



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80



TÍTULO:
FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS
RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE: ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HECTOR CORIA MUÑOZ
MATRÍCULA: 98179764
CURP: COMH860710HNERXC02

ASESOR DE TESIS
DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
M. PSICOTERAPIA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80 MORELIA MICHOACÁN

COASESOR DE TESIS
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 1 MICHOACÁN.

ASESOR ESTADÍSTICO
MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN

REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
R-2017-1602-6

MORELIA MICHOACÁN. MÉXICO. JULIO DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**



**TÍTULO:
FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
HECTOR CORIA MUÑOZ**
CORREO ELECTRÓNICO: hectorcoria1986@gmail.com
TELÉFONO: 4432274693 MATRÍCULA. 98179764

ASESOR(A): DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES
M. Psicoterapia familiar Unidad de Medicina Familiar No. 80 Morelia Michoacán
CORREO ELECTRÓNICO: paula.chacon@imss.gob.mx
TELÉFONO: 4431886235 MATRÍCULA. 99175406

COASESOR: DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ
Médico Psiquiatra HGR1 Michoacán.
CORREO ELECTRÓNICO: garcia52fel@gmail.com
TELÉFONO: 4433760415 MATRÍCULA. 99167322

ASESOR ESTADÍSTICO: MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO
Matemático Centro de Investigación Biomédica de Michoacán.
CORREO ELECTRÓNICO: carlos.gomezal@imss.gob.mx
TELÉFONO: 4431064756 MATRÍCULA. 3211878

**REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
R-2017-1602-6**

MORELIA MICHOACÁN. MÉXICO. JULIO DE 2018

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora Titular de la Residencia en Medicina Familiar

Dra. Carol Miriam Santoyo Macías

Profesora Adjunta de la Residencia de Medicina Familiar

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM

División de Estudios de Posgrado

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de la especialidad de Medicina Familiar

División de estudios de Posgrado

INVESTIGADOR

Hector Coria Muñoz

Médico Cirujano y Partero

CURP: COMH860710HNERXC02

Matrícula: 98179764

Unidad de Adscripción: UMF N° 80

Lugar de trabajo: UMF N° 80

Teléfono: 4432274693

Fax: Sin número

Correo electrónico: hectorcoria86@gmail.com

ASESORES

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora Titular de la Residencia Médica

Unidad de Adscripción: UMF N° 80

Lugar de trabajo: UMF N° 80

Teléfono: 4431886235

Fax: Sin número

Correo Electrónico: paula.chacon@imss.gob.mx

Dr. Felipe de Jesús García Martínez

Médico Psiquiatra

Unidad de Adscripción: HGR1

Lugar de trabajo: HGR1

Teléfono: 4433760415

Fax: Sin número

Correo Electrónico: garcia52fel@gmail.com

Matemático Carlos Gómez Alonso

Analista Coordinador A

Unidad de Adscripción: CIBIMI

Lugar de trabajo: División de Investigación Clínica. CIBIMI.

Teléfono: 322 26 00 ext. 1016.

Fax: Sin número

Correo Electrónico: carlos.gomezal@imss.gob.mx

AGRADECIMIENTOS

¡Agradezco a Dios! Que me ha dado el regalo tan hermoso de la vida, y me ha permitido disfrutar y contemplar lo bello de su perfecta Creación, comprendo plenamente que algunas situaciones no ocurren por simple coincidencia, sino que el Creador tiene destinado oportunidades valiosas en el momento más adecuado, agradezco de igual manera que cada día bendice mi trabajo, mi familia, amigos y conocidos.

Gracias a la Universidad, por haberme permitido formarme en ella, por la alegría de haber conocido a tantos compañeros tan maravillosos y talentosos, de los cuales he aprendido mucho.

A la Dra. Paula Chacón Valladares, quien es un gran ser humano, con mucha paciencia, que contribuyó en todo este proceso de formación, para poder ser mejores ciudadanos, además, de médicos comprometidos con nuestra noble profesión y por ser un gran apoyo en la elaboración de la presente Tesis.

A mis asesores, el Dr. Felipe de Jesús García Martínez y al matemático Carlos Gómez Alonso, los cuales influyeron enormemente en el proceso de la redacción y en lo referente a las cuestiones estadísticas del presente proyecto de investigación.

DEDICATORIA

Mi trabajo, lo dedico a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños y anhelos, gracias a ellos por confiar, creer en mí y en mis expectativas diariamente. A mi maravillosa madre Consuelo Muñoz Alcantar, por ser un ejemplo a seguir, la considero una mujer fuerte que a pesar de todas las dificultades a lo largo de su vida, nos sacó adelante a mi hermano y a mí.

Con cariño le dedico este trabajo a mi padre Daniel Coria Escobedo que aunque de carácter fuerte, sembró en mí la perseverancia y la actitud para salir adelante.

A mi hermano mayor Daniel Coria Muñoz, con el que compartí muchos sentimientos, incluidos: alegrías, tristezas e incluso la furia. Siempre me ha brindado su apoyo incondicional.

Y por último dedico mi trabajo a mi mejor amigo Rubén Darío Piña Medina, del cual he aprendido muchas lecciones de vida, te considero como un hermano.

Con mucho cariño para ustedes: papá, mamá, Daniel y Rubén.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 17 |
| JUSTIFICACIÓN | 19 |
| HIPÓTESIS | 20 |
| OBJETIVOS | 20 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 21 |
| a) DISEÑO DEL ESTUDIO | 21 |
| b) POBLACIÓN DEL ESTUDIO | 21 |
| c) TAMAÑO DE LA MUESTRA | 21 |
| d) CRITERIOS DE SELECCIÓN | 21 |
| e) DESCRIPCIÓN DE VARIABLES: | 22 |
| f) CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES | 23 |
| g) DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL TRABAJO | 31 |
| h) ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 33 |
| i) CONSIDERACIONES ÉTICAS | 33 |
| RESULTADOS | 36 |
| DISCUSIÓN | 41 |
| CONCLUSIONES | 47 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 48 |
| ANEXOS | 53 |
| A.- REGISTRO ANTE EL CLIES | 53 |
| B.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 54 |
| C.- CONSENTIMIENTO INFORMADO | 55 |
| D.- CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT | 57 |
| E.- INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH | 59 |
| F.- ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR | 60 |
| G.- HOJA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | 61 |
| H.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 62 |

I. RESUMEN

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Coria M.H. UMF 80, Chacón V.P. UMF 80, García M.F. HGR1, Gómez A.C. CIBIMI

Introducción. El residente de medicina familiar es un profesional médico que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. El síndrome de Burnout es un estado de agotamiento físico y emocional en el área laboral y es común en residentes.

Objetivo. Conocer la frecuencia del burnout en los residentes de Medicina Familiar.

Material y Métodos. Estudio observacional y longitudinal. Se incluyó a 69 residentes de medicina familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 80 en el período comprendido entre Marzo a Septiembre del 2017. Para conocer la frecuencia y dimensiones del burnout se aplicó el cuestionario breve de burnout, el inventario de burnout de Maslach, la escala de evaluación familiar FACES III, se investigaron variables sociodemográficas. Se aplicó estadística descriptiva en frecuencia y porcentaje. Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 24).

Resultados. 14(20.3%) residentes presentaron burnout; 7(10.14%) tuvieron un burnout alto, 7(10.14%) agotamiento emocional alto, 9(13.04%) despersonalización alta y 5(7.25%) realización personal baja. Prevalcieron con burnout 7(10.14%) familias nucleares biparentales, 9(13.04%) tradicionales, 12(17.39%) urbanas y 8(11.59%) caóticas y relacionadas. Predominó el burnout en 9(13.04%) mujeres. Con edad de 30-40 años 10(14.49%), solteros 10(14.49%). Residentes del segundo año 6(8.7%).

Conclusión. Existió baja frecuencia de Burnout predominando el nivel alto. Con agotamiento emocional y despersonalización alta, realización personal baja. Mayor en familias biparentales, tradicionales, urbanas, caóticas y relacionadas. En mujeres; en edad de 30 y 40 años, solteros y residentes de segundo año.

Palabras claves. Síndrome de Burnout, Residente de Medicina Familiar.

ABSTRACT

FREQUENCY OF BURNOUT SYNDROME IN FAMILY MEDICINE RESIDENTS

Coria M.H. UMF 80, Chacón V.P. UMF 80, García M.F. HGR1, Gómez A.C. CIBIMI

Introduction. The family medicine resident is a medical professional who provides continuous and comprehensive care to the individual and the family. The Burnout syndrome is a state of physical and emotional exhaustion at the working area and is common in residents.

Objective. To know the frequency of burnout in family medicine residents.

Material and Methods. Observational and longitudinal study. We included 69 family medicine residents of Family Medicine Unit 80 in the period from March to September 2017. To determine the frequency and dimensions of burnout we applied the Brief Questionnaire of Burnout, the Maslach burnout inventory, the scale of family assessment faces III, demographic variables were investigated. Descriptive statistics were applied in frequency and percentage. We used the statistical package for social sciences (SPSS version 24).

Results. 14(20.3%) residents presented burnout; 7(10.14%) had a high burnout, 7(10.14%) high emotional exhaustion, 9(13.04%) high depersonalization and 5(7.25%) low personal accomplishment. Prevailed with burnout the following families; 7(10.14%) nuclear two-parent, 9(13.04%) traditional, 12(17.39%) urban and 8(11.59%) chaotic and related families. There was a predominance of burnout in 9(13.04%) women. With age 30-40 years 10(14.49%), single 10(14.49%). 6(8.7%) second year residents.

Conclusion. There was a low frequency of burnout, mainly at a high level. With high emotional exhaustion and depersonalization, low personal fulfillment. In two-parent, traditional, urban, chaotic and related families. In women, in age of 30 and 40 years, single and second year residents.

Keywords. Burnout syndrome, Family Medicine resident.

ABREVIATURAS

BM: Medición de Burnout.

CBB: Cuestionario Breve de Burnout.

CBI: Inventario de Burnout Copenhague.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición.

ECE: Escala de Cansancio Emocional.

FACES III: Escala de evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

MBI: Inventario de Burnout de Maslach.

MBI-ES: Inventario de Burnout de Maslach Encuesta para educación profesional.

MBI-GS: Inventario de Burnout de Maslach Encuesta General.

MBIHSS: Inventario de Burnout de Maslach Encuesta de Servicios Humanos

NOM: Norma Oficial Mexicana.

PUEM: Plan Único de Especialidades Médicas.

R1MF: Residente del primer año de Medicina Familiar.

R2MF: Residente del segundo año de Medicina Familiar

R3MF: Residente del tercer año de Medicina Familiar.

SB: Síndrome de Burnout.

SBS-HP: Escala de Burnout para profesionales del Cuidado de la Salud.

SPSS: Paquete estadístico para las ciencias sociales

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

UMF 80: Unidad de Medicina Familiar número 80.

GLOSARIO

AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Es una respuesta al estrés, un mecanismo de defensa extremo que sobreviene cuando no se pueden asimilar las situaciones que se está viviendo, percepción que tiene el individuo cuando su facultad de sentir o sensibilidad se disipa o disminuye.

ANSIEDAD: Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

AUTOESTIMA: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. Es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

DEPRESIÓN: Es una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo.

DESMOTIVACIÓN: Sentimiento de desesperanza ante los obstáculos, y pérdida de entusiasmo, disposición o energía.

DESPERSONALIZACIÓN: Estado psíquico, por el cual se sienten extraños a sí mismos, a su cuerpo y al ambiente que los rodea.

ESTRÉS: Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

GUARDIA: Conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico debe realizar durante la jornada laboral.

RESIDENCIA MÉDICA: Conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes.

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR: Profesional médico que decide realizar una especialidad, en la que se proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia.

SÍNDROME DE BURNOUT: Estado de agotamiento físico, emocional o motivacional caracterizado por deterioro de la productividad de trabajo y cansancio.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

| TABLA | NOMBRE | N. DE PÁGINA |
|--------------|---|---------------------|
| Tabla 1 | Variables sociodemográficas | 36 |
| Tabla 2 | Frecuencia y grados de Síndrome de Burnout | 37 |
| Tabla 3 | Dimensiones del Síndrome de Burnout | 38 |
| Tabla 4 | Tipología Familiar y Síndrome de Burnout | 39 |
| Tabla 5 | Adaptabilidad, Cohesión y Síndrome de Burnout | 40 |
| Tabla 6 | Variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout | 40 |
| Tabla 7 | Fiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) | 41 |

II. INTRODUCCIÓN

La actividad laboral es una conducta humana, dirigida a realizar una tarea a través de la que se recibe la correspondiente gratificación, económica, social o personal. En la actividad laboral se compromete la persona, con su manera de ser o personalidad, y a través de ella pone su sello a lo que hace; la personalidad es la manera de pensar, de sentir, de relacionarse con los demás y con el entorno, de enfrentarse a los acontecimientos sencillos y complejos de la vida diaria, incluyendo, por lo tanto, no sólo la actividad laboral, sino también la forma de establecer las relaciones humanas implicadas en el trabajo.

