI-GS) evaluación de síntomas del agotamiento laboral. El MBI-GS tiene tres escalas.

La escala de agotamiento describe sentimientos de agotamiento de recursos físicos y emocionales, mientras que la escala de cinismo se refiere a actitudes impersonales y distantes hacia el trabajo. La escala de eficacia profesional describe sentimientos subjetivos de bajo logro en el trabajo. El MBI con sus tres dimensiones, se ha considerado la herramienta estándar para la investigación en el campo.

### **Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)**

Es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión.

Creada por Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, la publicaron en la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica en 2003. Formado por 42 ítems (6 por cada subescala), de rango 5 (0-nunca, 4-casi siempre), en base a la pregunta. Se rodea con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican y se suman los puntos obtenidos en cada subescala para observar en que aspecto se ha obtenido mejor manejo del estrés.

## **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio se realizará dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 con ubicación en Avenida Plutarco Elías Calles N. 473. Colonia Santa Anita, alcaldía Iztacalco, aplicaremos un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario Maslach Burnout Inventory y Cuestionario de afrontamiento del estrés comparando la asociación que existe entre estos y de qué manera podemos afrontar la situación.

Para realizar este trabajo de investigación, se revisó bibliografía sobre el estrés, síndrome de burnout y técnicas de afrontamiento, además de epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, criterios diagnósticos y medidas terapéuticas.

Se informará a la Coordinación de Enseñanza para tener una visión de la población, obteniendo 65 residentes de los tres años, ambos géneros. Sabiendo que la prevalencia es alta en profesionales de la salud, se calculará la muestra para fines académicos y selección de nuestra población por conveniencia.

Se presentará el siguiente estudio con previa autorización del comité local de la Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.

Con la aplicación siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, previa lectura y firma de consentimiento informado por parte del residente, se aplicarán los cuestionarios, durante la realización de éste, se resolvieron las dudas o

aclaraciones. El tiempo estimado para la contestación de los cuestionarios será de 15 minutos aproximadamente, la información obtenida se concentrará en un formato electrónico para posteriormente poder realizar su análisis y aplicar las pruebas estadísticas correspondientes.

### XIII. ASPECTOS ESTADÍSTICOS

✚ **Tipo de muestreo:** Por conveniencia.

✚ **Tamaño muestra:** Se encontraron 65 médicos residentes de los tres grados adscritos a la UMF 21° por lo cual la muestra se obtuvo de este total, realizando el cálculo con la fórmula para poblaciones finitas, y para requerimientos del estudio se utilizó esta cifra ya que se requiere del cálculo, siendo un muestreo por conveniencia.

✚ **Fórmula:** Para determinar el tamaño de muestra se acudió al departamento de enseñanza para conocer la totalidad de médicos residentes de los tres grados escolares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°21, y se valoró en base a la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Familiares mexicanos que es de 42%, por lo que se determinó mediante la fórmula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

**Valores y simbología:**

**N** = 65 Número total de Médicos Residentes.

**Z** = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96.

**d** = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

**p** = 0.42 (Prevalencia de síndrome de burnout)

**q** = 1-p = 1- 0.42 = 0.58

**Traduciendo los resultados del siguiente modo:**

$$n = \frac{[65 \times (1.96)^2] \times [0.42 \times 0.58]}{(0.05)^2 \times (65 - 1) + [(1.96)^2 \times (0.58 \times 0.42)]}$$

$$n = \frac{[65 \times 3.8416] \times [0.2436]}{(0.0025 \times 64) + (3.8416 \times 0.2436)}$$

$$n = \frac{[249.704] \times [0.2436]}{[0.16] + [0.9358]}$$

$$n = \frac{60.8278}{1.0958} = 55.5100$$

## **MÉTODOS PARA CONTROL DE SEGOS**

**Sesgo de información:** Efectuando una revisión sistemática y metódica de la literatura médica, utilizando fuentes confiables de información y con el mejor nivel de evidencia disponible.

**Sesgo de selección:** La muestra fue calculada de manera probabilística utilizando la prevalencia de síndrome de burnout en médicos familiares. Con mismos criterios de selección en unidades de estudio de la patología. Identificando cuidadosamente la selección de los participantes para el estudio. Siguiendo criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

**Control de sesgo de medición:** Los instrumentos tendrán instrucciones claras y precisas, instrumentos validados para su aplicación en población mexicana y con buena confiabilidad.

**Control de sesgo de análisis:** Se registró y comparó los datos correctamente, se verificó el correcto llenado de los instrumentos de medición y se tuvo cuidado en la interpretación de los datos recabados.

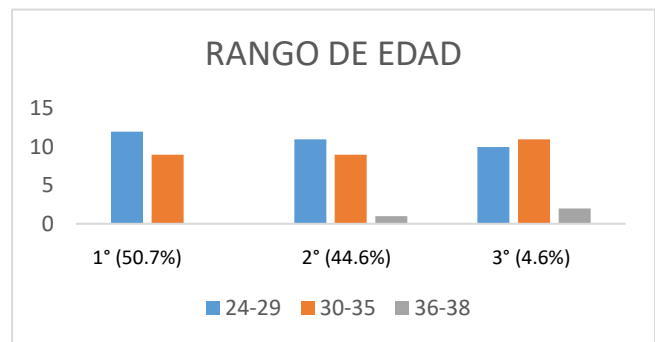
## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se estudiaron a 65 residentes de ambos sexos en los tres grados de residencia médica de la especialidad en medicina familiar en la UMF N° 21, las edades oscilaron entre 24 y 38 años de edad.

En el rango de edad de 24-29 años se encontraron 33 (50.7%), 30-35 años 29 (44.6%), 36-38 años 3 (4.6%). (Ver Tabla y Gráfica 1).

TABLA Y GRÁFICA 1

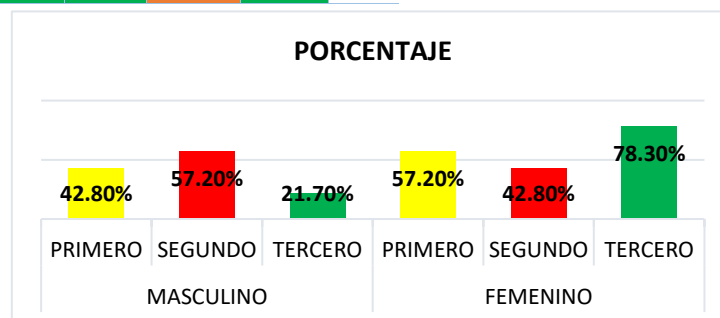
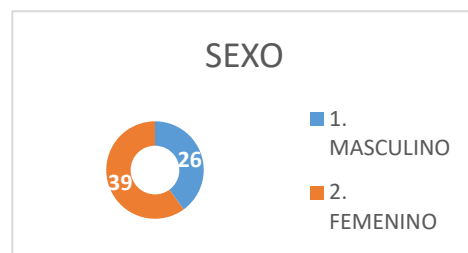
AÑOS CUMPLIDOS	24-29	30-35	36-38
1. PRIMERO	12	9	0
2. SEGUNDO	11	9	1
3. TERCERO	10	11	2
TOTAL	33	29	3
PORCENTAJE	50.7%	44.6%	4.6%



En la variable de sexo se encontraron en primer año 9 hombres y 12 mujeres (42.8 y 57.2%), en segundo año 12 hombres y 9 mujeres (57.2% y 42.8%), en tercer grado 5 hombres y 18 mujeres (21.7% y 78.3%), dando como resultado un total de 26 hombres y 39 mujeres (40% y 60%). (Ver Tabla y Gráfica 2).

TABLA Y GRÁFICA 2

SEXO	GRADO	SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	PRIMERO	9	26	42.8%
	SEGUNDO	12		57.2%
	TERCERO	5		21.7%
FEMENINO	PRIMERO	12	39	57.2%
	SEGUNDO	9		42.8%
	TERCERO	18		78.3%

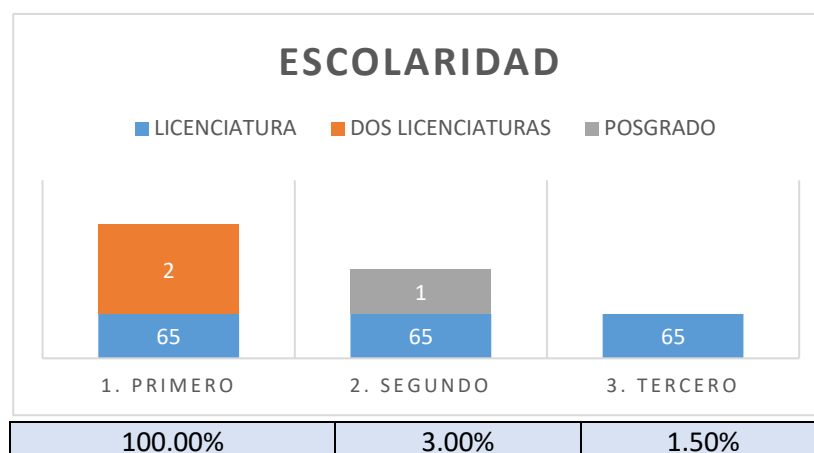


Para escolaridad se encontró que los 65 médicos residentes cuentan con licenciatura, dos con dos licenciaturas (3%) y sólo uno con posgrado de maestría (1.5%). (Ver Tabla y Gráfica 3).

TABLA Y GRÁFICA 3

SEXO	GRADO	SEXO	PORCENTAJE
MASCULINO	PRIMERO	9	42.8%
	SEGUNDO	12	57.2%
	TERCERO	5	21.7%
FEMENINO	PRIMERO	12	57.2%
	SEGUNDO	9	42.8%
	TERCERO	18	78.3%

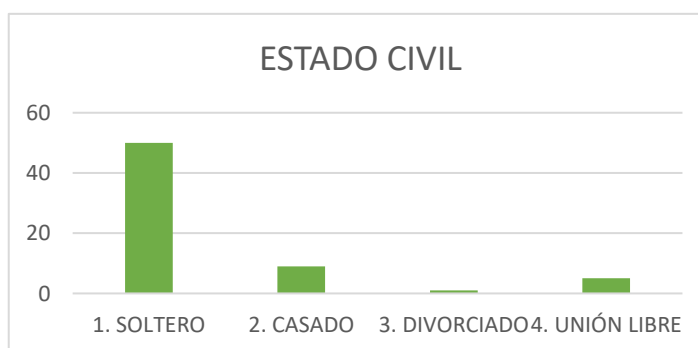
GRADO	LICENCIATURA	DOS LICENCIATURAS	POSGRADO
1. PRIMERO	65	2	0
2. SEGUNDO	65	0	1
3. TERCERO	65	0	0
TOTAL	65	2	1
PORCENTAJE	100.00%	3.00%	1.50%



En la variable de estado civil se tuvo a soltero con 60 (92.3%), casados 9 (13.8%), divorciados 1 (1.5%) y unión libre 5 (7.6%). (Ver Tabla y Gráfica 4).

TABLA Y GRÁFICA 4

ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
1. SOLTERO	50	76%
2. CASADO	9	13%
3. DIVORCIADO	1	1.50%
4. UNIÓN LIBRE	5	7.60%
TOTAL	65	100%



En la variable de maternidad y paternidad se encontró que solamente 5 residentes (7.6%) tienen hijos. (Ver Tabla y Gráfica 5).

TABLA Y GRÁFICA 5

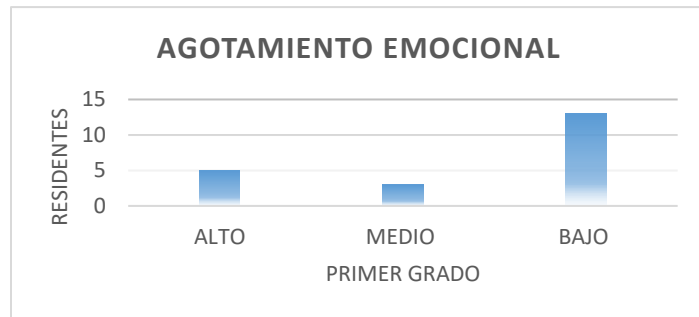
HIJOS	RESIDENTES CON HIJOS
1. SI	5
2. NO	60



En cuanto a los datos del Maslach Burnout Inventory (MBI) mostró en residentes de primer grado, en la subescala de agotamiento emocional de los 21 residentes, se encontraron 5 (23.8%) con un puntaje alto, 3 (14.2%) con medio y bajo con 13 (61.9%). (Ver Tabla y Gráfica 6).

