



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES Y MÉDICOS NO
FAMILIARES DEL HGZMF No.1, PACHUCA HGO”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICA CIRUJANO
KENIA PAMELA LABRA GUEVARA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**QFB. SONIA MONZALVO DESTUNIS
QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. DAVID ARMENGOL AGIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2010-2013**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa.**

**DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICO TITULAR Y ASESOR DE METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No 1
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO**

**DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO**

**DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO**

**DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No.1 DEL IMSS**

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**QFB. SONIA MONZALVO DESTUNIS
QUÍMICO FARMACEÚTICO BIÓLOGO
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. DAVID ARMENGOL AGIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR CLÍNICO**

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS, por permitirme estar hasta el día de hoy con la gente que amo.

A mi Madre Luz María Guevara Alvarado... Porque gracias a sus enseñanzas soy la persona que soy, sufrió tristezas y festejó conmigo logros, y sobretodo creyó en mí, Que Dios la tenga en un buen lugar... Gracias mami por todo... Descanse en paz.

A mi Padre Armín Labra Resendiz... Porque me enseñó el amor hacia el estudio, la dedicación, pero más la pasión por la Medicina Familiar, gracias por tu paciencia y apoyo, eres mi ejemplo a seguir.

A Mis Hermanas Ericka Ivonne y Miriam Carmín Labra Guevara... Por apoyarme, quererme, dar todo, sin nada a cambio y más por preocuparse por mí.

A Mis Sobrinos Luis Fernando y Calos Gabino Olvera Labra... Por aguantarme y hacerme la vida más amena.

A mis amigos... Porque pasamos penas y glorias, sufrimos y festejamos, peleamos y reconciliamos pero seguimos adelante.

ÍNDICE

I	RESUMEN ESTRUCTURADO	5
II	MARCO TEORICO	6
III	JUSTIFICACION	16
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
V	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	19
VI	HIPOTESIS OBJETIVOS DEL ESTUDIO	20
VII	MATERIAL Y METODOS	20
	a) Diseño	20
	b) Universo	20
	c) Criterios de selección	21
	d) Definición de variables	21
	e) Descripción general del estudio	24
	f) Análisis estadístico	25
	g) Recursos y factibilidad	26
VIII	ASPECTOS ÉTICOS	27
IX	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
IX	RESULTADOS	29
X	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	57
XI	BIBLIOGRAFÍA	64
XII	ANEXOS	68

I.RESUMEN

TITULO: “Prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos Familiares y no Familiares del HGZMF No.1, Pachuca Hgo.”

ANTECEDENTES: El término desgaste profesional o Síndrome de Burnout se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo, en concreto personal sanitario, docente, fuerzas del orden público y significa estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto. Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos aceptan la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes. Estos estudios defienden que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características. Se mide con el Maslach Burnout Inventory (MBI) formado por 22 ítems. Fue validado al castellano en 1998 por Pedro R. Gil-Monte y José Ma. Peiró. La factorización de los 22 ítems arroja 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

OBJETIVOS: Conocer la Prevalencia de Síndrome de Burnout en Médicos Familiares y no Familiares adscritos al HGZMF No.1

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal comparativo al personal Médico de base del Hospital General de zona con Medicina Familiar No.1, Pachuca, Hgo. Categoría Médico Familiar y no Familiar en todos los turnos. Se utilizó estadística descriptiva.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: **Humanos:** Con amplia experiencia reconocida; Asesor metodológico, tutor clínico, médico residente de medicina familiar, médicos familiares y no familiares adscritos al HGZ No.1 Pachuca, Hgo.

Materiales: Para la encuesta se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), artículos de oficina, equipo de cómputo e impresoras,

Financieros: A cargo del médico investigador.

TIEMPO A REALIZARSE EL ESTUDIO Y EXPERIENCIA DE GRUPO: Posterior a la autorización del protocolo por el Comité Local de Investigación en Salud, se aplicó durante un mes. No se contó con experiencia de grupo para este tipo de estudio.

RESULTADOS: Se encontró Síndrome de Burnout en Médicos Familiares y No Familiares en el HGZNo.1, con mayor prevalencia en la esfera de Realización Personal con 64.5%

II. MARCO TEORICO

El término desgaste profesional o Síndrome de Burnout se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo, en concreto personal sanitario, docente, fuerzas del orden público (1) y significa estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto (2).

Este concepto surge en Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta con Freudenberguer (1974) (3), y explica el deterioro en la atención de las organizaciones de servicios de voluntariado, sanitaristas, de servicios sociales y educativos de las Free Clinic que habían proliferado en los EE.UU. a partir de los años 60(4). Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado. Observó que muchos de los trabajadores de la institución en la que él ejercía presentaban *un gran desgaste emocional, y pérdida de la motivación y de compromiso con el trabajo*. Para designar esta situación particular de “agotamiento psíquico”, adoptó el término “*burnout*”, utilizado habitualmente en el ámbito de la farmacología clínica para hacer referencia a los efectos del uso crónico de drogas (5).

Más tarde lo define como el resultado de desgastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables (6). El síndrome de quemarse es pues una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como el encontrarse emocionalmente agotado (3-7).

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos aceptan la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta principalmente emocional, situando los factores

laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986), defienden que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características (8).

En su análisis se apoyaría en los conceptos que le servirían para ahondar en este tipo de comportamiento. El primero era la noción de preocupación distanciada (Lief y Fox, 1963), que aludía al comportamiento característico de profesiones sanitarias que deben implicarse en la cura sin caer en sobre implicaciones emocionales. El segundo era el concepto de deshumanización defensiva (Zimbardo, 1971) que se refería a la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibradores, actuando con las personas como si fuesen objetos o problemas a solucionar. Estos conceptos tenían su campo de explicación más extensivo en las profesiones sanitarias. Su punto de arranque estuvo en las profesiones asistenciales, preferiblemente las sanitarias. Más tarde encontró que un fenómeno semejante se daba en abogados que trabajaban con personas en situación de extrema pobreza y en otras profesiones de servicio (4,9).

En un primer momento Maslach (1976), definía al Burnout como un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, que los llevaba hasta la extenuación y el distanciamiento emocional en sus trabajos. Los primeros estudios empíricos sistemáticos de Maslach con ayuda de Ayala Pines tenían como objetivo el análisis de los estados emocionales de los profesionales y sus reacciones a los clientes, relacionándolos con determinadas características de su trabajo (Maslach y Pines 1977, Pines y Maslach, 1980). Tales estudios mostraron la presencia del Cansancio emocional y de la Despersonalización fenómeno del Burnout, por ello las primeras aproximaciones conceptuales incluían solo ambas dimensiones.

A partir de este momento, se asignó un programa de investigación sobre el Burnout en varias profesiones y el desarrollo de las primeras definiciones operativas. Los resultados de tales trabajos dieron lugar a la determinación de una tercera dimensión, la falta de Realización personal (Maslach y Jackson,1981), quedando descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su

correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes negativas respecto a las personas que atiende, lo cual le crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por estas autoras como: Agotamiento emocional, Despersonalización y reducida Realización personal (4,10).

Este Síndrome se mide con el Maslach Burnout Inventory (MBI) un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert (11). Fue validado al castellano en 1998 por Pedro R. Gil-Monte y José Ma. Peiró. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI. (12, 13)

El **Agotamiento Emocional**, que se define como cansancio o fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.

Despersonalización es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia él mismo. El profesional trata no sólo de distanciarse de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con quien trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerlos culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. Junto a estas dos dimensiones aparece una tercera, consistente en un sentimiento **de bajo Logro o Realización personal y/o profesional** y que surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen,

exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima (10).

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento, stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout según Horacio Cairo(8):

1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

Se sistematizaran cuatro niveles clínicos de Burnout:

Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.

Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.

Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.

Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Analizando el signo sintomatología se distinguen:

- **Signos y síntomas físicos:** cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.

- **Signos y síntomas psíquicos:** falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración, desesperanza, desasosiego.

- **Síntomas laborales:** sobreinvolucionamiento, no comparten ni delegan trabajo, ausentismo laboral. (14, 15)

A todo ello colaboran:

Componentes personales premorbidos que aumentan la susceptibilidad personal; junto en el cual cobra interés:

- **La edad:** relacionada con la experiencia.
- **El sexo:** las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- **Variables Familiares:** la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- **Personalidad:** por ejemplo las personalidades extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.

Inadecuada formación profesional; por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo. **Factores laborales o profesionales:** condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno

humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación cuasidada médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud. Como trabajador y productor el médico se convirtió en mano de obra barata sin relaciones laborales legalmente establecida y asediada por la sombra de la mala praxis (14) **Factores sociales:** como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico. **Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos. (14, 16, 17)

El Síndrome de Burnout es considerado como factor que influye en la disminución de la calidad de la atención a los pacientes y la falta de compromiso con la práctica médica. (18)

El síndrome de burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud. (19)

Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del trabajo (OTI), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así, para el año 2002 habría alrededor de 1.2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1.1 millones de enfermedades, y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante (20).

Se han hecho estudios tanto en Europa como en los Estados Unidos acerca de la prevalencia del síndrome en los diferentes médicos especialistas, en médicos generales, en odontólogos, médicos internistas intensivistas donde Guntupalli informa prevalencia general de 40%, y en médicos familiares con prevalencia de 59.7%. (18)

Martínez y Del Castillo (2003) en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, es muy alta (76.4%)". (21)

Ramos y Domínguez (2006) en el trabajo de investigación "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos (España)", concluyeron que: "El 67.9% de profesionales médicos presentan burnout, de los cuales, la tercera parte (21.6%) de grado máximo. En el análisis multivariable la localización urbana del centro aparece relacionada con el burnout y aglutina un cupo y una presión asistencial elevados". (22)

Román (2003) en la investigación "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención". (23)

Se ha estudiado el síndrome de burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en

Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). (24)

Un estudio realizado en enfermeras, médicos y personal de laboratorio en Chile en el 2002, dio como resultado que un 31% presentaban el síndrome de Burnout, un 38% de probabilidades de padecerlo y un 31% sin Burnout, con un mayor porcentaje de Síndrome de Burnout entre las enfermeras. (25)

Otro estudio realizado a enfermeros mexicanos de los cuales La muestra estuvo conformada por 551 enfermeras (88.6%) y 71 enfermeros (11.4%). En el inventario total: altas en 29.8% (164) enfermeras y 63.4% (45) enfermeros, moderadas en 51.2% (282) enfermeras y 28.2% (20) enfermeros y valores bajos en 19.1% (105) enfermeras y 8.5% (6) enfermeros. (26)

Un estudio que investigó las esferas de Síndrome de Burnout en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, reveló los siguientes datos: 10.9% de cansancio emocional, 19.6% de despersonalización y 74.9% de baja realización personal. (27) Palmer et al. Determinaron una prevalencia general de 44% del síndrome en médicos anesthesiólogos; la sobrecarga de trabajo y el conflicto de valores eran variables que influían en la presencia de este síndrome (28). De igual forma Cabrera et al y Pereda et al (27, 29) encontraron que de 236 enfermeras estudiadas, 92 (39%) tuvieron datos compatibles con el Síndrome, con diferencias estadísticamente significativas en

cuanto a la edad y la antigüedad en el puesto al compararlas con enfermeras sin el síndrome.

Existen series de estudios de investigación enfocados a detectar Burnout en personal médico sobre todo en aquellos que laboran en zonas de constante estrés como urgencias y terapia intensiva. Así tenemos que Tena y cols. (30), encontraron que un 40% de los profesionales estudiados de una muestra de 583 médicos de 93 centros de Atención Primaria presentan una puntuación alta en el Maslach Burnout Inventory (MBI), siendo también entre un 40-45% los que presentan puntuaciones altas en las tres escalas. Dahlin (31), por su parte realizó un estudio aplicado a estudiantes de medicina en entrenamiento clínico que el porcentaje de Burnout variaba del 27.7% a 57.7% en estudiantes del 1er a 3er año. Martínez-López (32) en un estudio realizado entre marzo de 2003 y septiembre 2004 en personal de enfermería de la ciudad de México dio como resultado porcentajes altos en 29.8% enfermeras y 63.4% enfermeros, moderadas en 51.2% enfermeras y 28.2% enfermeros y valores bajos en 19.1% enfermeras y 8.5% enfermeros.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Aranda et al. realizaron un estudio entre los médicos familiares, donde la prevalencia de síndrome de burnout fue del 42,3%. (33)

Cetina y cols.(34) encontraron en su estudio realizado en médicos familiares de las cuatro unidades de medicina familiar de Cancún Quintana Roo, síndrome de Burnout, con puntuaciones que variaron de 50.5% con nivel bajo, 29% con un nivel moderado y 20.5% con nivel alto.

En Hidalgo no se ha publicado ningún estudio. Martínez AJ y Castelán MJ, en su Tesis para obtener el Diploma de Especialidad de Medicina Familiar realizó un estudio de investigación con los médicos becarios del Hospital encontrando prevalencia de Burnout mas altas en médicos internos que en médicos residentes, en cuanto a la esfera de agotamiento emocional los médicos internos del sexo

femenino presentan mayor grado de agotamiento (42.1%) que los médicos internos del sexo masculino (22.22%). (35)

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La deficiente calidad de la atención a la salud, al igual que la ineficiencia en la producción de servicios, están consideradas como los más grandes y complejos retos que enfrentan, las organizaciones prestadoras de servicios públicos de salud en México, desde hace más de una década. Desde entonces, ante las irrefutables evidencias de deficiencias en la calidad de la atención dentro del sistema de salud público, se han planteado diversas estrategias con el fin de garantizar la calidad de los servicios

Las profesiones de servicio que están ligadas a la vida, entre las que se encuentran la medicina y la enfermería, se caracterizan por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona. La actividad que desarrollan estos profesionales, incluyen un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte, etc.)

Esta interacción va sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, lo que puede provocar que el colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio.