El desgaste en el área laboral ha existido siempre, y hasta hace pocos años el trabajador(a) que tenía estos síntomas se consideraba de forma genérica que se encontraba sometido a estrés, hasta que Christina Maslach a mediados de la década de los setenta le dio una identidad: el Síndrome de Burnout (SB). Fue en esa época cuando se consideró que tenía unas características determinadas, frente a otros tipos de estrés laboral, y sobre todo, que afectaba preferentemente a trabajadores/as de ciertos sectores: sanitarios, docentes, personal de seguridad, servicios sociales, etc., siendo los destinatarios de su tarea personas a los que prestan un servicio asistencial. El SB tiene gran importancia debido al desgaste profesional, particularmente del área de la salud, debido a condiciones de trabajo altamente demandantes, con implicaciones negativas a nivel psicológico, físico y laboral y que a su vez repercuten en el paciente debido al desempeño inadecuado que otorgan los médicos en estado de agotamiento.

El SB es particularmente común en residentes durante sus estudios médicos debido a la carga de trabajo y sugiere la necesidad de aplicar las medidas de promoción de la salud mental desde el comienzo de su curso. Los problemas de salud mental de residentes podrían pasar inadvertidos, y es importante darle seguimiento y reconocer los momentos críticos en su proceso académico.

Debido a lo anterior se pretende conocer la frecuencia del SB en los residentes de Medicina Familiar.

III. MARCO TEÓRICO

SINDROME DE BURNOUT

Antecedentes

El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como síndrome del desgaste, constituye un problema de gran repercusión social en nuestros días. ¹ Existen diferentes sinónimos, tales como "síndrome Burnout", "Síndrome de Agotamiento", o "fatiga crónica". El SB término proveniente de la lengua inglesa, no tiene una traducción, por lo que se opta en utilizar la palabra original en inglés. ² En la nomenclatura americana el término es en ocasiones síndrome de estrés ocupacional. ³ El término burnout hace referencia de manera coloquial a “estar quemado”, exhausto y sin ilusión por el trabajo, y explica la pérdida de interés en el trabajo como una respuesta al estrés crónico. ⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el SB es un estado de agotamiento físico, emocional o motivacional caracterizado por deterioro de la productividad del trabajo, cansancio, insomnio y aumento de la susceptibilidad a las enfermedades somáticas. En la CIE-10, el SB está cubierto por el apartado Z73.0, Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital). ⁵ El SB todavía no posee una entidad nosológica propia en las clasificaciones psiquiátricas actuales (DSM-V).

El SB ha existido en todo momento y en todas las culturas. El término apareció por primera vez en 1974, en Estados Unidos, cuando lo utilizó el psicoanalista Herbert J. Freudenberger. El SB alcanzó mayor difusión a partir de los trabajos de Christina Maslach quien, a finales de los setenta, dio a conocer este síndrome en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología. Posteriormente Farber describió a las víctimas del SB como las personas que establecían objetivos inalcanzables o eran idealistas. ⁶

Epidemiología

El SB se describió hace varios años en distintas profesiones; sin embargo, se ha observado que tiene mayores repercusiones en las distintas especialidades del área médica. Su

prevalencia en médicos generales y especialistas es de 30 a 69%. El SB es común en la práctica médica, con incidencia que va de 25 a 60%.⁶

Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, (2009) en su estudio realizado vía internet para comparar las prevalencias del SB en profesionales de salud de diversos países, España y ocho países de América Latina, incluyendo México, identificó una prevalencia del SB en personal de salud de 7.2%. Actualmente en México, la información sobre las características de la salud y las condiciones de trabajo están empezando a ser estudiados en comparación con otros países.⁷

Factores de riesgo y Fisiopatología

La etiopatogenia del SB es compleja, pero el prolongado "estrés negativo" es considerado el factor clave en su desarrollo. Las características individuales de las personas y su incapacidad para superar con éxito el estrés también son muy importantes.⁸ El entorno competitivo, conduce a conflictos que pueden producir estrés emocional y agotamiento. Otro factor es la falta de tiempo para el ocio, la familia, amigos y necesidades personales, así como preocupaciones sobre el futuro profesional.¹ Gopal identificó, como factor principal para el SB, el número de guardias al mes y el número de horas de trabajo semanales.⁶ La edad y la duración de la jornada laboral tienen una importante influencia en el nivel de estrés y SB.⁸ La mujer es más vulnerable para desarrollar este síndrome, pues son ellas las que al trabajar, sufren de doble jornada (tareas en el hogar, la familia, e inclusive en el entorno social).⁹ El agotamiento emocional ocurre más en las mujeres y la despersonalización en los hombres. Vivir en pareja es identificada como un factor protector, sin embargo, tener conflicto junto con tu pareja se convierte en un factor de riesgo.¹⁰

El SB está relacionado con el funcionamiento endocrino. La gravedad de los síntomas de burnout está asociada con el funcionamiento del eje hipotálamo hipófisis glándula

suprarrenal. ¹¹ Los niveles bajos de cortisol podrían estar relacionados con los niveles de entusiasmo laboral y tendrían relación con los bajos niveles de desgaste profesional. ¹²

Manifestaciones clínicas

La definición estándar (Christina Maslach y Susan Jackson), lo considera un síndrome constituido por las dimensiones:

- **agotamiento emocional:** incluye sentimientos de falta de adecuación de los propios recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, falta de entusiasmo, sentimientos de impotencia e inutilidad.
- **despersonalización:** engloba actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, tales como cinismo, se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.
- **falta de realización personal:** se refiere a una percepción disminuida de la competencia de uno mismo, bajos logros profesionales, baja autoestima profesional, tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional. ⁴

Los síntomas del SB son muy complejos y se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales. Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

- 1. Psiquiátricas.** Frustración, irritabilidad, baja autoestima, falta de concentración, deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, adicciones (incluida la adicción al trabajo), comportamiento paranoide, agresividad, disfunciones familiares graves (violencia) y suicidio.
- 2. Somáticas.** Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, fatiga crónica, dolor muscular, lumbalgia, hipertensión, taquicardias, úlceras, migrañas, asma, urticarias.
- 3. Organizacionales.** Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

En la actividad profesional, el médico puede tener las siguientes conductas:

a. Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

c. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

d. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

e. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, infracciones de normas, accidentes, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal sanitario.

f. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, disminución del rendimiento, pérdida de calidad del servicio, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad, abandono del trabajo y poca participación o no inclusión en proyectos. ⁶

Subtipos de Burnout. Se ha desarrollado una definición del SB que permite caracterizar el síndrome a través de subtipos clínicos, lo cual facilita un abordaje terapéutico más específico del trastorno.

- **El subtipo de burnout “frenético”**, se caracteriza por la inversión de una gran cantidad de tiempo en el trabajo, y es propio de personas muy implicadas, ambiciosas y sobrecargadas.
- **El subtipo “sin desafíos”**, se asocia a la realización de tareas mecánicas, y está presente en empleados indiferentes y aburridos, que no se desarrollan personalmente en su trabajo.
- **El subtipo “desgastado”**, se ve influido por la rigidez de la estructura organizativa, y se caracteriza por la sensación de falta de control sobre los resultados, falta de reconocimiento de los propios esfuerzos y abandono de las responsabilidades. ⁴

Fases del Burnout. Pueden diferenciarse tres fases del SB.

- **Fase de estrés laboral:** ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales; hay un exceso de demanda y escasez de recursos que ocasionan estrés.
- **Fase de exceso o sobreesfuerzo:** el sujeto reacciona emocionalmente al desajuste mediante un sobreesfuerzo que motiva la aparición de síntomas emocionales.
- **Fase de enfrentamiento defensivo:** cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás por sus problemas. ⁶

Complicaciones

El SB puede impactar en diferentes aspectos del individuo. En las consecuencias del síndrome, se describen el comportamiento de cambios sociales y psicosomáticos con pérdida de trabajo eficaz y alteración en la vida familiar. Se describe además un alto ausentismo en los profesionales que lo padecen por trastornos físicos y psicológicos con la aparición de situaciones depresivas, automedicación, consumo de drogas y el aumento de tóxicos, alcohol y otras drogas. ¹⁰ El SB puede aumentar el riesgo de errores médicos que perjudican a los pacientes y disminución de la satisfacción en el trabajo, que incita a la jubilación anticipada. ¹³

De acuerdo a Maslach debido a niveles altos de SB, hay efectos significativos en el rendimiento laboral, que generan conflictos y problemas de inestabilidad mental que podrían llevar incluso al suicidio. ⁷ Los estudios sobre ideación suicida en médicos en formación son escasos. Las cifras en estudiantes de medicina van de 1.4 a 32.3 %, en residentes, la prevalencia es más estable (de alrededor de 12 %). ¹⁴

Diagnóstico

Existe una serie de instrumentos que sirven para evaluar el SB, son el Burnout Measure (BM), El cuestionario breve de Burnout (CBB), el Copenhagen Burnout Inventory (CBI),

la Escala de Cansancio Emocional (ECE) y el cuestionario “Staff Burnout scale for health professionals”(SBS-HP).¹

La prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI tiene actualmente tres versiones (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

- **El MBI-Encuesta de Servicios Humanos (MBIHSS).** Este instrumento está diseñado para profesionales de la salud y corresponde a la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986).
- **El MBI encuesta para educación profesional (MBI-ES)** (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por estudiante, reproduce la misma estructura factorial MBIHSS y mantiene las mismas escalas.
- **La encuesta (MBI-GS).** Propuesto por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), esta nueva versión del MBI es más genérica, y no sólo destinado a los profesionistas que trabajan con personas (Schaufeli y Leiter, 1996).⁷

Es fundamental llevar a cabo pruebas diagnósticas de SB una vez por año, realizando el seguimiento de los casos encontrados y vigilando su comportamiento.⁹

Tratamiento

El tratamiento es multifactorial, se implementan medidas generales, farmacológicas y psicológicas.

- **Medidas Generales.** Es importante fomentar el ejercicio físico que mejore la motivación personal e impulse el rendimiento. Permitir espacios de recreación y convivencia familiar y con amigos. Promover las relaciones interpersonales entre los compañeros de trabajo, resaltando a la vez que la solidaridad y el apoyo entre ellos, hace menos pesada la demanda de trabajo y los horarios poco flexibles que se manejan en la residencia médica. Espacios de descanso entre las horas laborales, que permitan el reposo

físico y mental para un mayor rendimiento. Planes de trabajo con apego a la realidad, dejando a un lado los proyectos irrealizables.⁹

- **Farmacológico.** El tratamiento médico para burnout en gran medida se centra en la administración de ansiolíticos y/o agentes antidepresivos.¹⁵ El tratamiento con píldoras de memoplant ha demostrado ser eficaz en el SB. El componente activo del memoplant es extracto de hojas de Ginkgo biloba en combinación con las sustancias activas (glucósidos flavonoides, ginkgolides y bilobalides). Producto de venta en Rusia.⁵ Un suplemento dietético conocido como TARGET 1 ha mejorado los síntomas del SB posterior a 12 semanas de uso, incluye cuatro ingredientes clave: casozepina, extramel, taurina y Eleutherococcus senticosus. La dosis usual de TARGET 1 es de dos tabletas por día, tomada vía oral en la mañana. Producto de venta en Francia.¹⁵ Las sustancias mencionadas anteriormente no están a la venta en México.