TABLA Y GRÁFICA 6

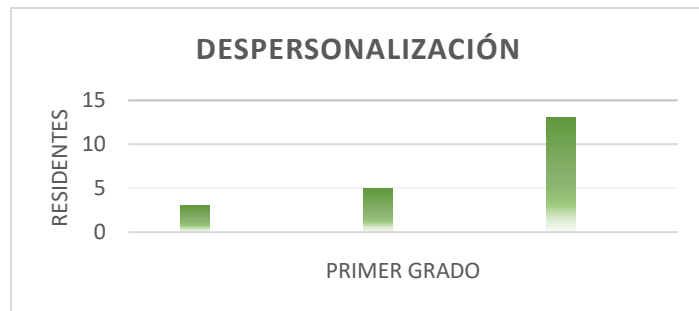
GRADO DE RESIDENCIA	
PRIMERO	EMOCIONAL
ALTO	5
MEDIO	3
BAJO	13
<b>Total general</b>	<b>21</b>



En la subescala de despersonalización de los 21 residentes, se encontraron 3 (14.2%) con un puntaje alto, 5 (23.8%) con medio y bajo con 13 (61.9%). (Ver Tabla y Gráfica 7).

TABLA Y GRÁFICA 7

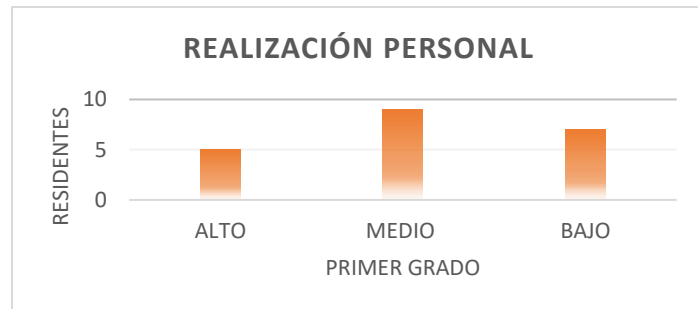
GRADO DE RESIDENCIA	
PRIMERO	DESPERSONALIZACION
ALTO	3
MEDIO	5
BAJO	13
<b>Total general</b>	<b>21</b>



Y por último el Maslach Burnout Inventory (MBI) mostró en residentes de primer grado, en la subescala de realización personal de los 21 residentes, se encontraron 3 (14.2%) con un puntaje alto, 5 (23.8%) con medio y bajo con 13 (61.9%). (Ver Tabla y Gráfica 8).

TABLA Y GRÁFICA 8

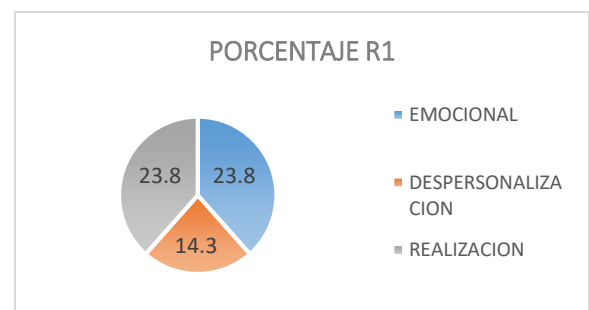
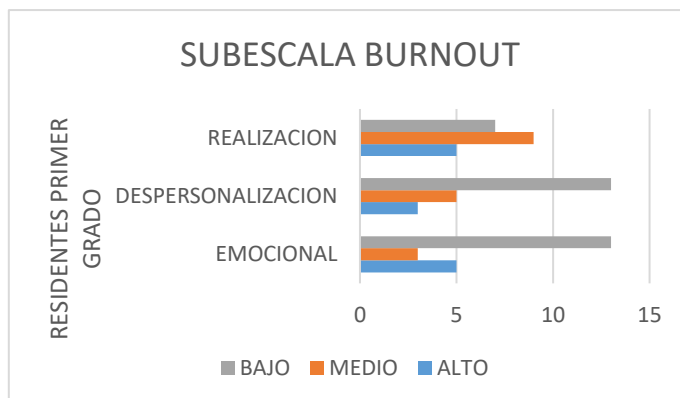
GRADO DE RESIDENCIA	
PRIMERO	REALIZACION PERSONAL
ALTO	5
MEDIO	9
BAJO	7
<b>Total general</b>	<b>21</b>



Maslach Burnout Inventory (MBI) mostró en residentes de primer grado, en las 3 subescalas los siguientes resultados: en el apartado de agotamiento emocional de 5 (23.8%) residentes para un grado alto, 3 para medio (14.3%) y 13 (61.9%) para bajo. Subescala de despersonalización con grado alto 3 personas (14.3%), grado medio 5 personas y (23.8%) y bajo 13 (61.9%). Realización personal con puntaje alto 5 (23.5%) residentes, medio 9 (42.9%) y bajo con 7 (33.3%). (Ver Tabla y Gráfica 9).

TABLA Y GRÁFICA 9

GRADO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
ALTO	5	23.8	3	14.3	5	23.8
MEDIO	3	14.3	5	23.8	9	42.9
BAJO	13	61.9	13	61.9	7	33.3

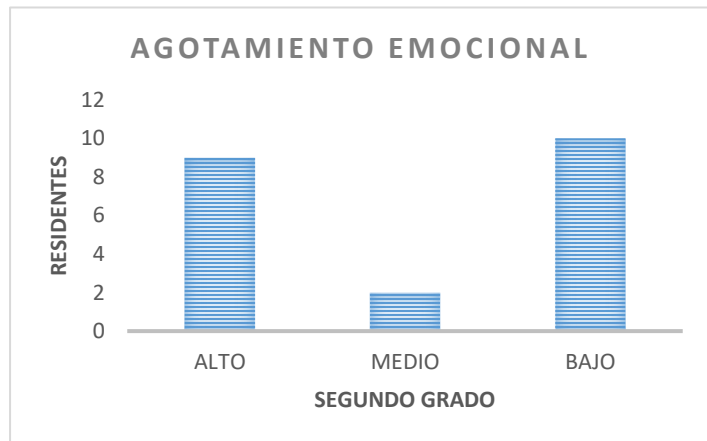


Por lo tanto, se evidencia que la mayoría de los residentes de primer año tienen una baja tendencia para agotamiento emocional (13 residentes), sin embargo, sólo 5 residentes con un agotamiento emocional alto que se traduce en el (23%). De igual manera para despersonalización se encuentra un alto porcentaje en un nivel bajo lo que indica actitudes adecuadas con sus pacientes, y solo 3 residentes con despersonalización alta. En cuanto a la realización personal predominó un estrato medio con 9 residentes (42.9%) lo que indica satisfacción por su trabajo.

En residentes de segundo grado el Maslach Burnout Inventory (MBI) mostró en la subescala de agotamiento emocional de los 21 residentes, se encontraron 9 (42.9%) con un puntaje alto, 2 (9.5%) con medio y bajo con 10 (47.6%). (Ver Tabla y Gráfica 10).

TABLA Y GRÁFICA 10

GRADO DE RESIDENCIA	
SEGUNDO	EMOCIONAL
ALTO	9
MEDIO	2
BAJO	10
Total general	21



En cuanto a la subescala de despersonalización de los 21 residentes de segundo grado, se encontraron 8 (38.1%) con un puntaje alto, 5 (23.8%) con medio y bajo con 8 (38.1%). (Ver Tabla y Gráfica 11).

TABLA Y GRÁFICA 11

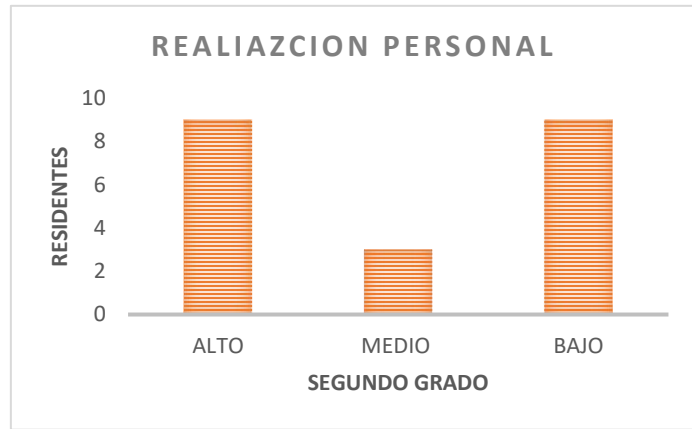
GRADO DE RESIDENCIA	
SEGUNDO	DESPERSONALIZACION
ALTO	8
MEDIO	5
BAJO	8
Total general	21



Y por último el Maslach Burnout Inventory (MBI) mostró en la subescala de realización personal de los médicos residentes de segundo año, 9 (42.9%) con un puntaje alto, 3 (14.3%) con medio y bajo con 9 (42.9%). (Ver Tabla y Gráfica 12).

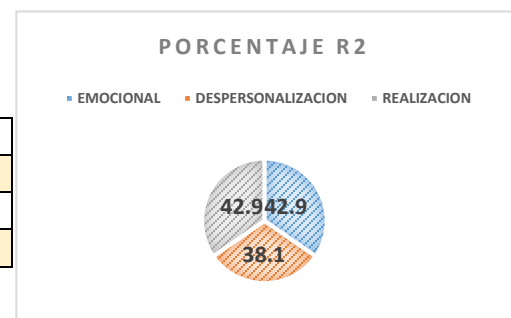
TABLA Y GRÁFICA 12

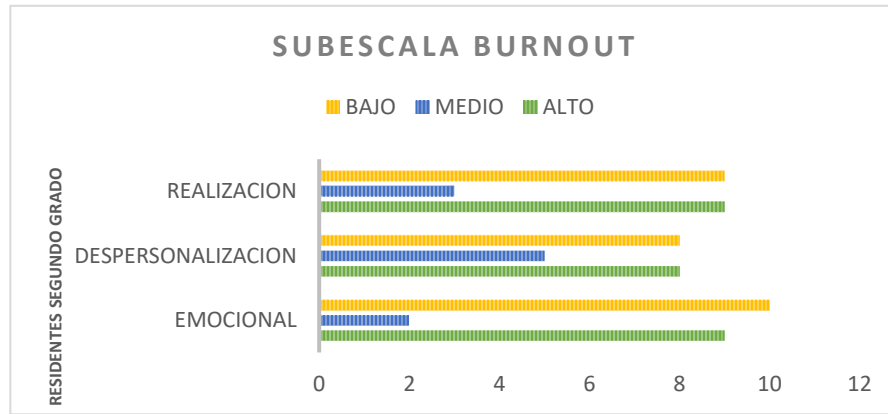
GRADO DE RESIDENCIA	
SEGUNDO	REALIZACION PERSONAL
ALTO	9
MEDIO	3
BAJO	9
<b>Total general</b>	<b>21</b>



Los resultados obtenidos en el Maslach Burnout Inventory (MBI) en los residentes de segundo año reflejan que tienen casi en igual relación una baja y alta frecuencia para agotamiento emocional (10 residentes para un puntaje bajo y 9 para un alto puntaje), dos residentes (9.5%) con un impacto medio. Ya en el rubro de despersonalización se encuentran en igualdad de porcentaje con 38.1% ambos grupos en alto y bajo, solo 5 residentes con despersonalización media. Lo que indica una brecha marcada entre una buena y mala actitud para con sus pacientes. No obstante, hay 5 médicos que tienen un estadio medio en la subescala. En cuanto a la realización personal de igual manera hay un empate con 42.9% en alto y bajo puntaje con 9 residentes cada rubro; y un 14.3% para el punto de en medio, lo que comunica percibir una alta y baja satisfacción por su trabajo. (Ver Tabla y Gráfica 13).