Hoy día, dada la situación por la que atraviesa nuestra Atención Primaria, rodeada de factores estresantes, es un verdadero caldo de cultivo para que el Síndrome de Burnout avance como un reguero de pólvora por toda la geografía sanitaria, y los diversos estudios realizados así lo atestiguan. Lo fundamental del Síndrome de Burnout es reconocer su presencia para de esta manera poder contrarrestarlo, ya que si negamos su existencia o achacamos sólo al nivel institucional la necesidad

de prevenirlo o tratarlo, nunca podremos solucionar esta situación y continuaremos dando la espalda a un verdadero problema de auto-salud pública.

La situación económica en Hidalgo, ha saturado el uso de los servicios públicos más en el sistema de salud, viéndose un aumento en atención médica, incrementando el número de pacientes atendidos en una jornada de trabajo en el HGZMF no.1, tanto en consulta de Medicina Familiar como de otra especialidad, ocasionando disminución en la calidad de la atención médica.

Por consiguiente el derechohabiente de esta institución últimamente se queja y reporta la mala calidad y atención del médico tanto Familiar como No familiar, además de los demás servicios que otorga esta institución, sin embargo no nos hemos puesto a pensar que aparte de la deficiencia de recursos, puede haber factores ambientales, laborales, personales y psicológicos que predispongan o que contribuyan al tipo de atención otorgada por el médico.

Por tal motivo se me hizo interesante investigar si el médico de esta institución puede estar cursando con un desgaste profesional reflejándose en la presencia de Síndrome de Burnout, que sumando con la problemática de salud nacional y estatal, conlleve a una mala calidad de la atención.

ASPECTOS:

- 1. PERTINENTE:** La Realización de este estudio es pertinente porque a nivel estatal no hay publicaciones previas de Síndrome de Burnout en personal médico y dada la disminución de la calidad de la atención médica es posible que exista una relación con la misma.
- 2. MAGNITUD:** Al momento se desconoce la magnitud del Síndrome de Burnout en médicos familiares y no familiares en HGZMF no. 1 de la Cd. De Pachuca, Hgo; puesto que no se ha realizado un estudio como tal ni hay estudios a nivel estatal de presencia de Síndrome de Burnout en personal médico.

3. **VIABILIDAD:** La investigación que se pretende realizar, puede llevarse a cabo en el HGZMF no. 1, ya que cuenta con un grupo amplio de personal médico familiar y no familiar adscrita al hospital para la aplicación de la encuesta directa.
4. **TRASENDENCIA:** El conocimiento de si existe Síndrome de Burnout y cuál es la prevalencia en el personal médico familiar como no familiar es de trascendencia, ya que al realizar estrategias en el personal que presente dicho síndrome en cada uno de los factores involucrados se mejorará el desempeño laboral y así aumentar la calidad de la atención médica.
5. **FACTIBILIDAD:** Es factible ya que se cuenta con recurso financiero, humanos e institucionales, para llevar a cabo el estudio.
6. **POLITICA:** Los resultados podrán ser una línea de acción para evitar en un futuro un sin número de casos de Síndrome de Burnout.
7. **ADMINISTRATIVA:** Los resultados obtenidos en este estudio, en un futuro podrán ser utilizados para disminuir la problemática, viéndose reflejado en la mejora de la atención médica y disminución de quejas y demandas para el instituto.
8. **INTERESANTE:** Los resultados que arroje la investigación son de interés, debido a que en la actualidad se desconoce si existe y de ser así la prevalencia de Síndrome de Burnout en este hospital y a partir de los resultados que se obtengan se podrán tomar estrategias para mejorar la prestación de servicios por parte del personal y mejorar la calidad de la atención.
9. **RELEVANTE:** Se trata de un tema de salud para nuestra institución, que hasta el momento no se tienen publicaciones suficientes a nivel nacional ni estatal.
10. **ETICO:** Se respeta la privacidad de la información, los derechos del personal involucrado y se realiza con su autorización.
11. **NOVEDOSO:** Porque hasta el momento no se encuentran estudios relacionados a este problema en este hospital.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos familiares y médicos no familiares adscritos al HGZ No.1 Pachuca, Hgo?

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Familiares y Médicos no familiares adscritos al HGZMF No.1.

ESPECIFICOS:

1. Conocer la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos familiares del HGZMF No.1.
2. Conocer la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos no familiares del HGZMF No.1.
3. Identificar el grado de agotamiento entre Médicos Familiares y Médicos no Familiares del HGZMF No.1.
4. Identificar el grado de Despersonalización entre Médicos Familiares y Médicos no Familiares del HGZMF No.1.
5. Identificar el grado de realización personal entre Médicos Familiares y Médicos no Familiares del HGZMF No.1.

VI. HIPOTESIS ALTERNA

La Prevalencia de Síndrome de Burnout en Médicos Familiares y no Familiares adscritos al HGZMF No.1 es de mayor o igual al 40%

HIPOTESIS NULA

La Prevalencia de Síndrome de Burnout en Médicos Familiares y no Familiares adscritos al HGZMF No.1 es menor al 40%

VII. MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE DISEÑO

Descriptivo, ya que pretende relacionar dos o más variables para conocerlas situaciones predominantes del problema.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal comparativo, porque los datos que se obtendrán será en un solo tiempo comparando 2 variables.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

Lugar: Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 Pachuca después de tener la autorización del comité, se aplicará el instrumento de evaluación.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Personal Médico de Base del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Pachuca, Hgo, categoría Médico Familiar y no Familiar en todos los turnos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. C. DE INCLUSIÓN:

- Ser trabajador de base adscrito al HGZMF No.1 categoría Médico Familiar y no Familiar.
- Encontrarse laborando en el período de aplicación.
- Que tengan al menos un año o menos de 20 años de experiencia laboral en el Hospital.

2. C. DE EXCLUSIÓN:

- Ser Médico General y estar laborando con la categoría de Médico Familiar
- Que el médico que acepte participar tenga alguna enfermedad que pueda asociarse con Síndrome de Burnout como Hipotiroidismo u Obesidad exógena.
- Médicos que no deseen participar en el estudio.

3. C. DE ELIMINACIÓN:

- Que no llenaron completamente la encuesta.
- Fallecimiento o Jubilación.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Ocupación Médica

Variable Dependiente: Síndrome de Burnout.

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFICINIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
SINDROME DE BURNOUT	Se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo	El resultado de la suma del puntaje de la Escala de Maslach Burnout Inventori aplicada a los médicos familiares y no familiares del HGZ MF No.1 Pachuca Hgo.	Cualitativa	Ordinal	<p>0=Nunca 1=Pocas veces al año o menos 2=Una vez al mes o menos 3=Unas pocas veces al mes o menos 4=Una vez a la semana 5=Pocas veces a la semana 6=Todos los días</p> <p>Bajo Agotamiento emocional (AE) = ó <18 Despersonalización personal (DP) = ó <5 Realización personal (RP) = ó >40</p> <p>Medio (AE = ó <19-26; DP = 6-9; RP =34-39) Alto (AE = ó <27; DP =ó >10; RP = ó<33).</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFICINIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Según la edad en el momento de la encuesta	Cuantitativa	Continúa	Años
GENERO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Según sexo biológico de pertenencia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
ESTADO CIVIL	Situación de una persona en términos legales	Según estado civil al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	Tiempo que se encuentra ejerciendo su profesión	Según los años de ejercicio profesional al momento de la encuesta	Cualitativa	Continúa	Años
PROFESION	Ocupación especializada que ejerce públicamente.	Según la profesión que ejerce al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Médico Familiar Médico no Familiar

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se llevara a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca, Hgo. Se realizará a todo el personal médico de base categoría Médico Familiar y no Familiar que cumplan con los criterios de inclusión y que hayan aceptado el consentimiento informado. La información se recolectará por el investigador en cuestionarios que contengan la encuesta que consta de 2 partes: Ficha de identificación con preguntas de interés epidemiológico y cuestionario de Maslach. Se evaluará y se comparará la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Familiares en comparación con Médico no Familiares de Octubre a Diciembre de 2012. Lo anterior a través del paquetes estadístico de SPSS versión 16.

TAMAÑO DE MUESTRA

Tomando en cuenta que existen 219 Médicos no Familiares y 67 Médicos Familiares adscritos la HGZMF No.1, se realiza el tamaño de muestra de la comparación de 2 proporciones con la fórmula:

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

Donde:

N= Población

z= Intervalo de confianza 95% -> 1.96

p= Proporción previa o existente, se tomo un estudio realizado por Arana en donde la prevalencia de Síndrome de Burnout en Médico Familiares de Guadalajara fue del 42%, por lo cual p=0.42

q= 1-p

d= error alfa=> 0.05%

Para Médicos no Familiares

N=219

$$n = \frac{(219) (1.96)^2 (0.42) (0.58)}{(0.05)^2 (218) + (1.96)^2 (0.42) (0.58)}$$

$$n = \frac{(219) (3.8416) (0.42) (0.58)}{(0.0025) (218) + (3.8416) (0.42) (0.58)}$$

$$n = \frac{204.9432}{0.545 + 0.9358}$$

$$n = \frac{204.9432}{1.4808}$$

n= 138 Médicos no Familiares

Para Médicos Familiares

N=67

$$n = \frac{(67) (1.96)^2 (0.42) (0.58)}{(0.05)^2 (66) + (1.96)^2 (0.42) (0.58)}$$

$$n = \frac{(67) (3.8416) (0.42) (0.58)}{(0.0025) (66) + (3.8416) (0.42) (0.58)}$$

$$n = \frac{62.6995}{0.165 + 0.9358}$$

$$n = \frac{62.6995}{1.1008}$$

n= 57 Médicos Familiares

Las encuestas se realizarán de forma aleatoria utilizando una tabla de números aleatorios o por computadora.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará un análisis Estadístico Descriptivo.

FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Recursos humanos

- Asesor metodológico: QFB. Sonia Monzalvo Destunis
- Tutor Clínico: Dr. David Armengol Agis
- Investigador: R3MF Kenia Pamela Labra Guevara

Recursos materiales

- Hoja de recolección de datos
- Lápices, lapiceros
- Computadora o Laptop
- Hojas, impresiones y copias.

Recursos financieros

- Pertenecientes al investigador: Recursos humano y material
- Pertenecientes al IMSS HGZ y MF No.1 Pachuca Hidalgo, para obtener datos del personal médico de base categoría Médico Familiar y no Familiar.

VIII. ASPECTOS ETICOS

Esta investigación cumple con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General De Salud en materia de investigación para la salud en México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasificó como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el título segundo, capítulo 1, artículo 17, investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modifican intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

De acuerdo a la declaración de Helsinky en su art. 6, 7 y 9 en investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

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

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

El estudio no representará riesgo alguno para el paciente, y se conservarán los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia. Los resultados permitirán comparar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos familiares con médicos no familiares del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hgo

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Nov. 2011	Dic. 2011	Ene 2012	Feb. 2012	Mar 2012	Abr. 2012	May 2012	Jun. 2012	Julio 2012	Ago. 2012	Sep. 2012	Oct. 2012	Nov. 2012	Dic. 2012
Delimitación del tema a estudiar.	■													
Realizado	■													
Recopilación revisión y selección de bibliografía.		■												
Realizado		■												
Elaboración del protocolo de estudio.			■											
Realizado			■											
Revisión por el comité de investigación.				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Realizado						■								
Planeación operativa de la investigación.													■	■
Realizado.														■
Recolección de la información.														■
Realizado.														■
Análisis de la información.														■
Realizado.														■

X. RESULTADOS.

Se encuestó un total de 57 médicos familiares de los cuales se excluyeron 10 por encontrarse en periodo vacacional e incapacidad y 12 que no aceptaron contestar la encuesta. De médicos no familiares se encuestó un total de 138 médicos de los cuales se excluyeron 30 por ser médicos 08, 27 se encontraban en periodo vacacional e incapacidad y 30 que no aceptaron contestar la encuesta de lo que se obtuvieron los siguientes resultados:

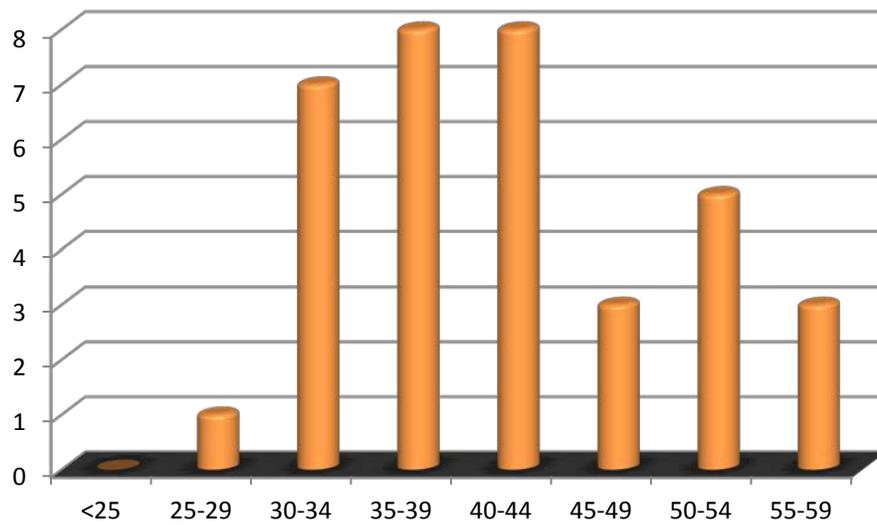
**CUADRO No. 1
MÉDICOS FAMILIARES POR GRUPOS DE EDAD.**

GRUPOS DE EDAD.	NÚMERO	%
<25	0	0.0
25-29	1	2.86
30-34	7	20.00
35-39	8	22.86
40-44	8	22.86
45-49	3	8.57
50-54	5	14.28
55-59	3	8.57
TOTAL	35	100.0

Fuente: Cédula de registro.