- **Psicológico.** El manejo del estrés varía desde la relajación hasta terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en el paciente. Un estudio realizado por Kammerer en el 2003 entre los residentes de medicina familiar mostró que su agotamiento emocional había disminuido como resultado de la meditación y los ejercicios de respiración.¹³ Las intervenciones que desarrollan y mejoran las estrategias de afrontamiento pueden ser instrumentos eficaces para prevenir el desgaste.¹⁶

Resulta entonces de vital importancia contar con especialistas (psicólogos y/o psiquiatras) que realicen las intervenciones psicoterapéuticas a los casos de SB encontrados, ayudándolos a incorporarse a sus labores hospitalarias con una mejor adaptación, aplicando de forma conjunta las medidas preventivas ya mencionadas para evitar recaídas.⁹

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

Introducción

Es una especialidad médica que proporciona cuidado y atención sanitaria continua e integral a las personas, familias y comunidades. Es la especialidad que integra las ciencias

biológicas, clínicas y de comportamiento. En México, se mantiene en su Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), la residencia de medicina familiar como un curso con una duración de tres años y con actividades clínicas y de enseñanza en establecimientos del primer nivel de atención para proporcionar mayor contacto con el área de desempeño profesional. La medicina familiar surgió por la exigencia de atender imperiosas necesidades sociales y de salud de la población y restituir el derecho a la atención más integradora a la población.¹⁷

En México, la especialidad surgió en 1971 a partir de una iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) le otorgó el reconocimiento académico.¹⁷

La medicina familiar entra en el escenario de los servicios de salud como un protagonista fundamental para frenar la demanda de servicios de atención médica especializada y contener los altos costos de la atención de segundo y tercer nivel. El Perfil del médico familiar incluye cuatro vertientes: asistencial, administrativo, investigativo y docente. Los contenidos curriculares se establecen en tres funciones profesionales: atención médica, investigación y educación.¹⁷

Las características indispensables para el médico de familia incluyen: un fuerte sentido de la responsabilidad por el cuidado del individuo y la familia, capacidad de establecer empatía, entusiasmo por el problema médico, deseo de enfrentar retos, capacidad para actuar como coordinador de todos los recursos de salud, entusiasmo por el aprendizaje continuo, habilidad para mantener la calma en momentos de tensión, habilidad y compromiso para la educación de las familias.¹⁸ Los cursos de especialización en Medicina tienen el propósito de formar médicos con la aptitud clínica necesaria para resolver los problemas de salud enfermedad de una rama específica, la realización de una especialidad médica implica gran compromiso, persistencia y tenacidad.¹⁹

Residentes y Síndrome de Burnout

Los médicos residentes tienen una situación difícil: son médicos graduados con cédula profesional, empleados en las instituciones de salud que ejercen actividades clínicas con enfermos y, al mismo tiempo, son alumnos de posgrado de una institución educativa y se encuentran en etapa de formación.²⁰ El SB puede comenzar durante la carrera de medicina, continúa durante todo el período de residencia, y finalmente culmina en la vida cotidiana de los médicos.¹³

Dentro de lo estipulado en la NOM Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas se menciona que los médicos residentes deben cumplir solamente las guardias previstas en el programa operativo correspondiente. Las guardias deben calendarizarse, incluyendo la frecuencia, horario y duración; ocurrirán tres veces por semana como máximo y tendrán intervalos de por lo menos dos días entre cada una de ellas. En días hábiles, las guardias inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo a la normatividad de la institución de salud. Los sábados, domingos y días festivos, la duración de las guardias es de 24 horas; iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normatividad de la institución de salud. Los médicos residentes que terminan su guardia en día hábil, deben continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo. Deben recibir alimentación durante la jornada de trabajo y en las guardias y podrán utilizar las áreas de descanso durante las guardias.²¹

Hoy en día un hecho es que no se respetan completamente los derechos de los médicos residentes, existiendo relaciones de poder implícitas y explícitas, inadvertidas o ignoradas por conveniencia por parte de las instituciones universitarias y de salud. En cuanto al aprendizaje, se encuentra repleto de relaciones de poder. Aquí convergen aspectos informales respecto a la formación académico científica, entre ellos abusos laborales como el acoso sexual, acoso laboral, discriminación sexual, despotismo, castigos físicos (guardias de castigo), castigos económicos (comprar alimentos para todo el servicio).²²

La educación del médico en formación es un proceso largo, donde los estudiantes se enfrentan a múltiples factores estresantes como sobrecarga académica, la falta de tiempo libre, la presión emocional para mantener buenos promedios, entornos de aprendizaje problemático, falta de apoyo social y complejos procedimientos médicos mientras se trabaja simultáneamente con los pacientes.^{16, 23} Además de estos aspectos, otros rasgos que contribuyen, son la obsesividad, perfeccionismo y autoexigencia.²⁴ Entre los residentes, el SB está asociado con el ausentismo y, lo que es aún más preocupante, los errores médicos y la subóptima valoración de la prestación de cuidados.²⁵

Los médicos residentes necesitan:

- Jornadas laborales no excesivamente prolongadas o extenuantes.
- Mejorar su ingreso económico.
- Reformar alternativas saludables, de calidad y alimentación adecuada.
- Aumentar la calidad y cantidad de sus uniformes.
- Otorgar un servicio de psicología o terapia grupal/individual bimestralmente.
- Aumentar el número de profesores titulares y adjuntos en las sedes hospitalarias.
- Fomentar la participación de médicos residentes en un organismo autónomo independiente, que vele por los intereses en común de todo el colectivo.¹²

No basta pensar que estamos haciendo bien las cosas, hay que ponerlas a prueba; aceptar las limitaciones en los resultados es el primer paso para definir estrategias que mejoren el proceso educativo, el refinamiento clínico de los alumnos, la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.¹⁹

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SB surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo esté más predispuesto a padecerlo, es un proceso continuo, que va surgiendo de forma paulatina y que se va instaurando en el individuo hasta provocar en él la sintomatología específica. Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales, además de generar importantes consecuencias para la organización a la que se pertenece. El estrés suele tener carácter laboral, primordialmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes de trabajo son clave para la aparición de SB.

Uno de los grupos profesionales más afectados es el personal médico, profesión que está expuesto a factores de riesgo relacionados con el trabajo, dado que el ejercicio profesional está orientado al servicio directo, es de vital importancia determinar las causas del síndrome, corregir y prevenir los efectos negativos con el fin de optimizar el ejercicio profesional.

Las consecuencias del SB sobre las relaciones interpersonales, se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo, desarrolladas por el sujeto, así como al agotamiento emocional. Este patrón conductual y actitudinal induce a un deterioro de las relaciones y a un aumento de los conflictos interpersonales. Las consecuencias del síndrome no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario, afectan a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan posteriormente sobre su familia y amigos. Se sabe que los mayores requerimientos de tiempo necesarios para la formación académica limitan la vida de pareja y el desempeño del rol de padre o madre.

El sujeto se muestra en casa irritable e impaciente, se encuentra incapacitado para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y desea estar solo, un problema que la familia debe aprender a manejar, ya que los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja, debido al deterioro de las relaciones interpersonales.

La prevalencia de SB en diferentes partes del mundo es variable, en E.U.A. un estudio de Aiken et al en el 2010, encontraron en personal sanitario, en una muestra de 10000 personas, en hospitales de Pensilvania que 43% estaban exhaustas emocionalmente y se asoció a la insatisfacción laboral.

Estudios realizados por De los Ríos et al en el 2007 en México sobre el SB en personal de salud en segundo nivel de atención, encontraron niveles de SB variables en cada servicio y se relacionaron positivamente entre otras variables, con la gran cantidad de horas de trabajo y la atención a una enorme cantidad de pacientes.

En un estudio descriptivo y transversal efectuado por Osuna Paredes M.K. en residentes de medicina familiar del IMSS de la zona de Tepic, Nayarit, se encontró una prevalencia de este síndrome baja, al igual que el de Pérez Cruz quien reporta una prevalencia de 16.3%.

En un estudio realizado por Chávez Sánchez D.X. y Chacón Valladares P. en el IMSS en la UMF 80 Morelia Michoacán se encontró una frecuencia alta de SB en el personal médico de base.

Los médicos residentes están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que genera depresión, ansiedad y/o SB.

A casi 20 años de las primeras publicaciones del tema en México, resulta necesario hacer una investigación profunda, pues se debe ubicar en su justa medida la dimensión problemática de este fenómeno en médicos residentes mexicanos. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en los residentes de medicina familiar?

V. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout (SB), viene unida a la necesidad de preocuparse más en la calidad de vida que se ofrece a los profesionales de la salud, sin olvidar que la calidad de servicio en los hospitales constituye un objetivo prioritario para los profesionales y para la organización, orientada necesariamente al paciente dentro de un contexto multidisciplinario. Por lo tanto, es importante continuar desarrollando estudios sobre el SB capaces de contribuir a la identificación de los factores de estrés y SB en áreas de trabajo para definir estrategias de intervención preventiva que permiten la reducción de problemas de tipo laboral, lo cual puede ayudar a mejorar el rendimiento en el trabajo y la salud ocupacional del personal de las instituciones de salud.

Con la carga laboral y mayor cantidad de horas de trabajo existe menor oportunidad de vida social al disminuir la participación en actividades con amigos o familiares por las pocas horas recreativas. Todo esto altera la dinámica familiar.

Considerando que este trastorno va adquiriendo cada vez más relevancia entre los profesionales encargados de atender la salud de la población, específicamente médicos y tomando en cuenta que las variables generadoras de estrés en ellos son muy diversas y de carácter crónico, sobre todo en grandes unidades hospitalarias donde la demanda de atención siempre es creciente e intensa, se llevó a cabo este estudio de investigación para determinar la prevalencia y características del SB en estos profesionales de la salud en la Unidad de Medicina Familiar numero 80 Morelia Michoacán, y analizar la relación entre algunas de las variables estudiadas.

Se considera este estudio necesario y relevante, esperando que con él se logre en un futuro mediano, establecer mecanismos institucionales integrales sobre la base de un conocimiento más objetivo, para estructurar programas de atención y prevención de este trastorno y su repercusión tanto a nivel individual como familiar, entre los trabajadores de la salud en esta entidad federativa.

VI. HIPÓTESIS

Existe una frecuencia mayor del cincuenta por ciento de síndrome de burnout en los residentes de medicina familiar de la UMF 80.

VII. OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia del síndrome de burnout en los residentes de Medicina Familiar en la UMF 80.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mencionar las características sociodemográficas de la población de residentes de Medicina Familiar en relación con el SB.
- Indicar el grado académico de residencia de Medicina familiar en el que predomina el SB.
- Determinar el grado de Burnout que presentan los residentes de Medicina familiar de la UMF 80.
- Indicar la existencia de agotamiento emocional en el residente de medicina familiar de la UMF 80.
- Reconocer la existencia de falta de realización personal en el residente de medicina familiar de la UMF 80.
- Conocer la existencia de despersonalización en el residente de medicina familiar de la UMF 80.
- Reconocer la relación de la tipología familiar con el SB en los residentes de medicina familiar de la UMF 80.
- Definir la relación entre la adaptabilidad y cohesión familiar y el SB en los residentes de medicina familiar de la UMF 80.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

a) DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de investigación: Observacional, Descriptivo

Método de investigación: Longitudinal

Temporalidad: Prospectivo

b) POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los residentes de medicina familiar adscritos a la UMF 80, en el período comprendido entre Marzo a Septiembre del 2017.

c) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Total de residentes de los tres años de Medicina Familiar de la UMF80.

Residente del primer año de medicina familiar (R1MF) = 24

Residente del segundo año de medicina familiar (R2MF) = 24

Residente del tercer año de medicina familiar (R3MF) = 22

No se obtuvo muestra, ya que se incluyó a la población total de residentes de Medicina Familiar.

d) CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Residentes de los tres grados de medicina familiar de la UMF 80 que acepten participar y firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INLCUSIÓN

- 1.- Residentes del curso de especialización de medicina familiar para médicos generales.
- 2.- Residentes que padezcan enfermedades psiquiátricas.
- 3.- Residentes de medicina familiar que tomen medicamentos psicotrópicos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Residentes de Medicina Familiar que no contesten el 100% de los instrumentos.
- 2.- Residentes de Medicina Familiar que por algún motivo tengan que cambiar de Unidad de adscripción de manera permanente.
- 3.- Residentes de Medicina Familiar que hayan sido dados de baja de la especialidad.
- 4.- Residentes de Medicina Familiar que decidan abandonar la especialidad.
- 5.- Residentes de Medicina Familiar que sufran alguna situación emocional severa (fallecimiento de algún familiar, accidente).

e) DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Residente de Medicina Familiar de la UMF 80.

Variable Dependiente: Síndrome de Burnout.

Variables Sociodemográficas: género, edad, estado civil.

