



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES
ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS
FAMILIARES DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

PRESENTA

Alida Leticia Del Angel Martínez

PARA OBTENER EL GRADO DE “ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR”.

TUTORES:

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar

Dr. Benjamín Madrigal Alonso

Aguascalientes, Ags. Junio del 2012.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

**ALIDA LETICIA DEL ANGEL MARTÍNEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 11 de Junio de 2012.**

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de departamento de control Escolar
c.c.p. Archivo



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL AGUASCALIENTES
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

Aguascalientes, Ags. 4 Junio del 2012

Al Dr. **CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.**

COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

De Dr. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR y Dr. BENJAMÍN MADRIGAL ALONSO.

COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASUNTO:

Por medio de este conducto le informo que la Dra. Alida Leticia Del Angel Martínez, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar con proyecto de tesis **“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**, lo ha concluido satisfactoriamente.


Número de registro: **2004 – 101 – 0017** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS.

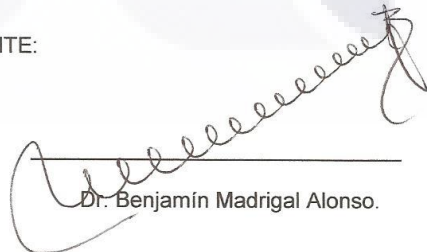
El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité local, quedando pendiente su titulación, la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:



Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar.



Dr. Benjamín Madrigal Alonso.

* profesor titular de la residencia de Medicina Familiar de la UMA
c.c.p. Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Coordinadora de la residencia de Medicina Familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL AGUASCALIENTES
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

Aguascalientes, Ags. 4 Junio del 2012

Al: **PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN**

De: **DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR Y DR. BENJAMÍN MADRIGAL ALONSO.**
COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASUNTO:

Por medio de este conducto le informo que la Dra. Alida Leticia Del Angel Martínez, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar con proyecto de tesis **"FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"**, lo ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **2004 – 101 – 0017** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS.

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité local, quedando pendiente su titulación, la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar.

Dr. Benjamín Madrigal Alonso.

*profesor titular de la residencia de Medicina Familiar de la UMA.
c.c.p. Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Coordinadora de la residencia de Medicina Familiar.
c.c.p. Dra. Martha Elena Trujillo Ávalos. Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud.
c.c.p. Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar. Coordinador Auxiliar Delegacional de Investigación en salud



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS.

PRESENTE

Por medio del presente como Tutor designado del estudiante **ALIDA LETICIA DEL ANGEL MARTÍNEZ** con ID número 125512 quien realizó la tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**, y con fundamento en el artículo 175, apartado II del Reglamento General de Docencia, me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla, y así como continuar con el procedimiento administrativo para obtener la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 04 de Junio de 2012.

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar.

Dr. Benjamín Madrigal Alonso.

Tutores de tesis.

c.c.p. Interesado
c.c.p. Secretaría de Investigación y Posgrado
c.c.p. Jefatura del Depto. De Ciencias de la salud
c.c.p. Consejero Académico
c.c.p. Minuta Secretario Técnico.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES ASOCIADOS AL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES DEL IMSS”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALIDA LETICIA DEL ANGEL MARTÍNEZ

DIRIGIDO POR:

DR. ALBERTO PRADO AGUILAR

DR. BENJAMÍN MADRIGAL ALONSO

SINODALES:

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

VOCAL 3: _____

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Agradecimientos

A mis Padres, Gustavo y Ángela, por la serenidad frente a las idas y venidas de mi vida, siempre aquí...

A mi papá Alfonso, por ser un ejemplo viviente del trabajo y esfuerzo...

A mis hermanos Vico y Cris, por su apoyo incondicional...

A mi hijito Javi, por ser un gran compañero de batallas...

Al Dr. Prado, por su tolerancia y entrega...

A mi familia, maestros, amigos, compañeros...

A quienes de lejos, permanecieron lo suficientemente cerca...

Y a mi Padre, Hermano e Inspiración, por el milagro de la vida...

“El que practica la verdad viene a la luz, para que sea manifiesto que sus obras son hechas en Dios” (S Juan 3:21)

Gracias...



Dedicatoria

A Paco:

Que a través de la separación, me guió al crecimiento y al conocimiento de lo ilimitado...

Al Dr. José I. Neri Navarrete:

Que Dios los guarde y les permita acompañar nuestro camino...



INDICE

1	RESUMEN	2
2	INTRODUCCIÓN	4
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	12
5	JUSTIFICACIÓN	15
6	MARCO TEÓRICO	16
7	OBJETIVOS	26
8	HIPÓTESIS	29
9	MATERIAL Y MÉTODOS	34
10	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
11	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	42

12	RESULTADOS	43
13	ASPECTOS ÉTICOS	50
14	DISCUSIÓN	51
15	CONCLUSIONES	56
16	RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	58
17	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	60
18	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
19	ANEXOS	64
	TABLAS	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	

INDICE DE TABLAS

1	DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	64
2	DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES LABORALES	65
3	DISTRIBUCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES	66
4	DISTRIBUCIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON Y SIN SB	67
5	DISTRIBUCIÓN DE FACTORES LABORALES CON Y SIN SB	68
6	VARIABLES PSICOSOCIALES LABORALES CON Y SIN SB	69
7	ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CE, DP, BRP, SB	70
8	ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES LABORALES Y CE, DP, BRP, SB	71
9	ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES Y CE, DP, BRP, SB	72



RESUMEN

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS FAMILIARES DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.: DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.DRA. ALIDA LETICIA DEL ANGEL MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Burnout tiene efectos individuales, interpersonales y organizacionales que afectan el desempeño y la calidad de los servicios de salud. Los factores psicosociales laborales son áreas de desencuentro entre las personas y el trabajo. Evaluar la asociación entre estos y el SB nos orientará hacia acciones preventivas o intervenciones oportunas. **OBJETIVO:** Valorar la asociación entre factores de riesgo psicosociales laborales y el SB en médicos familiares del IMSS Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal comparativo en 167 médicos familiares del IMSS, Aguascalientes. El síndrome de Burnout se valoró en sus 3 dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal aplicando el MBI (Maslach Burnout Inventory). Se identificaron factores de riesgo sociodemográficos, laborales, y 6 factores psicosociales laborales: sobrecarga de trabajo, falta de control laboral, recompensas insuficientes, falta de comunidad laboral, falta de equidad laboral y falta de valores laborales. Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS. La asociación se estimó mediante una Razón de Momios (OR) con una regresión logística binaria. **RESULTADOS:** La prevalencia del SB fue de 12.6%). La falta de comunidad laboral se asoció con el SB; OR 9.57 (1.95-63.69) y con dos de sus dimensiones; cansancio emocional OR 4 (1.53-10.66) y despersonalización OR 4.44 (1.72-11.68). Recompensa insuficiente se asoció con una Baja Realización Personal OR 3.05 (1.01-9.36). **CONCLUSIÓN:** La prevalencia observada (12.6%) fue semejante a estudios poblacional y metodológicamente similares tanto nacionales como internacionales. La falta de comunidad laboral de los médicos familiares aumenta la probabilidad de que se presente SB. **PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Burnout, Factores psicosociales laborales, Médicos Familiares.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Burnout syndrome has individual effects, these affect interpersonal and organizational performance and quality of health services. Psychosocial factors at work are areas of disagreement between people and work. To evaluate the association between SB and guide us towards preventive or timely interventions.

OBJECTIVE: To assess the association between psychosocial work risk factors and SB in the IMSS family physicians Aguascalientes.

MATERIAL AND METHODS: Comparative cross in 167 family physicians IMSS, Aguascalientes. Burnout Syndrome was assessed in the 3 dimensions: Emotional Exhaustion, Depersonalization and Personal Accomplishment using the MBI (Maslach Burnout Inventory). We identified sociodemographic risk factors, and 6 psychosocial factors at work: work overload, lack of job control, insufficient rewards, lack of community labor, lack of employment equity and lack of work values. Data were processed with SPSS. The association was estimated by odds ratio (OR) with a binary logistic regression.

RESULTS: The prevalence of SB was 12.6%. The lack of community work was associated with SB, OR 9.57 (1.95-63.69) and two of its dimensions, emotional exhaustion OR 4 (1.53-10.66) and depersonalization OR 4.44 (1.72-11.68). Insufficient reward was associated with reduced personal accomplishment OR 3.05 (1.01-9.36).

CONCLUSION: The observed prevalence (12.6%) was similar to population and methodologically similar studies both nationally and internationally. The lack of working community family physicians increases the likelihood that this SB.

KEY WORDS: Burnout Syndrome, Psychosocial factors at work, Family physicians.

INTRODUCCIÓN

El Médico Familiar es un médico especialista de primer contacto, por lo que también se le identifica como Médico de Atención Primaria, otorga la atención a la persona y a la familia, ya sea de manera individual o en relación con ésta última, atendiendo siempre sus demandas, de forma integral.

Es competente en la consulta externa con atención médica continua, domiciliaria, comunitaria, incluso hospitalaria y de urgencias, además requiere una excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos). Atiende a grupos etarios con y sin factores de riesgo. Tiene la capacidad de ir del individuo, a la familia y a la comunidad, de integrar el conocimiento de las ciencias biológicas, de la salud, de la conducta, además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación. Reconoce el impacto de sus acciones y de sus limitaciones, se interesa en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones adecuadas y de esta manera resolver más del 90% de los problemas, desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos.

Los problemas que el Médico Familiar atiende diariamente varían en su complejidad y diversidad. Diagnostica, evalúa, asesora, trata, cura, educa en salud, promueve hábitos saludables, previene enfermedades, indistintamente del problema tratado, órgano, sexo o edad de que se trate.

Organiza la asistencia médica para sus pacientes, interconsulta con otros especialistas, solicita pruebas complementarias, o deriva a urgencias hospitalarias.

Requiere de valores profesionales que están en relación a su compromiso con las personas, con su entorno social; de conocimientos y habilidades que desarrolla previamente y renueva constantemente. Aptitud para comunicarse con los pacientes y para el razonamiento clínico. Capacidad para el trabajo en equipo interdisciplinario, indispensable para la interrelación con profesionales o no, de su misma área o diferente y requiere incluso, conocer y mantenerse actualizado en el manejo de los sistemas de información.

Se enfrenta diariamente a situaciones estresantes, no de manera aguda, sino crónica. Esta exposición prolongada genera un Síndrome conocido como de Desgaste Profesional

o Burnout, por su connotación de “estar quemado por el trabajo”. Este síndrome abarca 3 dimensiones las cuales se relacionan estrechamente con el ambiente laboral en el que el Médico se desenvuelve. Con consecuencias psicológicas, sociales y físicas. El Síndrome de Burnout se ha estudiado desde la década de los 70, y se han hecho grandes avances ubicándolo como una enfermedad laboral, distinta del neuroticismo o estrés laboral. Sin embargo, en nuestro país no es reconocida como tal. Consideramos necesario contribuir con este estudio para su eventual reconocimiento, a partir de la evaluación de los factores psicosociales laborales con el síndrome de Burnout en los Médicos familiares. Teniendo en cuenta que los estudios realizados previamente en el país han estudiado los factores de manera aislada.