MÉDICOS FAMILIARES POR GRUPOS DE EDAD.- Se observa en la tabla que los grupos de edad en los rangos de 35-39 y el de 40-44, son los de mayor frecuencia, representando cada grupo el 22.860 % de la muestra, en segundo lugar, se encontró al grupo de 30-34 años de edad, significando el 20.00 %, y en tercer sitio, el grupo de 50-54 años de edad estos tres grupos en su conjunto representaron el 80.00 %; en cuanto a la caracterización o resumen de toda la muestra los resultados son: media aritmética 41.57 años, mediana 40 años, moda 37 años, desviación estándar 8.13 años, y el rango va de una edad mínima de 29 años a una máxima edad de 58 años; el intervalo para un 95 % de confianza en la población de médicos familiares es: 36.19-----46.65 años de edad, (Cuadro no. 1).

MÉDICOS FAMILIARES POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Cuadro no. 1

CUADRO No. 2

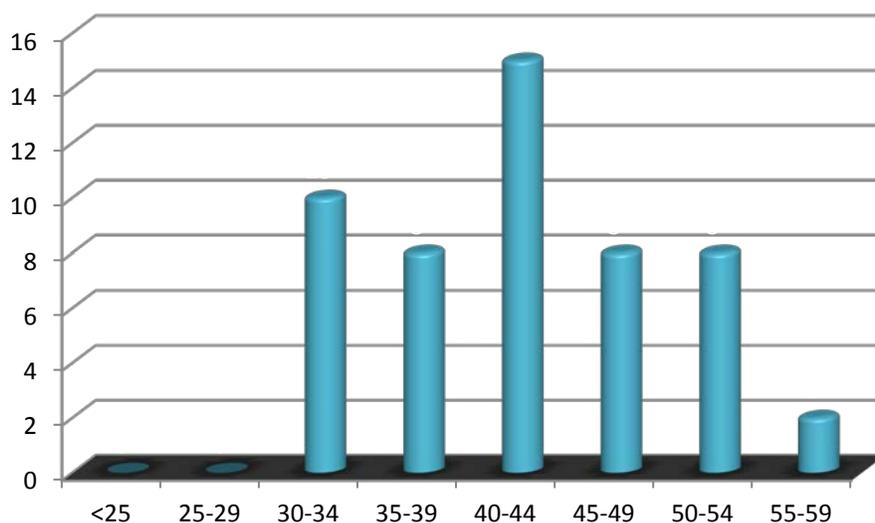
MÉDICOS NO FAMILIARES POR GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD.	NÚMERO	%
<25	0	0.0
25-29	0	0.0
30-34	10	19.61
35-39	8	15.69
40-44	15	29.40
45-49	8	15.69
50-54	8	15.69
55-59	2	3.92
TOTAL	51	100.0

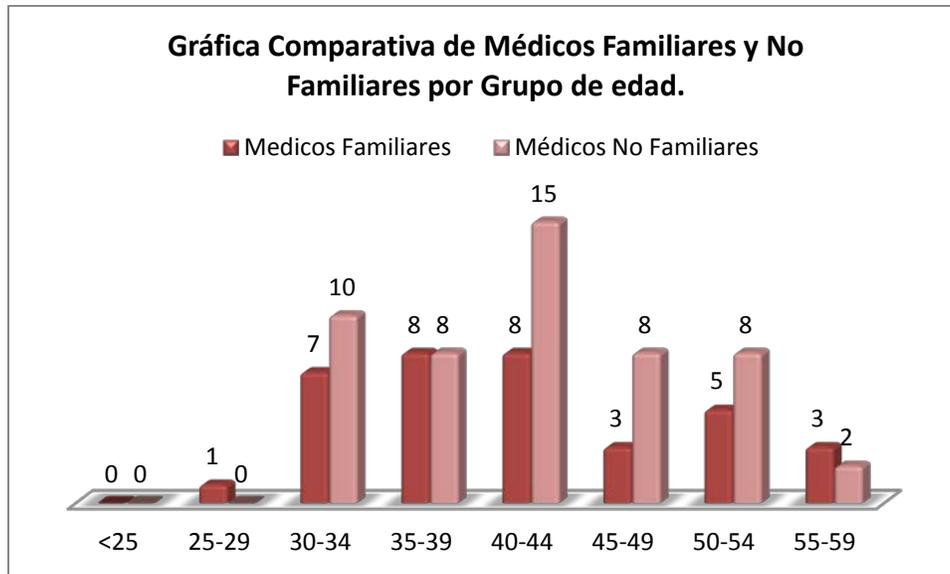
Fuente: Cédula de registro.

MÉDICOS NO FAMILIARES POR GRUPOS DE EDAD.- Se observa en la tabla que, el grupo en el rango de edad de 40-44 años, es el de mayor frecuencia, representando el 29.40 % de la muestra, en segundo lugar, se encontró al grupo de 30-34 años de edad, significando el 19.61 %, y en tercer sitio, se encuentran los grupos de 35-39, 45-49 y el de 50-54 años de edad representando cada uno el 15.69 %; estos tres grupos en su conjunto representaron el 96.08 %; en cuanto a la caracterización o resumen de toda la muestra los resultados son: media aritmética 42.16 años, mediana 41 años, moda 40 años, desviación estándar 7.26 años, y el rango va de una edad mínima de 30 años a una máxima edad de 59 años; el intervalo para un 95 % de confianza en la población de médicos no familiares es: 38.18-----46.14 años de edad, (Cuadro no. 2).

MÉDICOS NO FAMILIARES POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Cuadro no. 2



Se observa en la tabla que tanto en Médicos Familiares como No Familiares se encuentran dentro de un rango de edad parecida que va de los 30 a 44 años de edad.

CUADRO No. 3

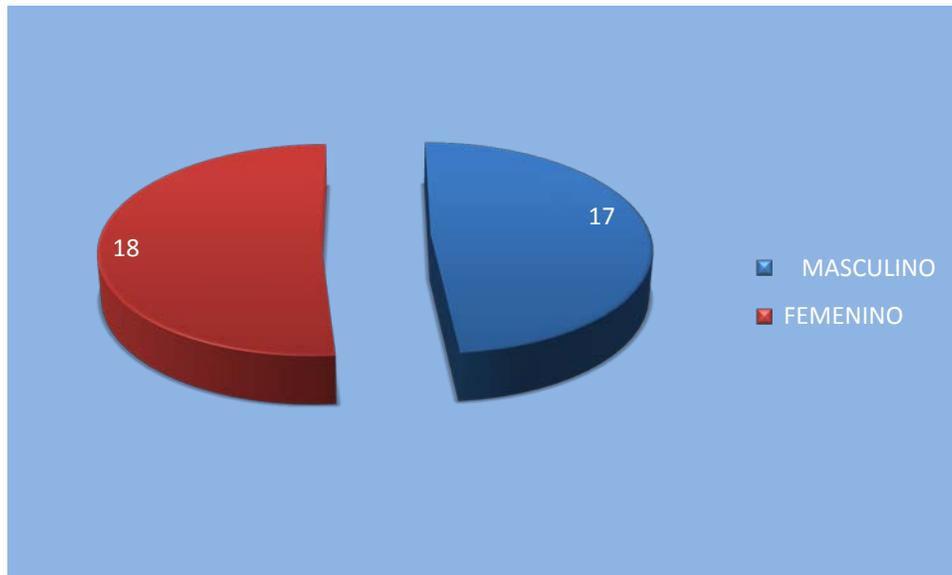
MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN SEXO.

SEXO.	NÚMERO	%
MASCULINO	17	48.57
FEMENINO	18	51.43
TOTAL.	35	100.0

Fuente: Encuesta directa.

MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN SEXO.- Se observa en la tabla que el sexo femenino es el más frecuente, representando el 51.43 % de los médicos familiares encuestados; el sexo masculino significó el 48.57 %, la razón es de 1.06 hombres por cada mujer (prácticamente 1:1), (Cuadro no. 3).

MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN SEXO.



Fuente: Cuadro no. 3

CUADRO No. 4

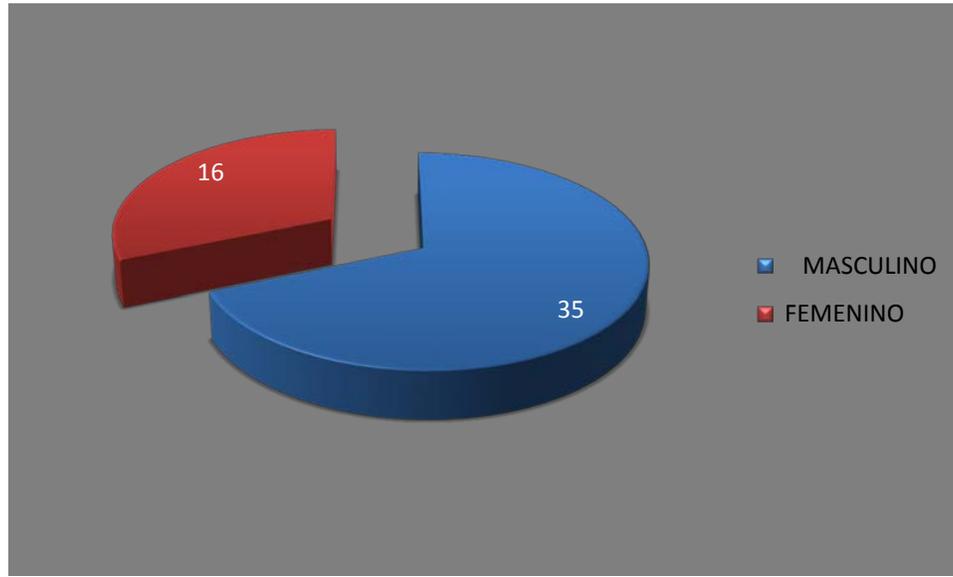
MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN SEXO.

SEXO.	NÚMERO	%
MASCULINO	35	68.63
FEMENINO	16	31.37
TOTAL.	51	100.0

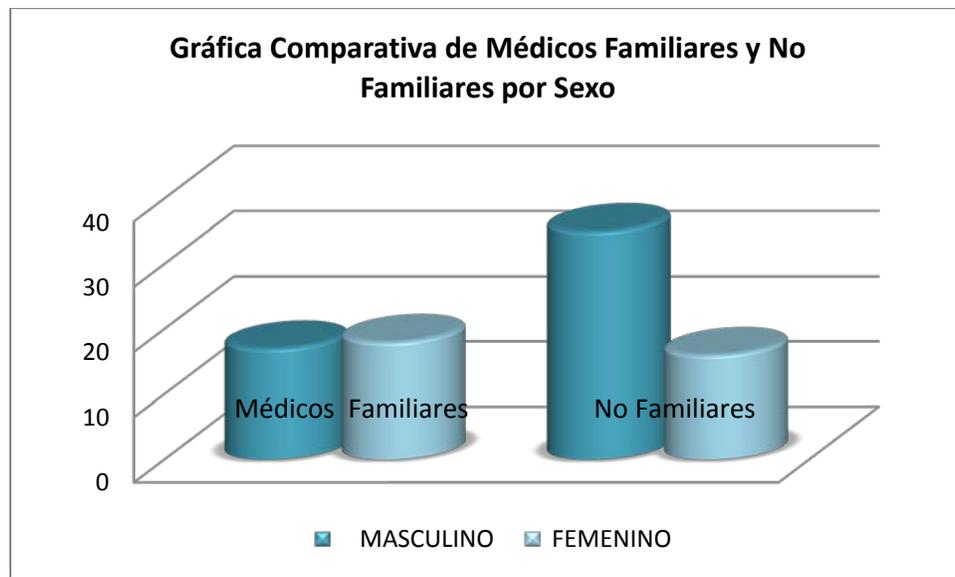
Fuente: Encuesta directa.

MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN SEXO.- Se observa en la tabla que el sexo masculino es el más frecuente, representando el 68.63 % de los médicos familiares encuestados; el sexo femenino significó el 31.37 %, la razón es de 2.19 hombres por cada mujer, (Cuadro no. 4).

MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN SEXO.



Fuente: Cuadro no. 4



Se observa en la tabla que en Médicos Familiares hay una frecuencia casi parecida entre hombres y mujeres, sin embargo en Médicos no Familiares hay más frecuencia de hombres que de mujeres.

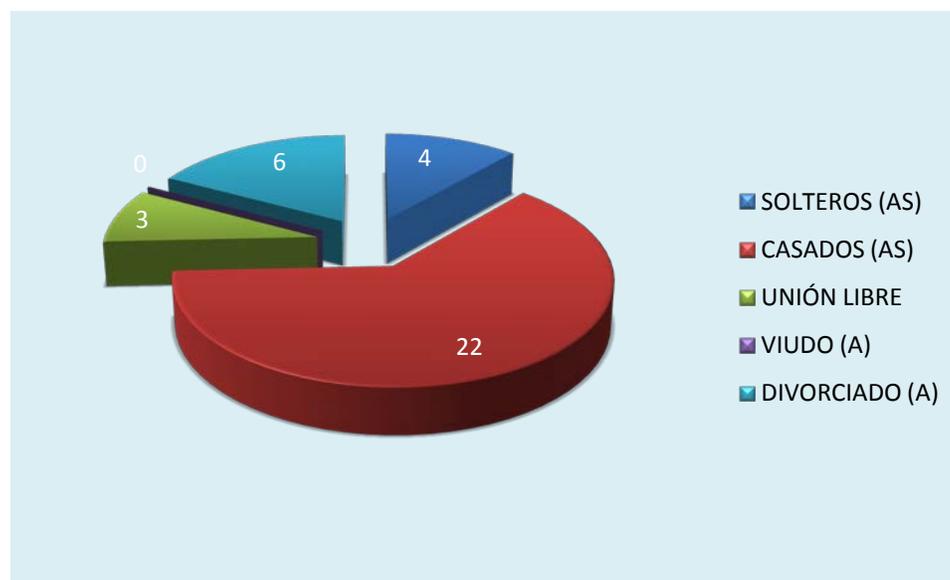
CUADRO No. 5
MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL.	NÚMERO	%
SOLTEROS (AS)	4	11.43
CASADOS (AS)	22	62.86
UNIÓN LIBRE	3	8.57
VIUDO (A)	0	0.0
DIVORCIADO (A)	6	17.14
TOTAL.	35	100.0

Fuente: Encuesta directa.

MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL.- Se observa en la tabla que en primer lugar se encuentran los médicos familiares casados, representando el 62.86 % de la muestra, en segundo sitio se encuentran los médicos que declararon ser divorciados (as), significando el 17.14 %, y en tercer lugar los que declararon ser solteros (as) representando el 11.43 % de los médicos familiares encuestados, (Cuadro no. 5)

MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL.



Fuente: Cuadro no. 5

CUADRO No. 6

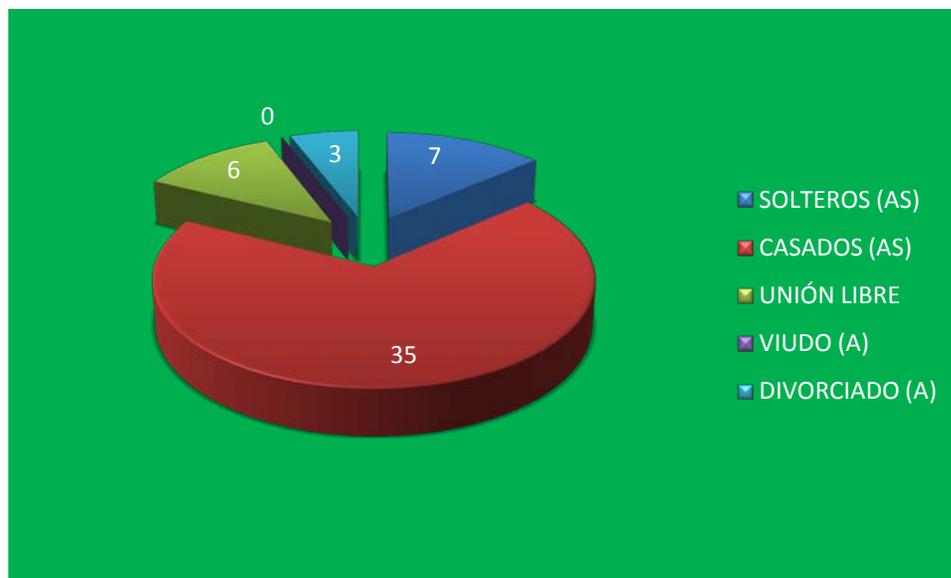
MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL.	NÚMERO	%
SOLTEROS (AS)	7	13.73
CASADOS (AS)	35	68.63
UNIÓN LIBRE	6	11.76
VIUDO (A)	0	0.0
DIVORCIADO (A)	3	5.88
TOTAL.	51	100.0

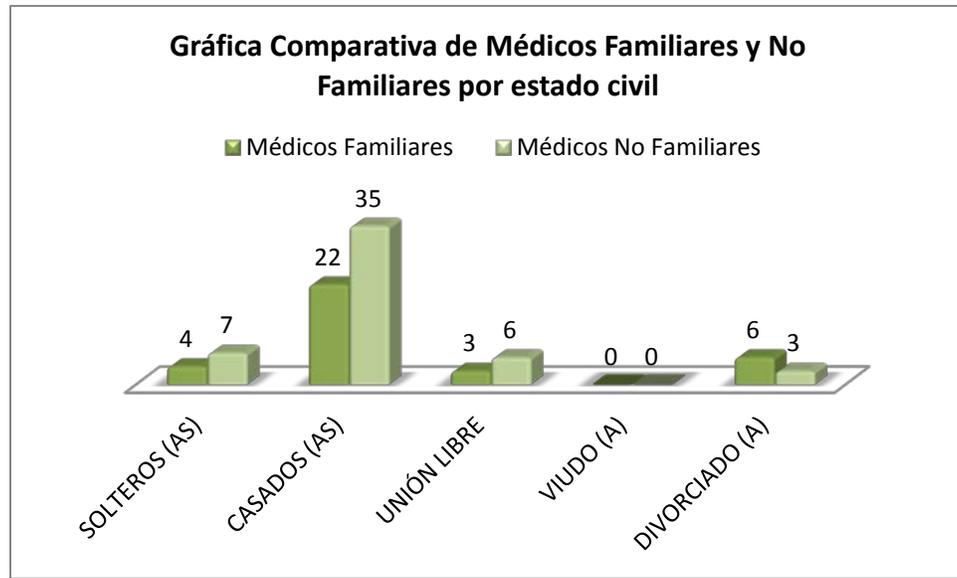
Fuente: Encuesta directa.

MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL.- Se observa en la tabla que en primer lugar se encuentran los médicos familiares casados, representando el 68.63 % de la muestra, en segundo sitio se encuentran los médicos que declararon ser solteros (as), significando el 13.73 %, y en tercer lugar los que declararon vivir en unión libre representando el 11.76 % de los médicos no familiares encuestados, (Cuadro no. 6).

MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN ESTADO CIVIL.



Fuente: Cuadro no. 6



Se observa en la tabla que tanto en Médicos Familiares como no Familiares hay más frecuentemente médicos casados.

CUADRO No. 7
MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN TIEMPO DE EJERCICIO
PROFESIONAL EN EL IMSS.

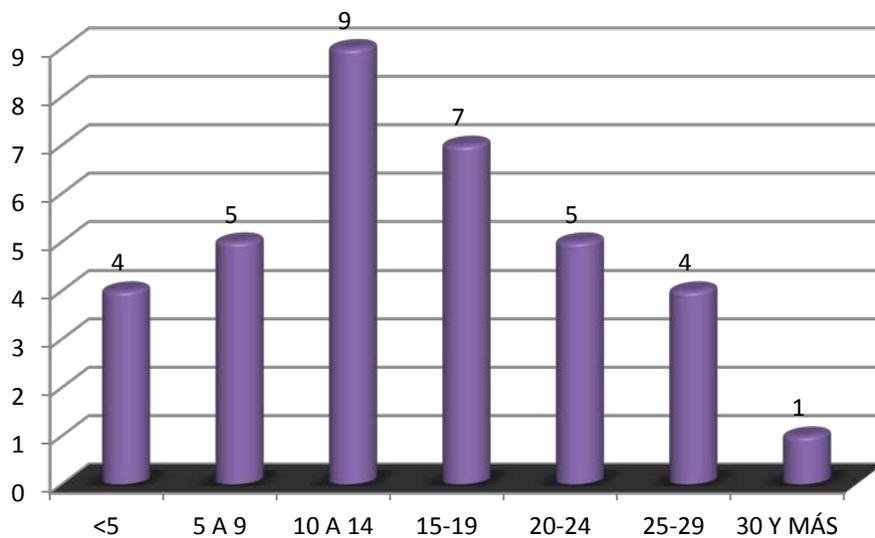
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN EL IMSS (AÑOS).	NÚMERO	%
<5	4	11.43
5-9	5	14.29
10-14	9	25.70
15-19	7	20.00
20-24	5	14.29
25-29	4	11.43
30 Y MÁS	1	2.86
TOTAL.	35	100.0

Fuente: Encuesta directa.

MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN

EL IMSS.- Se observa en la tabla que en primer lugar se encuentran los médicos familiares con ejercicio profesional en el IMSS entre 10-14 años, representando el 25.70 % de la muestra, en segundo sitio se encuentran los médicos que declararon entre 15-19 años de ejercicio profesional significando el 20.00 %, y en tercer lugar los médicos que declararon de 5-9 y los de 20-24 años de ejercicio profesional en el IMSS, representando cada uno el 14.29 %; cabe señalar que, el 71.42 % de los médicos familiares tienen menos de 20 años de ejercicio profesional dentro del IMSS (Cuadro no. 7).

MÉDICOS FAMILIARES SEGÚN TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN EL IMSS.



Fuente: Cuadro no. 7

CUADRO No. 8
MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN TIEMPO DE EJERCICIO
PROFESIONAL EN EL IMSS.

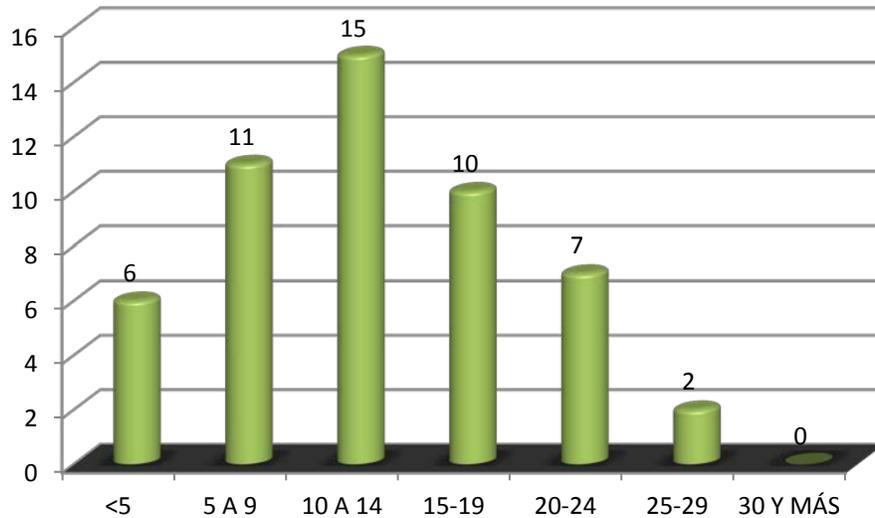
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN EL IMSS (AÑOS).	NÚMERO	%
<5	6	11.76
5-9	11	21.57
10-14	15	29.41
15-19	10	19.61
20-24	7	13.73
25-29	2	3.92
30 Y MÁS	0	0.0
TOTAL.	51	100.0

Fuente: Encuesta directa.

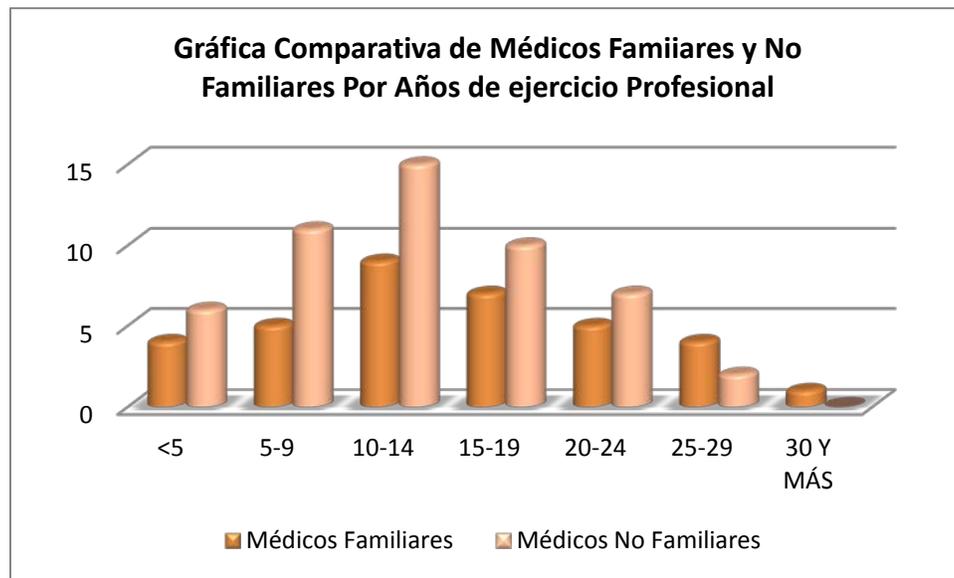
MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN EL IMSS.-

Se observa en la tabla que en primer lugar se encuentran los médicos no familiares con ejercicio profesional en el IMSS entre 10-14 años, representando el 29.49 % de la muestra, en segundo sitio se encuentran los médicos que declararon entre 5-9 años de ejercicio profesional significando el 21.57 %, y en tercer lugar los médicos que declararon de 15-19 años de ejercicio profesional en el IMSS, representando el 19.61 %; cabe señalar que, el 82.35 % de los médicos no familiares tienen menos de 20 años de ejercicio profesional dentro del IMSS (Cuadro no. 8).

MÉDICOS NO FAMILIARES SEGÚN TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN EL IMSS.



Fuente: Cuadro no. 8

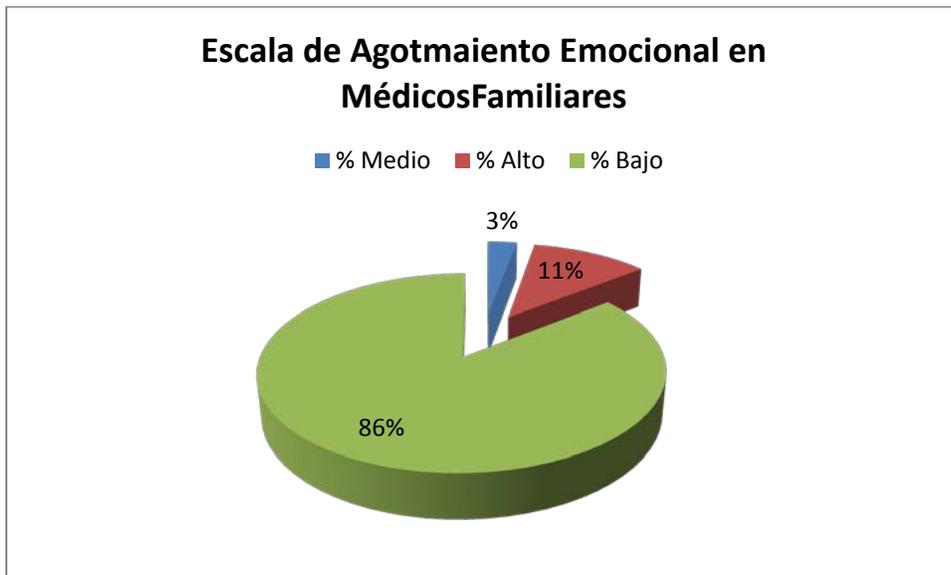


Se observa en la tabla que tanto en Médicos Familiares como no Familiares se encuentran parecidos los años de ejercicio profesional, siendo de 10 a 24 años laborando su especialidad.