Variables de familia: Tipología Familiar (estructura, desarrollo, demografía, adaptabilidad y cohesión).

f) OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|------------------------------|--|---|--------------------------------|---|
| Síndrome de Burnout | Estado de agotamiento físico, emocional o motivacional caracterizado por deterioro de la productividad de trabajo y cansancio. | <p>1.- Con síndrome de Burnout Cuando la puntuación en el cuestionario breve de Burnout (CBB) es igual o mayor a 25.</p> <p>2.- Sin síndrome de Burnout. Cuando la puntuación en el cuestionario breve de Burnout (CBB) es menor de 25.</p> | Cualitativa nominal dicotómica | <p>1.- Con síndrome de Burnout.</p> <p>2.- Sin síndrome de Burnout.</p> |
| Grado de Síndrome de Burnout | Nivel que existe de agotamiento físico, emocional o motivacional en el área laboral. | <p>1.- Burnout bajo. Cuando la puntuación del inventario de Burnout de Maslach (MBI) está entre 1 y 33.</p> <p>2.- Burnout medio. Cuando la puntuación del inventario de Burnout de Maslach (MBI) está entre 34 a 66.</p> <p>3.- Burnout alto. Cuando la puntuación del inventario de Burnout de Maslach (MBI) está entre 67 a 99.</p> | Cualitativa ordinal | <p>1.- Burnout bajo.</p> <p>2.- Burnout medio.</p> <p>3.- Burnout alto.</p> |

| | | | | |
|-----------------------|--|---|---------------------|--|
| Agotamiento emocional | Percepción que tiene el individuo cuando su facultad de sentir o sensibilidad se disipa o disminuye. | <p>1.- Agotamiento emocional bajo. Puntuación de 0 a 18.</p> <p>2.- Agotamiento emocional medio. Puntuación entre 19 y 26.</p> <p>3.- Agotamiento emocional alto. Puntuación igual o mayor 27.</p> | Cualitativa ordinal | <p>1. Agotamiento emocional bajo.</p> <p>2.- Agotamiento emocional medio.</p> <p>3.- Agotamiento emocional alto.</p> |
| Despersonalización | Estado psíquico, por el cual se sienten extraños a sí mismos, a su cuerpo y al ambiente que los rodea. | <p>1.- Despersonalización baja. Puntuación de 0 a 6.</p> <p>2.- Despersonalización media. Puntuación entre 7 y 9.</p> <p>3.- Despersonalización alta. Puntuación igual o mayor de 10.</p> | Cualitativa ordinal | <p>1.- Despersonalización baja.</p> <p>2.- Despersonalización media</p> <p>3.- Despersonalización alta.</p> |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|---------------------|---|
| Realización personal | Con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional | 1.- Realización personal baja. Puntuación de 0 a 33. 2.- Realización personal media. Puntuación entre 34 y 39 3.- Realización personal alta. Puntuación igual o mayor de 40. | Cualitativa ordinal | 1.- Realización personal baja. 2.- Realización personal media. 3.- Realización personal alta. |
| Residente de medicina Familiar | Es un profesional médico que decide realizar la especialidad de medicina familiar, en la que se proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. | 1.- R1MF: Residente del primer año de Medicina Familiar. 2.- R2MF: Residente del segundo año de Medicina Familiar. 3.- R3MF: Residente del tercer año de Medicina Familiar. | Cualitativa ordinal | 1.- R1MF. 2.- R2MF. 3.- R3MF. |

| | | | | |
|--------|---|---|-----------------------------------|--|
| Género | Construcción social y cultural que define las diferentes características emocionales, afectivas, intelectuales y comportamiento natural del hombre o de la mujer. | 1.- Hombre: Persona del sexo masculino. 2.- Mujer: Persona del sexo femenino. | Cualitativa nominal dicotómica | 1.- Hombre. 2.- Mujer. |
| Edad | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. | 1.- Primer grupo: Individuo cuya edad oscila entre 25 y 29 años de edad. 2.- Segundo grupo: Individuo cuya edad oscila entre 30 y 40 años de edad. | Cualitativa nominal dicotómica | 1.- Primer grupo 2.- Segundo grupo. |

| | | | | |
|--------------|---|---|---------------------|---|
| Estado civil | Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiene con otros individuos. | <p>1.- Soltero. Persona que no ha contraído matrimonio.</p> <p>2.- Casado. Persona que si ha contraído matrimonio.</p> <p>3.- Unión libre. Emparejamiento doméstico o asociación libre, unión de dos personas, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal. Sin estar casados.</p> <p>4.- Divorciado. Persona posterior a la disolución del matrimonio.</p> <p>5.- Viudo. Estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento.</p> | Cualitativa nominal | <p>1. Soltero</p> <p>2. Casado</p> <p>3. Unión libre</p> <p>4. Divorciado</p> <p>5. Viudo</p> |
|--------------|---|---|---------------------|---|

| | | | | |
|--|---|---|----------------------------|--|
| <p>Tipología Familiar (estructura)</p> | <p>La familia se puede clasificar de acuerdo a su composición o características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad</p> | <p>1.- Nuclear simple (conyugal). Pareja sin hijos.</p> <p>2.- Nuclear biparental. Padre y madre con hijos.</p> <p>3.- Seminuclear. Un progenitor con hijos.</p> <p>4.- Extensa. Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p>5.- Extensa compuesta. Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.</p> <p>6.- Monoparental extendida. Un progenitor con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p>7.- Monoparental extendida compuesta. Un progenitor con hijos, más otras personas con y sin parentesco.</p> <p>8.- No parental. Personas con vínculos de parentesco, sin la presencia de los padres.</p> <p>9.- Sin vínculos. Personas sin vínculos de parentesco. Amigos, monjas, etc.</p> <p>10. Homoparental. Parejas del mismo género con hijos.</p> | <p>Cualitativa nominal</p> | <p>1.- nuclear simple.</p> <p>2.- nuclear biparental.</p> <p>3.- seminuclear.</p> <p>4.- extensa.</p> <p>5.- extensa compuesta.</p> <p>6.- monoparental extendida.</p> <p>7. monoparental extendida compuesta.</p> <p>8.- no parental.</p> <p>9.- sin vínculos.</p> <p>10.- homoparental</p> |
|--|---|---|----------------------------|--|

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|---|
| <p>Tipología familiar (desarrollo)</p> | <p>La tipología desde el punto de vista del desarrollo, recae básicamente en la situación socioeconómica de la familia</p> | <p>1.- Moderna: La madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre. 2.- Tradicional: El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos. 3.- Arcaica o primitiva: Familia campesina, cuyo sostén se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.</p> | <p>Cualitativa nominal</p> | <p>1.- Moderna. 2.- Tradicional. 3.- Primitiva.</p> |
| <p>Tipología familiar demografía</p> | <p>Asentamiento de la familia en un área o región geográfica y clasificada de acuerdo a número de habitantes.</p> | <p>1.- Urbana: Grandes capitales, en las principales ciudades desarrolladas con un número poblacional mayor a 2500 habitantes. 2.- Rural: Se encuentran en poblaciones menores a 2500 habitantes.</p> | <p>Cualitativa nominal dicotómica</p> | <p>1.- Urbana 2.- Rural.</p> |

| | | | | |
|---|--|---|----------------------------|--|
| <p>Familia de acuerdo a (adaptabilidad)</p> | <p>Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.</p> | <p>1.- Familia rígida. Puntuación de 10 a 19 de los ítems pares en la escala de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III). 2.- Familia estructurada. Puntuación de 20 a 24 de los ítems pares en el FACES III. 3.- Familia flexible. Puntuación de 25 a 28 de los ítems pares en el FACES III. 4.- Familia caótica. Puntuación de 29 a 50 de los ítems pares en el FACES III.</p> | <p>Cualitativa nominal</p> | <p>1.- Familia rígida. 2.- Familia estructurada. 3.- Familia flexible. 4.- Familia caótica.</p> |
| <p>Familia de acuerdo a (cohesión)</p> | <p>Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia</p> | <p>1.- Familia no relacionada. Puntuación entre 10 a 34 de los ítems noes de la escala de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III). 2.- Familia semirrelacionada. Puntuación de 35 a 40 de los ítems noes en el FACES III. 3.- Familia relacionada. Puntuación de 41 a 45 de los ítems noes en el FACES III. 4.- Familia aglutinada. Puntuación de 46 a 50 de los ítems noes en el FACES III.</p> | <p>Cualitativa nominal</p> | <p>1.- Familia no relacionada. 2.- Familia semirrelacionada. 3.- Familia relacionada. 4.- Familia aglutinada.</p> |

g) DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Previa aprobación por los comités de Investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se realizó el proyecto de investigación en el IMSS en las aulas de la Unidad de Medicina Familiar número 80 (UMF 80).

El investigador principal acudió con los residentes de medicina familiar de la UMF 80 en sus tres grados (R1MF, R2MF y R3MF) con fecha de Marzo y Septiembre del 2017, se les explicó en que consiste y cuál es la finalidad del proyecto de investigación, se les invitó de manera cordial a que participaran y se les entregó el consentimiento informado (ANEXO C), para que lo leyeran y al aceptar lo firmaron.

Una vez firmado el documento de consentimiento informado, se les comentó que se pueden tomar el tiempo necesario para contestar cuatro hojas (el tiempo estimado fue aproximadamente una hora). Estas cuatro hojas se describen a continuación:

- Cuestionario breve de Burnout (CBB) (ANEXO D). En su versión validada en español por Moreno Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles en 1997, que sirve para identificar a las personas que tienen SB. El cuestionario es de tipo Likert con 5 niveles (desde ninguna ocasión hasta la mayoría de las ocasiones). Consta de 21 ítems, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta, de las cuales solo se contestó una de ellas, a cada opción de respuesta, se le asigna un valor del 1 al 5. A efectos de diagnóstico del SB, se considera el punto de corte de 25 puntos. Es decir, a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el SB. Tiene una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.74.
- Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (ANEXO E). En su versión validada para México por Elizabeth López Carranza en 1999, adaptado del original Maslach y Jackson 1981, el cual consiste en 22 enunciados acerca del aspecto laboral y la opinión con respecto a este, en una escala de Likert con siete niveles. Cada ítem consiste en un enunciado en forma de afirmación que se refiere a las actividades, emociones o

sentimientos que el individuo muestra en relación hacia su trabajo o hacia sus pacientes. Cada ítem tiene siete opciones de respuesta (opciones desde nunca hasta todos los días), de las cuales solo se contestó una de ellas. Cada opción de respuesta en cada uno de los ítems se le asigna un valor del cero al seis, siendo la puntuación de cada dimensión del burnout la suma de dichos valores. De acuerdo al cuestionario los enunciados han sido mezclados para explorar tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la ineficiencia o insatisfacción en la realización personal, de tal manera que se pueden medir y diferenciar tres subescalas que representan los tres factores o dimensiones del síndrome, cuenta con una fiabilidad y alfa de Cronbach de 0.895 para Agotamiento emocional, 0.834 para Realización personal en el trabajo y 0.677 para Despersonalización, con la finalidad de identificar la situación en la que nos encontramos, prevenir y tratar a aquellos individuos que tengan agotamiento físico y psicológico.

- Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) (ANEXO F) Instrumento desarrollado por David H. Olson y col. En 1985 y la versión validada en español de Gómez Clavelina y col. basado en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones o dimensiones: la adaptabilidad y la cohesión, a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5. La escala cuenta con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.82 para cohesión y 0.79 para adaptabilidad.
- Por último se entregó una hoja de datos sociodemográficos (ANEXO G), donde anotaron aspectos personales, tales como: Nombre, género, edad, grado académico de residencia de medicina familiar, estado civil, tipología familiar según estructura, desarrollo y demografía. En todo momento se guardó la confidencialidad de los residentes y los nombres no se publicaron en este estudio.

De cada juego de hojas que se recopiló de cada uno de los residentes de medicina familiar se vació la información en una hoja de recolección de datos (ANEXO H), con la finalidad de conjuntar la información para proceder a analizar los datos. Posteriormente se creó una base de datos en el programa SPSS versión 24, para que finalmente se pudieran crear tablas, figuras y gráficos que representan los casos de Burnout que existen y la relación que hay entre esta enfermedad y las variables tanto sociodemográficas como de tipología familiar y de funcionalidad familiar. Se analizaron los datos y se publicaron los resultados y las conclusiones.

h) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó estadística descriptiva, para las variables discretas o cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. La asociación de variables se llevó a cabo con el estadístico de prueba exacta de Fisher. Las cifras estadísticamente significativas son las que asocian a un *P-valor* <0.05 . Se presentaron tablas de contingencia. El instrumento de Burnout se sometió a un análisis de fiabilidad de manera global y por cada uno de sus tres diferentes dominios mediante el Alpha de Cronbach e igualmente se reconfirmó por el método de las mitades (Spearman-Brown). Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 24.0).

i) CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, el código de Nuremberg y sus enmiendas, el informe Belmont y la Ley General de Salud de México en su capítulo quinto artículo 100, NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de Investigación para la salud en seres humanos, y debido a que esta investigación se consideró como estudio que implica riesgo mínimo con posibilidad de un beneficio directo y en cumplimiento con los aspectos mencionados, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios.