El contexto de este estudio es que una vez identificados los factores y evaluando su asociación pueden ser estudiados y paulatinamente modificados.

Este estudio de naturaleza transversal, mediante un método de regresión logística a través del instrumento validado y aplicado previamente conocido como MBI (Maslach Burnout Inventory) analizará la fuerza de asociación entre los Factores psicosociales laborales con el Síndrome de Burnout, en una comunidad que en esencia comparte la problemática que viven día a día cientos de Médicos Familiares en el país, sirviendo como precursor para estudios intervencionistas fundamentados en la teoría multidimensional de los factores psicosociales laborales para impulsar el reconocimiento del Síndrome de Burnout como una enfermedad laboral, con las acciones preventivas y curativas pertinentes en beneficio tanto de los Médicos Familiares como de la población atendida por ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México y en América Latina, el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) es la institución de seguridad social más grande y de acuerdo a la Ley del seguro Social a través del Seguro de Enfermedades y Maternidad ofrece atención para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares. Inició sus operaciones en 1958 logrando hoy, una cobertura del 60% de la población[1]. El sostén de esa atención recae sobre los Médicos familiares que son el primer nivel de atención para los derechohabientes, constituido por Unidades de Medicina Familiar (UMF) y Unidades Médicas Rurales (UMR), quienes son atendidas por especialistas en Medicina Familiar. El segundo nivel de atención que corresponde a la mayoría de especialidades clínicas y quirúrgicas a través de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), Hospitales Generales de Zona y Hospitales Rurales (HGZ y HR), y el tercer nivel al que se accede para valoración por sub especialidades en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), Centros Médicos Nacionales (CMN). El IMSS imparte la atención de salud en 35 Delegaciones. En la delegación Aguascalientes, existen 228 Médicos Familiares que laboran en las UMF con horarios matutino, vespertino, nocturno y rolador (atención médica continua), con jornadas habituales de 8 horas. El 58% son hombres y el 42% son mujeres, con una edad promedio 40 años, de los cuales, el 68.7% son casados, el 13% solteros, el resto mantiene otro tipo de relación. El 57% cuenta con la especialidad en MF. Obtienen un ingreso mensual aproximado 21 mil pesos[2-4].

En México, el Síndrome Burnout no se considera una enfermedad laboral, por lo tanto, los Médicos Familiares no cuentan con recursos de salud a su alcance que tengan como objetivo la prevención ni tampoco la atención del Burnout como enfermedad, es decir, no tienen programas de fomento a su salud mental[5]. De acuerdo al reporte de motivo de incapacidades en Médicos Familiares no se reporta ningún padecimiento psicológico lo cual no significa que no lo presenten. El IMSS ha buscado siempre actuar de manera preventiva y de acuerdo a los 3 niveles de atención en el nivel primario se incluyen los servicios de fomento a la salud mediante cinco vertientes claves: políticas saludables, fortalecimiento de la participación social, fortalecimiento de destrezas y potencialidades individuales, creación de entornos saludables, y reorientación de los servicios de salud, las cuales consideran a su vez acciones dirigidas a incidir en los factores determinantes

de la salud, tales como biológicos del proceso salud/enfermedad, estilos de vida, espacios físicos y socioculturales, y fomento del empleo, los ingresos económicos y la educación. Todo esto sin especificar el fomento a la salud mental de los médicos [6].

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el Burnout o desgaste laboral como una enfermedad mental laboral desde 1992 [7]. En países como Canadá, Estados Unidos, España y otros más, todos de primer mundo o desarrollados, el Burnout ha sido reconocido como un riesgo profesional para las especialidades orientadas al público como la atención sanitaria, la educación y los servicios públicos[8].

La clasificación DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) con códigos CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud en su décima edición) no considera el síndrome de Burnout, sólo tiene un apartado denominado como “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” que lo incluyen como problema laboral[9]

En México la Ley Federal de trabajo sólo califica el estrés como “Neurosis” para los Pilotos aviadores, telefonistas y otras actividades similares. No se contemplan los factores de riesgo psicosocial como riesgos de trabajo, por lo que no existe una legislación en cuanto a su influencia en la presentación del Burnout ni éste, es considerado enfermedad laboral. Es por eso que en profesiones con una alta predisposición a sufrir de estrés por el continuo trato directo con personas y sus eventualidades, tales como Médicos y Maestros se ha convertido en una de las prioridades de investigación, siguiendo la línea de los factores psicosociales, estrés y salud mental[10].

Los riesgos psicosociales en el trabajo y sus causas son un tema poco explorado y sus consecuencias poco comprendidas en la medida en que pertenecen al contexto de los países en desarrollo[11]. La división actual entre las condiciones laborales y el ambiente de trabajo (físico) hace más difícil la inclusión e identificación de los riesgos psicosociales en el trabajo, tanto de los profesionales de la Salud y Seguridad Ocupacional. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizó modificaciones en la lista de enfermedades profesionales, agregando una nueva sección de Trastornos mentales y de comportamiento con posible sustitución por Trastornos psicológicos, la última modificación en 2008[12].

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el IMSS los Trastornos mentales y de comportamiento representan el 1.9% dentro de las enfermedades de trabajo. Si bien pareciera una cifra poco relevante, tomando en cuenta que se estima un sub registro de las enfermedades de trabajo en el IMSS 1998-2007 del 80% las cifras reales no pueden ser tan inofensivas[13].

En cuanto a la aparición del síndrome de desgaste profesional en Médicos familiares se han identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral, uno de éstos es el número de pacientes por médico, así entre mayor es la institución en la que el profesional trabaja, mayor es el número de pacientes atendidos y mayor es el cansancio emocional[14]. También se ha visto que la satisfacción de los Médicos es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y que aquellos que pasan más tiempo en contacto con los pacientes tienen más posibilidades de padecer este síndrome[15]. Igualmente, aquellos en los que existe una gran discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo, en cuanto a salario, estabilidad en el empleo, progreso, autonomía y apoyo social. A los factores laborales se suman factores personales, como etapa del ciclo de vida familiar así como coexistencia de crisis familiares, que pueden precipitar la aparición del Burnout. Podemos incluir la mayoría de los factores en 3 vertientes, psicológicos (referidos a la personalidad), sociodemográficos y laborales[16, 17].

Se ha demostrado que algunas variables psicosociales de carácter personal, específicamente aquellas variables predisponentes o rasgos, están asociadas íntimamente al estatus de la salud mental ya sea de forma directa o en su carácter moderador. Existen trabajos que ponen de manifiesto la variabilidad de asociación entre los factores y las dimensiones del Burnout, considerándose por un lado, protectores y por otro de riesgo. Sin existir un acuerdo en la relación entre el Burnout y factores como edad, estado civil, presencia o no de los hijos, antigüedad, expectativas a la práctica cotidiana[18]. En lo que se refiere a factores laborales como la sobrecarga laboral se ha relacionado ampliamente con la dimensión de cansancio emocional, ésta es considerada un factor de riesgo psicosocial importante debido quizá a la masificación y a la fuerte presión directiva para reducir las listas de espera acudiendo a una organización “forzada” de los servicios, en ocasiones sin contar con el personal requerido para ello, prescindiendo así de tiempo para desarrollo de actividades clínicas adecuadas. El trato

con el paciente es otro factor relacionado, originado en la percepción del sufrimiento como algo inherente a la profesión sin que pueda mantenerse indiferente ante ello[16].

Existe relación entre la presencia de factores psicosociales negativos en el trabajo con que el médico se enferme[19]. De acuerdo en lo encontrado en estudios realizados en personal del IMSS, se trata de médicos que se ubican en el área de consulta externa, la mayoría tienen más de 10 años de servicio en la institución, pero menos de 30 y cerca de la mitad se encuentran laborando en su mismo puesto desde hace 15 años en promedio, como médicos de base. Por la naturaleza del nivel de atención la mitad del personal corresponde al turno matutino [16, 19-21].

EscribáAgüir, indica que los especialistas con mayor prevalencia en cuanto a cansancio emocional son los oncólogos y traumatólogos, y los radiólogos en cuanto a los bajos logros personales. La despersonalización es mayor también en médicos de otras especialidades que en los médicos de atención primaria[22].

Thommasen encontró una prevalencia del 55% en British Columbia, con muy altos niveles de Burnout y poca satisfacción en el área de trabajo, tratándose de médicos de áreas rurales[23].

Borbolla y Domínguez en un estudio realizado en Tabasco caracterizaron a Médicos Familiares y Médicos Especialistas No Familiares, encontrando mayores niveles de desgaste laboral en estos últimos, considerando en los primeros un nivel moderado en la presencia del Burnout[20].

Elizabeth López León, José Raymundo Rodríguez concluyeron que el desgaste profesional en los Médicos Familiares del IMSS es menor que el reportado en Médicos familiares de España. Que existe asociación entre cansancio emocional y área física inadecuada, falta de estímulos laborales y altas cargas de trabajo, así como despersonalización y un salario percibido como insatisfactorio. Así como que el cansancio emocional es menor en otras especialidades[24].

Reynaldo Cetina y Armando Chan encontraron un nivel intermedio de satisfacción laboral, sin asociación significativa a los factores en Médicos familiares de 4 UMF en Cancún[21].

Aranda y Pando reportan una prevalencia de 41.8% de Burnout en Médicos de Familia en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Y una asociación con factores de escolaridad superior a la requerida y el ser soltero como predisponentes[18].

El desgaste profesional es un proceso gradual, comienza con niveles excesivos y prolongados de estrés laboral. Algunos autores han definido que existiría un tipo de personalidad más susceptible al desgaste profesional, perfeccionista, idealista (imposición de metas poco realistas, falsas expectativas), excesiva implicación laboral[25].

Las consecuencias del Burnout afectan a la institución y al empleado ya que una de las primeras reacciones que estos experimentan es el retiro. El retiro puede ser físico o psicológico donde se está físicamente presente pero mentalmente en otra parte[26].

Esta investigación tuvo la finalidad de analizar la fuerza de asociación de cada uno de los factores sociodemográficos, laborales y psicosociales laborales con el Burnout y con cada una de sus dimensiones y describir la prevalencia encontrada en los Médicos Familiares dada la gran variabilidad que se ha encontrado en múltiples estudios en diferentes lugares y momentos, haciendo hincapié en que la prevalencia del Burnout corresponde a la coexistencia de las 3 dimensiones, no a la equivalencia de cansancio emocional con Burnout.