CUADRO NO. 9
AGOTAMIENTO EMOCIONAL: DISMINUCIÓN O PÉRDIDA DE RECURSOS
EMOCIONALES Ó SENTIMIENTOS DE ESTAR SATURADOS Y CANSADOS
EMOCIONALMENTE POR EL TRABAJO. MÉDICOS FAMILIARES.

	Alto	Medio	Bajo	% Medio	% Alto	% Bajo
Agotamiento Emocional	4	1	30	2.86%	11.43%	85.71%

AGOTAMIENTO EMOCIONAL.- El 11.43 % de los médicos familiares presentan un alto nivel de agotamiento emocional, mientras que el 2.86 % presentaron un nivel intermedio, entre ambas cifras, se puede decir que en forma acumulada la prevalencia viene siendo del 14.29 %; por otra parte, el 85.71 %, presentan según las respuestas otorgadas durante la encuesta niveles bajos de agotamiento emocional.

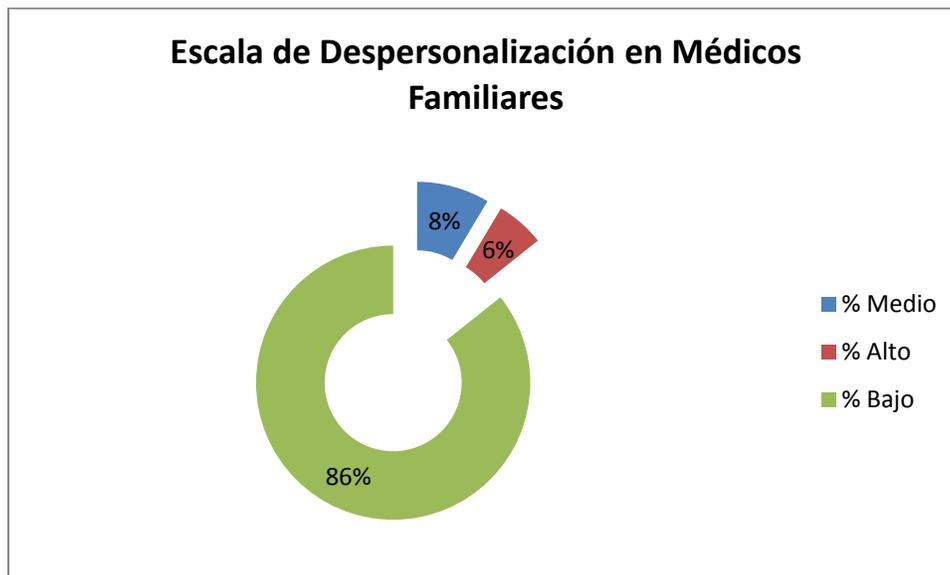


Fuente: Cuadro No.9

**CUADRO NO. 10
DESPERSONALIZACIÓN: RESPUESTA FRÍA E IMPERSONAL Y FALTA DE
SENTIMIENTOS E INSENSIBILIDAD HACIA LOS SUJETOS OBJETO DE ATENCIÓN.
MÉDICOS FAMILIARES.**

	Alto	Medio	Bajo	% Medio	% Alto	% Bajo
Despersonalización	2	3	30	8.57%	5.71%	85.71%

DESPERSONALIZACIÓN.- El 5.71% de los médicos familiares presentan un alto nivel de despersonalización, mientras que el 8.57% presentaron un nivel intermedio, entre ambas cifras, se puede decir que en forma acumulada la prevalencia viene siendo del 14.28 %; por otra parte, el 85.71 %, presentan según las respuestas otorgadas durante la encuesta niveles bajos de despersonalización.

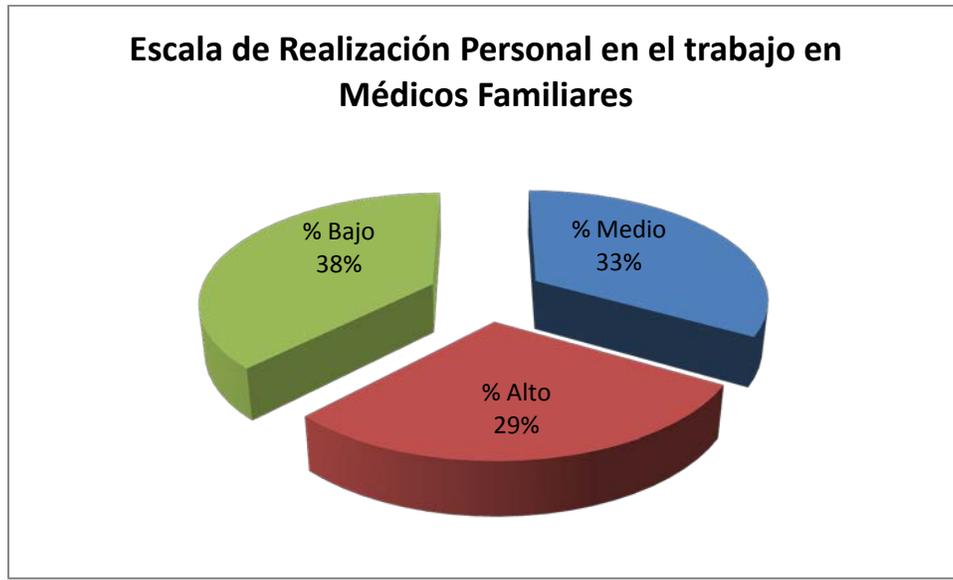


Fuente: Cuadro no. 10

CUADRO NO. 11
REALIZACIÓN PERSONAL EN EL TRABAJO: SENTIMIENTOS DE COMPETENCIA Y EFICACIA EN EL TRABAJO; TENDENCIA A EVALUAR EL PROPIO TRABAJO DE FORMA NEGATIVA Y VIVENCIA DE INSUFICIENCIA PROFESIONAL. MÉDICOS FAMILIARES.

	Alto	Medio	Bajo	% Medio	% Alto	% Bajo
Realización Personal	13	15	17	42.86%	37.14%	48.57%

REALIZACIÓN PERSONAL.- 48.57 % de los médicos familiares encuestados perciben baja realización personal, mientras que el 37.14 % tienen una sensación intermedia de logro; el 37.14%, tienen la sensación de logro, entonces la prevalencia estimada de realización personal es del 85.71.

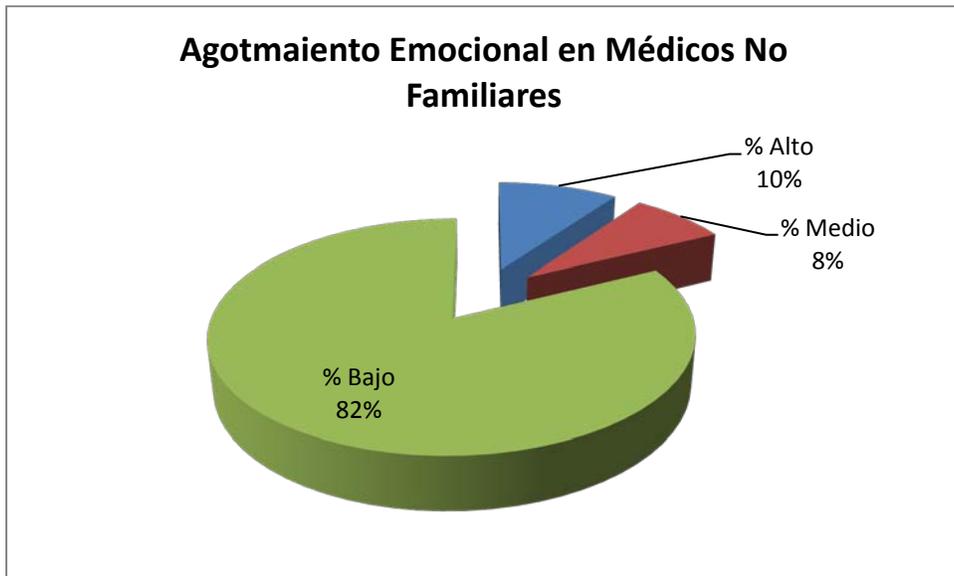


Fuente: Cuadro no. 11

**CUADRO NO. 12
AGOTAMIENTO EMOCIONAL: DISMINUCIÓN O PÉRDIDA DE RECURSOS
EMOCIONALES Ó SENTIMIENTOS DE ESTAR SATURADOS Y CANSADOS
EMOCIONALMENTE POR EL TRABAJO. MÉDICOS NO FAMILIARES.**

	Alto	Medio	Bajo	% Alto	% Medio	% Bajo
Agotamiento Emocional	5	4	42	9.80%	7.84%	82.35%

AGOTAMIENTO EMOCIONAL.- El 9.80 % de los médicos no familiares presentan un alto nivel de agotamiento emocional, mientras que el 7.84 % presentaron un nivel intermedio, entre ambas cifras, se puede decir que en forma acumulada la prevalencia de agotamiento emocional es del 17.64 %; por otra parte, el 82.35%, presentan según las respuestas otorgadas durante la encuesta niveles bajos de agotamiento emocional.

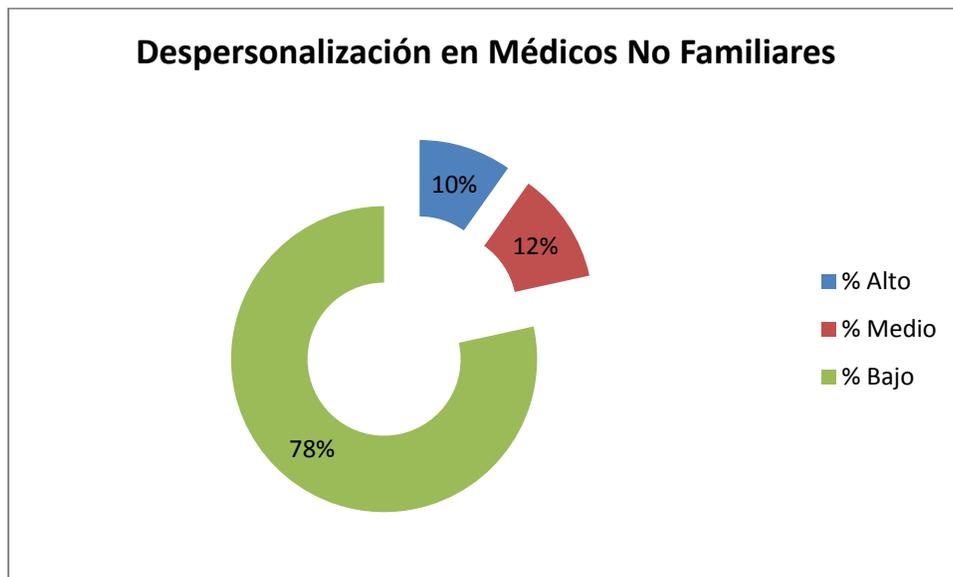


Fuente: Cuadro no. 12

CUADRO NO. 13
DESPERSONALIZACIÓN: RESPUESTA FRÍA E IMPERSONAL Y FALTA DE SENTIMIENTOS E INSENSIBILIDAD HACIA LOS SUJETOS OBJETO DE ATENCIÓN. MÉDICOS NO FAMILIARES.

	Alto	Medio	Bajo	% Alto	% Medio	% Bajo
Despersonalización	5	6	40	9.80%	11.76%	78.43%

DESPERSONALIZACIÓN.- El 9.80 % de los médicos no familiares presentan un alto nivel de despersonalización, mientras que el 11.76 % presentaron un nivel intermedio, entre ambas cifras, se puede decir que en forma acumulada la prevalencia viene siendo del 21.56 %; por otra parte, el 78.43 %, presentan según las respuestas otorgadas durante la encuesta niveles bajos de despersonalización.

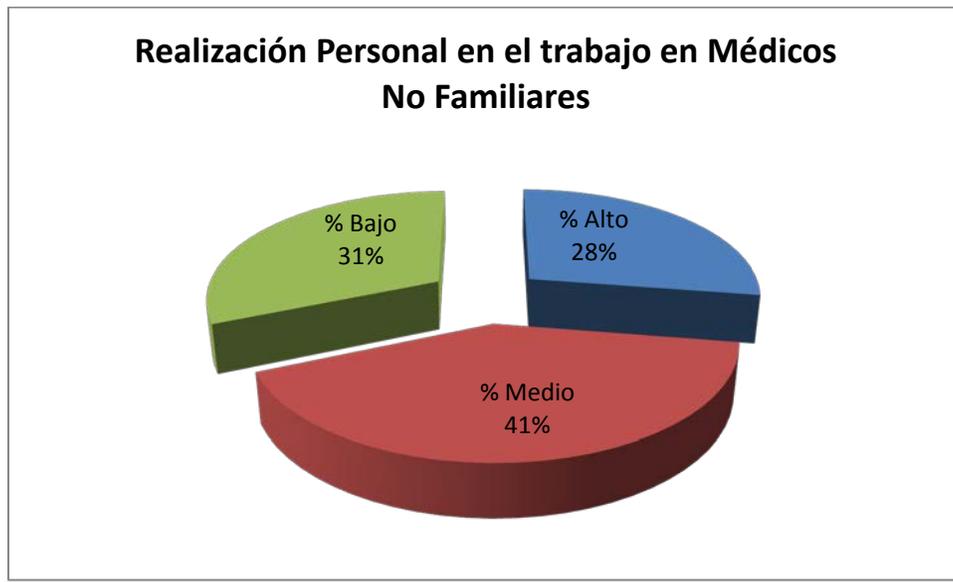


Fuente: Cuadro no. 13

CUADRO 14
REALIZACIÓN PERSONAL EN EL TRABAJO: SENTIMIENTOS DE COMPETENCIA Y EFICACIA EN EL TRABAJO; TENDENCIA A EVALUAR EL PROPIO TRABAJO DE FORMA NEGATIVA Y VIVENCIA DE INSUFICIENCIA PROFESIONAL. MÉDICOS NO FAMILIARES.