- I. Se adaptó a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Se efectuó porque existe una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- III. Se cuenta con el **consentimiento informado** por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
- IV. Realizado por profesionales de la salud en instituciones médicas que actuaron bajo vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- V. El profesional responsable no suspendió la investigación debido a que no sobrevino el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realizó la investigación.

De acuerdo con lo anterior, en nuestro estudio se siguió la normativa, teniendo un **consentimiento informado**, en el cual se especificó todo el desarrollo del estudio y se indicó que se puede abandonar en caso de que no se sienta seguro o cómodo de participar en él, el presente proyecto de investigación no implicó daño alguno, ni riesgos para los residentes de medicina familiar.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos:

- 1.- Dos investigadores clínicos. Una en el área de Coordinación educativa (Dra. Paula Chacón Valladares) y otro en el área de Psiquiatría. (Dr. Felipe de Jesús García Martínez). Los cuales se encargaron de orientar al investigador principal.
- 2.- Un estadístico con Maestría en Matemáticas Educativas. (Mat. Carlos Gómez Alonso), el cual apoyó al investigador en lo concerniente a la estadística aplicada.
- 3.- Un alumno médico general que está realizando el curso para obtener la Especialidad en Medicina Familiar. Residente de medicina familiar (Hector Coria Muñoz), el cual se encargó de desarrollar el proyecto de investigación.

Recursos físicos:

- 1.- Una computadora
- 2.- Un software para análisis estadístico (SPSS)
- 3.- Insumos de papelería (hojas, lápiz, lapicero, borrador, corrector)

De los cuales el investigador principal dispone y por lo tanto no se requirió de ningún financiamiento.

Factibilidad

Los investigadores cuentan con la formación y experiencia en evaluaciones clínico-psicológicas. La Unidad de Medicina Familiar número 80 cuenta con equipo de cómputo. La población estuvo al alcance, debido a que los residentes de medicina familiar acuden a la Unidad Sede (UMF 80) para realizar diversas actividades.

IX. RESULTADOS

De un total de 70 residentes de Medicina Familiar de los tres grados, participaron 69 médicos en formación y de acuerdo a la primera medición realizada en Marzo del 2017, 30 (43.5%) son hombres y 39 (56.5%) son mujeres. Las edades oscilan entre 30 ± 5 años. 24 (34.8%) son R1, 23 (33.3%) son R2 y 22 (31.9%) son R3. En cuanto a estado civil predominan los solteros, los cuales son 34 (49.3%). En cuanto a las familias predominan las nucleares biparentales 35 (50.7%), modernas 52 (75.4%) y urbanas 63 (91.3%). Tabla I.

Tabla I.- Variables sociodemográficas.

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | N (%) |
|------------------------------------|--------------|
| GÉNERO | |
| Mujer | 39 (56.5%) |
| Hombre | 30 (43.5%) |
| EDAD | |
| 25-29 años | 38 (55.1%) |
| 30-40 años | 31 (44.9%) |
| ESTADO CIVIL | |
| Soltero | 34 (49.3%) |
| Casado | 26 (37.7%) |
| Unión libre | 8 (11.6%) |
| Divorciado | 1 (1.4%) |
| GRADO RMF | |
| R1MF | 24 (34.8%) |
| R2MF | 23 (33.3%) |
| R3MF | 22 (31.9%) |
| ESTRUCTURA FAMILIAR | |
| Nuclear biparental | 35 (50.7%) |
| Nuclear simple | 14 (20.3%) |
| Extensa | 8 (11.6%) |
| Monoparental extendida | 5 (7.2%) |
| Seminuclear | 4 (5.8%) |
| Extensa compuesta | 2 (2.9%) |
| Monoparental compuesta | 1 (1.4%) |
| DESARROLLO FAMILIAR | |
| Moderna | 52 (75.4%) |
| Tradicional | 17 (24.6%) |
| DEMOGRAFÍA FAMILIAR | |
| Urbana | 63 (91.3%) |
| Rural | 6 (8.7%) |
| ADAPTABILIDAD FAMILIAR | |
| Caótica | 50 (72.5%) |
| Flexible | 15 (21.7%) |
| Estructurada | 4 (5.8%) |
| COHESIÓN FAMILIAR | |
| Relacionada | 36 (52.2%) |
| Semirrelacionada | 17 (24.6%) |
| Aglutinada | 15 (21.7%) |
| No relacionada | 1 (1.4%) |

Considerando el total de residentes, 5 médicos en formación (7.2%) presentaron SB en la primera medición (Marzo del 2017) y en la segunda medición (Septiembre del 2017) aumentó dicha frecuencia a 14 (20.3%). En la primera medición predominó el SB alto en 3 residentes (4.3%), de los cuales dos residentes fueron del primer año y un residente del segundo año, de la misma manera en la segunda medición predominó el SB alto, pero con una frecuencia de 7 (10.1%), correspondiendo a dos residentes del primer año, cuatro residentes del segundo año y un residente del tercer año. Tabla II.

Tabla II.- Frecuencia y grados de Síndrome de Burnout.

| FRECUENCIA Y GRADOS DE SÍNDROME DE BURNOUT | | |
|---|-----------------------|----------------------------|
| Grados de Burnout | Marzo del 2017 | Septiembre del 2017 |
| | N (%) | N (%) |
| Burnout alto | 3 (4.3%) | 7 (10.1%) |
| Burnout medio | 2 (2.9%) | 6 (8.7%) |
| Burnout bajo | 0 (0%) | 1 (1.5%) |
| Sin burnout | 64 (92.8%) | 55 (79.7%) |

Las subescalas alteradas fueron en la primera medición: 3 (4.3%) presentaron agotamiento emocional alto, 3 (4.3%) cursaron con despersonalización alta y 2 (2.9%) tuvieron realización personal baja, así mismo se empleó la prueba exacta de Fisher a las tres dimensiones y se determinó que el agotamiento emocional con respecto al SB fue estadísticamente significativo con un p valor de 0.008. De la misma forma para la segunda medición se encontraron las tres subescalas alteradas, encontrando que 7 (10.14%) presentaron agotamiento emocional alto, 9 (13.04%) cursaron con despersonalización alta y 5 (7.25%) tuvieron realización personal baja, así mismo se empleó la prueba exacta de Fisher a las tres dimensiones y se determinó que el agotamiento emocional y la despersonalización con respecto al SB fueron estadísticamente significativos con un p valor de 0.001 y 0.004 respectivamente. Tabla III.

Tabla III.- Dimensiones del Síndrome de Burnout.

| DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| AGOTAMIENTO EMOCIONAL | Marzo 2017 | | | | Septiembre 2017 | | | |
| | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| Alto | 3(4.3%) | 11(16%) | 14(20.3%) | 0.008* | 7(10.14%) | 8(11.59%) | 15(21.74%) | 0.001* |
| Medio | 2(2.9%) | 10(14.5%) | 12(17.4%) | | 6(8.70%) | 7(10.14%) | 13(18.84%) | |
| Bajo | 0(0%) | 43(62.3%) | 43(62.3%) | | 1(1.45%) | 40(57.97%) | 41(59.42%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| DESPERSONALIZACIÓN | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | |
| Alta | 3(4.3%) | 12(17.4%) | 15(21.7%) | 0.094 | 9(13.04%) | 10(14.49%) | 19(27.54%) | 0.004* |
| Media | 0(0%) | 9(13%) | 9(13%) | | 1(1.45%) | 7(10.14%) | 8(11.59%) | |
| Baja | 2(2.9%) | 43(62.3%) | 45(65.2%) | | 4(5.8%) | 38(55.07%) | 42(60.87%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| REALIZACIÓN PERSONAL | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | |
| Baja | 2(2.9%) | 12(17.4%) | 14(20.3%) | 0.144 | 5(7.25%) | 11(15.94%) | 16(23.19%) | 0.062 |
| Media | 2(2.9%) | 15(21.7%) | 17(24.6%) | | 6(8.7%) | 13(18.84%) | 19(27.54%) | |
| Alta | 1(1.4%) | 37(53.6%) | 38(55%) | | 3(4.35%) | 31(44.93%) | 34(49.27%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |

*p valor estadísticamente significativo menor de 0.05

Aplicando la prueba exacta de Fisher a la tipología familiar en la primera medición observamos que la estructura o composición familiar en relación al SB fue estadísticamente significativa encontrando un p valor de 0.036. La estructura familiar con mayor porcentaje de SB fue la familia nuclear simple con 4 (5.8%), además hubo mayor burnout en 3 familias modernas con (4.3%) y 4 urbanas (5.8%).

Al aplicar la prueba exacta de Fisher a la tipología familiar en la segunda medición, observamos que la que presentó significancia estadística fue el desarrollo familiar en relación al SB encontrando un p valor de 0.001. La estructura familiar con mayor porcentaje de SB en la segunda medición fueron 7 familias nucleares biparentales con un (10.14%). Así mismo, predominó el burnout en 9 familias tradicionales (13.04%) y en 12 familias urbanas (17.39%). Tabla IV.

Tabla IV.- Tipología Familiar y Síndrome de Burnout.

| TIPOLOGÍA FAMILIAR Y SÍNDROME DE BURNOUT | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|----------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|---------------|
| ESTRUCTURA | Marzo 2017 | | | | Septiembre 2017 | | | |
| | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| Nuclear simple | 4(5.8%) | 10(14.5%) | 14(20.3%) | | 1(1.45%) | 8(11.59%) | 9(13.04%) | |
| Nuclear biparental | 0(0%) | 35(50.7%) | 35(50.7%) | | 7(10.14%) | 28(40.58%) | 35(50.72%) | |
| Seminuclear | 0(0%) | 4(5.8%) | 4(5.8%) | 0.036* | 2(2.9%) | 3(4.35%) | 5(7.25%) | 0.417 |
| Extensa | 1(1.5%) | 7(10.1%) | 8(11.6%) | | 1(1.45%) | 10(14.49%) | 11(15.94%) | |
| Extensa compuesta | 0(0%) | 2(2.9%) | 2(2.9%) | | 1(1.45%) | 4(5.8%) | 5(7.25%) | |
| Monoparental extendida | 0(0%) | 5(7.3%) | 5(7.3%) | | 2(2.9%) | 2(2.9%) | 4(5.8%) | |
| Monoparental compuesta | 0(0%) | 1(1.5%) | 1(1.5%) | | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| DESARROLLO | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| Moderna | 3(4.3%) | 49(71%) | 52(75.4%) | 0.59 | 5(7.25%) | 46(66.67%) | 51(73.91%) | 0.001* |
| Tradicional | 2(2.9%) | 15(21.7%) | 17(24.6%) | | 9(13.04%) | 9(13.04%) | 18(26.09%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| DEMOGRAFÍA | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| Urbana | 4(5.8%) | 59(85.5%) | 63(91.3%) | 0.375 | 12(17.39%) | 50(72.46%) | 62(89.86%) | 0.625 |
| Rural | 1(1.4%) | 5(7.2%) | 6(8.7%) | | 2(2.9%) | 5(7.25%) | 7(10.14%) | |
| Total | 63(91.3%) | 6(8.7%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |

*p valor estadísticamente significativo menor de 0.05

Se determinó tanto en la primera como en la segunda medición que para la adaptabilidad y cohesión familiar en relación al SB no existe relevancia estadística, encontrando mediante prueba exacta de Fisher valores mayores de 0.05, además se encontró en la primera medición mayor porcentaje de SB en 3 familias caóticas (4.3%), en 2 familias tanto relacionadas como semirrelacionadas ambas con (2.9%), de la misma manera el SB predominó en la segunda medición en las familias caóticas con una cantidad de 8 (11.59%) y relacionadas, también con 8 (11.59%). Tabla V.