SEGUNDO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
ALTO	9	42.9	8	38.1	9	42.9
MEDIO	2	9.5	5	23.8	3	14.3
BAJO	10	47.6	8	38.1	9	42.9

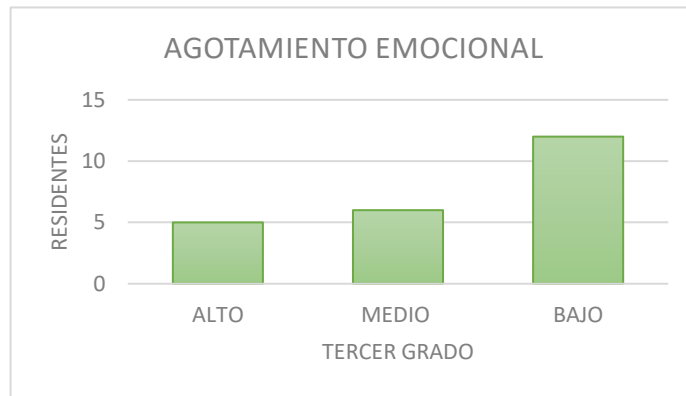




En residentes de tercer grado el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) reflejó en la subescala de agotamiento emocional de los 23 residentes, 5 (21.7%) con un puntaje alto, 6 (26.6%) con medio y bajo con 12 (52.2%). (Ver Tabla y Gráfica 14).

TABLA Y GRÁFICA 14

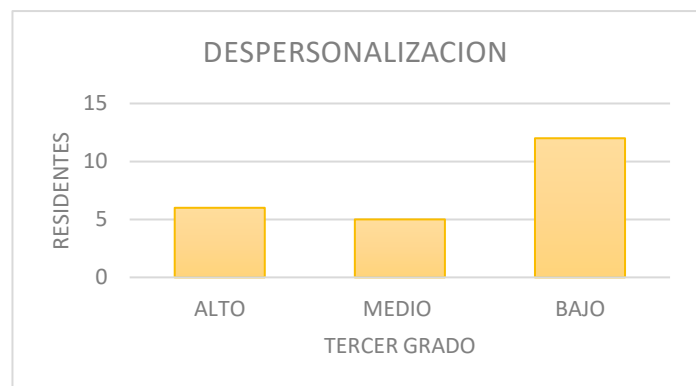
GRADO DE RESIDENCIA	
TERCERO	EMOCIONAL
ALTO	5
MEDIO	6
BAJO	12
<b>Total general</b>	<b>23</b>



Para la subescala de despersonalización de los 23 residentes de tercer grado, se encontraron 6 (26.1%) con un puntaje alto, 5 (21.7%) con medio y bajo con 12 (52.2%). (Ver Tabla y Gráfica 15).

TABLA Y GRÁFICA 15

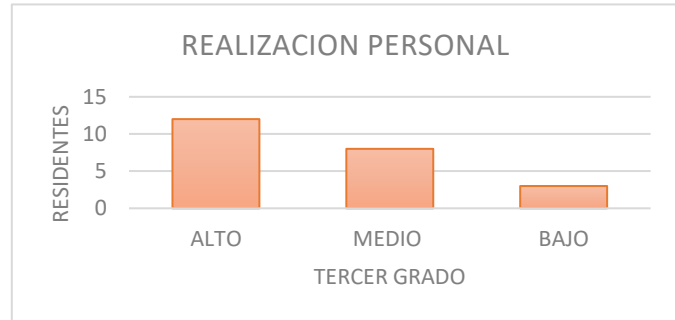
GRADO DE RESIDENCIA	
TERCERO	DESPERSONALIZACION
ALTO	6
MEDIO	5
BAJO	12
<b>Total general</b>	<b>23</b>



Y en la última parte del Maslach Burnout Inventory (MBI) en la subescala de realización personal de los médicos residentes de tercer año, 12 (52.2%) con un puntaje alto, 8 (34.8%) con medio y bajo con 3 (13.0%). (Ver Tabla y Gráfica 16).

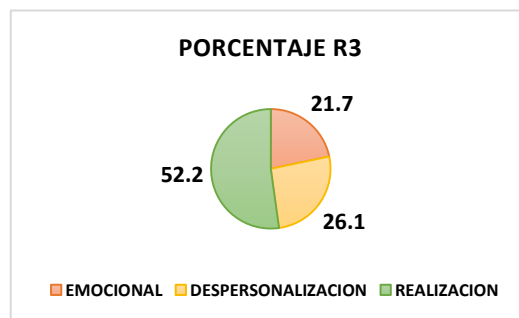
TABLA Y GRÁFICA 16

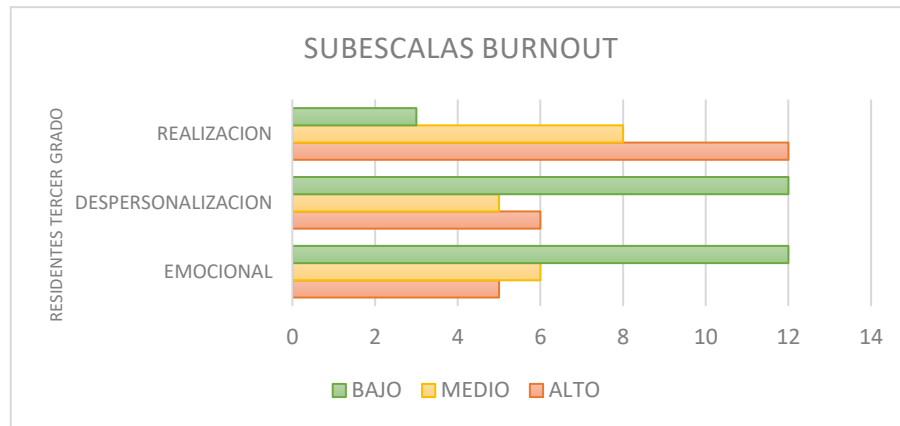
GRADO DE RESIDENCIA	
TERCERO	REALIZACION PERSONAL
ALTO	12
MEDIO	8
BAJO	3
<b>Total general</b>	<b>23</b>



Los datos obtenidos en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en los residentes de tercer año expresan que tienen casi en igual relación una media y alta frecuencia para agotamiento emocional (6 residentes para un puntaje medio y 5 para un alto puntaje), y la mayoría de los residentes con un total de 12 (52.2%) con un impacto bajo, lo cual refleja un adecuado balance de desgaste y fatiga. Ya en el rubro de despersonalización se destaca un alto porcentaje con 52.2% (en 12 residentes de 23 casi más de la mitad) lo que se traduce en baja frecuencia de despersonalización, y solo 6 y 5 residentes (26.1 y 21.7%) con despersonalización alta y media. Lo que indica una respuesta adaptativa de actitud hacia los demás o sus pacientes propiamente. No obstante, por ultimo 12 médicos tienen un estrato alto en la subescala de realización personal (52.2%) lo que comunica aprecian y tienen adecuada satisfacción por su trabajo. Ocupando un segundo lugar con 8 residentes (34.8%) en puntaje medio y un 13% (3 residentes) para baja realización. Disminuyendo sus valores de agotamiento emocional y aumentando su satisfacción con un numero alto de residentes con realización personal alta con respecto a los médicos residentes de segundo año. (Ver Tabla y Gráfica 17).

TERCERO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
ALTO	5	21.7	6	26.1	12	52.2
MEDIO	6	26.1	5	21.7	8	34.8
BAJO	12	52.2	12	52.2	3	13.0





Concluyendo que en primer grado hay un bajo nivel de frecuencia en la subescala de agotamiento emocional y despersonalización. Ambos con un 61.9%. En cuanto a la realización personal predomina un parámetro medio con el 42.9%.

Y sólo 3 médicos residentes (14.2%) reflejaron un alto nivel de Burnout obteniendo un resultado con puntaje mayor a 26 en agotamiento emocional, más de 9 en despersonalización y menos de 33 en realización personal.

En segundo año de residencia médica existe un bajo nivel de frecuencia en la subescala de agotamiento emocional. Para despersonalización y realización personal ambos con igualdad entre bajo y alta frecuencia. Con 4 médicos residentes (19%) reflejaron un alto nivel de Burnout obteniendo un resultado con puntaje mayor a 26 en agotamiento emocional, más de 9 en despersonalización y menos de 33 en realización personal.

Para tercer grado existe un bajo nivel de frecuencia en la subescala de agotamiento emocional y despersonalización con más del 50%. Realización personal alta con solo 3 residentes, traducidos a un 13%.

Los porcentajes de agotamiento emocional y despersonalización son menores en primer y tercer grado; predominando valores altos para realización personal. Sin embargo, en segundo grado existen valores más parecidos con tendencia hacia un nivel bajo y alto por igual para las tres subescalas.

Sólo 7 médicos residentes (10.7%) de los 65 en total reflejaron un alto nivel de Burnout obteniendo un resultado con puntaje mayor a 26 en agotamiento emocional, más de 9 en despersonalización y menos de 33 en realización personal. (Ver Tabla 18).

GRADO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>1. PRIMERO</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
ALTO	5	23.8	3	14.3	5	23.8
MEDIO	3	14.3	5	23.8	9	42.9
BAJO	13	61.9	13	61.9	7	33.3
<b>2. SEGUNDO</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
ALTO	9	42.9	8	38.1	9	42.9
MEDIO	2	9.5	5	23.8	3	14.3
BAJO	10	47.6	8	38.1	9	42.9
<b>3. TERCERO</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
ALTO	5	21.7	6	26.1	12	52.2
MEDIO	6	26.1	5	21.7	8	34.8
BAJO	12	52.2	12	52.2	3	13.0
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Dividiendo por género y primer año de residencia obtenemos los siguientes resultados: De los 9 hombres más del 50% de médicos tienen un bajo nivel de agotamiento emocional y despersonalización. Con un nivel medio de realización personal, interpretándose en 44%. Y de las 12 mujeres de igual modo predomina un bajo cansancio emocional y despersonalización. Además de un 42% para un bajo y medio nivel de realización personal. (Ver Tabla 19).

MASCULINO						
GRADO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>1. PRIMERO</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
ALTO	2	22	1	11	3	33
MEDIO	2	22	2	22	4	44
BAJO	5	56	6	67	2	22
FEMENINO						
<b>PRIMERO</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
ALTO	3	25	2	17	2	17
MEDIO	1	8	3	25	5	42
BAJO	8	67	7	58	5	42

Las residentes de primer año tienen un menor agotamiento emocional que los hombres, pero estos últimos menos despersonalización que ellas. Con un ligero mayor índice de realización personal.

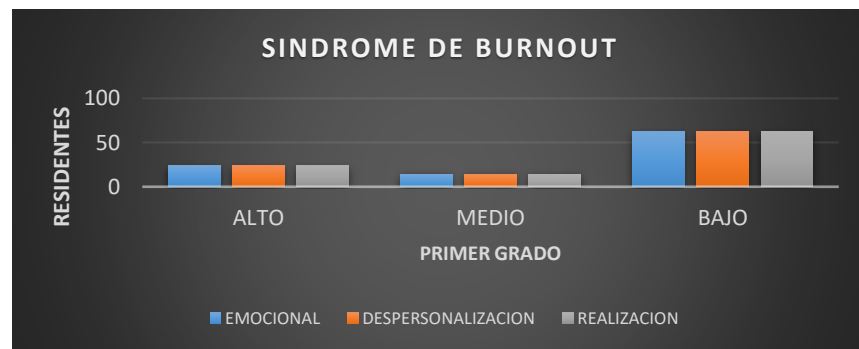
Para concluir en ambos géneros de residentes de primero año tenemos: (Ver Tabla 20).

Bajo predominio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 13 residentes con un total de 62%.

Un alto predominio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 5 residentes con un total de 24%.

Un nivel medio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 3 residentes con un total de 14%.

TOTAL	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
PRIMERO	21	100	21	100	21	100
ALTO	5	24	5	24	5	24
MEDIO	3	14	3	14	3	14
BAJO	13	62	13	62	13	62



En cuanto a los hombres y mujeres de segundo año de residencia obtenemos los siguientes resultados: De los 12 hombres el 50% de ellos tienen un bajo nivel de agotamiento emocional. Cinco residentes masculinos (42%) para alto y bajo puntaje en despersonalización. Con un 50% de predominio en cuanto a realización personal. Y de las 9 mujeres prevalece un alto cansancio emocional con 56%, no obstante, se presenta 33% en los 3 rubros de despersonalización. Además de un 44% para un bajo nivel de realización personal. (Ver Tabla 21).