Se obtuvo información actual acerca de la situación del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares de Aguascalientes, así como de los factores de riesgo y de protección, con el sustento teórico de las 6 dimensiones propuesto por Maslach para los factores psicosociales laborales.

Una vez identificada la población de Médicos Familiares con SB, siguiendo la caracterización y analizando los diferentes factores agrupando en un solo esquema los encontrados en otros estudios, se dio respuesta a la pregunta de investigación planteada de **¿Cuál es la asociación de los factores psicosociales y laborales con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares?**

Los conceptos utilizados en esta investigación comprenden:

Burnout: Es un conjunto de signos y síntomas, cuya principal característica es el agotamiento emocional y el escepticismo que se manifiesta entre los médicos en el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ejercicio de su actividad laboral. Formada por tres dimensiones: Agotamiento emocional, Despersonalización, Falta de realización personal.

Agotamiento emocional. Sentimientos de agotamiento debidos a las relaciones interpersonales.

Despersonalización. Respuesta insensible del profesional hacia los usuarios del servicio que presta.

Realización personal. Sentimientos de competencia y logro de éxitos en el trabajo[27, 28].

Factores Psicosociales laborales. Deben ser entendidos como toda condición que experimenta el hombre en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea, por lo tanto no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno. Comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno del trabajo, como el clima o la cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas[29].

Esperamos, sea un precedente para estudios posteriores que ayuden al establecimiento del síndrome, en México, como una enfermedad laboral.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Goehring, Bouvier y Künzi en 2002 midieron la prevalencia del Burnout en base a una muestra aleatoria no estratificada en 1755 Médicos de Atención Primaria en Suiza y exploraron los factores de riesgo laborales y psicosociales. Utilizando el MBI Concluyeron que un tercio de los médicos de atención primaria presentaban un grado moderado o alto de Burnout, esto fue realizado así para facilitar el análisis y la interpretación, considerando a los participantes con un grado moderado de Burnout a quienes presentaran un alto puntaje en cualquiera de la sub escalas agotamiento emocional o despersonalización (32%) y con alto grado de Burnout a quienes presentaran ambas y un bajo grado de satisfacción personal (4%). Asociado principalmente con factores extrínsecos laborales. Encontraron en el 19% de los encuestados, un alto nivel de cansancio emocional. 22% tenían un alto grado de despersonalización/cinismo y 16% tenían un bajo nivel de satisfacción laboral. 32% tenían un alto grado en alguna de las 3 dimensiones y el 4% presentaban las 3 dimensiones (por lo que cumpliendo los criterios que definen al Burnout esta sería la prevalencia). Entre los factores de riesgo asociados a un grado moderado de Burnout fueron el género masculino (OR 2.3), incertidumbre de la atención médica (OR 2.1), dificultades para equilibrar la vida profesional y la privada (OR 1.8), excesivo estrés debido a gran carga laboral con (OR 1.7). La asociación a un alto grado de Burnout se asoció con el género masculino (OR 5.8), dificultad en la relación con el personal no médico (OR 3.4). Como puede observarse es mayor la fuerza de asociación de estos factores con niveles altos de Burnout[30].

Al-Dubai y Rampal realizaron un estudio en la ciudad de Sana'a, Yemen entre 2006 y 2007 con 356 médicos de los 4 principales hospitales públicos para determinar la prevalencia y los factores asociados al Burnout. Utilizando la versión en árabe del MBI y un cuestionario de características sociodemográficas y laborales. Reportando una prevalencia de 11.7% con variaciones para las 3 subescalas, siendo las más representativas un alto grado de cansancio emocional con 63.2%, de despersonalización el 19.4% y en cuanto baja satisfacción personal un 33%. Entre los factores asociados se encontraron la edad, en el grupo de ≤ 29 años (OR 4.2), el no consumo de una droga permitida en ese país (OR 3.7), el no tener casa propia (OR 3.1), una antigüedad ≤ 10 años (OR 2.8). En la asociación entre grado alto de Burnout y factores laborales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobresalen incremento de carga de trabajo (OR 9.2), falta de áreas de descanso para médicos (OR 4.6), largas jornadas de trabajo (OR 3.6)[31].

Carolina Aranda y Manuel Pando midieron la prevalencia del Burnout en 2 instituciones de salud de la zona metropolitana de Guadalajara, con 197 médicos familiares, utilizando un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales y el MBI-HSS obtuvieron una prevalencia de 41.8%. Encontrando una inclinación de la asociación de factores sociodemográficas y laborales hacia la dimensión de cansancio emocional. 31.6% tuvieron 1 dimensión quemada, el 8.2% 2 dimensiones quemadas y el 2.0%, 3 dimensiones quemadas (siendo esta la prevalencia real). El 58.2% sin ninguna dimensión quemada. En cuanto a la asociación el ser soltero obtuvo un OR de 2.17, una escolaridad superior requerida al puesto obtuvo un OR de 7.97, siendo los factores con mayor asociación[18].

Ozyurt, Hayran y Sur investigaron la prevalencia de Burnout en una muestra simple seleccionada aleatoriamente de 598 médicos en diferentes instituciones médicas en Estambul a través de un cuestionario de características sociodemográficas y el MBI en un estudio transversal. Así como la relación entre características demográficas, laborales, satisfacción laboral y Burnout. Encontrando que la satisfacción laboral era inversamente relacionada con despersonalización, y positivamente relacionada con realización personal. En un análisis de regresión múltiple se relacionaron como factores de riesgo más significativos en las 3 dimensiones y la satisfacción laboral el número de vacaciones y la propiedad pública de los servicios sanitarios[32].

López y Cols, en un estudio transversal analítico, realizado en cinco UMF del IMSS en 2003, con 154 médicos familiares seleccionados aleatoriamente, utilizaron el MBI versión en español, y un cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales. Encontrando que 39.7% presentaban desgaste profesional alto cuando menos en alguno de los 3 dominios, 26.7% en un dominio, 11.5% en 2 y 1.6% en los 3 (siendo esta última la prevalencia del Burnout). En cuanto la asociación, el cansancio emocional alto se asoció con carga laboral (OR 7.6), falta de medicamentos (OR 4.5), falta de estímulos laborales (OR 4.4), área física inadecuada (OR 3.9), salario (OR 2.6), relación con el personal (OR 2.3). Concluyendo una prevalencia menor que la reportada en Médicos familiares en España y determinando mayor asociación con los factores laborales, difiriendo un poco

entre los factores estudiados y encontrados como factores de riesgo como el sexo o la antigüedad[24].

Castañeda y García de Alba, en un estudio observacional, descriptivo y transversal, con 233 médicos seleccionados aleatoriamente de las 24 UMF de la zona metropolitana de Guadalajara buscaron determinar la prevalencia y los factores de riesgo. Utilizando el MBI y un cuestionario de elaboración propia. Para conocer la relación con las variables sociodemográficas y laborales se realizó un análisis estadístico descriptivo. Obteniendo una prevalencia de 41.6%. Los factores relacionados fueron ser mujer, edad de >40 años, tener hijos, antigüedad de >10 años, tipo de contratación tipo base. Además para CE se agrega la atención diaria de >25 pacientes. En DP la relación no es significativa. En RP se agregan <15 años con una pareja estable. Además en este estudio se realiza una revisión de gran parte de los estudios relacionados con la prevalencia del Síndrome en Médicos Familiares de Hispanoamérica[16].

Entre los estudios que no realizan asociación con factores pero que consideramos relevantes por la información que aportan, encontramos que Martínez de la Casa y Cols, reportan prevalencias encontradas en diferentes provincias españolas con 30.6% en Madrid, 31.8% en Cáceres, 38.9% en Asturias, 46.9% en Barcelona, 55.5% en Talavera de la Reina, 59.7% en Zaragoza. Destacando que el 62% de personal estudiado ejercían en el medio rural[33] Nuestra revisión indica que éste es un factor recurrente por lo que aun cuando no forma parte de los objetivos definidos, damos a conocer estudios que lo consideran como factor de riesgo tal es el estudio realizado en Canadá por Thommasen y cols. En el cual encontraron una prevalencia de 80% y como factor de riesgo el ser médico rural[23]. Generando la intención de reubicarse en otras áreas de tipo urbano. Otro estudio realizado en Japón, 2009 compara la interrelación entre condiciones laborales, satisfacción laboral, Burnout y salud mental, encontrando que hay una alta prevalencia tanto en los Médicos de Hospitales urbanos como rurales, con el principal factor precipitante de sobrecarga de trabajo. Se ha incrementado el número de renuncias a los hospitales, así como el número de suicidios, en tales casos la administración del hospital ha sido responsable de pagar una compensación a los familiares[34].

JUSTIFICACIÓN.

En los últimos 20 años, la práctica médica se ha modificado notablemente, por un lado la autonomía del médico para actuar conforme a su criterio, su estatus social y hasta la comodidad emocional que requiere el médico para ejercer su profesión ha disminuido proporcionalmente al aumento de las presiones laborales, en el caso de las instituciones de salud, de la carga de trabajo, así como al juicio y en las más de las ocasiones, prejuicio y escrutinio social. Por otro lado, si bien, la disponibilidad de información favorece algunos procesos de comunicación, si esta información no es adecuadamente procesada por los receptores, crea mayor confusión y se transforma en un motivo de conflicto que interfiere las relaciones interpersonales, ya sea entre médico-paciente, así como entre el equipo de trabajo. El síndrome de Burnout, es, como su nombre lo indica, un conjunto de síntomas que inducen una degeneración progresiva en la salud mental del trabajador, afectando todas sus esferas, no limitándose por tanto, al ambiente laboral aun cuando es aquí donde surge. El impacto que tiene el individuo afectado, en este caso, el Médico Familiar, se extiende a todos sus ámbitos, de ahí el interés en comprender bajo qué circunstancias y cuáles son los efectos de la enfermedad. Razón por la que se ha convertido en campo fértil para la investigación, sin embargo, el gran número de estudios proporciona diversos resultados que no siempre tienen un seguimiento adecuado o una aplicación correspondiente al grupo social de que se trate. En Aguascalientes se ha realizado investigación en este tema, generando información valiosa que es plausible de análisis, nivel al que queremos acceder y ofrecer, eventualmente, información útil para la intervención en nuestra población de análisis, los Médicos Familiares.

MARCO TEÓRICO

Factores Psicosociales.

El factor psicosocial es un elemento del hecho social que pone en juego todo el funcionamiento del hombre dentro de un grupo, sea éste familia, vecindario, trabajo o comunidad. Es un elemento externo que produce una respuesta o afecta la relación de la persona con su grupo o con otros hombres en lo individual. Es en esta condición, cuando se habla de variables psicosociales, las cuales son hechos sociales que influyen, involucran o recaen directamente sobre el individuo. Aunque debemos enfatizar también la dualidad del hombre, de ser elemento capaz de modificar su ambiente y ser estímulo de satisfacción y bienestar para otros[29].