Tabla V.- Adaptabilidad, Cohesión y Síndrome de Burnout.

| ADAPTABILIDAD, COHESIÓN Y SÍNDROME DE BURNOUT | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|----------------|-----------------|--------------------|--------------------|----------------|-----------------|
| ADAPTABILIDAD | Marzo 2017 | | | | Septiembre 2017 | | | |
| | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| Caótica | 3(4.3%) | 47(68.1%) | 50(72.5%) | | 8(11.59%) | 41(59.42%) | 49(71.01%) | |
| Flexible | 2(2.9%) | 13(18.8%) | 15(21.7%) | | 6(8.70%) | 8(11.59%) | 14(20.29%) | |
| Estructurada | 0(0%) | 4(5.8%) | 4(5.8%) | 0.504 | 0(0%) | 4(5.8%) | 4(5.8%) | 0.131 |
| Rígida | 0(0%) | 0(0%) | 0(0%) | | 0(0%) | 2(2.9%) | 2(2.9%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| COHESIÓN | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| No relacionada | 0(0%) | 1(1.4%) | 1(1.4%) | | 1(1.45%) | 0(0%) | 1(1.45%) | |
| Semirrelacionada | 2(2.9%) | 15(21.7%) | 17(24.6%) | | 5(7.25%) | 16(23.19%) | 21(30.43%) | |
| Relacionada | 2(2.9%) | 34(49.3%) | 36(52.2%) | 0.838 | 8(11.59%) | 27(39.13%) | 35(50.72%) | 0.70 |
| Aglutinada | 1(1.4%) | 14(20.3%) | 15(21.7%) | | 0(0%) | 12(17.39%) | 12(17.39%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |

*p valor estadísticamente significativo menor de 0.05

Con respecto a las variables sociodemográficas en relación al SB en la primera medición predominó en el sexo masculino, en 3 hombres (4.3%), en 3 médicos de 25 a 29 años (4.3%), en 4 solteros con un (5.8%) y en 3 médicos que cursaban el segundo año de la residencia de Medicina Familiar con un (4.3%). No se presentó significancia estadística de las variables sociodemográficas en asociación con SB. En la segunda medición con respecto al género predominó en el sexo femenino, en 9 mujeres (13.04%), en 10 médicos de 30 a 40 años con un (14.49%), en 10 solteros con un (14.49%) y en 6 residentes del segundo año de Medicina Familiar con un (8.7%). No hubo relevancia estadística de las variables sociodemográficas en relación al SB. Tabla VI.

Tabla VI.- Variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout.

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SÍNDROME DE BURNOUT | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|----------------|--------------|--------------------|--------------------|----------------|--------------|
| GÉNERO | Marzo 2017 | | | | Septiembre 2017 | | | |
| | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| Hombre | 3(4.3%) | 27(39.1%) | 30(43.5%) | | 5(7.25%) | 25(36.23%) | 30(43.48%) | |
| Mujer | 2(2.9%) | 37(53.6%) | 39(56.5%) | 0.646 | 9(13.04%) | 30(43.48%) | 39(56.52%) | 0.568 |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| EDAD | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher | C/Burnout N (%) | S/Burnout N (%) | Total N (%) | P. E. Fisher |
| 20-29 años | 3(4.3%) | 35(50.7%) | 38(55.1%) | | 4(5.8%) | 28(40.58%) | 32(46.38%) | |
| 30-40 años | 2(2.9%) | 29(42.05%) | 31(44.9%) | 1 | 10(14.49%) | 27(39.13%) | 37(53.62%) | 0.229 |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| EDO. CIVIL | C/Burnout | S/Burnout | Total | P. E. Fisher | C/Burnout | S/Burnout | Total | P. E. Fisher |

| | | | | | | | | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|--------------|------------|------------|------------|--------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | | N (%) | N (%) | N (%) | |
| Soltero | 4(5.8%) | 30(43.5%) | 34(49.3%) | | 10(14.49%) | 24(34.78%) | 34(49.27%) | |
| Casado | 1(1.4%) | 25(36.2%) | 26(37.7%) | | 2(2.9%) | 25(36.23%) | 27(39.13%) | |
| Unión libre | 0(0%) | 8(11.6%) | 8(11.6%) | 0.457 | 2(2.9%) | 5(7.25%) | 7(10.14%) | 0.121 |
| Divorciado | 0(0%) | 1(1.4%) | 1(1.4%) | | 0(0%) | 1(1.45%) | 1(1.45%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |
| GRADO | C/Burnout | S/Burnout | Total | P. E. Fisher | C/Burnout | S/Burnout | Total | P. E. Fisher |
| RMF | N (%) | N (%) | N (%) | | N (%) | N (%) | N (%) | |
| R1MF | 2(2.95%) | 22(31.9%) | 24(34.8%) | | 4(5.8%) | 20(28.99%) | 24(34.78%) | |
| R2MF | 3(4.3%) | 20(29%) | 23(33.3%) | 0.312 | 6(8.70%) | 17(24.64%) | 23(33.33%) | 0.751 |
| R3MF | 0(0%) | 22(31.9%) | 22(31.9%) | | 4(5.8%) | 18(26.09%) | 22(31.88%) | |
| Total | 5(7.2%) | 64(92.8%) | 69(100%) | | 14(20.29%) | 55(79.71%) | 69(100%) | |

*p valor estadísticamente significativo menor de 0.05

Por último se obtuvo la fiabilidad del instrumento denominado inventario de Burnout de Maslach (MBI), encontrando el alfa de Cronbach y utilizando el método de las mitades. De manera global el instrumento tiene 22 reactivos, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.769 y por el método de las mitades de 0.844, así mismo también se obtuvieron el respectivo alfa de Cronbach y método de las mitades para cada una de las subescalas analizadas. Tabla VII.

Tabla VII.- Fiabilidad del inventario de Burnout de Maslach (MBI).

| FIABILIDAD DEL INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI) | | | |
|--|----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| DIMENSIÓN | Número de reactivos | Alfa de Cronbach | Método de las mitades |
| Global | 22 | 0.769 | 0.844 |
| Agotamiento emocional | 9 | 0.895 | 0.871 |
| Despersonalización | 5 | 0.677 | 0.712 |
| Realización personal | 8 | 0.834 | 0.804 |

X. DISCUSIÓN

En el presente proyecto de investigación se encontró una frecuencia baja de SB en los residentes de medicina familiar; un estudio que coincide es el de Puffer y cols. En dicho estudio llamado “Prevalencia de Burnout en médicos familiares certificados por el Colegio Americano de Medicina Familiar”, se encontró una prevalencia de 24.5%, siendo esta frecuencia más baja de lo que previamente se había reportado.²⁶ Otro estudio que tiene una

prevalencia similar al presente estudio es el de Solano y Serna, llevado a cabo en la ciudad de Aguascalientes. En este último se reporta una frecuencia incluso más baja con 18.75% de SB en los residentes de medicina familiar²⁷, aunque se abarcó una población más baja que la del presente proyecto de investigación; 16 residentes, en comparación a 69 residentes. Puffer y cols mencionan que reportes anteriores señalaron que más del cincuenta por ciento de los médicos familiares padece síndrome de burnout, sesenta y tres por ciento de los médicos familiares lo presentan y sigue incrementándose de acuerdo a datos de la Clínica Mayo²⁶, sin embargo, en gran cantidad de esos estudios se incluyeron residentes de varias especialidades, pudiendo esto incrementar la prevalencia, ya que es bien sabido que algunas especialidades tienen mayor nivel de exigencia, trabajo bajo presión y estrés, como las especialidades quirúrgicas, por citar un ejemplo. Además en el caso específico de los residentes de medicina familiar de diferentes sedes, la carga laboral, la frecuencia de las guardias, el ambiente de trabajo, la disposición y apoyo que brindan las autoridades son muy variables, pudiendo todos estos factores influir en los resultados.

Tomando en consideración el género, en el presente estudio predominó el síndrome de burnout en el género femenino; de acuerdo al estudio de Dyrbye y cols, también predominó el SB en las mujeres con un 60%²⁸, así mismo, en el estudio de Szwako en Paraguay en los residentes de medicina familiar se encontró una mayor prevalencia de SB en el sexo femenino con un 70%²⁹. Es bien sabido que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome, ya que suelen llevar a cabo “doble jornada”, es decir tareas domésticas además del trabajo en alguna institución de salud. Tomando en cuenta el estado civil, en este estudio se obtuvo una frecuencia mayor de SB en los solteros, en relación a este factor concuerda el estudio realizado por Selic en residentes de medicina familiar en Eslovenia al obtener una prevalencia mayor de SB en solteros que en casados³⁰, Martini y cols también coinciden al reportar que 65.2% de los solteros presentaron criterios para SB a comparación de 40% de SB en los casados³¹. Este factor podría explicarse por el apoyo que se recibe por parte de la pareja para solucionar la problemática laboral que se presenta, en cambio, los solteros no tienen una pareja a quien recurrir cuando presentan una enfermedad por desgaste profesional.

En el presente estudio se encontró mayor porcentaje de SB en los residentes de segundo grado de Medicina Familiar con respecto a los del primer y tercer grados; al comparar este resultado con el de Rossen encontramos que coincide, ya que ese autor menciona que al inicio del año de residencia 4.3% de los residentes reunían criterios para padecer Burnout de acuerdo al inventario de Maslach, y para el segundo año se había incrementado hasta 55.3%³², por lo anterior se puede concluir que el factor de tiempo laborado influye en la aparición del SB. Otro estudio que también concuerda con los resultados comentados anteriormente es el de Jara y Sánchez al tener un 86% de SB los residentes del segundo año³³. Esto podría deberse a que los residentes del primer año, al ser prácticamente debutantes, no han estado expuestos a una carga laboral extenuante como para sentirse agotados, además de que se espera que las habilidades, destrezas y nivel exigencia sea mayor en los residentes de segundo año que en los de primer año. Los residentes del tercer año al ser los de mayor jerarquía relegan sus actividades a los residentes del segundo año, en quienes recae toda la responsabilidad y el trabajo. En cuanto al plan único de especialidades médicas, el programa académico correspondiente al segundo año de residencia de medicina familiar es más complejo y con mayor cantidad de materias que las de primero y tercer año.

Se estadificó la severidad del SB en el presente estudio, y del total de casos de SB, el mayor porcentaje quedó clasificado como síndrome de Burnout alto. En Mérida Yucatán el estudio de Balcázar, Montejo y Ramírez también reportó un mayor porcentaje de SB alto. Luego de evaluar el nivel de desgaste profesional, observaron que la mayoría de los médicos encuestados presentaron niveles altos de desgaste profesional con predominio de desgaste alto en un 41.66%³⁴, en contraste, un estudio realizado en Tabasco por Contreras y cols, encontró predominio de SB leve con un 55.2%³⁵, lo cual puede ser entendido por las diferencias en cuanto a exigencia que existen en las diferentes sedes de la residencia de medicina familiar debido a factores que se comentaron anteriormente, como facilidades y restricciones que puedan tener por parte de sus respectivos coordinadores de residencia, carga de actividades académicas y agentes estresores como exposiciones y exámenes, carga

laboral incluyendo horas de trabajo en las guardias y en los servicios, que sin lugar a dudas son diferentes en cada sede.

Dentro de las subescalas o dimensiones, se encontró en este estudio la existencia de agotamiento emocional entre los residentes de Medicina Familiar, de los cuales el de mayor impacto lo constituyen los que presentan SB y agotamiento emocional alto. Un hallazgo similar obtuvieron en el estudio llevado a cabo en Tabasco por Contreras y cols, donde se encontró un agotamiento emocional alto en el 8% en el personal de salud de un hospital de Villahermosa³⁵. En un estudio realizado por Tello y Mendoza en Veracruz se encontró agotamiento emocional alto en el 26%³⁶, lo cual podría explicarse debido a que se tomaron en cuenta para este estudio no solo a residentes de medicina familiar sino a los residentes de otras especialidades, incluyendo cirugía general, urgencias, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología entre otras.

Con respecto a la subescala despersonalización, se reportó despersonalización en algunos de los residentes de medicina familiar, de los cuales el de mayor impacto lo conforman los que tienen SB y despersonalización alta en 13.04%. En otro estudio realizado en Bogotá Colombia por Berdejo, cuya muestra se tomó de residentes de especialidades médico quirúrgicas y donde hubo mayor despersonalización alta, se reportó una prevalencia de 36%³⁷, Una cifra intermedia entre éste estudio y el de Berdejo lo constituye el de Tello y Mendoza en donde reportaron una despersonalización alta en 26% del personal de Salud³⁶. Aquí también podemos puntualizar que se tratan de estudios donde se incluyeron residentes de varias especialidades y en el caso particular del estudio colombiano se realizó en el contexto de un sistema de salud diferente al de México.