Las residentes de segundo año tienen un mayor agotamiento emocional que los hombres, pero menos despersonalización que ellos. Con una frecuencia mayor de realización personal en hombres. Sin embargo, existe una mayor tendencia por los extremos de la tabla hacia bajo y hacia arriba en cuanto al nivel de burnout.

TABLA21

MASCULINO						
GRADO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>2. SEGUNDO</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
ALTO	4	33	5	42	6	50
MEDIO	2	17	2	17	1	8
BAJO	6	50	5	42	5	42
FEMENINO						
<b>SEGUNDO</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
ALTO	5	56	3	33	3	33
MEDIO	0	0	3	33	2	22
BAJO	4	44	3	33	4	44

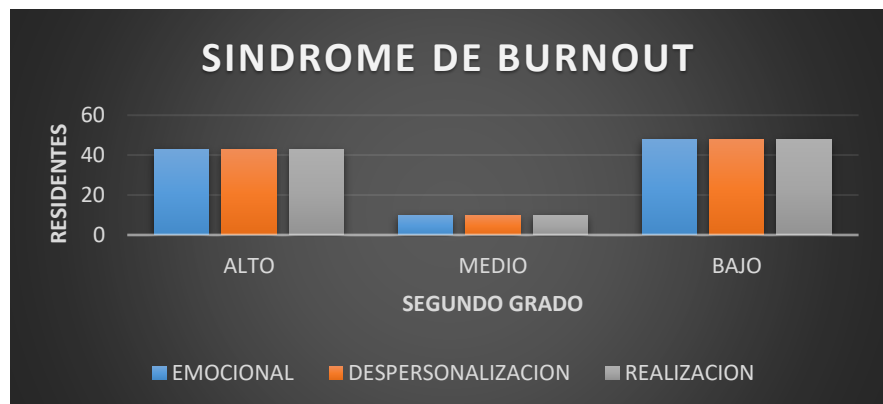
Para concluir en ambos géneros de residentes de segundo año tenemos: (Ver Tabla 22).

Bajo predominio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 10 residentes con un total de 48%.

Un alto predominio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 9 residentes con un total de 43%.

Un nivel medio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 2 residentes con un total de 10%.

TOTAL	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>SEGUNDO</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
ALTO	9	43	9	43	9	43
MEDIO	2	10	2	10	2	10
BAJO	10	48	10	48	10	48



Para hombres y mujeres de tercer grado de residencia médica tenemos los siguientes resultados: De los 5 hombres tenemos con el 40% tienen un alto y medio nivel de agotamiento emocional. Y tres residentes masculinos (60%) para un alto puntaje en despersonalización. Con un 60% de predominio en cuanto a realización personal. Y de las 18 mujeres prevalece un bajo cansancio emocional con 61%, y de igual manera, se presenta porcentaje alto de 61% y puntaje bajo para despersonalización. Además de un 61% para un alto nivel de realización personal. (Ver Tabla 23).

MASCULINO						
GRADO	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>3. TERCERO</b>	5	100	5	100	5	100
ALTO	2	40	3	60	1	20
MEDIO	2	40	1	20	3	60
BAJO	1	20	1	20	1	20
FEMENINO						
<b>TERCERO</b>	18	100	18	100	18	100
ALTO	3	17	3	17	11	61
MEDIO	4	22	4	22	5	28
BAJO	11	61	11	61	2	11

Las residentes de tercer año tienen un menor agotamiento emocional, y despersonalización, además de mayor realización personal que los hombres. Indicando una mayor tendencia para un bajo puntaje en cuanto al nivel de burnout.

Para concluir en ambos géneros de residentes de tercer grado tenemos: (Ver Tabla 24).

Bajo predominio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 10 residentes con un total de 52%.

De igual manera bajo predominio de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en 12 residentes con un total de 52%.

Y también, bajo agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con un total de 52%.

TOTAL	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>TERCERO</b>	23	100	23	100	23	100
ALTO	5	22	5	22	5	22
MEDIO	6	26	6	26	6	26
BAJO	12	52	12	52	12	52

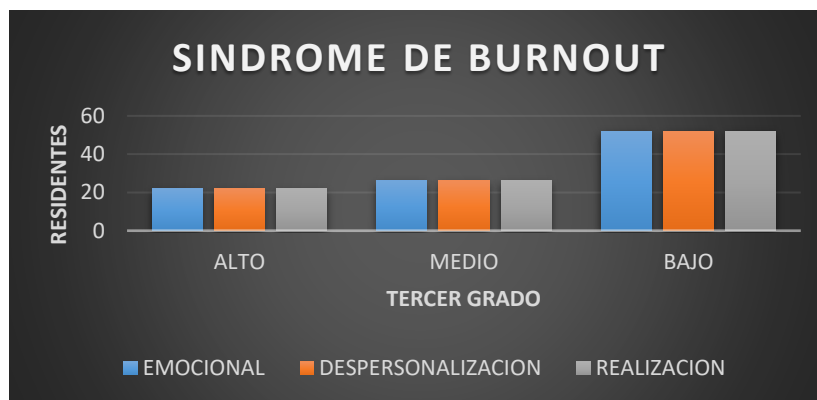


TABLA RESULTADOS GENERALES POR GÉNERO

GRADO	MASCULINO						FEMENINO						TOTAL					
	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%	EMOCIONAL	%	DESPERSONALIZACION	%	REALIZACION	%
<b>1. PRIMERO</b>	9	100	9	100	9	100	12	100	12	100	12	100	21	100	21	100	21	100
ALTO	2	22	1	11	3	33	3	25	2	17	2	17	5	24	5	24	5	24
BAJO	5	56	6	67	2	22	8	67	7	58	5	42	13	62	13	62	13	62
MEDIO	2	22	2	22	4	44	1	8	3	25	5	42	3	14	3	14	3	14
<b>2. SEGUNDO</b>	12	100	12	100	12	100	9	100	9	100	9	100	21	100	21	100	21	100
ALTO	4	33	5	42	6	50	5	56	3	33	3	33	9	43	9	43	9	43
BAJO	6	50	5	42	5	42	4	44	3	33	4	44	10	48	10	48	10	48
MEDIO	2	17	2	17	1	8	0	0	3	33	2	22	2	10	2	10	2	10
<b>3. TERCERO</b>	5	100	5	100	5	100	18	100	18	100	18	100	23	100	23	100	23	100
ALTO	2	40	3	60	1	20	3	17	3	17	11	61	5	22	5	22	5	22
BAJO	1	20	1	20	1	20	11	61	11	61	2	11	12	52	12	52	12	52
MEDIO	2	40	1	20	3	60	4	22	4	22	5	28	6	26	6	26	6	26
<b>Total general</b>	26	100	26	100	26	100	39	100	39	100	39	100	65	100	65	100	65	100

## Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE

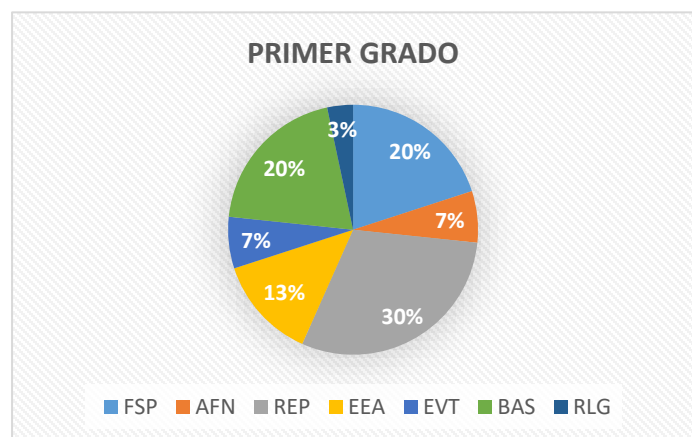
Lo datos obtenidos después de aplicar el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) en médicos residentes de los 3 grados de medicina familiar:

**Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.**  
**Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.**  
**Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.**  
**Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.**  
**Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.**  
**Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.**  
**Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.**

En los 21 médicos residentes de primer grado tenemos un total de 30 respuestas, para los 7 diferentes tipos de afrontamiento o subescalas, ya que algunos utilizan más de dos tipos de afrontamiento simultáneamente.

En primer grado 6 médicos residentes tuvieron la mayor frecuencia en la subescala de focalización en la solución del problema (FPS). En 2 médicos residentes la mayor frecuencia en la subescala de autofocalización negativa (AFN). Para la subescala de reevaluación positiva (REP) en 9. En cuanto a la expresión emocional abierta (EEA) se obtuvieron 4 resultados. En 2 médicos residentes la subescala de evitación (EVT). En relación a la subescala de búsqueda de apoyo social (BAS) se obtuvieron 6 prevalencias. Y por último para la subescala de religión (RLG) un total de 1 frecuencia. (Ver Tabla y Gráfica 25).

	AFRONTAMIENTO	CASOS	%
PRIMER GRADO	REP	9	30
	FSP	6	20
	BAS	6	20
	EEA	4	13
	AFN	2	7
	EVT	2	7
	RLG	1	3
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>	<b>100</b>

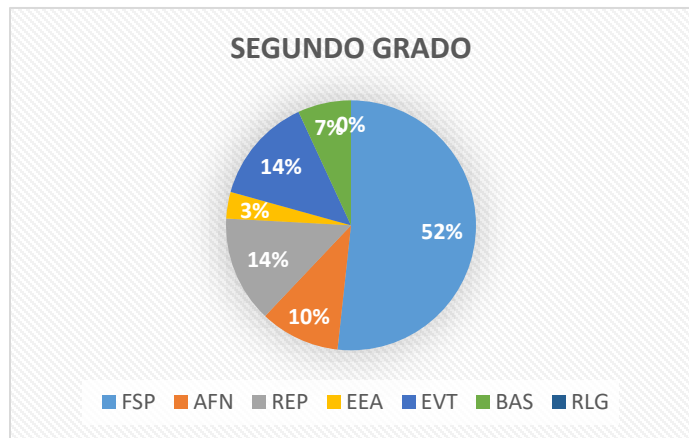


Para los 21 médicos residentes de segundo grado tenemos un total de 29 respuestas, para los 7 diferentes tipos de afrontamiento o subescalas, ya que algunos utilizan más de dos tipos de afrontamiento simultáneamente.

En segundo grado de residencia médica se obtuvieron los siguientes resultados: 15 médicos residentes tuvieron la mayor frecuencia en la subescala de focalización en la solución del problema (FSP). En 3 médicos residentes la mayor frecuencia en la subescala de autofocalización negativa (AFN). Para la subescala de reevaluación positiva (REP) en 4. En cuanto a la expresión emocional abierta (EEA) se obtuvieron 1 resultados. En 4 médicos residentes la subescala de evitación (EVT). En relación a la subescala de búsqueda de apoyo social (BAS) se obtuvieron 2 prevalencias. Y por último para la subescala de religión (RLG) ninguno. (Ver Tabla y Gráfica 26).

TABLA Y GRÁFICA 26

	AFRONTAMIENTO	CASOS	%
SEGUNDO GRADO	FSP	15	50
	REP	4	13
	EVT	4	13
	AFN	3	10
	BAS	2	7
	EEA	1	3
	RLG	0	0
<b>TOTAL</b>		29	100

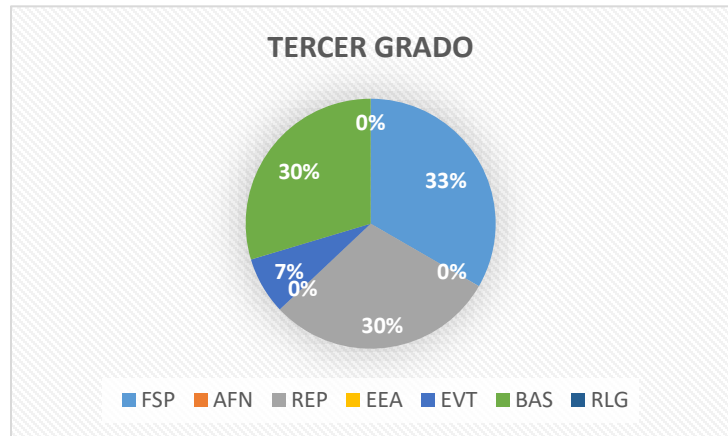


Para los 23 médicos residentes de tercer año de medicina familiar obtuvimos un total de 27 respuestas, para los 7 diferentes tipos de afrontamiento o subescalas, ya que algunos utilizan más de dos tipos de afrontamiento simultáneamente.