	Alto	Medio	Bajo	% Alto	% Medio	% Bajo
Realización Personal.	14	21	16	27.45%	41.18%	31.37%

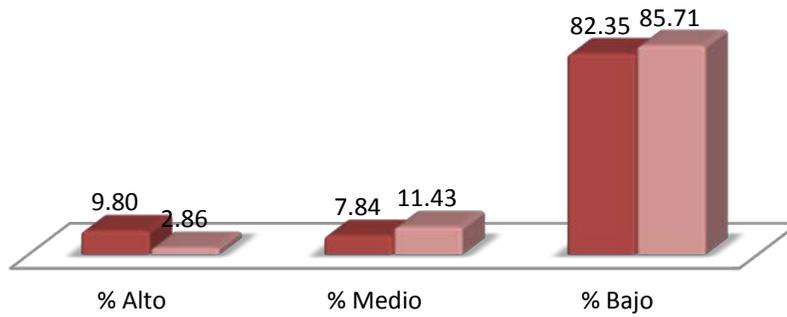
REALIZACIÓN PERSONAL.- 31.37% de los médicos no familiares encuestados perciben baja realización personal, mientras que el 41.18 % tienen una sensación intermedia de logro; el 27.45%, tienen la sensación de logro, entonces la prevalencia estimada de realización personal es del 72.55 %.



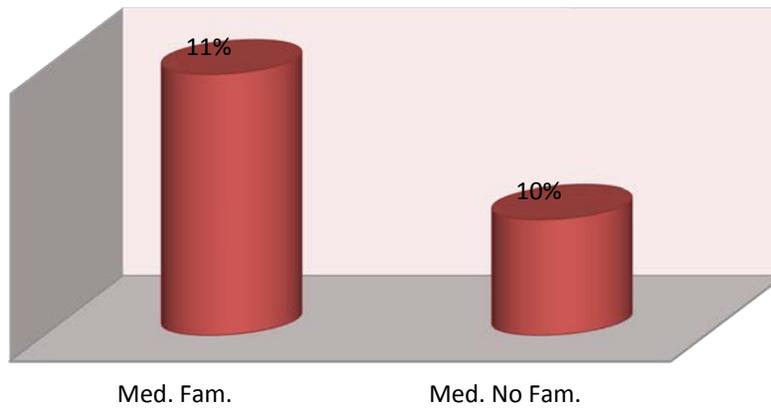
Fuente: Cuadro no. 14

Gráfica Comparativa en Agotamiento Emocional de Médicos Familiares y no Familiares

■ Médicos No Familiares ■ Médicos Familiares

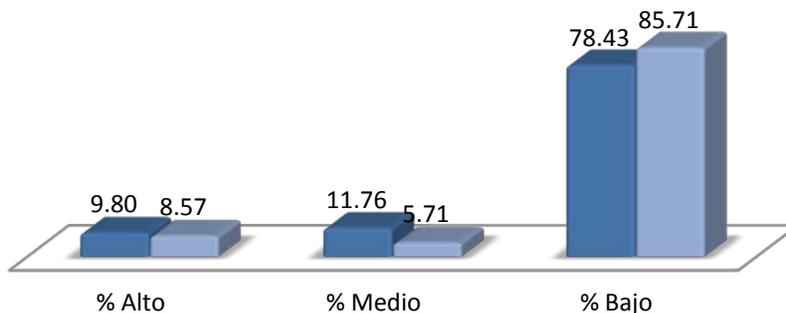


Prevalencia de Agotamiento Emocional en Médicos Familiares y No Familiares

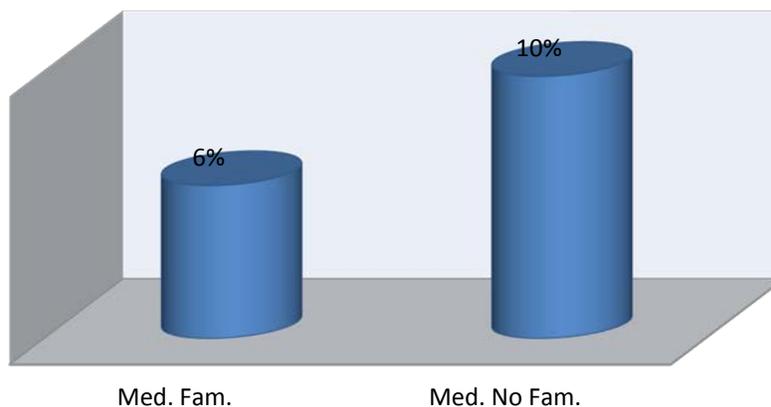


Gráfica Comparativa de Despersonalización en Médicos Familiares y No Familiares

■ Médicos No Familiares ■ Médicos Familiares

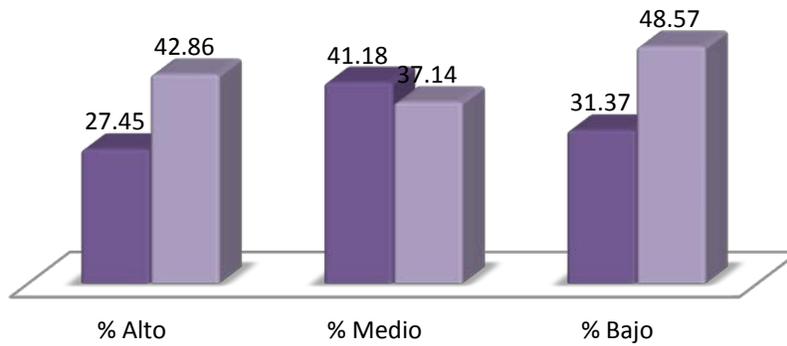


Prevalencia de Despersonalización en Médicos Familiares y No Familiares

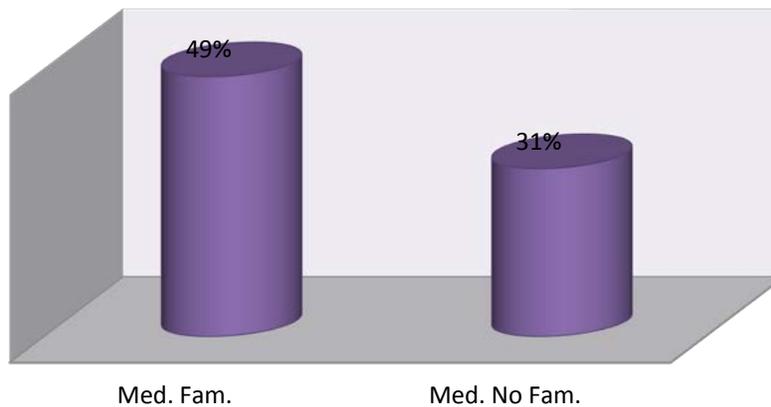


Gráfica Comparativa De Realización Personal en Médicos Familiares y No Familiares

■ Médicos No Familiares ■ Médicos Familiares



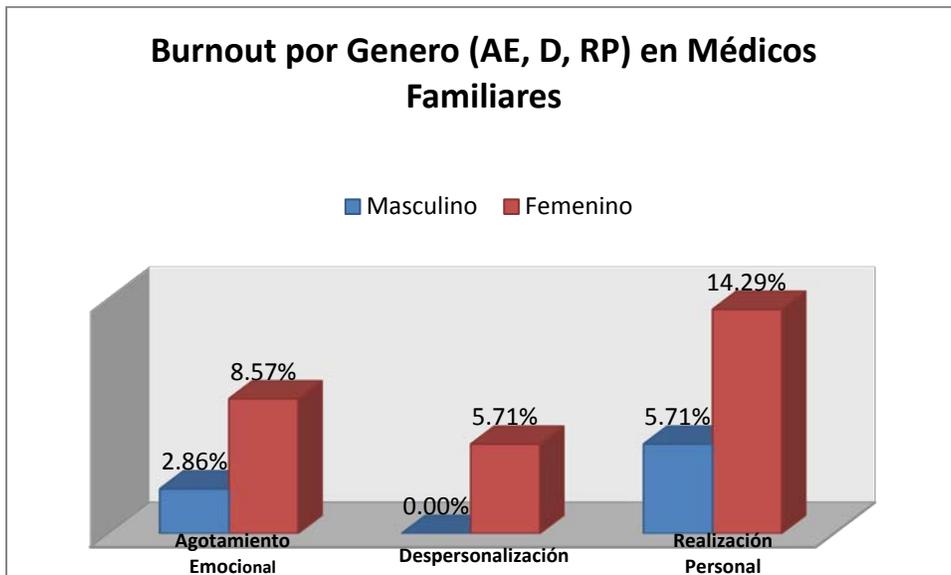
Prevalencia de Realización Personal en el trabajo en Médicos Familiares y No Familiares



CUADRO 15
BURNOUT POR GENERO EN MEDICOS FAMILIARES

	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Agotamiento Emocional	1	3	2.86%	8.57%
Despersonalización	0	2	0.00%	5.71%
Realización Personal	2	5	5.71%	14.29%

Burnout por Género: La tabla nos muestra que en los Médicos Familiares existe más Prevalencia de Burnout en el Sexo Femenino con una frecuencia total del 28.57% que en Masculino (8.57%).



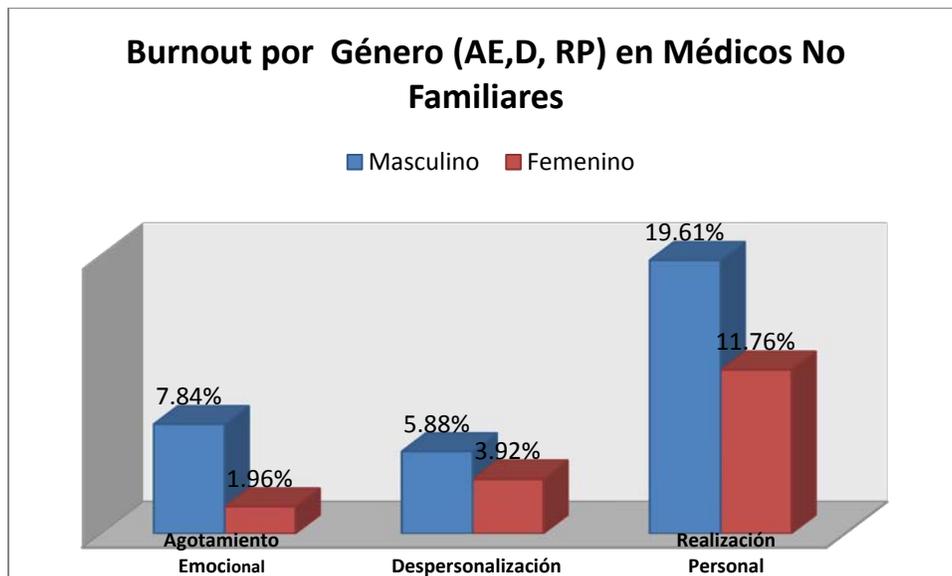
Fuente: Cuadro No.15

CUADRO 16

BURNOUT POR GENERO EN MEDICOS NO FAMILIARES

	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Agotamiento emocional	4	1	7.84%	1.96%
Despersonalización	3	2	5.88%	3.92%
Realización Personal.	10	6	19.61%	11.76%

Burnout por Género: La tabla nos muestra que en los Médicos No Familiares existe más Prevalencia de Burnout en el Sexo Masculino con una frecuencia total del 33.33% que en Femenino (17.64%).

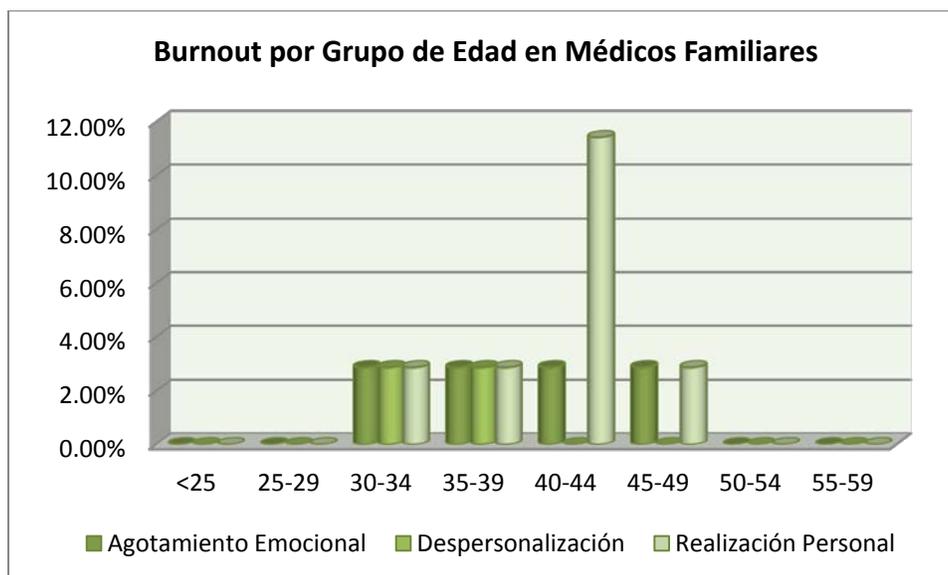


Fuente: Cuadro No.16

CUADRO 17
BURNOUT POR EDAD EN MEDICOS FAMILIARES

EDAD	AE	D	RP	AE	D	RP
<25				0.00%	0.00%	0.00%
25-29				0.00%	0.00%	0.00%
30-34	1	1	1	2.86%	2.86%	2.86%
35-39	1	1	1	2.86%	2.86%	2.86%
40-44	1		4	2.86%	0.00%	11.43%
45-49	1		1	2.86%	0.00%	2.86%
50-54	0			0.00%	0.00%	0.00%
55-59	0			0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL	4	2	7	11.43%	5.71%	20.00%

Burnout por Edad: La tabla nos muestra que en los Médicos Familiares existe más Prevalencia de Burnout en edades de 30 a 49 años en las tres esferas del Burnout.