En relación a la realización personal, se identificó a algunos residentes con realización personal baja, de los cuales los de mayor impacto lo constituyen los que presentan SB y realización personal baja. Un resultado similar al presente estudio fue precisamente el de Berdejo, en Colombia donde reportaron una realización personal baja en 10.5%³⁷.

Comparado con el estudio de Tello y Mendoza este último obtuvo una frecuencia de 19.5% de realización personal baja en el personal de Salud encuestado³⁶.

En relación a la Tipología Familiar, encontramos un mayor porcentaje de SB en familias nucleares biparentales, tradicionales y urbanas. En un estudio llevado a cabo por Valenzuela en Chile se encontró que de los casos de SB, el 51% indicó vivir en una familia biparental³⁸, por el contrario en un estudio realizado por Seguel también en Chile encontraron que la familia monoparental presentó mayor fatiga que las otras clasificaciones de familia, de tal manera que en el estudio anterior se evidenció que la sobrecarga de trabajo aumenta cuando las labores familiares son asumidas solamente por una persona³⁹. En cuanto a la demografía familiar, en un estudio elaborado por Navarro, Ayechu y Huarte se encontró que trabajar en un área urbana está relacionada al SB, al reportar la presencia de burnout y cansancio emocional en un 20%, burnout y despersonalización en un 27.8% en contraste con los profesionales sanitarios que laboran en un área rural, en los cuales el SB y cansancio emocional se presentó en 10.5% y burnout y despersonalización en 9.3%⁴⁰. Esto puede ser debido al alto nivel de estrés que implica vivir en grandes ciudades en comparación con habitar y trabajar en el área rural.

En cuanto a las dimensiones adaptabilidad y cohesión familiar se identificó mayor SB en familias caóticas y relacionadas. En contraste en un estudio elaborado por Appel y Kim-Appel, el mayor impacto lo tienen las familias flexibles, al tener los recursos de afrontamiento necesarios para el agotamiento emocional, lo que sugiere que los trabajadores que tienen este tipo de sistema familiar pueden ser más tolerantes al SB. Las relaciones familiares saludables están marcadas por una habilidad para compenetrarse emocionalmente y una habilidad para adaptarse al estrés, al cambiar reglas y roles en la familia⁴¹, sin embargo, coincidiendo con el presente, se encuentra un estudio que afirma que cuando el estrés laboral y el agotamiento emocional es alto, el personal de salud tiene sentimientos y emociones negativos que repercuten de manera negativa el cumplimiento de labores cotidianas. Con respecto a la despersonalización se encontró que influye de manera negativa en el funcionamiento familiar debido a que al poseer índices altos ocasiona que la

funcionalidad familiar se encuentre en los parámetros de funcionalidad extrema como lo son las familiares caóticas, lo que indica que las relaciones familiares están caracterizadas por la baja presencia de empatía, roles confusos, reglas y límites no muy bien establecidos y una conducta de disciplina permisiva. Finalmente hay la presencia de índices bajos de logros personales, lo cual deteriora de manera significativa la autoestima, las habilidades sociales, el autoconcepto y la autoeficacia, correspondiendo a un funcionamiento familiar extremo⁴².

Limitaciones

La mayor limitación de nuestro estudio es que solo se llevó a cabo en una unidad de medicina familiar en tres generaciones de residentes y con dos mediciones, lo cual no representa la totalidad de residentes de medicina familiar en nuestro país y cada sede donde se forman los residentes de medicina familiar cuenta con sus propias características, tales como: ambiente laboral, horarios de guardias, cantidad de compañeros de trabajo, accesibilidad y apoyo de los representantes y supervisores de la residencia, dichas diferencias pueden repercutir entre la presencia o ausencia del SB.

Otra limitación es el momento en que se hayan contestado los instrumentos para detectar el SB, porque algunos residentes se encontraban de pre guardia, otros de guardia, otros de post guardia y otros regresando del servicio social, esto puede influir en la forma en que contestaron las herramientas, ya que si se respondió tras haber tenido una prácticas clínica complementaria (guardia), o de regresar de un hospital rural con gran cantidad de pacientes, esto puede aumentar los casos de SB, al sentirse en ese momento agotado, en este aspecto es crucial que las encuestas se contesten todos el mismo día, pudiendo responder las herramientas en un día de pre guardia.

Fortalezas

La fortaleza de nuestro estudio fue la selección de un grupo homogéneo, en este caso de los residentes de medicina familiar. Ya que algunos estudios incluyen residentes de diferentes especialidades lo cual puede constituir un sesgo al ser unas especialidades más

demandantes y estresantes que otras. Nuestros hallazgos sirven como recordatorio para que no solo se ponga atención en las consecuencias que el SB ocasiona a los pacientes sino también en el estado de salud de los que presentan SB.

XI. CONCLUSIONES

Encontramos una frecuencia baja de síndrome de burnout en nuestro medio, está por debajo de lo reportado en otros estudios llevados a cabo en trabajadores de la salud, pero con una prevalencia similar a otros estudios realizados específicamente en residentes de medicina familiar.

Prevalció el burnout en el sexo femenino, en el grupo de edad comprendido entre los 30 a 40 años, en solteros. El desgaste profesional predominó en residentes del segundo año de medicina familiar.

De los individuos que presentaron agotamiento laboral, predominó el burnout alto. La esfera de burnout que representó la mayoría de casos afectados fue la de despersonalización, seguida por la de agotamiento emocional y al final la de realización personal.

En relación a la situación familiar, encontramos mayor burnout en familias nucleares biparentales, tradicionales, urbanas, así como en aquellas familias caóticas y relacionadas.

XII. RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS

Un estudio posterior pudiera contemplar las consecuencias que se presentan con el SB, ya que tiene repercusiones tanto a nivel individual y en el sistema familiar y como esta

patología influye en los pacientes, ya que debido al desgaste laboral que pueden tener algunos médicos, podrían cometer errores en la salud de sus pacientes.

Un tema novedoso y con repercusión laboral como el síndrome de burnout, puede ser el punto de partida para otros estudios con temática similar como lo es el mobbing, definido como el acoso laboral, del cual se podría obtener información valiosa y su prevención en el trabajo.

Se sugiere que en el futuro se pudiera llevar a cabo un estudio de investigación en donde se valore la importancia del manejo del SB por parte de los servicios de Psicología y Psiquiatría y el impacto que tienen en el tratamiento

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rosales-Ricardo Y et al. Hacia un estudio bidimensional del síndrome de Burnout en estudiantes universitarios. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2014;19(12):4767-4775.
- 2.- Juárez-García A, et al. Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 2014;37(2):159-176.
- 3.- Carolusson S. Burnout syndrome and analytical hypnosis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2014;2:71-84.
- 4.- Gomez-Alcaina B, Montero-Marín J, P-Demarzo MM, P-Pererira J, García-Campayo J. Usefulness of biological markers in early detection and prevention of burnout syndrome. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2013;18(3):245-253.
- 5.- Chutko LS, Surushkina SY, Rozkhova AV, Nikishena IS, Yakovenko EA. The asthenic symptom complex in patients with emotional burnout. *Neuroscience and behavioral physiology*. 2015;45(3):354-359.
- 6.- Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med. Int. Mex*. 2012;28(6):579-584.

- 7.- Hernández TJ, Sánchez G, Hernández JF, Avedaño V. Prevalence of Burnout Syndrome in Employees of Institutions of the Health Sector. En: Gil-Lafuente AM, Gil-Lafuente J, Merigó-Lindahl JM. *Soft Computing in Management and Business Economics*. Berlín:Springer; 2012:207-225
- 8.- Stanetic K, Tesanovic G. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Med. Pregl.* 2013;66(3-4):153-162.
- 9.- Terrones-Rodríguez JF, Cisneros-Perez V, Arreola-Rocha JJ. Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2016;54(2):242-248.
- 10.- Dickinson-Bannack ME, González-Salinas C, Fernández-Ortega MA, Palomeque RP, González-Quintanilla E, Hernández-Vargas I. Burnout síndrome among Mexican Primary Care Physicians. *Archivos en Medicina Familiar.* 2007; 9(2):75-79.
- 11.- Sonnenschein M, Mommersteeg P, Houtveen J, Sorbi M, Schaufeli W, Doornen L. Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: An in-depth study using the experience sampling method. *Biological Psychology.* 2007;75:176-184.
- 12.- Ortiz-Valdés JA, Vega-Michel C. Cortisol levels, Professional Burnout and Job Satisfaction in University Employees. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 2009;1(2):1-8.
- 13.- Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J. Med.* 2014;9:1-6.
- 14.- Jimenez-Lopez JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2015;53(1):20-28.
- 15.- Jacquet A, Grolleau A, Jove J, Lassalle R, Moore N. Burnout: Evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET 1 for profesional fatigue syndrome (burnout). *Journal of International Medical Research.* 2015;43(1):54-66.
- 16.- Skodova Z, Lajciakova P. The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. *Nurse Education Today.* 2013;33:1311-1315.
- 17.- Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Díaz-López HO, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gac. Med. Mex.* 2016; 152:135-140.

- 18.- López-Portillo A, Nava-Ayala Fa, Barrientos-Juárez A, Palacios-Bonilla M. Relación entre formación del docente y desarrollo de aptitud clínica en alumnos de Medicina Familiar. *Inv. Ed. Med.* 2014;3(11):131-138.
- 19.- Diaz-Novás J, Gallego-Machado B, Durán-Cortina M. Caracterización del médico de familia. *Rev. Cubana Med Integr.* 2016;21(5-6):1-6
- 20.- Ramírez-Ochoa V, Hernández Torres I, Hamui Sutton A. The academic supervision process of the “Family Medicine for General Practitioners” Course of specialization in the UNAM. *Aten. Fam.* 2015;22(1):26-29.
- 21.- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Diario oficial de la federación Viernes 04-01-2013.
- 22.- Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A, Casa-Patiño I, Galeana-Castillo C. Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave.* 2013;13(7):1-5
- 23.- Backovic DV, Zivojinovic JI, Maksimovic J, Maksimovic M. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatria Danubina.* 2012;24(2):175-181.
- 24.- De Oliva-Costa Ef, Andrade-Santos S, Rodrigues-De Abreu Santos AT, Vieira-de Melo E, Matos-De Andrade T. Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics.* 2012;67(6):573-579.
- 25.- Villwock J, Sobin LB, Koester LA, Harris TM. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *Int. J. Med. Educ.* 2016;7:364-369.
- 26.- Puffer CJ, Knight HC, O’Neill TR, Rassolian M, Bazemore AW, Peterson LE et al. Prevalence of burnout in board certified family physicians. *JABFM.* 2017;30(2):125-126.
- 27.- Solano-Lira V, Serna-Vela FJ. ¿Existe el síndrome de burnout en médicos residentes del estado de Aguascalientes? [Tesis]. Aguascalientes: Instituto de salud del estado de Aguascalientes, Universidad autónoma de Aguascalientes; 2015.
- 28.- Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A et al. Burnout Among Health Care Professionals. *NAM.* 2017:1-11.
- 29.- Szwako Pawlowicz AA. Relationship between family function and burnout syndrome in family medicine resident physicians. *Rev. Salud pública Parag.* 2014;4(1):21-26.

- 30.- Selic P, Stegne-Ignjatovic T, Klemenc-Ketic Z. Burnout among Slovenian family medicine trainees: A cross-sectional study. *Zdrav Vestn.* 2014;81:218-224.
- 31.- Bangal VB. Burnout during residency and role of residency coordinator. *J MGIMS.* 2013;18(1):18-24.
- 32.- Tobie-Gutiérrez WA, Nava-López JA. Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2014;35(1):233-237.
- 33.- Jara-Díaz EA, Sánchez-Hurtado LM. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú. [Tesis]. Universidad Nacional mayor de San Marcos, facultad de medicina humana, e.a.p. de medicina humana, Lima Perú; 2016.
- 34.- Balcázar-Rincón LE, Montejo-Fraga LF, Ramírez Alcántara YL. Prevalence of the Occupational Burnout Syndrome in Residents of a Hospital in Merida, Yucatan, Mexico. *ATEN FAM.* 2015;22(4):111-114.
- 35.- Contreras-Palacios SC, Ávalos-García MI, Priego-Álvarez HR, Morales-García MH, Córdova-Hernández JA. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte Sanitario.* 2013;12(2):45-57.
- 36.- Tello-Pérez ML, Mendoza-Rivera R. Incidencia del Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en Médicos Residentes del IMSS Xalapa Veracruz. [Tesis]. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar no. 66 Xalapa Veracruz; 2014.
- 37.- Berdejo-Pacheco HL. Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la universidad nacional de Colombia, sede Bogotá. [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina departamento de cirugía. Unidad de anestesiología Bogotá d.c., Colombia. 2014.
- 38.- Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria;* 2014;11(4):119-127.
- 39.- Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo SV. Factores relacionados con fatiga y burnout en personal de enfermería en relación a la presencia de exceso de trabajo. [Tesis].