En tercer grado de residencia se obtuvieron los siguientes resultados: 9 médicos residentes tuvieron la mayor frecuencia en la subescala de focalización en la solución del problema (FSP). Ningún médico residente para la subescala de autofocalización negativa (AFN). Para la subescala de reevaluación positiva (REP) en 8. En cuanto a la expresión emocional abierta (EEA) tampoco se obtuvo ningún resultado. En 2 médicos residentes la subescala de evitación (EVT). En relación a la subescala de búsqueda de apoyo social (BAS) se obtuvieron 8 prevalencias. Y por último para la subescala de religión (RLG) ninguno. (Ver Tabla y Gráfica 27).

TABLA Y GRÁFICA 27

	AFRONTAMIENTO	CASOS	%
TERCER GRADO	FSP	9	30
	REP	8	27
	BAS	8	27
	EVT	2	7
	AFN	0	0
	EEA	0	0
	RLG	0	0
<b>TOTAL</b>		27	100

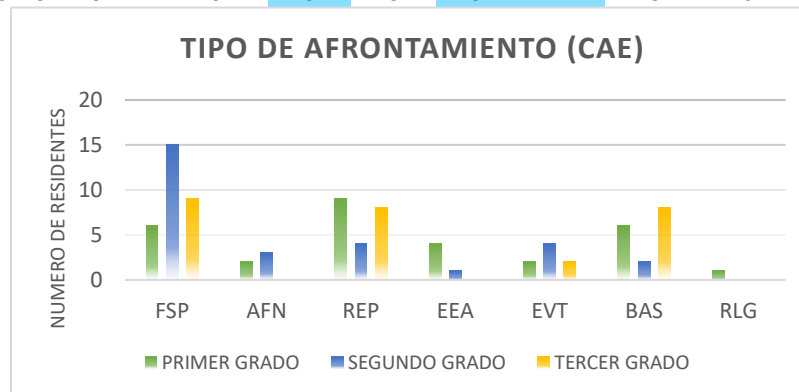


Teniendo en cuenta todos los datos podemos inferir que en primer grado de residencia médica la prevalencia está en la subescala de reevaluación positiva (REP). Y el de menor frecuencia basado en la religión (RLG) con sólo una prevalencia.

Para los residentes de segundo año cambia la frecuencia más alta para focalización en la solución del problema (FSP) con 15 respuestas en total y menor para religión (RLG) y expresión emocional abierta (EEA) con uno solamente.

Y en el caso de tercer grado al igual que residentes de segundo se utiliza con mayor frecuencia el afrontamiento para focalización en la solución del problema (FSP) con 9 y casi en igualdad la subescala de reevaluación positiva (REP) y búsqueda de apoyo social (BAS) con 8 en ambas. (Ver Tabla y Gráfica 28).

AFRONTAMIENTO	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG	TOTAL
PRIMER GRADO	6	2	9	4	2	6	1	30
SEGUNDO GRADO	15	3	4	1	4	2	0	29
TERCERGRADO	9	0	8	0	2	8	0	27



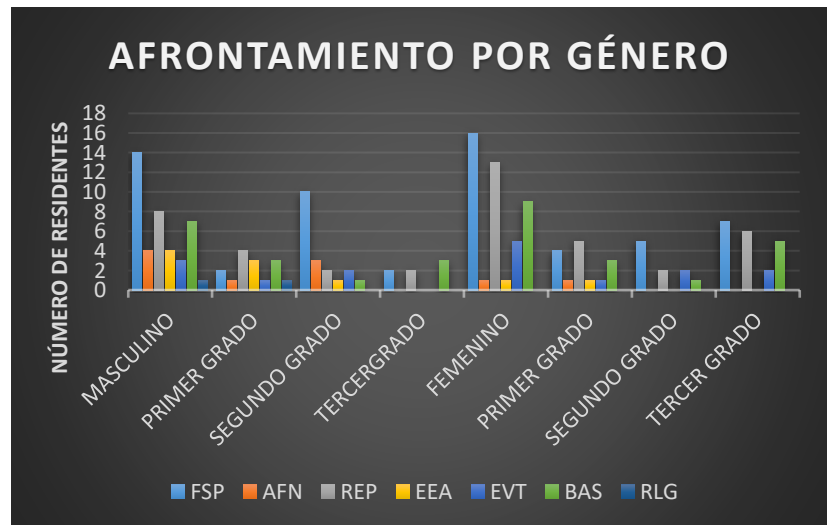
Para la división por género, recordando que existen en primer año 9 hombres y 12 mujeres, en segundo año 12 hombres y 9 mujeres, en tercer grado 5 hombres y 18 mujeres, para un total de 26 hombres y 39 mujeres.

En relación a los 7 diferentes tipos de afrontamiento o subescalas, se obtuvieron un total de 41 respuestas para hombres de los 3 grados de residencia médica, así mismo 45 respuestas para las mujeres, tomando en cuenta que algunos utilizan más de dos tipos de afrontamiento simultáneamente.

En el sexo masculino 14 médicos residentes tuvieron la mayor frecuencia en la subescala de focalización en la solución del problema (FPS), de los cuales 2 en primer grado, 10 en segundo y 2 en tercero. Y una menor frecuencia para afrontamiento basado en religión (RLG) con solo uno.

En el sexo femenino 16 médicas residentes tuvieron la mayor frecuencia en la subescala de focalización en la solución del problema (FPS), de las cuales 4 en primer grado, 5 en segundo y 7 en tercero. Y con casi la misma prevalencia en cuestión de la subescala de reevaluación positiva (REP) con un total de 13 prevalencias. Sin embargo, una menor frecuencia para afrontamiento basado en religión (RLG) con ninguna y solo dos para las subescalas de autofocalización negativa (AFN) y expresión emocional abierta (EEA). (Ver Tabla y Gráfica 29).

AFRONTAMIENTO	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG	TOTAL
MASCULINO	14	4	8	4	3	7	1	41
PRIMER GRADO	2	1	4	3	1	3	1	15
SEGUNDO GRADO	10	3	2	1	2	1	0	19
TERCERGRADO	2	0	2	0	0	3	0	7
FEMENINO	16	1	13	1	5	9	0	45
PRIMER GRADO	4	1	5	1	1	3	0	15
SEGUNDO GRADO	5	0	2	0	2	1	0	10
TERCER GRADO	7	0	6	0	2	5	0	20



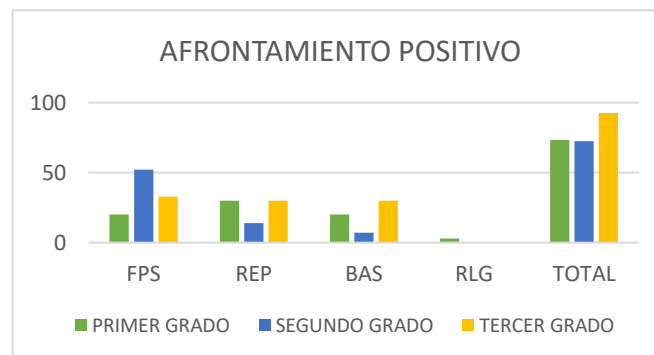
Ahora bien, se dice que cada individuo afronta de manera diferente las diversas situaciones de estrés. Sin embargo, hay quienes comentan que las formas de afrontamiento focalizadas en la solución del problema (FPS), reevaluación positiva (REP), búsqueda de apoyo social (BAS) y la religión (RLG) son las subescalas que indican una forma más adecuada de sobrellevar el estrés.

En residentes de primer año de la especialidad podemos encontrar que el afrontamiento focalizado en la solución del problema (FPS) tiene 6 prevalencias equivalente a un 20%, la reevaluación positiva (REP) 9 con un 30%, búsqueda de apoyo social (BAS) seis prevalencias igual a 20% y la religión (RLG) una con un 3%. Con un total de 30 respuestas que se traduce en 73.3% de estos tipos de afrontamiento.

En residentes de segundo grado observamos que el afrontamiento focalizado en la solución del problema (FPS) tiene 15 prevalencias equivalente a un 52%, la reevaluación positiva (REP) 4 con un 14%, búsqueda de apoyo social (BAS) dos prevalencias igual a 7% y la religión (RLG) ningún porcentaje. Con un total de 29 respuestas que se traducen en 72.4% de estos tipos de afrontamiento.

Por último, en residentes de tercer grado se percibe que el afrontamiento focalizado en la solución del problema (FPS) tiene 9 prevalencias equivalente a un 33%, la reevaluación positiva (REP) 8 con un 30%, búsqueda de apoyo social (BAS) 8 prevalencias igual a un 30% y la religión (RLG) con ningún porcentaje. Con un total de 27 respuestas que se traducen en 92.6% de estos tipos de afrontamiento. (Ver Tabla y Gráfica 30).

	AFRONTAMIENTO POSITIVO								TOTAL	%
	FPS	%	REP	%	BAS	%	RLG	%		
PRIMER GRADO	6	20	9	30	6	20	1	3	30	73.3
SEGUNDO GRADO	15	52	4	14	2	7	0	0	29	72.4
TERCER GRADO	9	33	8	30	8	30	0	0	27	92.6



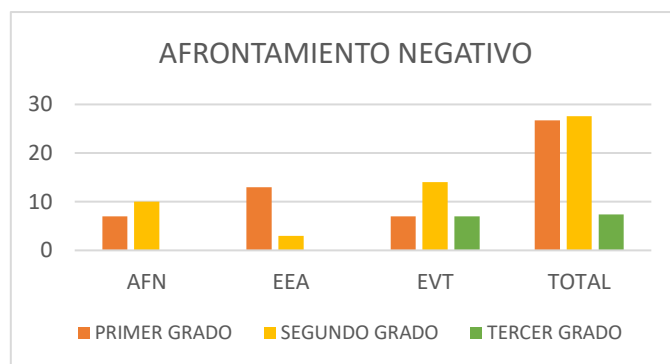
También existen autores quienes comentan que las formas de afrontamiento de autofocalización negativa (AFN), expresión emocional abierta (EEA) y evitación (EVT) son las subescalas que indican impacto menos positivo en los individuos para afrontar las circunstancias de estrés.

En residentes de primer año de la especialidad podemos encontrar que el afrontamiento de autofocalización negativa (AFN) tiene 2 prevalencias equivalente a un 7%, expresión emocional abierta (EEA) 4 con un 13% y evitación (EVT) dos prevalencias igual a 7%. Con un total de 30 respuestas que se traduce en 26.7% de estos tipos de afrontamiento.

En residentes de segundo grado observamos que el afrontamiento de autofocalización negativa (AFN) tiene 3 prevalencias equivalente a un 10%, expresión emocional abierta (EEA) 1 con un 3% y evitación (EVT) cuatro prevalencias igual a 14%. Con un total de 29 respuestas que se traducen en 27.6% de estos tipos de afrontamiento.

Por último, en residentes de tercer grado se percibe que el afrontamiento de autofocalización negativa (AFN) y expresión emocional abierta (EEA) tienen 0 prevalencias y evitación (EVT) dos prevalencias igual a 7%. Con un total de 27 respuestas que se traducen en 7.4% de estos tipos de afrontamiento. (Ver Tabla y Gráfica 31).

	AFRONTAMIENTO NEGATIVO							
	AFN	%	EEA	%	EVT	%	TOTAL	%
PRIMER GRADO	2	7	4	13	2	7	30	26.7
SEGUNDO GRADO	3	10	1	3	4	14	29	27.6
TERCER GRADO	0	0	0	0	2	7	27	7.4



Se muestra un total de 30 respuestas para formas de afrontamiento positivas en residentes masculinos de los 3 grados. Con un 73% de todos los hombres. En primero año 10 respuestas con 76% de prevalencia. En segundo grado 13 respuestas con 68% y en tercer año 7 afirmaciones traducidas en un 100% dentro de este año de residencia.

En el caso de formas de afrontamiento negativas un total de 11 respuestas para residentes masculinos de los 3 grados. Con un 41% de todos los hombres. En primero año 5 respuestas con 33% de prevalencia. En segundo grado 6 respuestas con 32% y en tercer año ninguna afirmación dentro de este año de residencia. (Ver Tabla y Gráfica 32).