No podemos separar estos factores, de las expectativas sociales sobre la salud, las cuales se transforman a medida que una misma sociedad lo hace, creando situaciones, en su mayoría, de exigencia injustificada.

Las conductas sociales influyen en la respuesta y organización social del individuo, por ejemplo, quien corresponde a un estatus de soltería puede sentirse con mayor libertad para realizar actividades que promuevan su nivel de conocimiento, de satisfacción personal, por otro lado el estatus de matrimonio resulta en una mayor adaptabilidad y comfort para el individuo, de tal forma que si bien ambas influyen en la persona no podemos determinar de qué manera lo hace, si a favor o en contra del entorno social.

Factores laborales.

Se definen como las condiciones que conducen al estrés. En una relación problemática entre la persona y su ambiente, frecuentemente descrito como desequilibrio, desalineación o inadaptación. Por ejemplo cuando las demandas del trabajo exceden la capacidad del individuo para realizarlas efectivamente, o si los esfuerzos no son equitativamente recompensados. Hay una larga historia en Psicología que ha buscado explicar este comportamiento en términos de una interacción de la persona y su ambiente y es particularmente evidente la participación de la personalidad y la psicología vocacional. Muchos de estos modelos de interacción describen a la persona y al ambiente como entidades independientes pero se caracterizan proporcionalmente a las dimensiones, así que el grado de ajuste o congruencia entre la persona y el ambiente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pueden ser abordadas[35]. Puede entenderse, tal vez en el caso de los médicos que trabajan en un área rural y otros que trabajan en un área urbana, las condiciones son muy distintas, y el acceso que se tiene a los servicios o hasta la calidad de estos, modifica la respuesta de quien presta el servicio hacia la población creando estados de estrés, de insatisfacción, hasta de poco compromiso con la vocación.

Factores Psicosociales-laborales.

El modelo multidimensional de Maslach y Leiter [36] ubica al Burnout en su contexto social e identifica las distintas reacciones psicológicas experimentadas por los diferentes trabajadores. Estas respuestas diferenciales pueden no ser una simple función de los factores individuales (como la personalidad), sino un reflejo del diferente impacto de los factores en las tres dimensiones del Burnout involucrando factores interpersonales y factores organizacionales. Supone también que las intervenciones dirigidas a prevenir el Burnout deben ser planificadas y diseñadas según el componente específico que se pretende corregir[37]. Maslach y Leiter formularon un modelo integral que involucra la relación de la persona con la totalidad de los factores organizacionales encontrados en la investigación sobre Burnout. Este modelo, que se centra en las relaciones personales con el Burnout, ha traído orden a la gran variedad de correlación situacional a través de la propuesta de 6 áreas de la vida laboral,

Carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad y valores[38].

Cada área tiene una relación y una perspectiva distinta con el Burnout. El desajuste en cada una de ellas se considera un factor relacionado con su aparición. El abordaje en las 6 dimensiones es de vital importancia para evaluar el impacto del lugar de trabajo sobre el trabajador.

Estas 6 dimensiones o factores psicosociales laborales son: *Sobrecarga de trabajo, Falta de control laboral, Recompensa insuficiente, Falta de comunidad laboral, Falta de equidad laboral, Falta de valores laborales*[35].

Sobrecarga de trabajo.

El área más comúnmente discutida sobre la carga de trabajo, es la demanda de trabajo que excede a los límites humanos. El trabajador tiene que hacer demasiado, con poco tiempo y escasos recursos. El incremento de la carga de trabajo se ha considerado como

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

una constante en relación con el Burnout, especialmente en la dimensión cansancio emocional[39, 40]. Modelos estructurales del Burnout mencionan que el cansancio emocional es el mediador principal del Burnout en relación con las otras 2 dimensiones. Esta asociación refleja la relación entre las demandas laborales con el estrés ocupacional y la manera con la que el trabajador maneja el estrés[35, 41].

Tanto la carga laboral cuantitativa y cualitativa contribuye al cansancio emocional, disminuyendo la capacidad del trabajador para alcanzar las demandas y metas del trabajo. Esto es fatiga aguda, que se desencadena de un evento específico y especialmente demandante, por ejemplo una fecha límite o el abordaje de eventos no planificados dentro del trabajo[35].

Falta de Control laboral.

Según la teoría de la demanda y control de estrés en el trabajo, le dan la posibilidad al trabajador de brindarle el control sobre el estrés, lo que puede influenciar las decisiones que afectan directamente en su trabajo, ejercitar la autonomía profesional, el tener acceso a los recursos necesarios para realizar un trabajo efectivo. Como seres humanos, el trabajador tiene la habilidad de pensar y resolver problemas y necesita la oportunidad para escoger y decidir en los procesos de adquisición de metas en el área de trabajo donde se encuentre. Los problemas con el control ocurren cuando el trabajador no tiene suficiente autoridad sobre el trabajo que está desarrollando, de esta manera no pueden darle forma al ambiente laboral, para que éste sea consistente con sus valores. Es altamente improbable que un sentimiento de eficacia se desarrolle en el trabajador cuando él se siente minimizado por las circunstancias o por trabajadores de mayor jerarquía. Un mayor problema del control ocurre cuando el trabajador experimenta conflictos en su rol, lo cual se asocia con mayor cansancio emocional. Los conflictos de rol surgen cuando múltiples autoridades laborales realizan demandas conflictivas o presentan valores incongruentes y el trabajador en esta situación no puede ejercitar efectivamente el control en su labor. Las demandas contradictorias interfieren con la capacidad de establecer prioridades o de comprometerse por completo al trabajo. Los conflictos en los roles no solamente deben considerarse como un indicador de demanda laboral adicional, sino también como un factor importante en el cansancio emocional. Además los conflictos de rol casi por definición son señal directa de problemas de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

autoridad en el trabajo, lo que significa que el rol preferido de un trabajador está fuera de sincronía con importantes cualidades del trabajo, tales como las expectativas de supervisores, como las demandas del cliente o las limitaciones éticas. El punto importante no es la cantidad o el tipo de demanda laboral, sino la constancia de esas demandas en relación con la capacidad de realizar este trabajo. Se considera también como conflicto la ambigüedad en el rol, definida como la ausencia de dirección en el trabajo. Se asocia con los grados más altos de Burnout. Cuando el trabajador tiene más control en su trabajo, sus acciones son libremente escogidas, lo que conduce a un gran sentimiento de satisfacción con el trabajo y un mayor compromiso hacia el trabajo[35].

Recompensas insuficientes.

El área de recompensa en la vida laboral evalúa la consistencia de las recompensas monetaria, social, con las expectativas. La falta de reconocimiento de los que recibieron el servicio, de los colegas, de los supervisores y del ambiente externo laboral devalúa tanto el trabajo como al trabajador y está estrechamente asociado con los sentimientos de ineficacia del trabajador. Cuando el trabajador no se siente considerado por sistema de recompensa social y organizacional se siente fuera de sincronía con sus valores. En contraste al existir consistencia entre la recompensa y el trabajo realizado por el trabajador, significa que hay mayor satisfacción económica, material, social y una mayor satisfacción intrínseca. La recompensa intrínseca (como el orgullo de hacer algo que importe y hacerlo bien) es tan crítico como las recompensas extrínsecas y en algunos casos es aún mayor el valor de la recompensa intrínseca que la extrínseca ya que da una sentimiento de placer y satisfacción al experimentar el día a día del trabajo. Dando un mayor bienestar psicológico y un bienestar en la salud física, lo que es reconocible por los demás trabajadores. La falta de recompensa ya sea institucional, financiera o social aumenta la vulnerabilidad del trabajador para quemarse[35].

Falta de comunidad laboral.

Se define como la calidad de interacción social en el trabajo, incluye puntos como el conflicto, apoyo mutuo, cercanía del trabajador hacia otro trabajador y la capacidad de trabajar como equipo. El trabajador aumenta sus capacidades al estar en una comunidad, funciona mejor cuando comparte la alabanza, el confort, la felicidad y el humor con las personas que quieren y respetan. Además del intercambio emocional y la herramienta

asistencial que significa el estar en una comunidad, el apoyo comunitario, reafirma la pertenencia del trabajador a un grupo que comparte el mismo sentimiento del valor en el trabajo[35].

Falta de equidad laboral.

La equidad es el área en la cual se mide si las decisiones laborales son percibidas como justas y además mide el respeto en el lugar de trabajo. La equidad comunica el respeto y confirma el valor personal. El respeto mutuo entre los trabajadores, es de vital importancia para el sentimiento de pertenencia a la comunidad laboral. La inequidad ocurre cuando se presentan desigualdad en la carga de trabajo o en la remuneración o cuando hay trampas, evaluaciones y promociones manejadas de forma incorrecta. Cuando los procedimientos para la resolución de conflictos no permita la participación de ambas partes. Estudios importantes acerca de la importancia de equidad revelan que los trabajadores están más preocupados por la equidad del proceso que por el resultado en sí. Los trabajadores utilizan la calidad de los procedimientos y su propio trato para los procesos de toma de decisiones como un indicador de su lugar en la comunidad laboral. Ellos se sentirán alienados de la comunidad laboral cuando sean sujeto de tratos injustos, tendenciosos, y sin respeto en la toma de decisiones de la comunidad. Una decisión justa es cuando el trabajador tiene la oportunidad de presentar su argumento en el cual, ellos se hayan sentido tratados con respeto y cortesía. Por tanto, la equidad comparte muchas de las cualidades de los dominios de comunidad y recompensa. La equidad también es punto relevante y central en la teoría de la igualdad según Walster. Concluyendo la equidad o inequidad de acuerdo a la determinación del trabajador para establecer un equilibrio entre sus recursos internos (tiempo, esfuerzo, y experiencia) y sus logros externos (recompensa y reconocimiento).

La equidad también ha surgido como un factor crítico entre liderazgo administrativo, ya que los empleados que perciben a sus supervisores como justos y colaboradores, son menos susceptibles a padecer Burnout y aceptan con mayor facilidad cualquier cambio organizacional[35].

Falta de valores laborales.

Es el área que se encuentra en el corazón de la relación del trabajador con su trabajo. Y comprende los ideales y motivaciones que originalmente atrajeron al trabajador a su

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

trabajo. Es la conexión del trabajador y del trabajo que van mucho más allá del utilitarismo, del cambio tiempo por dinero. Cuando hay conflictos del valor del trabajo se produce una disminución del compromiso con el trabajo. Mientras más grande sea el espacio entre valores de la organización con los valores individuales, el trabajador sentirá que pierde en la relación el trabajo, lo que quiere hacer, con lo que tiene que hacer. Y en muchas ocasiones se sentirá obligado a realizar cosas que a él le parecen fuera de la ética de acuerdo con sus propios valores[35].

Depresión, estrés laboral e insatisfacción laboral.