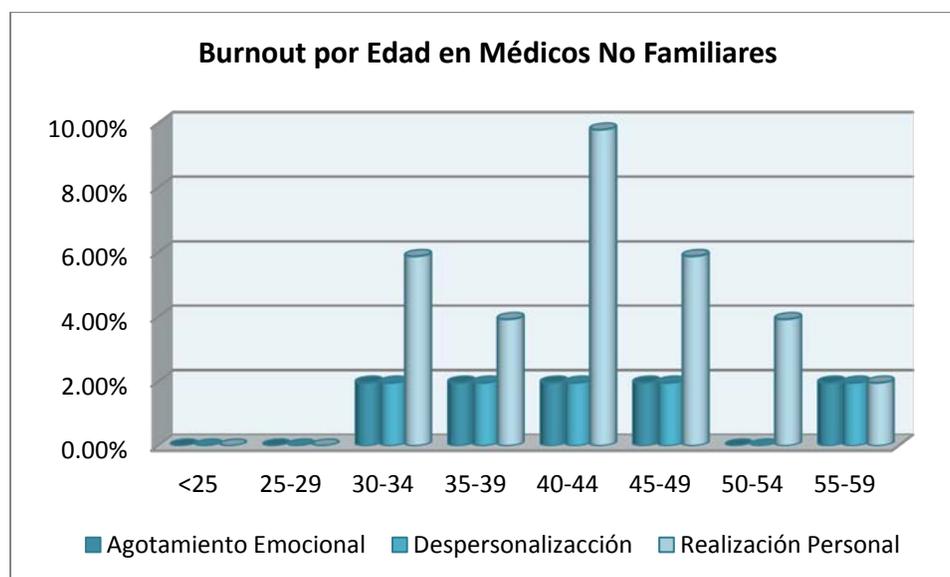


Fuente: Cuadro No.17

CUADRO 18
BURNOUT POR EDAD EN MEDICOS NO FAMILIARES

EDAD	AE	D	RP	AE	D	RP
<25				0.00%	0.00%	0.00%
25-29				0.00%	0.00%	0.00%
30-34	1	1	3	2.86%	2.86%	8.57%
35-39	1	1	2	2.86%	2.86%	5.71%
40-44	1	1	5	2.86%	2.86%	14.29%
45-49	1	1	3	2.86%	2.86%	8.57%
50-54			2	0.00%	0.00%	5.71%
55-59	1	1	1	2.86%	2.86%	2.86%
Total	5	5	16	14.29%	14.29%	45.71%

Burnout por Edad: La tabla nos muestra que en los Médicos No Familiares casi no hay cambios en cuanto a edad la presencia de Burnout, presentándose en edades mayores a 30 años, sin embargo con mayor frecuencia en edades de 30 a 54 años en las tres esferas del Burnout.



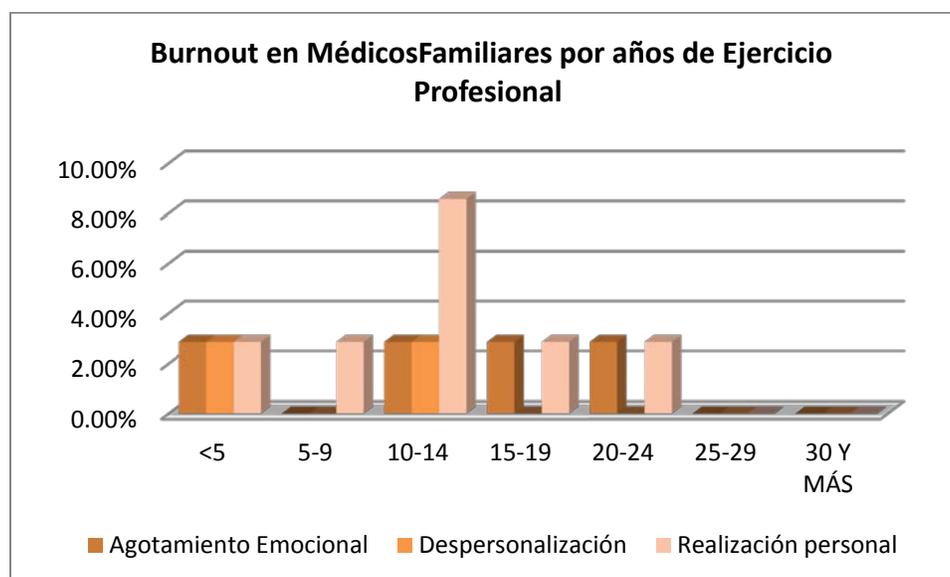
Fuente: Cuadro No.18

CUADRO 19

BURNOUT POR AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICOS FAMILIARES

Tiempo de ejercicio profesional en el IMSS						
	AE	D	RP	AE	D	RP
<5	1	1	1	2.86%	2.86%	2.86%
5-9			1	0.00%	0.00%	2.86%
10-14	1	1	3	2.86%	2.86%	8.57%
15-19	1		1	2.86%	0.00%	2.86%
20-24	1		1	2.86%	0.00%	2.86%
25-29				0.00%	0.00%	0.00%
30 Y MÁS				0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL.	4	2	7	11.43%	5.71%	20.00%

Burnout por Años de Ejercicio Profesional: La tabla nos muestra que en los Médicos Familiares se presenta Burnout de 10 a 14 años de ejercicio Profesional.

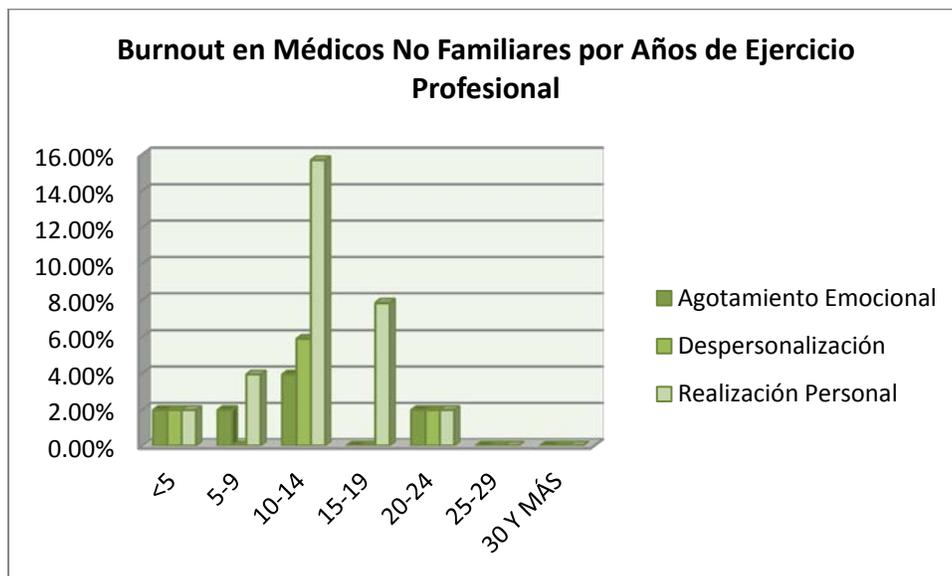


Fuente: Cuadro No.19

CUADRO 20
BURNOUT POR AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICOS NO FAMILIARES

Tiempo de ejercicio profesional en el IMSS						
	AE	D	RP	AE	D	RP
<5	1	1	1	1.96%	1.96%	1.96%
5-9	1		2	1.96%	0.00%	3.92%
10-14	2	3	8	3.92%	5.88%	15.69%
15-19			4	0.00%	0.00%	7.84%
20-24	1	1	1	1.96%	1.96%	1.96%
25-29				0.00%	0.00%	0.00%
30 Y MÁS				0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL.	5	5	16	9.80%	9.80%	31.37%

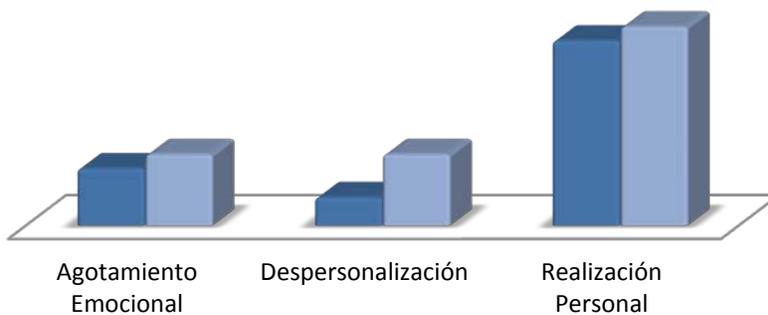
Burnout por Años de Ejercicio Profesional: La tabla nos muestra que en los Médicos Familiares se presenta Burnout de 5 a 19 años de ejercicio Profesional.



Fuente: Cuadro No.20

Grafica Comparativa de Burnout en Médicos Familiares y No Familiares

■ Médicos Familiares ■ Médicos No Familiares



XI. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre el estudio de Síndrome de Burnout tanto en Médicos Familiares como no Familiares aquí en el hospital se cabe mencionar los siguientes resultados:

Por grupo de edad tanto en Médicos Familiares como No Familiares se encuentran casi dentro del mismo grupo de edad que abarca de los 30 a 54 años de edad siendo un 88.04% de frecuencia, sin embargo cabe mencionar que durante el periodo de la encuesta el personal de mas años de edad se encontraban en periodo vacacional, obteniendo un sesgo para los datos y resultados obtenidos.

Por sexo en Médicos Familiares hay una relación 1:1 de Médicos de sexo Femenino y Masculino, sin embargo en Médicos No Familiares hay más frecuencia de sexo masculino que de femenino con una relación de 2:1.

Por estado civil tanto en Médicos Familiares como no Familiares hay más frecuencia de Médicos Casados con un 65.74%de frecuencia, con baja frecuencia de Médicos solteros o en Unión Libre, sin embargo se desconoce si es de una sola ocasión, o varios matrimonios de los Médicos.

Por años de ejercicio profesional tanto Médicos Familiares y No Familiares también hay una similitud, encontrando Médicos Familiares de 10 a 14 años el 25.70% y de 15 a 19 el 20%, en Médicos No Familiares de 10 a 14 años con 29.41% y de 15-19 de 19.61% por lo que se considera de 10 a 19 años de ejercicio profesional más alto, con una frecuencia total del 76.88%, nuevamente se recalca el periodo encuestado en el que se encontraban en periodo vacacional los médicos de más antigüedad en el instituto.

En cuanto a la evidencia encontrada en este estudio, existe Síndrome De Burnout en la población muestreada en las tres esferas que mide el instrumento de MBI, en

la esfera de Agotamiento emocional se encontró en Médicos Familiares un 11.43% con niveles altos, seguido por el nivel medio 2.86%, dejando con esto en 85.71% en nivel bajo, y en Médicos No Familiares un 9.80% con niveles altos, en nivel medio con 7.84%, dejando nivel bajo de 82.35%, haciéndose notar que existe más Agotamiento Emocional en Médicos No Familiares que en Familiares, sin embargo en nivel medio de Agotamiento, hay mas prevalencia en Médicos Familiares, que puede ser un dato importante para desarrollar agotamiento emocional alto en los siguientes años. En general por médicos, independientemente de la categoría, se cuenta con una Prevalencia de 10.46% en nivel alto, nivel medio de 5.81% y con nivel bajo de 83.72%.

En la esfera de Despersonalización se encontró en Médicos Familiares un 5.71% con niveles altos, seguido con el nivel medio 8.57%, dejando con esto en 85.71% en nivel bajo, y en Médicos No Familiares un 9.80% con niveles altos, en nivel medio con 11.76%, dejando nivel bajo de 78.43%, con una Prevalencia de Despersonalización en Médicos No Familiares que en Médicos Familiares, con un nivel medio de Despersonalización con mas prevalencia en la misma categoría. En general por médicos independientemente de la categoría se cuenta con una Prevalencia de 8.13% en nivel alto, nivel medio de 10.46% y con nivel bajo de 81.3%.

Tanto en las esferas de Agotamiento emocional, como de Despersonalización hay mas prevalencia en niveles bajos, sin embargo no se puede excluir que en un tiempo determinado puedan aumentar a niveles medio o altos.

En la esfera de Realización Personal en el trabajo se encontró en Médicos Familiares un 37.14% con niveles altos, seguido con el nivel medio 42.86%, dejando con esto en 48.57% en nivel bajo, y en Médicos No Familiares un 27.45% con niveles altos, en nivel medio con 41.18%, dejando nivel bajo de 31.37%, en este rubro cabe mencionar que esta escala es inversamente proporcional al grado de Burnout, destacando que en Médicos Familiares hay más Baja realización

personal en el trabajo, sin embargo a nivel medio de realización personal hay mas prevalencia en Médicos no Familiares. En general por médicos independientemente de la categoría, se cuenta con una Prevalencia de 31.39% en nivel alto, nivel medio de 41.86% y con nivel bajo de 26.74%.

En relación con las otras dos esferas hay más baja Realización Personal en el trabajo con una prevalencia de 64.5%, que Agotamiento Emocional (16%) y Despersonalización (11%), que de acuerdo a la Bibliografía encontrada tanto en Europa como en Estados Unidos también la baja realización personal es mayor, en estos estudios la prevalencia general es del 40%, sin embargo en Médicos Familiares es del 59.7%.

De acuerdo con Martínez y Del Castillo (2003), la prevalencia es similar, ya que ellos encontraron una prevalencia del 76.4%

Comparando con estudio realizado por Ramos y Domínguez (2006) en médicos de atención primaria de España existe una prevalencia de 67.9%, al igual que en estudio realizado en enfermeras, médicos y personal de laboratorio que presentan Síndrome de Burnout en un 38%.

Al revisar los estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social por Aranda hay casi una igualdad de prevalencias y que en esta reporta con un 42.3%, así como en Cancún Quintana Roo en estudio realizado en Médicos familiares con prevalencias de 50.5% a nivel alto, 29% moderado y 20.5% nivel bajo.

Se hizo una comparación por Sexo en Síndrome de Burnout en este estudio dando como resultado que en Médicos Familiares están más afectados los médicos del sexo Femenino con una prevalencia de 8.57% en Agotamiento Emocional, 5.71% en Despersonalización y 14.29% en Realización Personal, que podría responder al número de pacientes atendidos en una jornada, sumándole el rol de madre, esposa y el trabajo en casa realizado; sin embargo es de llamar la atención que en Médicos No Familiares la prevalencia afecta más en Médicos del sexo Masculino con una prevalencia de agotamiento emocional de 7.84%, Despersonalización de 5.88% y Realización Personal de 19.61% que podría

deberse al igual forma a la carga de pacientes atendidos o la gravedad de los mismos, así como varios horarios de trabajo o simplemente porque en Médicos No Familiares hay más personal masculino laborando en esta sede.