Universidad de concepción dirección de postgrado, Facultad de Medicina, programa de doctorado en enfermería. Concepción Chile; 2014.

40.- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano EI. Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Medicina de Familia Semergen. 2014;41(4):191-198.

41.- Appel J, Kim-Appel D. Family systems at work: The relationship between family coping and employee burnout. The family Journal. 2016;16(3):231-239.

42.- Santamaría-Agreda PE, Fonseca-Bautista S. Influencia de las condiciones laborales en el funcionamiento familiar en el personal femenino de la Jepropeña – P – Dinapen. [Tesis]. Universidad central del ecuador, facultad de ciencias psicológicas carrera de psicología clínica. Quito Ecuador; 2015.

XIV. ANEXOS

ANEXO A. DICTAMEN DE AUTORIZADO

26/4/2017 Carta Dictamen

  **Dirección de Prestaciones Médicas**
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud 

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1602** con número de registro **13 CI 16 022 160** ante
COFEPRIS
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **26/04/2017**

M.E. PAULA CHACON VALLADARES

P R E S E N T E

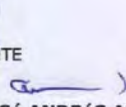
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2017-1602-6 |

ATENTAMENTE


DR.(A). JOSÉ ANDRÉS ALVARADO MACÍAS
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_clis?idProyecto=2017-1175&dCii=1602&monitor=1&ipo_doc=1 1/1

ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividades | 2016 | 2017 | | | | | | 2018 | | | |
|--|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------|
| | Nov - Dic | Ene - Feb | Mar - Abri | May - Junio | Jul - Ago | Sep - Oct | Nov - Dic | Ene - Feb | Mar - Abri | May - Junio | Jul - Ago |
| Elección de tema | X | | | | | | | | | | |
| Redacción de avances | X | X | | | | | | | | | |
| Presentación y obtención de registro ante SIRELCIS | | X | | | | | | | | | |
| Recolección de muestra | | | X | | | X | | | | | |
| Análisis preliminar | | | | X | | X | | | X | | |
| Reporte de resultados | | | | | | | X | | | | |
| Presentación de tesis | | | | X | | | | | | | X |
| Publicación de tesis. | | | | | | | | | | X | |

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del residente: _____ **Edad:** _____

Acepto participar en el proyecto de estudio:

Nombre el estudio: Frecuencia del síndrome de burnout en los residentes de medicina familiar.

Lugar y Fecha: UMF 80, Morelia Michoacán. A _____ de _____ de _____

Número de registro: _____ R-2017-1602-6 _____

Justificación y Objetivo el estudio: El síndrome de Burnout o agotamiento físico y mental en el área laboral es un diagnóstico con gran prevalencia en nuestra profesión, pero subdiagnosticado o erróneamente diagnosticado como ansiedad y/o depresión, alcanzando consecuencias importantes para la salud, las cuales deben ser tomadas en cuenta a tiempo y revertirlas. El objetivo es conocer la frecuencia del síndrome de burnout en los residentes de medicina familiar.

Procedimiento: Autorizo que se me apliquen los siguientes cuestionarios para obtener información con respecto al SB, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- Cuestionario breve de Burnout (CBB), el cual determina la existencia de SB.
- Inventario de Burnout de Maslach (MBI), el cual establece el grado de Burnout y las áreas afectadas (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal).
- Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III), el cual determina la funcionalidad familiar tomando en cuenta dos rubros: la adaptabilidad y cohesión familiar.
- Hoja de datos sociodemográficos, en la cual se recaban aspectos individuales tales como género, edad, grado académico de residencia de medicina familiar, estado civil y tipología familiar.

Posibles riesgos y molestias: Puede despertar emociones desagradables, indeseables y la disposición de participar e invertir un periodo de tiempo para contestar las encuestas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Si me identifican con síndrome de Burnout, tengo la oportunidad de que me refieran a una atención y manejo especializados por parte de Psicología-Psiquiatría.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me otorgará información de los resultados al finalizar este proyecto de investigación.

Participación o retiro: Mi participación es absolutamente voluntaria, por lo que puedo retirarme si así lo decido, sin que ello tenga ninguna implicación con respecto a mis derechos de atención en el instituto y en lo académico.

Privacidad y confidencialidad: Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales, a los cuales sólo tendrá acceso el personal de salud vinculado con esta investigación.

Beneficios al término del estudio: Se sugiere gestionar medidas de prevención para los residentes que no tienen SB y derivar oportunamente a aquellos que sí lo tengan a los servicios de psicología y psiquiatría.

En caso de **dudas o aclaraciones** sobre este estudio puedo acudir con los investigadores responsables el **Dr. Hector Coria Muñoz**, quien es residente de Medicina Familiar al teléfono 4432274693; **Dra. Paula Chacón Valladares** al teléfono 4431886235; **Dr. Felipe de Jesús García Martínez**, al teléfono: 4433760415.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética en Investigación CLEIS 1602 con la Dra. Irma Hernández Castro con número de teléfono 4531367311. Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos. Colonia Doctores. México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO D. CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB)

El cuestionario breve de Burnout permite identificar la presencia o ausencia de síndrome de Burnout, incluye 21 enunciados presentando las respuestas en una escala Likert con 5 niveles.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

2. Me siento identificado con mi trabajo.

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo.

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales

1-----2-----3-----4-----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

6. Mi trabajo actual carece de interés

1-----2-----3-----4-----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí

1-----2-----3-----4-----5
Nunca Raramente Algunas Frecuentemente Siempre
veces

10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.

1-----2-----3-----4-----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

11. **Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.**

1-----2-----3-----4-----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

12. **Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.**

1-----2-----3-----4-----5
Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
en desacuerdo de acuerdo

13. **Considera Vd. que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (Dolor de cabeza, insomnio, etc.)**

1-----2-----3-----4-----5
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

14. **Mi trabajo es repetitivo**

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

15. **Estoy quemado por mi trabajo**

1-----2-----3-----4-----5
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

16. **Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo**

1-----2-----3-----4-----5
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

17. **El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales**

1-----2-----3-----4-----5
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

18. **Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo**

1-----2-----3-----4-----5
Nunca Raramente Algunas Frecuentemente Siempre
veces

19. **El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido**

1-----2-----3-----4-----5
Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

20. **Mi trabajo me resulta muy aburrido**

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

21. **Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor**

1-----2-----3-----4-----5
En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
ocasión veces de ocasiones

ANEXO E. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

El inventario de Burnout de Maslach (MBI) determina el grado de Burnout que existe y las áreas afectadas (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal). A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. 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.

| Frecuencia | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|---|
| 0 Nunca | 1 Pocas veces al año o menos | 2 Una vez al mes o menos | 3 Unas pocas veces al mes | 4 Una vez a la semana | 5 Pocas veces a la semana | 6 Todos los días | |
| Marcar con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior | | | | | | | |
| Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento cansado al final de la jornada de trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Trato muy eficazmente los problemas personales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento quemado por mi trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento muy activo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento frustrado en mi trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Creo que estoy trabajando demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Trabajar directamente con las personas me produce estrés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Me siento acabado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANEXO F. FACES III

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)

Basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cohesión y comunicación. El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos. Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

| No. | DESCRIBA A SU FAMILIA | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|-----|---|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| 1 | Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí. | | | | | |
| 2 | En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. | | | | | |
| 3 | Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia. | | | | | |
| 4 | Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina. | | | | | |
| 5 | Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos. | | | | | |
| 6 | Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad. | | | | | |
| 7 | Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia. | | | | | |
| 8 | Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas. | | | | | |
| 9 | Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. | | | | | |
| 10 | Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos. | | | | | |
| 11 | Nos sentimos muy unidos. | | | | | |
| 12 | Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente. | | | | | |
| 13 | Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie. | | | | | |
| 14 | En nuestra familia las reglas cambian. | | | | | |
| 15 | Con facilidad podemos planear actividades en la familia. | | | | | |
| 16 | Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. | | | | | |
| 17 | Consultamos unos con otros para tomar decisiones. | | | | | |
| 18 | En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad. | | | | | |
| 19 | La unión familiar es muy importante. | | | | | |
| 20 | Es difícil decir quien hace las labores del hogar. | | | | | |

ANEXO G. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

FECHA: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Grado académico de Residencia de Medicina Familiar: _____

Estado civil: _____

***Estado civil:** Puede poner cualquiera de las siguientes: soltero, casado, unión libre, divorciado o viudo.

Tipología Familiar (estructura): _____

***Tipología Familiar (estructura):** Puede poner cualquiera de las siguientes: **Familia nuclear simple (conyugal).** Pareja sin hijos /// **Familia nuclear biparental.** Padre y madre con hijos /// **Familia seminuclear.** Un progenitor con hijos /// **Familia extensa.** Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco /// **Familia extensa compuesta.** Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco /// **Familia monoparental extendida.** Un progenitor con hijos, más otras personas con parentesco /// **Familia monoparental extendida compuesta.** Un progenitor con hijos, más otras personas con y sin parentesco /// **Familia no parental.** Personas con vínculos de parentesco, sin la presencia de los padres, ejemplo, primos /// **Familia sin vínculos.** Personas sin vínculos de parentesco. Amigos, monjas, etc. /// **Familia homoparental.** Parejas del mismo género con hijos.

Tipología Familiar (desarrollo): _____

***Tipología Familiar (desarrollo):** Puede poner cualquiera de las siguientes: **Moderna:** la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre /// **Tradicional:** El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos /// **Arcaica o primitiva:** Familia campesina, cuyo sostén se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

Tipología Familiar (demografía): _____

***Tipología Familiar (demografía):** Puede poner cualquiera de las siguientes: **Urbana:** Grandes capitales, en las principales ciudades desarrolladas con un número poblacional mayor a 2500 habitantes /// **Rural:** Se encuentran en poblaciones menores a 2500 habitantes.

Le agradezco su participación en este protocolo de investigación. Me comunicaré con usted para darle seguimiento.

Dr. Héctor Coria Muñoz Residente de Medicina Familiar

ANEXO H. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA RESIDENTES DE LA UMF 80

- | | |
|---|--|
| 1. Síndrome de Burnout | [1.1] Con Burnout [1.2] Sin burnout |
| 2. Grado de síndrome de burnout | [2.1] Burnout bajo [2.2] Burnout medio [2.3] Burnout alto |
| 3. Agotamiento emocional | [3.1] Agotamiento emocional bajo [3.2] Agotamiento emocional medio [3.3] Agotamiento emocional alto |
| 4. Despersonalización | [4.1] Despersonalización baja [4.2] Despersonalización media [4.3] Despersonalización alta |
| 5. Realización personal | [5.1] Realización personal baja [5.2] Realización personal media [5.3] Realización personal alta |
| 6. Residente de Medicina Familiar | [6.1] R1MF [6.2] R2MF [6.3]R3MF |
| 7. Género | [7.1] Hombre [7.2] Mujer |
| 8. Edad | [8.1] Primer grupo [8.2] Segundo grupo |
| 9. Estado civil | [9.1] Soltero [9.2] Casado [9.3] Unión libre [9.4] Divorciado [9.5] Viudo |
| 10. Tipología Familiar (estructura) | [10.1] Nuclear simple [10.2] Nuclear biparental [10.3] Seminuclear [10.4] Extensa [10.5] Extensa compuesta [10.6] Monoparental extendida [10.7] Monoparental extendida compuesta [10.8] No parental [10.9] Sin vínculos [10.1.1] Homoparental. |
| 11. Tipología Familiar (desarrollo) | [11.1] Moderna [11.2] Tradicional [11.3] Primitiva |
| 12. Tipología Familiar (demografía) | [12.1] Urbana [12.2] Rural |
| 13. Funcionalidad Familiar (adaptabilidad) | [13.1] Rígida [13.2] Estructurada [13.3] Flexible [13.4] Caótica |
| 14. Funcionalidad Familiar (cohesión) | [14.1] No relacionada [14.2] Semirrelacionada [14.3] Relacionada [14.4] Aglutinada. |