Para el sexo femenino se observó un total de 38 respuestas para formas de afrontamiento positivas en mujeres residentes de los 3 grados. Con un 84% de todas las femeninas. En primero año 12 respuestas con 80% de prevalencia. En segundo grado 8 respuestas con 80% y en tercer año 18 afirmaciones traducidas en un 90% dentro de este año de residencia.

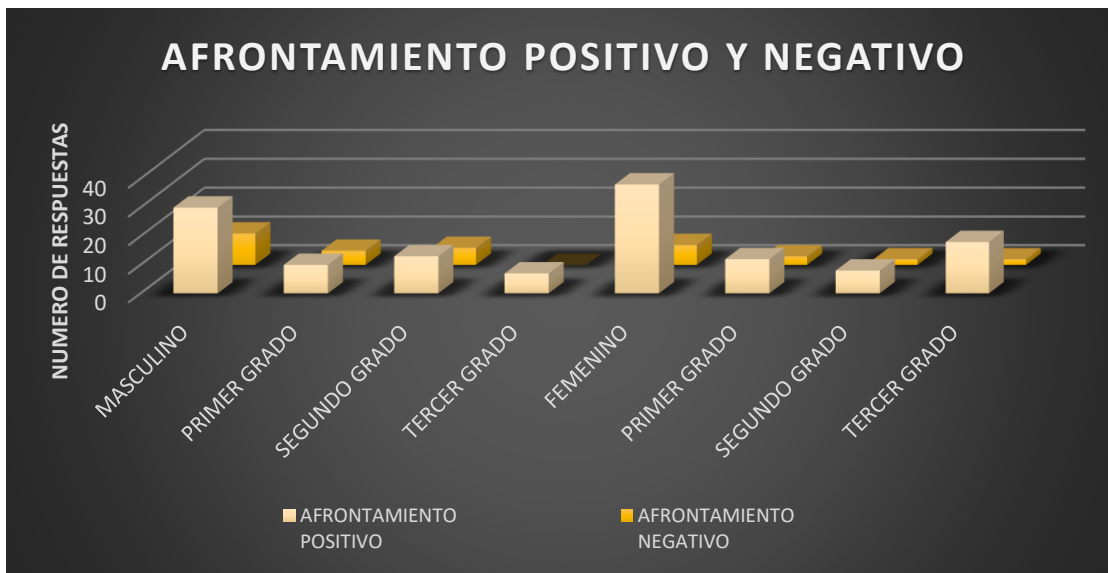
En el caso de formas de afrontamiento negativas un total de 7 respuestas para residentes femeninas de los 3 grados. Con un 16% en este género. En primero grado 3 respuestas con 20% de prevalencia. En segundo grado 2 respuestas con 20% y en tercer año 2 afirmaciones con un 10% solamente. (Ver Tabla y Gráfica 32).

Ahora lo que se puede dilucidar es que los tipos de afrontamiento positivos predominan sobre los tipos negativos y en las residentes femeninas de los 3 grados prevalece con un total de 84% general con respecto a los hombres con un 73%.

Además, en cuanto al afrontamiento negativo podemos observar que es a la inversa en cuanto al sexo. Ya que en residentes masculinos es mayor con respecto a las mujeres, traducido en un 27% total para hombres y 16% para residentes femeninas.

TABLA Y GRÁFICA 32

	AFRONTAMIENTO POSITIVO	%	AFRONTAMIENTO NEGATIVO	%
<b>MASCULINO</b>	<b>30</b>	<b>73</b>	<b>11</b>	<b>27</b>
PRIMER GRADO	10	67	5	33
SEGUNDO GRADO	13	68	6	32
TERCER GRADO	7	100	0	0
<b>FEMENINO</b>	<b>38</b>	<b>84</b>	<b>7</b>	<b>16</b>
PRIMER GRADO	12	80	3	20
SEGUNDO GRADO	8	80	2	20
TERCER GRADO	18	90	2	10



## DISCUSIÓN

El Maslach Burnout Inventory mostró en residentes, en las subescalas de agotamiento emocional desde un 23.8% hasta un 42.8% para interpretarse como un grado alto. Para despersonalización con grado alto de 14.3% a 38.1%. Sin embargo, en este caso se encuentra en porcentaje bajo lo que indica actitudes adecuadas con sus pacientes, y solo algunos con despersonalización alta. Brecha marcada entre una buena y mala actitud para con sus pacientes. En cuanto a realización personal predominó un 42.9% lo que indica satisfacción por su trabajo.

Enrique Graue, en su artículo "El Síndrome de Burnout: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional". Elaborado en la Ciudad de México en 2007, dice que se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes, en distintos países es muy alta, independientemente de la especialidad de que se trate y del año en el que estén inscritos. Una revisión de la literatura sobre el tema, encontró que la frecuencia oscilaba entre un 17% hasta un 76% (con una mayor frecuencia entre el 40% y 50%) con cifras particularmente elevadas en el entorno del agotamiento emocional.

Con estos resultados se afirma que los médicos residentes cursan con un alto nivel de estrés llevándolos al Síndrome de Burnout durante el curso de sus especialidades y que la escala de agotamiento emocional es una de las que tienen una mayor concurrencia entre estos médicos en formación.

Más del 50% de residentes de primer grado son menores de 30 años, coexiste una baja frecuencia en la subescala de agotamiento emocional y despersonalización; predominando valores altos para realización personal. Sin embargo, existen valores con tendencia hacia un nivel alto para médicos residentes de segundo año. La prevalencia global del síndrome de Burnout en médicos residentes de medicina familiar en la UMF N° 21 fue de 10.7% con un alto nivel de Burnout, obteniendo un resultado con puntaje mayor a 26 en agotamiento emocional, más de 9 en despersonalización y menos de 33 en realización personal.

Fernando Austria Corrales en el artículo Síndrome de burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza A H1N1. En la CDMX, 2011, define que la mayor proporción de médicos residentes con síndrome de burnout son los de segundo año de la especialidad de

neumología. Asimismo, se identificó que los médicos residentes menores de 30 años tienen mayor probabilidad de presentar síndrome de burnout. López-Morales evaluó una muestra de 143 médicos residentes de un hospital de México, de los cuales 72 tenían jornadas laborales prolongadas. La prevalencia reportada en diferentes partes del mundo oscila en promedio entre 40 y 76% para residentes de medicina interna y pediatría, cifras entre 56 y 80% para los residentes de medicina familiar.

Relacionando lo anterior podemos inferir que se tuvieron altas prevalencias entre médicos residentes de segundo año coincidiendo ambas publicaciones, además de existir predominio de Burnout en médicos más jóvenes por debajo de los treinta años de edad, así mismo con prevalencias muy variables, esto dependiendo de sus condiciones psicosociales, culturales, económicas, del grado en que se encuentren, su capacidad de resiliencia y afrontamiento del estrés que tenga cada individuo.

Dividiendo por género, en primer año de residencia, de los hombres más del 50% de médicos tienen un bajo nivel de agotamiento emocional y despersonalización. Las residentes de segundo año tienen un mayor agotamiento emocional que los hombres, pero menos despersonalización que ellos. Las residentes de tercer año tienen un menor agotamiento emocional, y despersonalización, además de mayor realización personal que los hombres. Indicando una mayor tendencia para un bajo puntaje en cuanto al nivel de burnout.

En el artículo “Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en residentes de posgrado de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas” elaborado en México en 2020, Gabriel Morales et. Al. mencionan que se encontró que las residentes y las médicas especialistas mujeres tienen una mayor frecuencia de aparición del síndrome (hasta de un 60% mayor que en los hombres). Las razones por esta tendencia al mayor agotamiento emocional entre las mujeres pueden tener diversas explicaciones relacionadas al género, pues perciben mayores presiones y acoso sexual entre médicos y residentes; presiones familiares del cónyuge o compañero; percepción de desaprobación, etc. Y en escalas de cansancio emocional y despersonalización predominó el sexo masculino.

Observando los datos de diversos artículos en donde se menciona el predominio del síndrome por las médicas residentes es importante observar los aspectos que se deben tomar en cuenta para incidir en ellos y evitar estos resultados, de igual manera es muy importante poner atención en los focos rojos en cuanto algún dato de despersonalización en caso de los médicos de estas especialidades ya que nos

encontramos en un primer nivel de atención en donde se atiende a un gran número de población todos los días, con el fin de percibir el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia los pacientes, compañeros o familia.

En cuanto a los datos arrojados por el cuestionario de afrontamiento del estrés, en los 65 médicos residentes de los tres grados tenemos más de una prevalencia para los 7 diferentes tipos de afrontamiento o subescalas, ya que algunos utilizan más de dos tipos de afrontamiento simultáneamente.

En primer grado la prevalencia está en la reevaluación positiva (REP). Y el de menor frecuencia basado en la religión (RLG). Para segundo año cambia la frecuencia más alta para focalización en la solución del problema (FSP) y menor para religión (RLG) y expresión emocional abierta (EEA). Y en el caso de tercer grado mayor frecuencia para focalización en la solución del problema (FSP), reevaluación positiva (REP) y búsqueda de apoyo social (BAS).

Juan Pedro Martínez Ramón en su artículo “Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burnout y estrategias de afrontamiento” realizado en España en 2015, define que los resultados derivados del análisis descriptivo e inferencial de su estudio muestran que las estrategias de autofocalización negativa (AFN) y de expresión emocional abierta (EEA) son utilizadas en mayor medida cuando se presentan indicadores del síndrome de Burnout. Por otro lado, las estrategias de focalización en la solución del problema (FSP) y la reevaluación positiva (REP) se relacionan con una mayor realización personal en el trabajo y por tanto menores niveles de estrés.

Con estos resultados se afirma que los residentes que cursan con bajos niveles de Burnout como es el caso de los médicos de primer año de residencia médica tienen expresiones más altas de afrontamiento de tipo focalización en la solución del problema y reevaluación positiva. Y con menor proporción de afrontamientos negativos. Además de tener diversos tipos de cómo sobrellevar las situaciones de estrés.

En el sexo masculino 14 médicos residentes tuvieron la mayor frecuencia en la focalización de la solución del problema (FSP). Y una menor frecuencia para afrontamiento basado en religión (RLG) con solo uno.

En el sexo femenino 16 médicas residentes tuvieron la mayor frecuencia en la subescala de focalización en la solución del problema (FSP). Y con casi la misma

prevalencia en cuestión de la subescala de reevaluación positiva (REP) con un total de 13 prevalencias. Sin embargo, una menor frecuencia para afrontamiento basado en religión (RLG) con ninguna y solo dos para las subescalas de autofocalización negativa (AFN) y expresión emocional abierta (EEA).

En el metaanálisis de Tamres, Janicki y Helgeson, en 2002. Tras comparar las puntuaciones medias entre los grupos de varones y mujeres se constata que las mujeres obtenían valores significativamente más elevados que los hombres en las formas de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social, la religión, la solución del problema, y la reevaluación positiva (los varones no obtuvieron puntuaciones superiores a las mujeres en ninguna de las 7 dimensiones). Estos resultados están de acuerdo con la evidencia sobre las diferencias sexuales en el uso de estrategias de afrontamiento, evidencia que indica de forma consistente que las mujeres emplean en general más que los hombres la mayoría de las estrategias de afrontamiento.

Por lo cual es fundamental dotar de habilidades, formas de comunicación y recursos para disminución del estrés en médicos residentes masculinos, ya que nos traduce una falta de expresión y contrarresto hacia los problemas en este grupo etario.

Para formas de afrontamiento positivas en residentes masculinos de los 3 grados. Con un 73% de todos los hombres. En primero 76% de prevalencia, en segundo 68% y en tercer año en un 92%.

En el caso de formas de afrontamiento negativas un 41% de todos los hombres. En primero año con 33%, en segundo grado con 32% y en tercer año ninguno.

Ahora lo que se puede dilucidar es que los tipos de afrontamiento positivos predominan sobre los tipos negativos y en las residentes femeninas de los 3 grados prevalece con un total de 84% general con respecto a los hombres con un 73%. Sin embargo, en las mujeres femeninas predominan los tipos de agotamiento emocional de la escala del síndrome de Burnout.