De acuerdo a bibliografía encontrada en un estudio hecho por Román en 2003 el Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención. En estudio realizado por Martínez-López en personal de enfermería dio como resultado porcentajes altos en 29.8% enfermeras y 63.4% enfermeros, moderadas en 51.2% enfermeras y 28.2% enfermeros y valores bajos en 19.1% enfermeras y 58.%enfermeros.

Realizando el cruce de información de Síndrome de Burnout por Edad en Médicos Familiares y No Familiares encontrando una similitud en prevalencia de edad que va de los 30 a 49 años de edad en las dos categorías. También se realizó comparación de Burnout por Años de Ejercicio profesional, encontrando en Médicos Familiares de 10 a 14 años, y en Médicos No Familiares de 9 a 19 años, con pico máximo de 10 a 14 años

Cabe mencionar que se esperaba que de acuerdo a la bibliografía el Burnout es directamente proporcional a la edad y a los años de ejercicio, sin embargo llama la atención que hay Médicos con Burnout en edades de 30 a 37 años de edad y con años de ejercicio profesional de menos de 15 años, lo que equivale a que hay mas Burnout en personal joven tanto de edad como en antigüedad, esto habla de que saliendo de la especialidad ya tienen el síndrome, probablemente por la carga excesiva de trabajo en la residencia o simplemente el aumento considerable de la población atendida en la sedes de la Institución, comparando con la población atendida en varios años atrás; que de acuerdo con el estudio realizado por Cabrera et al y Pereda et al encontraron que de 236 enfermeras estudiadas 92(39%) tuvieron datos compatibles con el Síndrome, con diferencias significativas en cuanto a la edad y antigüedad en el puesto.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Burnout es un riesgo constante en la vida de muchos trabajadores y los médicos independientemente de la especialidad, jerarquía, área de desempeño e incluso años de ejercicio Profesional también lo presentan.

Detectar la presencia de Burnout en Médicos Familiares y no Familiares es importante sobretodo especificando la esfera afectada, ya que puede intervenir de forma negativa en el presente o en el futuro de los médicos tanto en el ejercicio de su profesión como en su vida personal y esto se refleje en la calidad de atención, con el consecuente aumento considerable de quejas o demandas por parte del derechohabiente hacia los médicos.

De los resultados se puede decir que el problema es más o menos similar para los médicos familiares que para los no familiares, ya que las prevalencias en términos prácticos, son semejantes, sin embargo los niveles de Burnout en este estudio son casi semejantes que los reportados en otros centros de trabajo nacionales e internacionales, por lo que a largo plazo puede llegar a ser alarmante si consideramos el ritmo de vida, y el aumento de la población adscrita a los hospitales que acuden diariamente a ser atendidos por los médicos especialistas y más si estos están afectados por Burnout.

Durante la realización del estudio me percaté que muchos médicos independientemente de la categoría conocen la palabra Burnout o en su caso el Síndrome del quemado, sin embargo cuesta mucho trabajo a este nivel que quieran participar, sobretodo porque piensan que van a evidenciar sus resultados de forma individual, o contestan tratando de idealizar las tres esferas medibles del instrumento, sin embargo no se puede saber que realmente sea verdad, provocando muchos sesgos en el estudio.

Era de esperarse que el Burnout afecta más a médicos mujeres que a hombres, esto puede ser causa de que la mujer a parte del rol de trabajador, desempeña el rol de madre, esposa, y realiza labores en el hogar, que esto puede hacer que se encuentre agotada y lo refleje en su forma de tratar al paciente, sin embargo no se

debe dejar atrás que también existe en hombres debido probablemente a los múltiples horarios de trabajo, o a las múltiples demandas que existen hacia los médicos, haciéndolos dudar de su capacidad y confianza, considerando que hay más médicos no familiares varones y en esta categoría es donde más existen demandas.

También es de llamar la atención que en cuanto a la variable edad y años de ejercicio profesional existe médicos “quemados” jóvenes, ya que se pensaba que entre más edad, más “quemado” iba a estar, sin embargo desde su inicio o en los primeros años de laborar ya se encuentran con este Síndrome, las causas pueden ser muchas y no fue el objetivo de este estudio establecer causas, sino, demostrar que existe en la población medica Burnout independientemente de la esfera que se mida, probablemente pudiera ser una causa el que la población en Hidalgo ha crecido y con esto el numero de derechohabientes que solicitan atención médica se ha incrementado a la par en las dos categorías por día, dado que solo existe dos unidades de Medicina Familiar en la ciudad y un Hospital General mismos que trabajan con la misma estructura desde hace varios años. No cabe duda que se han realizado modificaciones, y han aumentado el número de consultorio y plazas de Medicina Familiar, no así en la plantilla de Especialidades y que se atiende a toda la Delegación de Hidalgo en este aceptando y atendiendo no solo la población adscrita sino también de las unidades foráneas, creando una saturación de los servicios y limitación de los recursos materiales disponibles.

La mayoría que conoce el Síndrome de Burnout piensa que va a estar más afectado en el Agotamiento Emocional, de hecho al iniciar el protocolo de estudio, se pensaba en esa idea, sin embargo con los resultados obtenidos, hay más baja realización personal en el trabajo, que por la misma carga de trabajo el médico no puede detenerse mucho tiempo para valorar completamente o de forma integral a su paciente de acuerdo a la especialidad, o simplemente no hay recurso para realizar algún procedimiento o estudio, y capacitación continua provocando enojos y quejas por parte del derechohabiente y con esto demandas hacia el Médico aunque realmente es hacia el Instituto.

Concluyo que con el tiempo puede afectar en las otras dos esferas, o aquellos que se encuentren en niveles bajos del Síndrome pueden ir aumentando de nivel y afectando otras esferas.

El aumentar el grado de realización personal en el trabajo con mejoras en el ambiente laboral tanto de recursos humanos y materiales reanudará en una mejor atención de calidad y calidez beneficiándose tanto el personal de salud, la empresa y sobretodo el paciente.

XII. BIBLIOGRAFIA:

- 1) López LE, Rodríguez MJ, López CM, et al. Desgaste profesional en Médicos Familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(1):13-19.
- 2) De Silva PV, Heavage CG, Fonseka P. Burnout: an emergency occupational health problem. *Galle Medical Journal.* 2009; 14(1): 52-55.
- 3) Margarita QJ, Vinaccia AS. Burnout: "Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología.* 2007; 10(2): 117-125.
- 4) Ramirez MT, Hernández R, De la Rubia J. Housewife Burnout Questionnaire (Cubac): Psychometric Properties and Sequential Model of Burnout. *Universitar Psychologica.* 2009; 8(2): 533-543
- 5) Reyes JM, Soloaga G, Pérez QP, et al. El Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital "Juan Ramón Gómez" de la Localidad de Santa Lucía, Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2007; 167: 1-7.
- 6) Grau AE, Gil MP, Garcia JJ, et al. Incidence of Burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies.* 2010; 47: 1013-1020.
- 7) Delgado MW, Vega LE, Sanabria L, et al. Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Mem Inst Investig Cienc Salud* 2011; 7(1): 13-20.
- 8) Pena GM, Extremera PN. Inteligencia emocional percibida en profesorado de primaria y su relación con los niveles de Burnout e ilusión por el tabaco (engagement). *Revista de Educación* 2012.
- 9) Fuentes NM, Irigoyen JJ, Mares LG. Tendencias en Psicología y Educación. *Rev Mex de Investigación en Psicología Educativa.* 2010; 1: 167-203.
- 10) Marín M, Esteban A, Palma C, et al. Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario San Dureto. *Psiquiatría. Com.* 2006; 9 (4).
- 11) Galanakis M, Moraitou M, Garrualdis FJ, et al. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory (MBI) en Greek Midwives. *Europe's Journal of Psychology.* 2009; 42: 52-70.

- 12) Figueiredo FH, Grau AE, Gil MP et al. Síndrome de Quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*. 2012; 24 (2): 271-276.
- 13) Toble GI, Nava LN, Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2012; 35(1): 233-237
- 14) Roth E, Pinto B, Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de la Paz. *Ajayu ISSN2077-2161*. 2010; 8(2):62-100.
- 15) Velásquez PL, Gonzalez GM, Contreras GA. Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento ISSN 1852-4206*. 2010; 22(2): 60-67
- 16) Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83:215-230.
- 17) López MA, González VF, Morales GM, Espinoza MC. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(3):233-242.
- 18) Alves CR, Amorim J, Caricio MC, et al. Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife. *Revista Brasileira de Anestesiología ISSN 0034-7094*. 2010; 60(1): 47-51
- 19) Pereda TL, Márquez CF, Hoyos VM, Yáñez ZM. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009; 32: 399-404.
- 20) Osuna PM, Medina CL, Romero PJ, Álvarez AM. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.24 de Tepic, Nayarit, México. *ATN en Fam* 2009; 16(2): 24-27.
- 21) Cáceres PG, Echeverría AM, Ghilarducci MC, Pomares DJ. Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Nea: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas?. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2010; 201: 8-17.
- 22) Aranda BC, Pando MM, Salazar EJ, et al. Social Support, Burnout Syndrome and Occupational Exhaustion among Mexican Traffic Police Agents. *The Spanish Journal of Psychology*. 2009; 12(2):585-592

- 23) Flores VM, Troyo SR, Valle BM, Vega LM. Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2010; 13(1): 1-17.
- 24) Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. El síndrome de Burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 83 (2): 215-230
- 25) Aragón PM, Morazán PD, Pérez MR. Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello", León 2007. *Universitas* 2008; 2(2):33-38.
- 26) Chacon RM. Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Enfermería de Hospitales Oncológicos cubanos, Eficacia de un programa de intervención 2004-2009. Ciudad de la Habana 2009. Tesis.
- 27) Pereda TL, Márquez CF, Hoyos VM, Yáñez ZM, Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009; 32: 399-404.
- 28) Aranda BC, Zarate MB, Pando MM, Sahún FJ. Síndrome de Burnout, Variables sociodemográficas y laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*. 2010; 1(1): 12-16.
- 29) Khaghanizade M, Siratin M, Abdi F, Kaviani H. Determination of the amount Burnout in NursingStaff. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 2(1): 51-59.
- 30) Joffre VV, Peinado HJ, Barrientos GM, et al. Síndrome de Burnout en Médicos de un Hospital General en el Noreste de México. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 2010; 1(1): 1-23.
- 31) Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Medical Education* 2007;7:6.
- 32) Dávila JE, Romero MP, Naranjo MS. Relación entre el Síndrome de Burnout y la Percepción sobre el clima organizacional en Médicos del área de emergencia. Caracas. Tesis 2010.
- 33) Colon MY, Caraccidi YS, Pérez YG, et al. Síndrome de Burnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales. *Rev Fac Cienc Med*. ISSN 1991-5225. 2009; 6(6): 26-34

- 34) Abrajan CM, Contreras PJ, Montoya RS. Grado de Satisfacción laboral y condiciones de trabajo: Una exploración Cualitativa. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2009; 14(1): 105-118.
- 35) Martínez AJ, Castelán MJ. Prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos Becarios del HGZMF No.1, Pachuca, Hgo. Tesis 2008.

XIII. ANEXOS

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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES Y MÉDICOS NO FAMILIARES DEL HGZMF No.1, PACHUCA HGO.**

Patrocinador externo: xxxxxxxxxxxxxxxx

Lugar y Fecha: Pachuca Hidalgo a de del 2012

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Conocer si existe Síndrome de Burnout y si existe conocer la Prevalencia de éste síndrome en Médicos Familiares y no Familiares adscritos al HGZMF No.1 para tratar de ayudar a mejorar la calidad de la atención médica

Procedimientos: Aplicación de un cuestionario (MBI) que indicara la presencia de Síndrome de Burnout en Médicos Familiares y no Familiares en el HGZMF No.1 de Pachuca Hgo.

Posibles riesgos y molestias: El conocimiento del personal médico adscrito encuestado de saberse con Síndrome de Burnout y que no quieran aceptarlo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Al conocerse el personal médico con síndrome de Burnout y en cuál de los tres factores está afectado, si es en Agotamiento Emocional, Despersonalización o Realización personal en el trabajo, se enfocará a mejorar ese factor y así llevarlo a un mejor desempeño en su trabajo y mejorarla calidad de la atención médica.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador, se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del IMSS

Privacidad y confidencialidad: El Investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que deriven de este estudio serán tratados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para el estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica) _____

Beneficios al termino del estudio _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. David Armengol Agis Av. Madero 405, Col Nva. Fco. I Madero. Pachuca Hgo.HGZ Y MF1, Tel: 771 7 20 47 26

Colaboradores: QFB. Sonia Monsalvo Destunis Av. Madero 405, Col Nva. Fco. I Madero. Pachuca Hgo.HGZ Y MF1, Tel: 771 7-14-73-63
Dra. Kenia Pamela Labra Guevara, Calle uno No. 309 Col. Ampliación Rojo Gómez Pachuca Hgo. Tel: 771 7 19 40 76

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Dra. Kenia Pamela Labra Guevara

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

MASLACH BURNOUT INVENTORY.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden

a altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

CORRECCIÓN DE LA PRUEBA

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

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Esta formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala

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

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

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro.

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS FAMILIARES y
MEDICOS NO FAMILIARES DEL HGZMF No.1, PACHUCA HGO”**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre (Opcional): _____
 Edad: _____ Género: Masculino _____ Femenino: _____
 Estado Civil: Soltero(a): _____ Casado(a): _____ Unión Libre: _____ Viudo(a): _____ Divorciado(a): _____
 Categoría: Médico Familiar _____ Médico no Familiar: _____
 Años de ejercicio Profesional en el IMSS: _____

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							