Se debe diferenciar el Burnout de otros conceptos que pueden confundirse con él, como depresión, estrés e insatisfacción laboral. Respecto a la diferencia entre Depresión y Burnout, el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en un determinado tiempo, está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años, el episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante[9].

Mientras que en el Burnout la disminución en el estado de ánimo es temporal y específico al ámbito laboral[42].

El Burnout no es sinónimo de depresión, pero ambos se relacionan estrechamente y pueden compartir criterios diagnósticos o coexistir. Esta relación es compleja y multidireccional. A través de la historia se ha mencionado que el Burnout puede contribuir a la depresión [36], la depresión puede contribuir al Burnout[43] o que una predisposición para la depresión, de acuerdo a una historia personal y familiar de depresión, podría aumentar el riesgo para el Burnout[44].

En cuanto a las conexiones entre Estrés laboral y Burnout la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. El estrés es siempre una reacción ante una situación específica (estresor), la cual supone un reto o una amenaza. Las reacciones de estrés aparecen como consecuencia de una discrepancia entre lo que se exige y lo que se puede hacer o lograr[45].

Además el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, en el Burnout siempre son negativos.

El estrés laboral desempeña un papel importante en la etiopatogenia, por lo que se puede decir que el estrés en el trabajo es un predisponente esencial para el Burnout pero no estrictamente la causa. Ya que sin estrés laboral es muy difícil que se origine el síndrome de Burnout; pero sufrir estrés laboral no implica necesariamente la presencia del síndrome[11].

Con relación a la Insatisfacción laboral y el Burnout, Gil-Monte afirma que aunque ambas son experiencias psicológicas internas y negativas, el primer concepto incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Mientras que el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva seguida por el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto[46].

Síndrome de Burnout.

Los primeros artículos acerca del Burnout aparecieron a mediados de los 70's en los Estados Unidos y sus primeras contribuciones fueron la descripción básica del fenómeno. Escritos por Herbert Freudenberg, un psiquiatra que trabajaba como voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observó que la mayoría de voluntarios sufría una pérdida de energía progresiva, hasta llegar al agotamiento, a los síntomas de ansiedad y depresión, así como la falta de motivación en su trabajo y hasta una agresividad con los pacientes.

Freudenberg determinó los procesos por los cuales él y otros experimentaron depleción emocional, pérdida de la motivación y del compromiso, y lo encuadró en un término que sería usado coloquialmente para referirse a los efectos del abuso crónico de drogas: *Burnout*. Él definía “estar quemado” como el desgaste y sentimiento de estar exhausto a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Afirmando que era el síndrome que ocasionaba la adicción al trabajo provocando un desequilibrio productivo y reacciones emocionales propias de una mala estimulación laboral caracterizada por estresores emocionales e interpersonales[47].

En los últimos años autores e investigadores han aportado gran cantidad de información acerca del Síndrome de Burnout o agotamiento profesional. Los estudios se han realizado principalmente en servidores públicos, incluyendo médicos por conformar estos, una de las poblaciones más afectadas.

El síndrome de Burnout puede provocar deterioro físico y mental en el personal de salud hasta el punto de interferir en su trabajo cotidiano y ocasionar daños a la salud de sus pacientes.

La Dra. Cristina Maslach, psicóloga social norteamericana, investigadora en este tema, trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros, buscando la correlación entre los profesionales y los factores sociales y organizacionales. Al observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas “de ayuda a los demás” y en contacto directo con el público, en 1976 denominó al síndrome como de “desgaste profesional o Burnout”, retomando el término utilizado por Freudenberg.

Aunque es principalmente con los estudios de Maslach y Jackson, especialistas en Psicología de la salud que a principios de los 80's, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome, ellas lo consideraron como un proceso de estrés crónico de aquellas profesiones de servicio que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

En 1981 en colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, desarrolla un instrumento para su diagnóstico, denominado cuestionario de Maslach. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo o despersonalización y la baja realización personal en el trabajo[48].

Sus componentes pueden clasificarse en tres grandes categorías de síntomas de estrés: síntomas físicos, por ejemplo, agotamiento físico; síntomas relacionados con actitudes y sentimientos, por ejemplo, agotamiento emocional y despersonalización acentuada; y síntomas que afectan al comportamiento, por ejemplo, la menor eficacia en el trabajo y la disminución de la productividad.

El cansancio emocional se refiere a la sensación de haberse sobrepasado emocionalmente y haber agotado los recursos emocionales. *La despersonalización* implica una respuesta negativa, insensible o excesivamente despegada a las personas que suelen ser los receptores del servicio o la asistencia. *La baja realización personal* se refiere a una menor sensación de competencia y logros en el trabajo[40].

Cansancio emocional

La dimensión del agotamiento representa el componente de estrés individual básico del Burnout. Se refiere a sentimientos de estar bajo exigencias excesivas y con un vacío de recursos emocionales y físicos. Los trabajadores se sienten debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición. Carecen de suficiente energía para enfrentar el día a día con sus conflictos. Una queja común es “Estoy aplastado, sobrecargado y con exceso de trabajo” o simplemente “es demasiado”. Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo.

Caracterizada por una creciente pérdida de energía, desgaste y agotamiento. Mientras se agotan sus recursos emocionales, los trabajadores se sienten cada vez más agotados con la percepción de ya no poder más[48].

Despersonalización o cinismo.

La dimensión de Despersonalización representa el componente del contexto interpersonal del Burnout. Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Normalmente se desarrolla en respuesta al exceso de cansancio emocional, en principio, auto-protector, como un amortiguador emocional de “preocupación”. Si la gente está trabajando muy intensamente y haciendo demasiadas cosas, comenzará a apartarse, a subestimar lo que están haciendo. Pero el riesgo es que el desapego puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización.

Se caracteriza por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las personas con las que tratan como verdaderos objetos o seres inanimados como en el caso de los profesionales de la salud, cuando por practicidad en la comunicación intrahospitalaria se recurre a expresiones coloquiales como “el 734 requiere tal procedimiento...” o “la 425 se da de alta mañana...” “vuelve a hacer la curación del infectado del 4° piso...” estas expresiones en muchas ocasiones son

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

apropiadas e incluso necesarias para el desarrollo efectivo de la actividad habitual en un hospital, pero un grado excesivo muestra sentimientos de inadecuación, insensibilidad y cinismo[28].

Falta de realización profesional

Se refiere a una disminución en los sentimientos de competitividad y productividad en el trabajo. Esta disminución del sentido de autoeficacia se ha relacionado con una depresión y una incapacidad para hacer frente a las exigencias del trabajo y puede ser exacerbada por la falta de apoyo social y oportunidades para desarrollarse profesionalmente. Los miembros del equipo de trabajo experimentan un sentimiento progresivo de inadecuación acerca de su capacidad de ayudar a los pacientes y esto puede generar una autocalificación de fracaso.

Se dan repuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones depresivas y con tendencia a la huida, a la evasión, con una moral baja, un descenso en la productividad en el trabajo, lo que conduce a una escasa o nula realización profesional donde se verbalizan comentarios como “no vale la pena intentar tal o cual acción porque siempre ha sido así, a nadie le importa y no hay quien lo cambie”, con sentimientos de frustración e ideas de abandonar lo que tanto se ha invertido, a través de grandes esfuerzos tanto personales como de formación. Los trabajadores se sienten infelices, insatisfechos de sí mismos y descontentos en su trabajo. Representa el componente de autoevaluación del Burnout[28].

El Burnout ocurre cuando se pierden ciertos recursos valiosos, son inadecuados para resolver demandas o no producen un rendimiento satisfactorio[49].

La única medida que aborda las 3 dimensiones centrales del Burnout es el MBI –Human ServicesSurvey (MBI-HSS) diseñada para utilizarse con servidores públicos y cuidado de la salud. Una segunda versión se desarrolló para utilizarse con trabajadores de la educación (MBI-EducatorsSurvey, MBI-ES). En ambos se refleja la importancia que tiene la interacción excesiva entre los trabajadores y otras personas (clientes, pacientes, estudiantes, etc.). Una tercera versión, MBI-General Survey, (MBI-GS) se desarrolló para utilizarse en otro tipo de ocupaciones que no están claramente orientadas al servicio o atención de personas

Factores Psicosociales-laborales y Síndrome de Burnout.

El esquema de las seis áreas de vida laboral fue desarrollado originalmente como una manera de organizar la vasta literatura de investigación sobre factores organizacionales en el síndrome de Burnout [37]. Sin embargo un trabajo posterior reveló que las seis áreas podrían ser utilizadas como una herramienta de diagnóstico para identificar aquellos ámbitos que son especialmente problemáticos, ya sea para un individuo o para una organización. Los puntajes en estas seis áreas produjeron un perfil de las áreas de fortalezas y debilidades, apuntando así a objetivos más específicos de intervención. Por ejemplo, si un perfil mostraba que la carga de trabajo no era un problema, pero que había un serio desajuste en la comunidad, entonces una intervención que se diseñó para reducir sobretiempo no sería tan efectiva como una intervención que trataba del apoyo entre miembros de equipo.

Este esquema ha sido incorporado ahora en programas de evaluación desarrollados para organizaciones y para individuos [28, 35]. Proporciona orientaciones para una estrategia más adaptada al cliente para reducir el Burnout y promover el engagement, definido como su antagonista, en los mismos términos tridimensionales, de esta manera consiste en un estado de alta energía frente al agotamiento, en un fuerte involucramiento frente a la despersonalización y en un sentido de eficacia frente a la ineficacia [35].

En vez de centrarse en las modas más recientes o en estrategias “un tamaño se ajusta a todos” este esquema ayuda a dirigir cualquier intervención propuesta a los problemas específicos en esta situación en particular [35].

OBJETIVOS.

Objetivo General:

Valorar la fuerza de asociación de los Factores de riesgo Sociodemográficos, Laborales y Psicosociales Laborales con el Síndrome de Burnout en Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

Objetivos específicos:

1. Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en los Médicos Familiares que laboran en las Unidades de Medicina Familiar IMSS Delegación Aguascalientes.