## CONCLUSIÓN

Estos datos son sumamente importantes, ya que se busca dejar un antecedente para que, en un futuro, se realicen más medias de afrontamiento y manejo del estrés y con esto no caer en altos índices del síndrome de burnout, así se aumentarán las acciones encaminadas a mejorar la salud familiar y llevarlas de la mano con el control de patologías psicológicas y físicas en los prestadores de servicios de la salud.

Con lo anterior podemos concluir que cumplimos el objetivo de conocer el predominio del síndrome de burnout, así como que estrategias de afrontamiento utilizan con mayor frecuencia los médicos residentes de medicina familiar de la U.M.F. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”. Los resultados muestran que los médicos residentes tienden a tener menos cargas de agotamiento y despersonalización en un principio relacionándose directamente con un Burnout menor, en contraste con los médicos de un grado adelante, sorpresivamente como algunas bibliografías lo indican en este caso no fue progresivo para los residentes de tercer año, mostrando menores índices. Mayor prevalencia en mujeres, pero mayor afrontamiento positivo teniendo una adaptación adecuada a las situaciones descritas.

Comparando los resultados obtenidos es consistente la hipótesis de que el síndrome de burnout predomina en medicina familiar, variando en su prevalencia por diversos factores, y el conocimiento de técnicas de afrontamiento es fundamental para hacer frente a la patología en residentes de medicina familiar de la UMF 21°.

La aplicabilidad de estos datos en el ámbito asistencial se vería reflejado en que el médico familiar obtenga capacidad de resiliencia ante adversidades y una visión más amplia de la influencia del estrés en su vida diaria y práctica médica, ya que es médico de familia. Se detecte a estadios tempranos y se comience la aplicación de instrumentos y medidas preventivas para brindar el equilibrio necesario en todos los ámbitos de la vida. Administrativamente apoyaría la creación de eventos y actividades encaminados a identificar y disminuir los problemas de salud relacionados a este síndrome, con la finalidad de incidir en una atención de calidad para el derechohabiente, mejor control de patologías, reducción de gastos y cubrir las demandas de salud de la población mexicana.

#### **XIV. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio considera al reglamento de la **Ley General de Salud** en materia de investigación para la salud, vigente desde el 2007:

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

Artículo 17: - Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, el presente trabajo se clasifica como categoría II, clasificándolo como investigación de bajo riesgo ya que solo se aplicarán encuestas y no representa una intervención física directa en los pacientes ni tiene validez en trámites laborales; se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación. Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, como en el presente estudio con pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este reglamento, entre otros.

Artículos 98: Estípula la supervisión del Comité de Ética para la realización de la investigación.

Para que un paciente sea incluido en el presente estudio, es indispensable que lo haga de manera voluntaria y formalice su aceptación con la firma del consentimiento informado (anexo), previa información y aclaración de dudas sobre las

características de la investigación; proceso realizado por el investigador. En todo momento de la investigación se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (la información recolectada se mantendrá estrictamente anónima y solo será conocida por los investigadores, respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia).

Los procedimientos propuestos anteriormente están de acuerdo con la **Declaración Helsinki** de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, se apegó a lo dispuesto en el apartado 9 al respetar siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, también se adoptarán todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad. Así mismo se apega a lo dispuesto en el apartado 26, ya que todos los participantes serán informados suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios, posibles riesgos previstos, molestias que el estudio podría acarrear y la libertad de no participar en el estudio y revocar en todo momento su consentimiento a la participación; por medio del consentimiento informado escrito.

La seguridad y el bienestar de los pacientes se respetarán cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el **código de Núremberg** en lo estipulado en las recomendaciones de la I a la IX, en donde se menciona la absoluta esencialidad del consentimiento voluntario del sujeto en estudio.

De igual manera siguió los principios éticos y pauta de los tres principios de protección para los seres humanos del **informe Belmont** con el respeto a las personas protegiendo su autonomía, principio de beneficencia obteniendo los máximos beneficios por parte del presente protocolo y de justicia usando procedimientos razonables para la obtención y manejo de los datos obtenidos de los pacientes durante el desarrollo del estudio.

Asimismo, se consideraron los lineamientos de la **OMS en la Pautas Éticas Internacionales para la Investigación en seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencia Médicas (CIOMS).**

Pauta 1, en la cual la justificación para llevar a cabo este estudio de salud radica en que tiene un valor social y científico, de ella se generarán datos de las cuales serán la base de conocimientos, siempre respetando los derechos de los sujetos que deseen participar en el estudio; pauta 4, al realizarse en este estudio varios procedimientos se obtendrán beneficios así como riesgos mínimos, sin embargo estos riesgos serán se prevé serán superados por la perspectiva de un beneficio individual, así como de un valor social y científico; pauta 9, previamente a la aplicación de instrumentos se les solicitará a los participantes su consentimiento para entrevistarlos y contestar un cuestionario, después de informar debidamente de lo que se trata el protocolo de estudio, comprobando que el participante comprenda el objetivo del presente estudio, absteniéndome de engaños y coacción hacia los participantes, por medio de un consentimiento ya formulado e impreso.

Se incorporarán las observaciones publicadas por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México en cuanto a la investigación con humanos; este protocolo de estudio se ajusta a la normativa bioética publicada por el IMSS, dentro de las cuales los principios básicos son:

- ✚ La investigación científica con seres humanos debe basarse en principios de honestidad y respeto a la dignidad y los derechos de los humanos participantes.
- ✚ En la investigación con seres humanos el interés y bienestar del individuo debe prevalecer sobre el interés de la ciencia y la sociedad.
- ✚ La investigación en humanos es aceptable siempre y cuando la importancia y la trascendencia de los beneficios sean muy superiores a los riesgos para el participante.

**Conflictos de interés:** En el presente estudio no se recibirá financiamiento externo y los autores no muestran ningún conflicto de interés para su realización.

## **XV. RECURSOS**

Los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente.

### **1. Recursos Humanos.**

- ✚ Médicos Residentes de los tres años de la Especialidad en Medicina Familiar adscritos a UMF 21 que deseen participar
- ✚ Médico residente de segundo año de medicina familiar para aplicar instrumentos y recolectar datos
- ✚ Asesor Clínico, médico familiar.
- ✚ Asesores Metodológicos.

### **2. Recursos Físicos y Materiales.**

- ✚ Instalaciones de la UMF 21°
- ✚ Consentimiento Informado
- ✚ Cuestionario sociodemográfico
- ✚ Cuestionario de Maslach Burnout Inventory
- ✚ Cuestionario de Afrontamiento del Estrés
- ✚ Plumas, lápices, hojas y gomas
- ✚ Laptop con software Windows y paquete estadístico

### **3. Recursos Económicos.**

- ✚ Los consumibles serán financiados por el investigador

#### **4. Financiamiento**

✚ El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

#### **XVI. FACTIBILIDAD**

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 21, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los Médicos Residentes que decidan participar en el estudio, el cuestionario se hará de manera directa a los pacientes en, al terminar la muestra se analizarán los resultados y se elaborará una conclusión.

#### **XVII. DIFUSIÓN**

Se hará difusión de los resultados obtenidos y las conclusiones a los Médicos Residentes, respetando su integridad. También se informará a los directivos y personal operativo de la Unidad con la finalidad de mejorar los procesos de atención a la salud. Se buscará difusión a través de sesiones generales, congresos y revistas del ámbito médico.


## **XVIII. TRASCENDENCIA**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 75 por ciento de los mexicanos padece de fatiga por estrés laboral, también conocido como Síndrome de Burnout. Según la OMS, la causa del estrés es el desequilibrio que provoca la carga de labores y las presiones a las que son sometidos los empleados, así como los conocimientos y capacidades a las que se enfrentan.

Una mala organización del trabajo, es decir, el modo en que se definen los puestos y los sistemas de trabajo, y la manera en que se gestionan, puede provocar estrés laboral”, asegura la OMS, además, señala, puede generar problemas de salud como cardiopatías, trastornos digestivos y aumento de la tensión arterial.

Pero el problema va más allá: un individuo con síndrome de Burnout posiblemente dará un servicio deficiente a los pacientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas. Para contrarrestar el “Síndrome de Burnout”, algunas empresas mexicanas o internacionales con sede en México como Microsoft o Google México, han instalado en los centros de trabajo, gimnasios, comedores, salas de juegos, áreas de descanso o recreación, además, imparten talleres motivacionales y artísticos.

## **XIX. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD**

 No son necesarios ya que sólo se aplicarán cuestionarios.



## XX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21



\* Dr. Cuellar Guillen Luis Francisco \*\*\*Dra. Palacios Hernández Alejandra \*\*\*Dr. José Eduardo Vergara Fraustro

\* Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

\*\*\* Asesor Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

Año	2020						
Mes	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
<b>ACTIVIDADES</b>							
Planteamiento del problema y marco teórico.	Realizado						
Hipótesis y variables		Realizado					
Objetivos		Realizado					
Cálculo de muestra			Realizado				
Hoja de registro			Realizado				
Presentación ante el comité				Realizado			
Aplicación de instrumento					Realizado		
Organización y recolección de datos					Realizado		
Análisis de resultados						Realizado	
Elaboración de conclusiones						Realizado	
Presentación de tesis							Realizado

**Realizado**



**Programado**



## XXI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buck K, Williamson M, Ogbeide S, Norberg B. Family Physician Burnout and Resilience: A Cross-Sectional Analysis. *Fam Med*. 2019 Sep 6;51(8):657-663. doi:10.22454/FamMed.2019.424025. Epub 2019 Jul 2. PubMed PMID: 31269220.
2. Hernández T, Terán E, Navarrete Zorrilla D, León Olvera A. El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Rol de enfermería*. Dic 2017 vol 10.
3. Rodríguez H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral J, Medeiros L, Gurgel K, Souza T, Gonçalves A. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 Nov 12;13(11):e0206840. DOI:10.1371/journal.pone.0206840. eCollection 2018. PubMed PMID: 30418984; PubMed Central PMCID: PMC6231624.
4. Von Känel R, Van Nuffel M, Fuchs WJ. Risk assessment for job burnout with a mobile health web application using questionnaire data: a proof of concept study. *Biopsychosoc Med*. 2017 Nov 2;10:31. doi: 10.1186/s13030-016-0082-4. eCollection 2017. PubMed PMID: 27822296; PubMed Central PMCID: PMC5093935.
5. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777. Review. PubMed PMID:30326495; PubMed Central PMCID: PMC6233645.
6. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory: Manual. CPP Inc. 1996;(January): 191–218. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Christina\\_Maslach/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The\\_Maslach-Burnout\\_Inventory-Manual.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The_Maslach-Burnout_Inventory-Manual.pdf)
7. Domínguez E. Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales. Universidad de la Rioja. España. 2015. Creative Commons Reconocimiento. Disponible: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE000978.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000978.pdf)
8. Morales S, Hidalgo LF. Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica [Internet]*. 2015. Mar [cited 2019 Sep 22]; 32 (1): 119-124. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng)
9. TY - JOUR. Elbarazi, I. Loney, T. 2017 TI - Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review JO - BMC Health Services Resear SN - 1472-6963 UR - <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2319-8> DO - 10.1186/s12913-017-2319-8 ID - Elbarazi2017
10. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X. Epub 2016 Sep 28. Review. PubMed PMID: 27692469.
11. Stavroula L, Griffiths A, Tomasson L. OMS Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, (Protecting workers' health series; no. 3). France 2005 [https://www.who.int/occupational\\_health/publications/stress/es](https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es)
12. Juárez C. García A, Segovia O, Peiró JM. (2019) Revisión metaanalítica del agotamiento de los docentes en 36 sociedades: el papel de las evaluaciones nacionales de aprendizaje y el igualitarismo de género. *Psychology & Health* 34: 6, páginas 733-753.