2. Caracterizar el Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización, Baja realización personal en los Médicos Familiares que laboran en las unidades de medicina familiar IMSS delegación Aguascalientes.
3. Describir las características sociodemográficas de los Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.
4. Describir las características laborales de los Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.
5. Describir las características psicosociales laborales de los Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes.
6. Evaluar la asociación de la Sobrecarga de trabajo con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
7. Evaluar la asociación de la Sobrecarga de trabajo con el Cansancio Emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
8. Evaluar la asociación de la Sobrecarga de trabajo con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
9. Evaluar la asociación de la Sobrecarga de trabajo con la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
10. Evaluar la asociación de la Falta de control laboral con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
11. Evaluar la asociación de la Falta de control laboral con el Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
12. Evaluar la asociación de la Falta de control laboral con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

13. Evaluar la asociación de la Falta de control laboral con la Realización profesional de los factores de riesgo sociodemográficos con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
14. Evaluar la asociación de la Recompensa insuficiente con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
15. Evaluar la asociación de la Recompensa insuficiente con el Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
16. Evaluar la asociación de la Recompensa insuficiente con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
17. Evaluar la asociación de la Recompensa insuficiente con la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
18. Evaluar la asociación de la Falta de comunidad laboral con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
19. Evaluar la asociación de la Falta de comunidad laboral con el Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
20. Evaluar la asociación de la Falta de comunidad laboral con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
21. Evaluar la asociación de la Falta de comunidad laboral con la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
22. Evaluar la asociación de la Falta de equidad laboral con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
23. Evaluar la asociación de la Falta de equidad laboral con el Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

24. Evaluar la asociación de la Falta de equidad laboral con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
25. Evaluar la asociación de la Falta de equidad laboral con la Realización personal en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
26. Evaluar la asociación de la Falta de equidad laboral con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
27. Evaluar la asociación de la Falta de equidad laboral con la Realización Profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
28. Evaluar la asociación de la Falta de valores laborales con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
29. Evaluar la asociación de la Falta de valores laborales con el Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
30. Evaluar la asociación de la Falta de valores laborales con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
31. Evaluar la asociación de la Falta de valores laborales con la Realización Profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna.

1. La Sobrecarga de trabajo está asociada a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
2. La Sobrecarga de trabajo está asociada a la presencia de Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
3. La Sobrecarga de trabajo está asociada a la presencia de Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

4. La Sobrecarga de trabajo está asociada a la presencia de Realización Profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
5. La Falta de control laboral está asociada a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
6. La Falta de control laboral está asociada a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
7. La Falta de control laboral está asociada a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
8. La Falta de control laboral está asociada a la presencia de la Realización Profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
9. La Recompensa insuficiente se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
10. La Recompensa insuficiente se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
11. La Recompensa insuficiente se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
12. La Recompensa insuficiente se asocia a la presencia de la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
13. La falta de comunidad laboral se asocia a la presencia del síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
14. La falta de comunidad laboral se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
15. La falta de comunidad laboral se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
16. La falta de comunidad laboral se asocia a la presencia de la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

17. La falta de equidad laboral se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
18. La falta de equidad laboral se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
19. La falta de equidad laboral se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
20. La falta de equidad laboral se asocia a la presencia de la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
21. La falta de valores laborales se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
22. La falta de conflictos laborales se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
23. La falta de conflictos laborales se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
24. La falta de conflictos laborales se asocia a la presencia de la Realización personal en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

Hipótesis nula.

1. La Sobrecarga de trabajo no está asociada a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
2. La Sobrecarga de trabajo no está asociada a la presencia de Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
3. La Sobrecarga de trabajo no está asociada a la presencia de Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
4. La Sobrecarga de trabajo no está asociada a la presencia de Realización Profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

5. La Falta de control laboral no está asociada a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
6. La Falta de control laboral no está asociada a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
7. La Falta de control laboral no está asociada a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
8. La Falta de control laboral no está asociada a la presencia de la Realización Profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
9. La Recompensa insuficiente no se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
10. La Recompensa insuficiente no se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
11. La Recompensa insuficiente no se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
12. La Recompensa insuficiente no se asocia a la presencia de la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
13. La Falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia del síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
14. La falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
15. La falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

16. La falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia de la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
17. La falta de equidad laboral no se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
18. La falta de equidad laboral no se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
19. La falta de equidad laboral no se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
20. La falta de equidad laboral no se asocia a la presencia de la Realización profesional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
21. La falta de valores laborales no se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
22. La falta de valores laborales no se asocia a la presencia del Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
23. La falta de valores laborales no se asocia a la presencia de la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.
24. La falta de valores laborales no se asocia a la presencia de la Realización personal en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño del estudio:

Proyecto de investigación realizado a partir del trabajo Identificación de los Factores de Riesgo Asociados a la Presencia del Síndrome de Burnout en un Grupo de Médicos que laboran en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes del Dr. José Luis Neri Navarrete con número de registro 2004- 101-0017 el cual se divide en dos fases:

1ª Fase: Estudio observacional, descriptivo en la que se identificó el Síndrome de Burnout en función del Agotamiento Emocional, la Despersonalización y el Bajo logro personal en los Médicos que trabajan en las UMF de la Delegación Aguascalientes del IMSS.

2ª Fase: Estudio observacional analítico de casos y controles donde se identificó la asociación entre la sobrecarga de trabajo, falta de control laboral, falta de recompensa laboral, falta de comunidad laboral, falta de equidad laboral y la falta de valores y la presencia o no del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares que laboran en las UMF de la Delegación Aguascalientes del IMSS.

Universo de trabajo.

Médicos Familiares que laboran en las UMF del IMSS de la delegación Aguascalientes.

Lugar y período de estudio.

El trabajo se realizó en las UMF del IMSS de la delegación Aguascalientes en los meses de Agosto a Diciembre de 2004 y Agosto de 2010 a Julio 2011.

Unidad de observación.

Médico Familiar que labora en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, delegación Aguascalientes.

Unidad de análisis.

Médico Familiar que labora en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, delegación Aguascalientes.

Tipo de muestreo.

El estudio se realizó por medio de un muestreo aleatorio simple.

Tamaño de la muestra.

Se utilizó el programa Epiinfo para realizar el cálculo del tamaño de muestra para estudio de casos y controles, los datos usados fueron: nivel de confianza del 95%, poder de 80%, la razón de médicos con Síndrome de Burnout y médicos sin Síndrome de Burnout fue de 1 a 9, con una prevalencia esperada de SB 9.1%, esperando identificar OR de 2.5. La prevalencia de factores psicosociales laborales en los Médicos con SB fue del 30%. Con estos valores se estimó una muestra de 153 sujetos, de los cuales 14 tienen SB y 139 no.

Etapas o fases del trabajo.

- En la primera fase se identificó la presencia del Síndrome de Burnout entre los médicos que laboran en las UMF del IMSS delegación Aguascalientes, se obtuvo información mediante el cuestionario MBI-HSS (previamente validado al castellano) el cual se aplicó de forma auto administrada.
- La segunda fase del trabajo consistió en la búsqueda de factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout, la cual se realizó por medio de un estudio de casos y controles.

Criterios de Inclusión.

1. Se incluyeron los médicos familiares que laboran en las áreas médicas de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS de la Delegación Aguascalientes.
2. Médicos Familiares que participaran en forma voluntaria.
3. Médicos con contratación definitiva tipo 02, que laboraran en forma continua durante 4 meses en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Delegación Aguascalientes.

Criterios de no inclusión.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
1. No se incluyeron Médicos Familiares que se encontraran de permiso, vacaciones o asignados a otras unidades no médicas familiares IMSS en la Delegación Aguascalientes.

Criterios de eliminación.

1. Se eliminaron los cuestionarios que no estaban total y adecuadamente contestados.



Operacionalización de variables.

Concepto	Dimensión	Indicador	Variabilidad	Items	Unidad de Medida	Escala de medición
Síndrome de Burnout Agotamiento abrumador, sentimiento de cinismo e indiferencia hacia el trabajo, así como una sensación de ineffectividad y baja realización personal profesional	Agotamiento Emocional Sensación de haberse sobrepasado emocionalmente y haber agotado los recursos emocionales del Médico en el trabajo	Fatiga física. Disminución en la capacidad de trabajo.	Momento en el tiempo en que se pierde la energía física.	2. Al final de la jornada me siento agotado físicamente. 3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	Grado Alto: >27 Grado Medio: 19 a 26 Grado Bajo: <19	Nunca (0) Una o varias veces al año (1) Una vez al mes o menos (2)
		Fatiga emocional. Disminución de la capacidad psíquica dentro del ámbito laboral.	Situaciones laborales en que se pierde la energía psíquica.	1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. 6. Trabajar con mi jefe de servicio y compañeros es muy tenso para mí. 16. Trabajar con algún compañero o el jefe del servicio me produce estrés.	13. Me siento frustrado por mi trabajo. 20. En el trabajo siento que las exigencias sobrepasan el límite de mis posibilidades. 8. Me siento "quemado" por el trabajo. 14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado difícil.	Varias veces al mes (3) Una vez a la semana (4) Varias veces a la semana (5) Todos los días (6)
		Desproporción entre exigencias laborales y los recursos del Médico	Sensación de estar al límite por un trabajo difícil.			

	<p>Despersonalización Respuesta negativa, insensible o excesivamente despegada a las personas que suelen ser los receptores del servicio o la asistencia</p>	<p>Insensibilidad emocional. Falta de capacidad para sentir emociones</p> <p>Cinismo Respuesta negativa, apática a diversos aspectos laborales</p> <p>Disminución del compromiso. Disminución de la responsabilidad contraída.</p>	<p>Distanciamiento hacia el paciente Distanciamiento hacia el equipo de trabajo</p> <p>Apatía en del desempeño</p> <p>Responsabilizar a terceros por conflictos laborales.</p>	<p>10. Creo que tengo un comportamiento más sensible con la gente desde que hago este trabajo. 11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. 5. Creo que me tratan como objeto.</p> <p>15. Realmente no me interesa que esté bien hecho mi trabajo.</p> <p>22. Siento que mis compañeros o mi jefe del servicio me culpan de los problemas que surgen en el trabajo.</p>	<p>Grado Alto: >10</p> <p>Grado Medio: 6 a 9</p> <p>Grado Bajo: <6</p>	<p>Nunca (0)</p> <p>Una o varias veces al año (1)</p> <p>Una vez al mes o menos (2)</p> <p>Varias veces al mes (3)</p> <p>Una vez a la semana (4)</p> <p>Varias veces a la semana (5)</p> <p>Todos los días (6)</p>
	<p>Realización Personal Sensación de competencia y logros en el trabajo</p>	<p>Sentimiento de Competitividad Capacidad de esforzarse conjuntamente</p> <p>Autoestima Percepciones, pensamientos, evaluaciones, dirigidas a sí mismos.</p> <p>Sentimiento de Eficacia y productividad</p>	<p>Autoeficacia e interrelación personal</p> <p>Autoevaluación de sí mismo en relación con su entorno laboral</p> <p>Autocalificación de desarrollo profesional</p>	<p>4. Puedo entender con facilidad lo que me dice el jefe de servicio. 7. Resuelvo muy bien los problemas que se presentan con mi jefe de servicio y mis compañeros.</p> <p>9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.</p> <p>12. Me siento con mucha vitalidad. 17. Tengo facilidad para crear un ambiente tranquilo con mis compañeros. 18. Me encuentro animado después de trabajar. 19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. 21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el</p>	<p>Grado Bajo: 0 a 33</p> <p>Grado Moderado: 34 a 39</p> <p>Grado Alto: >40</p>	<p>Nunca (0)</p> <p>Una o varias veces al año (1)</p> <p>Una vez al mes o menos (2)</p> <p>Varias veces al mes (3)</p> <p>Una vez a la semana (4)</p> <p>Varias veces a la semana (5)</p> <p>Todos los días (6)</p>

				trabajo.		
--	--	--	--	----------	--	--

Concepto	Dimensión	Indicadores	Variabilidad	Ítems	Escala de Medición
<p>Factores Psicosociales laborales</p> <p>Características de tipo social y psicológico relacionadas con el entorno laboral.</p> <p>Elemento externo que produce una respuesta o afecta la relación de la persona con su grupo o con otros hombres en lo individual.</p> <p>Condiciones que conducen al estrés</p>	<p>Sobrecarga laboral</p> <p>Es la cantidad de actividades asistenciales y no asistenciales que agotan la energía del médico durante su jornada diaria de trabajo.</p>	<p>Actividades de atención al paciente</p> <p>Atención integral a pacientes en promedio 24 por jornada.</p> <p>Actividades administrativas</p> <p>Captura de historias clínicas, notas médicas, referencias, solicitudes de paraclínicos</p> <p>Actividades académicas</p> <p>Asistencia a sesiones clínicas, reuniones laborales, clases asignadas, pláticas de actualización.</p>	<p>Relación entre las demandas laborales con el estrés ocupacional y la manera con la que el trabajador maneja el estrés.</p> <p>Pérdida de energía física.</p>	<p>1-La cantidad de pacientes que atiendo durante mi jornada de trabajo diaria es:</p> <p>2-La cantidad de documentos que elaboro durante mi jornada de trabajo al día es:</p> <p>3-La cantidad de notas médicas que elaboro durante mi jornada de trabajo al día es:</p> <p>4-La cantidad de sesiones a las que asisto durante la semana (reuniones académicas, clases, conferencias) es:</p> <p>5-La cantidad de juntas de trabajo a las que asisto a la semana es:</p> <p>6-El cansancio físico que tengo al final de mi jornada diaria de trabajo es:</p>	<p>POCO (1)</p> <p>REGULAR (2)</p> <p>MUCHO (3)</p> <p>EXCESIVO (4)</p>
	<p>Falta de control laboral</p> <p>Es la baja autoridad que tiene el médico sobre los servicios, el personal médico, recursos materiales y administrativos del Instituto para atender a los pacientes.</p>	<p>Autoridad</p> <p>Capacidad de influir sobre los demás por ser importante o destacar en una actividad.</p>	<p>Disposición del personal de enfermería de recibir indicaciones médicas.</p> <p>Disposición del personal de Trabajo Social de recibir indicaciones médicas.</p> <p>Disposición del personal de Servicios Básicos de recibir indicaciones médicas.</p> <p>Disposición del personal de Asistentes Médicos de recibir indicaciones médicas.</p>	<p>7 La posibilidad de dar una indicación médica al servicio de enfermería para la atención del pacientes es:</p> <p>8 La posibilidad de dar una indicación médica al personal de Trabajo Social para la atención de un paciente es :</p> <p>9 La posibilidad de dar una indicación médica al personal de Servicios Básicos para la atención de un pacientes es:</p> <p>10 La posibilidad de dar una indicación médica a las Asistentes Médicos para la atención de los pacientes es:</p> <p>11 La posibilidad de dar una indicación a otros médicos para atender a los pacientes es:</p> <p>12 La posibilidad que tengo para decidir el tiempo que debo emplear</p>	<p>NINGUNO (0)</p> <p>POCO (1)</p> <p>REGULAR (2)</p> <p>ALTA (3)</p> <p>MUY ALTA (4)</p>

			<p>Disposición de los Médicos de recibir una indicación de otro médico.</p> <p>Disposición de los servicios paraclínicos para cubrir indicaciones médicas con correlación clínico-diagnóstica.</p>	<p>en la atención de los pacientes es: 13 La posibilidad que tengo para indicar los estudios de laboratorio necesarios en la atención del paciente es: 14 La posibilidad que tengo para indicar los estudios de gabinete necesarios en la atención del pacientes es: 15 La posibilidad que tengo para referir a un paciente a otro servicio para su atención es:</p>	
	<p>Recompensa Insuficiente Es el escaso o nulo reconocimiento que recibe el médico por parte de la institución, de los compañeros de trabajo, de los pacientes y sus familiares por la atención médica que ofrece.</p>	<p>Reconocimiento Distinción meritoria del médico por parte del paciente y del equipo de trabajo.</p>	<p>Estímulos otorgados por la institución.</p> <p>Estímulos otorgados por el personal homólogo.</p> <p>Estímulos otorgados por personal de otras categorías.</p> <p>Estímulos otorgados por los pacientes.</p> <p>Estímulos otorgados por los familiares.</p>	<p>16 El reconocimiento que recibo del Instituto por la atención médica que ofrezco es: 17 El reconocimiento que recibo de mis compañeros médicos por la atención que ofrezco es: 18 El reconocimiento que recibo de parte del personal (de enfermería, trabajo social, asistentes) por la atención que ofrezco a los pacientes es: 19 El reconocimiento que recibo de los pacientes que atiendo es: 20 El reconocimiento que recibo de los familiares de los pacientes que atiendo es:</p>	<p>NINGUNO (0)</p> <p>POCO (1)</p> <p>REGULAR (2)</p> <p>MUCHO (3)</p> <p>EXCESIVO (4)</p>
	<p>Falta de comunidad laboral Es la falta de integración de un equipo de trabajo manifiesta por la generación de conflictos, falta de confianza entre los integrantes, dificultad para compartir opiniones, y dificultad para solicitar apoyo y realizar el trabajo.</p>	<p>Comunicación Intercambio de mensajes a través de un canal y mediante un código común</p> <p>Integración Incorporación de una persona a un todo y adaptación a él.</p>		<p>21 La confianza que existe entre los compañeros de trabajo para compartir opiniones es: 22 La dificultad que tengo para establecer relaciones de amistad con el grupo de trabajo es: 23 La dificultad que tengo para ofrecer apoyo al equipo de trabajo es: 24 La dificultad que tengo para recibir apoyo por parte del equipo de trabajo es: La presencia de conflictos en el grupo de trabajo es:</p>	<p>NINGUNO (0)</p> <p>POCO (2)</p> <p>MUCHO (3)</p> <p>EXCESIVO (4)</p>
	<p>Falta de equidad laboral Es la desigual distribución de beneficios laborales que la institución</p>	<p>Desarrollo laboral. Progreso que logra el Médico según el escalafón.</p> <p>Desarrollo educativo.</p>		<p>29 El otorgamiento de las promociones a un cargo laboral superior es: 30 El otorgamiento de</p>	<p>MALA (1)</p> <p>REGULAR (2)</p>

	<p>ofrece y entre los cuales se incluyen: el otorgamiento de las promociones a un cargo superior, oportunidades educativas, convenios sindicales y carga de actividades laborales.</p>	<p>Progreso que logra el Médico en su profesión.</p> <p>Desarrollo financiero. Progreso que logra el médico en su patrimonio.</p> <p>División de las áreas y roles laborales.</p>		<p>oportunidades educativas dentro de la institución es:</p> <p>31 El otorgamiento de los créditos financieros para adquirir bienes muebles o inmuebles, por parte del sindicato son:</p> <p>32 La distribución de la carga de actividades laborales es:</p>	<p>BUENA (3)</p> <p>MUY BUENA (4)</p>
	<p>Falta de valores laborales Es el conflicto que se genera por la diferencia percibida entre la misión del instituto (atención oportuna y suficiente que requiere el paciente) y la práctica que realmente se realiza; y también entre la práctica que se realiza y lo que el médico considera debe realizarse según su criterio en la atención del paciente.</p>	<p>Conflictos laborales por valores institucionales.</p> <p>Discordancias por normas y procedimientos.</p>		<p>25 La presencia de conflictos en el grupo de trabajo es:</p> <p>26 La discordancia que percibo entre la atención oportuna al paciente de acuerdo a la norma y la atención médica que realmente se ofrece es:</p> <p>27 La discordancia que percibo entre la atención suficiente al paciente de acuerdo a la norma y la atención que médica que realmente se ofrece es:</p> <p>28. El conflicto que me genera la atención médica que por norma debo ofrecer y lo que considero debe hacerse en la atención a los pacientes es:</p>	<p>NINGUNO (1)</p> <p>POCO (2)</p> <p>MUCHO (3)</p> <p>EXCESIVO (4)</p>

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El SB fue evaluado mediante la aplicación autoadministrada del cuestionario Maslach Burnout Inventory HealthServicesSurvey (MBI-HSS), que consta de 22 ítems valorados por una escala de frecuencia de 7 grados, tipo Likert que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días), que agrupa al Síndrome de Burnout en tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE) 9 ítems, Despersonalización (DP) 5 ítems y Baja Realización Personal (BRP) 8 ítems. Las escalas que determinan los niveles son para las medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos, en AE: 2.16, 1.10, 00, 5.20. En DP: 1.67, 1.15, 1.00, 5.80 y BRP: 4.37, 1.05, 1.83, 6.00. La confiabilidad de acuerdo al método de Cronbach es, para AE 0.8941, DP 0.8491 y BRP 0.8561, de acuerdo a una de las versiones del instrumento que sólo consta de 16 ítems.

Del MBI.HSS de 22 ítems, se realizó una adaptación al contexto del IMSS, para lo que se realizó, en primer lugar, la operacionalización que se detalla, además se solicitó a expertos su valoración para cubrir los criterios de constructo, criterio y contenido, se realizó además un pilotaje en 50 médicos de un hospital del IMSS que valoró la confiabilidad del instrumento.

Una vez identificados los individuos con y sin SB, se aplicó un instrumento para evaluar los factores de riesgo sociodemográfico, laboral y psicosocial laboral por medio de un cuestionario auto administrado. Ambos se distribuyeron en las UMF de la Delegación Aguascalientes con logística individual. Una vez valorado por expertos se hizo un pilotaje en un hospital ajeno al IMSS, valorando la confiabilidad del instrumento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se capturó la información en una base de datos de Microsoft Office (Access) y los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS, las variables con escalas continuas se describieron con medias y desviaciones estándar, las variables en escalas categóricas con números absolutos y porcentajes. La asociación se valoró mediante OR crudos y se ajustó por factores de confusión utilizando una regresión logística binaria.

RESULTADOS

Prevalencia reportada para Síndrome de Burnout, dimensiones del Burnout y Factores Psicosociales laborales.

De una muestra de 167 Médicos familiares, se obtuvo una prevalencia de 12.6% (21 médicos) con Síndrome de Burnout.

Para la 3 dimensiones se reportaron con Alto Cansancio emocional 33.5% (56 médicos). Alta despersonalización 29.9% (50 médicos), y Baja Realización Personal 35.3% (59 médicos).