13. Bitran M, González M, Nitsche P, Zúñiga D, Riquelme A. Concern for residents' wellbeing, an issue discussed at the latin american conference on resident education (LACRE) 2017. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 Sep 24] ; 145( 10 ): 1330-1335.
14. Prieto SE, Rodríguez GB, Jiménez CA, Quintero LG. [Burnout and quality of life in medical residents]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013 Sep-Oct; 51 (5):574-9. Spanish. PubMed PMID: 24144152.
15. Juárez A, Idrovo J., Camacho A, Placencia O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Sep 24] ; 37( 2 ): 159-176.
16. Beltrán A, Pando C, Salazar M, Torres L, TM, Aldrete MG, Pérez MB, Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2005;31(2)
17. Osuna MK, O.P.M.K. Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 24 de Tepic, Nayarit, México. *Medigraphic*. [Online] 2009;Aten Fam 2009;16(2):24-27(16): 24-27.
18. Alves GP, Ribeiro MH. Chaves CA, Gomes D, Fonseca A, Firmino HA. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2017 June [cited 2019 Sep 24] ; 63( 6 ): 504-511.
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009 Nov 14;374(9702):1714-21. doi:10.1016/S0140-6736(09)61424-0. Review. PubMed PMID: 19914516.
20. Stevenson AD, Phillips CB, Anderson KJ. Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2011 Jul;61(588):e404-10. doi: 10.3399/bjgp11X583182. PubMed PMID: 21722448; PubMed Central PMCID: PMC3123503.
21. Elovainio M, Virtanen M, Oksanen T. [Physicians' working conditions, health and working capacity]. *Duodecim.* 2017;133(7):647-52. Review. Finnish. PubMed PMID: 29243461.
22. Duval F, González F, Rabia Hassen. Neurobiología del estrés. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Sep 24] ; 48( 4 ): 307-318.
23. Becker J, Monteggia L, Perrot-Sinal T, Romeo R, Taylor J, Yehuda R, *et al.* Stress and disease: Is being female a predisposing factor? *J Neurosci* 2007; 27:11851-5.
24. Capdevila N, Segundo MJ. *Divulgación sanitaria.* Vol. 24. Núm. 8. Páginas 96-104 (septiembre 2005).
25. Zapata LF, Stress. Evolución, fisiología y enfermedad. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2003; (11):24-44. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/21301103>
26. Bruce S. McEwen, Cortisol, Cushing's Syndrome, and a Shrinking Brain—New Evidence for Reversibility, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 87, Issue 5, 1 May 2002, Pages 1947–1948.
27. Colville GA, Smith JG, Brierley J, Citron K, Nguru NM, Shaunak PD, Tam O, Perkins-Porras L. Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress.in *Intensive Care. Pediatr Crit Care Med.* 2017 Jul;18(7):e267-e273. doi:10.1097/PCC.0000000000001179. PubMed PMID: 28459762.
28. L10 Dyrbye, Shanafelt T. Una revisión narrativa sobre el agotamiento experimentado por estudiantes de medicina y residentes. *Med Educ.* 2016; 50 (1): 132-49.

29. Gouveia P, Alves da Cruz, Ribeiro Neta M, Chaves, Aschoff C. Moura Gomes D, Fonseca A, Cavalcanti H, Firmino A. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2017 June [cited 2019 Sep 25]; 63( 6 ): 504-511.
30. Adamsson A, Bernhardsson S. Síntomas que pueden estar relacionados con el estrés y conducir a trastorno de agotamiento: una revisión retrospectiva de la historia clínica en primaria sueca cuidado. *BMC Fam Pract.* 30 de octubre de 2018; 19 (1): 172. doi: 10.1186 / s12875-018-0858-7. PubMed PMID: 30376811; PubMed Central PMCID: PMC6208049.
31. Chrousos GP. El papel del estrés y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal en la patogénesis del síndrome metabólico: causas neuroendocrinas y relacionadas con el tejido diana. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000; 24 (Supl. 2): S50 – S55. doi: 10.1038 / sj.ijo.0801278.
32. Lianov LS, Fredrickson BL, Barron C, Krishnaswami J, Wallace A. Positivo Psicología en medicina del estilo de vida y cuidado de la salud: estrategias de implementación. *Soy J Lifestyle Med.* 18 de abril de 2019; 13 (5): 480-486. doi: 10.1177 / 1559827619838992. eCollection 2019 septiembre-octubre. PubMed PMID: 31523213; PubMed Central PMCID: PMC6732874.
33. Siegel TR, Nagengast AK. Mitigating Burnout. *Surg Clin North Am.* 2019 Oct;99(5):1029-1035. doi: 10.1016/j.suc.2019.06.015. Epub 2019 Jul 31. Review. PubMed PMID: 31446908.
34. Bitran M, Zúñiga D, Pedrals N, Echeverría G, Vergara C, Rigotti Attilio et al Burnout in students of health-care professions. Risk and protection factors. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 Apr [cited 2019 Sep 25]; 147( 4 ): 510-517.
35. Pospos S, Young IT, Downs N, Iglewicz A, Depp C, Chen JY, Newton I, Lee K, Light GA, Zisook S. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. *Acad Psychiatry.* 2018 Feb;42(1):109-120. doi: 10.1007/s40596-017-0868-0. Epub 2017 Dec 18. Review. PubMed PMID: 29256033;PubMed Central PMCID: PMC5796838
36. Lee HF, Kuo CC, Chien TW, Wang YR. A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. *Appl Nurs Res.* 2016 Aug;31:100-10. doi:10.1016/j.apnr.2016.01.001. Epub 2016 Jan 20. PubMed PMID: 27397826.

# ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Síndrome de burnout y afrontamiento del estrés en residentes de medicina familiar de la UMF 21.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar N° 21. Ciudad de México, Avenida Plutarco Elías Calles, No. 473, Colonia Santa Anita, Alcaldía Iztacalco. Junio – agosto 2021						
Número de registro:	Registro en trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar las repercusiones negativas del síndrome de burnout y tratarlo oportunamente, identificando y observando cómo afrontan el estrés los médicos residentes de medicina familiar.						
Procedimientos:	Se realizará un cuestionario en aproximadamente 15 minutos para valorar si tengo datos sugestivos de agotamiento laboral, así como los mecanismos que tengo para afrontar el estrés de mi vida diaria.						
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que el participar en este estudio no me causará daño, sin embargo, con los cuestionarios quizá tenga un poco de molestia-malestar-tristeza al responder preguntas que puedan llegar a tocar mis sentimientos.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me darán a conocer mis resultados de manera confidencial por el investigador, en caso necesario se me enviara a los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (SPPPTIMSS) para recibir atención si me encuentro con agotamiento laboral (síndrome de Burnout). Se me mencionara cuales mecanismos tengo para afrontar el estrés.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se darán a conocer directamente del investigador hacia mi persona.						
Participación o retiro:	El investigador me explica que de manera voluntaria puedo acceder al estudio, así mismo podré retirarme del mismo, en el momento que yo decida, sin repercusiones ni presiones.						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos serán resguardados en estricta confidencialidad, nunca se dará a conocer mi nombre, ni número de seguridad social y solo serán utilizados para el estudio.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Se me darán a conocer mis resultados de manera confidencial por el investigador, en caso necesario se me enviara a los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (SPPPTIMSS) para recibir atención si me encuentro con agotamiento laboral (síndrome de Burnout). Se me mencionara cuales mecanismos tengo para afrontar el estrés.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Alejandra Palacios Hernández. Médica adscrita a la UMF 21° con Especialización en Medicina Familiar. Matricula: 98381032. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso". Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax; email <a href="mailto:alejandra_ph17@hotmail.com">alejandra_ph17@hotmail.com</a>						
Colaboradores:	José Eduardo Vergara Fraustro. Médico adscrito a la UMF 21° con Especialización en Medicina Familiar. Matricula: 98376922. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso". Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: <a href="mailto:jaliuxguitar@gmail.com">jaliuxguitar@gmail.com</a> Cuellar Guillen Luis Francisco. Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Matricula: 97384080 Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso". Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: <a href="mailto:cuellarfcg@hotmail.com">cuellarfcg@hotmail.com</a>						
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>						
<table border="0"><tr><td style="text-align: center;">_____ Nombre y firma del participante</td><td style="text-align: center;">_____ <b>Luis Francisco Cuellar Guillen</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</td></tr><tr><td style="text-align: center;">_____ Testigo 1</td><td style="text-align: center;">_____ Testigo 2</td></tr><tr><td style="text-align: center;">_____ Nombre, dirección, relación y firma</td><td style="text-align: center;">_____ Nombre, dirección, relación y firma</td></tr></table>		_____ Nombre y firma del participante	_____ <b>Luis Francisco Cuellar Guillen</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	_____ Testigo 1	_____ Testigo 2	_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
_____ Nombre y firma del participante	_____ <b>Luis Francisco Cuellar Guillen</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2						
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma						
Clave: : 2810-009-013							

## “SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21”

### INVESTIGADORES:

Cuellar Guillen Luis Francisco. Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Matrícula: 97384080. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: [cuellarlfcg@hotmail.com](mailto:cuellarlfcg@hotmail.com)

Palacios Hernández Alejandra. Médico Familiar adscrito a la UMF No. 21. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Teléfono 55 566800. Fax sin fax. Email: [alejandra\\_ph17@hotmail.com](mailto:alejandra_ph17@hotmail.com)

José Eduardo Vergara Fraustro. Médico adscrito a la UMF 21° con Especialización en Medicina Familiar. Matrícula: 98376922. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”. Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: [laliuxguitar@gmail.com](mailto:laliuxguitar@gmail.com)

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____
1	<b>Nombre</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>Apellido Paterno</span> <span>Apellido Materno</span> <span>Nombre (s)</span> </div>
2	<b>Sexo</b> 1. Masculino ( )    2. Femenino ( )
3	<b>Edad:</b> _____ años cumplidos
4	<b>Grado de residencia:</b> 1. Primero ( )    2. Segundo ( )    3. Tercero ( )
5	<b>Estado civil:</b> 1. Soltero ( )    2. Casado ( )    3. Unión libre ( )    4. Divorciado ( )    5. Viudo ( )
6	<b>¿Tiene hijos?</b> 1. Si ( )    2. No ( )

## “SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21”

### INVESTIGADORES:

Cuellar Guillen Luis Francisco. Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Matrícula: 97384080. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: [cuellarlfcg@hotmail.com](mailto:cuellarlfcg@hotmail.com)

Palacios Hernández Alejandra. Médico Familiar adscrito a la UMF No. 21. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Teléfono 55 566800. Fax sin fax. Email: [alejandra\\_ph17@hotmail.com](mailto:alejandra_ph17@hotmail.com)

José Eduardo Vergara Fraustro. Médico adscrito a la UMF 21° con Especialización en Medicina Familiar. Matrícula: 98376922. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”. Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: [laliuxguitar@gmail.com](mailto:laliuxguitar@gmail.com)

### CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

**Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:**  
**0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES.**  
**4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.**

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY		
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	_ _
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	_ _
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	_ _
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	_ _
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	_ _
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	_ _
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	_ _
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	_ _
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	_ _
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	_ _
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	_ _
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	_ _
13	Me siento frustrado en mi trabajo	_ _
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	_ _
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	_ _
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	_ _
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	_ _

1 8	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	____
1 9	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	____
2 0	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	____
2 1	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	____
2 2	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	____

## “SINDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 21”

### INVESTIGADORES:

Cuellar Guillen Luis Francisco. Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Matricula: 97384080. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: [cuellarlfcg@hotmail.com](mailto:cuellarlfcg@hotmail.com)

Palacios Hernández Alejandra. Médico Familiar adscrito a la UMF No. 21. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Teléfono 55 566800. Fax sin fax. Email: [alejandra\\_ph17@hotmail.com](mailto:alejandra_ph17@hotmail.com)

José Eduardo Vergara Fraustro. Médico adscrito a la UMF 21\* con Especialización en Medicina Familiar. Matricula: 98376922. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”. Teléfono: 57 68 60 00 Fax: Sin fax. Email: [laluxguitar@gmail.com](mailto:laluxguitar@gmail.com)

### Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

**Nunca: 0 Pocas veces: 1 A veces: 2 Frecuentemente: 3 Casi siempre: 4**

#### ¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente .....	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal .....	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema .....	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás .....	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas .....	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía .....	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia .....	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados .....	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas .....	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema .....	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas .....	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema .....	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema .....	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) .....	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo .....	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema .....	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás .....	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás .....	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema .....	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema .....	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema .....	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema .....	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación .....	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes .....	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas .....	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema .....	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal .....	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación .....	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas .....	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema .....	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» .....	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente .....	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema .....	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir .....	0	1	2	3	4
35. Recé .....	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema .....	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran .....	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor .....	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos .....	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo .....	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos .....	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar .....	0	1	2	3	4

- Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36.
- Auto focalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37.
- Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.
- Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39.
- Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40.
- Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.
- Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.