Sobrecarga laboral reportó una prevalencia de 24.6% (41), Falta de Control laboral 21% (35), Recompensa insuficiente 21% (35), Falta de Comunidad laboral 37.1% (62), Falta de Equidad laboral 32.33% (54), Falta de valores laborales 28.1437 (47). (Tabla 1)

Distribución de datos sociodemográficos.

En cuanto a edad obtuvimos una media de 46.9 años con DS 5.9. Agrupando en ≤ 45 años con 25.1% (42) y >45 años con 74.9% (125).

En cuanto a sexo 63.5% (106) fueron mujeres y 36.5% (61) hombres.

Según su estado civil, el 84.4% (141) de la población estudiada está casada, el 8.4% (14) solteros y el 7.2% (12) divorciados.

De acuerdo a la presencia o no de hijos, los que sí tenían fueron el 91.6% (153) y los que no tenían 8.4% (14).

Por el número de hijos se agruparon los que no tenían hijos 8.4% (14), los que tenían de 1 a 2 hijos, 42.5% (71) y los que tenían >2 hijos, 49.1% (82). Obtuvimos una media de 2.5 con una DS de 1.4.

De acuerdo al Grado Máximo de Estudios, presentaron licenciatura el 46.7% (78), especialidad el 48.5% (81) y maestría el 4.8% (8).

Se obtuvo respuesta acerca de patologías presentadas en la población agrupadas entre enfermedades crónicas, como Hipertensión con 10.8% (18), Diabetes con 4.2%), Otras con 7.8% (13) y Sin enfermedad crónica, el 77.2% (129). (Tabla 1)

Distribución de los factores laborales.

De nuestra población de 167 médicos encuestados, obtuvimos respuesta de Médicos Familiares en un 83.80% (119) y de Médicos No Familiares (Médicos Generales) de 28.7% (48).

De acuerdo a la ubicación dentro de la zona metropolitana se concentra el 87.4% (146) de la población, con sólo el 12.6% (21) fuera de ella.

Por la UMF en que laboraban se ubicaron con 20.4% (34) la UMF 1, con 19.8% (33) la UMF 10, con 17.4% (29) la UMF 7, con 13.2% (22) la UMF 8, con 10.2% (17) la UMF 9, con 6.6% (11) la UMF 6, con 4.8% (8) la UMF 3, con 4.2% (7) la UMF 2, y con 1.8% (3) las UMF 4 y 5.

En cuanto al turno, el 53.41% (86) laboraban en el matutino, el 34.16% (55) en el vespertino y el 8.07% (13) como rolator.

Se obtuvo una media de años cumplidos laborando en el instituto de 15.9 con una DS de 7.1, de 10 a 20 años, el 40.1% (67), con >20 años, 34.7% (58) y <10 años 25.1% (42).

Por años cumplidos laborando en el servicio la media actual es de 10.10 con DS de 7.7. Con <10 años el 59.3% (99), de 10 a 20 años, 27.5% (46), >20 años, 13.2% (22).

De acuerdo a las semanas cumplidas laborando en el servicio actual sin tener descanso o incapacidad mayor de 5 días se obtuvo una media de 16.51 DS12.70. Presentando un 27.1% (45) los de 18.21 a 24 semanas, 25.3% (42) los de 6 a 8, 19.3% (32) los de 8.01 a 12, 15.7% (26) los de 12.01 a 18.2, y 12.7% (21) los de 24.01 a 78 semanas.

Del ejercicio de otra actividad profesional Médica fuera del instituto, el 54.8% (91) reportó que sí y el 45.2% (75) reportó que no.

Esta actividad clasificada entre los diferentes tipos arrojó un 54.19% (58) para Actividad profesional privada, 28.03% (30) para Actividad profesional en otro hospital público, 13.08% (14) para Otro tipo de actividad, y 8.41% (9) para Actividad profesional académica.

Las horas dedicadas a la medicina fuera del Instituto en promedio fueron <4 horas 52.2% (48), 5-8 horas, 41.3% (38) y 9-14 horas, 6.5% (6). (Tabla 2)

Distribución de los factores sociodemográficos por dimensión.

Agotamiento emocional

La dimensión Agotamiento Emocional obtuvo una prevalencia de 33.5% (56), la cual presentó las siguientes características sociodemográficas:

Edad de ≤ 45 años el 25.1%, (42), ≥ 45 años el 74.9% (125), Por sexo, se obtuvo un 62.5% (35) para el género masculino y 37.5% (21) para el femenino. De acuerdo al estado civil, 10.7% (6) fueron solteros, 87.5% (49) casados, 1.8% (1) divorciados. El 89.3% (50) contestó sí tener hijos, el 10.7% contestó que no. De los que contestaron que sí, el 44.6% (25) reportaron tener 1 a 2 hijos, y también el 44.6% (25) de los de $>$ de 2 hijos. Por el grado máximo de estudios, el 53.6% (30) correspondió a nivel licenciatura, 42.9% (24) a especialidad y 3.6% (2) a maestría. Entre los que reportaron enfermedad crónica, con Hipertensión fueron el 8.9% (5), con Diabetes el 3.6% (2), otras enfermedades 8.9% (5) y sin enfermedad crónica el 78.6% (44). (Tabla 1)

Despersonalización.

Se obtuvo una prevalencia de 29.9% (50), presentando las siguientes características sociodemográficas:

Edad de ≤ 45 años el 26% (13), > 45 años el 74% (37), con 70% (35) de mujeres y 30% (15) hombres. De los cuales, 8.0% (4) eran solteros, 86% (43) casados y 6.0% (3) divorciados. Un 94.0% (47) contestó tener hijos, 6.0% (3) contestó no tenerlos. De quienes los tenían, el 56% (28) tenían de 1 a 2 hijos y el 38.0% (19) $>$ 2 hijos. Con grado máximo de estudios, encontramos al 46.0% (23) con licenciatura, 48.5% (81) con especialidad y el 4.8% (8) con maestría. En cuanto a enfermedad crónica, Hipertensos el 12.0% (6), Diabéticos el 6.0% (3), con otras enfermedades 8.0% (4) y sin enfermedades crónicas el 74.0% (37). (Tabla 1)

Realización Personal

Se obtuvo una prevalencia de 35.3% (59), presentando las siguientes características sociodemográficas:

Edad ≤ 45 años 25.4% (15), >45 años 74.6% (44), el 62.7% (37) fueron mujeres, el 37.3% (22) fueron hombres. De acuerdo al estado civil, el 86.4% (51) estaban casados y tanto solteros y divorciados reportaron la misma frecuencia con 6.8% (4) cada uno. El 94.9% (56) contestó sí tener hijos, el 5.1% (3) contestó no tenerlos. Con 1 a 2 hijos, encontramos al 52.5% (31), con >2 hijos 42.4% (25). Por grado máximo de estudios el 50.8% (30) con licenciatura, 44.1% (26) con maestría y 5.1% (3) con especialidad. Se reportaron con enfermedad crónica a Hipertensos 10.2% (6), Diabéticos 6.8% (4), con otras enfermedades 6.8% (4) y sin enfermedad crónica al 76.3% (45). (Tabla 1)

Distribución de los factores laborales por dimensión.

Agotamiento Emocional

La dimensión presentó las diferentes características laborales:

Encontramos que el 86.95% (40) fueron Médicos Familiares y el 28.6% (16) fueron médicos No Familiares (Generales). Por Unidad en donde laboraban se obtuvo la siguiente distribución. UMF 10, 25% (14); UMF 7, 23.2% (13); UMF 8, 17.9% (10); UMF 1, 2.5% (87); UMF 6, 8.9% (5); UMF 3, 7.1% (4); UMF 9, 5.4% (3). De acuerdo a los que se laboraban dentro del área metropolitana encontramos 92.9% (52) y 7.1% (4) los que laboraban fuera de ella. Por el turno laboral, el 62.26% (33) pertenecían al turno matutino, el 26.41% (14) al turno vespertino, 1.88% (1) al turno nocturno y 7.54% (4) como roedor de turnos. Por años cumplidos laborando en el instituto, los <10 años fue el 23.2% (13), de 10 a 20 años 35.7% (20), >20 años 41.1% (23). Por años cumplidos laborando en el servicio actual con <10 años el 53.6% (30), de 10 a 20 años el 33.9% (19) y > 20 años el 12.5% (7). De acuerdo a las semanas cumplidas laborando en el servicio actual sin descanso o incapacidad mayor de 5 días, con 25.0% (14) los de 6-8 semanas, 16.1% (9) los de 8.01-12 semanas, 16.1% (9) los de 12.01-18.2 semanas, 23.2% (13) los de 18.21-24.00 semanas y 19.6% (11) los de 24.01-78 semanas. Entre quienes contestaron ejercer otro tipo de actividad profesional médica fuera del instituto el 56.4% (31) contestó que sí, y el 43.6% (24) contestó que no. El tipo de actividad fue en otro hospital público con 27.02% (10), privada 54.05% (20), académica 2.70% (1) y otros 16.21% (6). Por las horas dedicadas a la medicina fuera del instituto en promedio por día fueron <4 horas el 63.6% (21), 5-8 horas 30.3% (10) y 9-14 horas 6.1% (2). (Tabla 2)

Despersonalización.

En base a una prevalencia obtenida en esta dimensión de un 29.9% (50), los datos arrojados en las características laborales fueron que de la población que reportó esta dimensión, el 76.0% (38), fueron Médicos Familiares, el 24.0% (12) fueron Médicos No Familiares (Generales). La distribución de acuerdo a las UMF fue UMF 10 con 22% (11), UMF 10 con 20% (10), UMF 7 y 8 con 16% (8) cada una, UMF 6 con 12% (6), y UMF 3, 4 y 9 con 4% (2), sin reportar algún caso la UMF 5. De acuerdo a si laboran dentro de la zona metropolitana, el 90% (45) sí lo hacía, y el 12.6% (21) lo hacía fuera de ella. Por el turno, el 53.08% (86) pertenecía al turno matutino, el 33.95% (55) al vespertino, el 5.52 (9) al nocturno y el 8.02 (13) al turno rolator. De acuerdo a años cumplidos laborando en el instituto, con <10 años 25.1% (42); con 10 a 20 años 40.1% (67); >20 años 34.7% (58). Por los años cumplidos laborando en el servicio actual, <10 años 59.3% (99), 10-20 años, 27.5% (46), >20 años 13.2% (22). Por semanas cumplidas laborando en el servicio actual sin descanso o incapacidad mayor de 5 días, con 25.3% (42) 6-8 semanas, con 19.3%(32) de 8.01-12 semanas, 15.7% (26) 12.01-18.2 semanas, 27.1% (45) 18.21-24 semanas, 12.7% (21) 24.01-78 semanas. De quienes ejercieron otra actividad profesional médica fuera del instituto el 54.8% (91) sí la ejercía, el 45.2% (75) no la ejercía. Por el tipo de esta actividad, el 27.02% (30), en otro hospital público, el 52.25% (58) privada, el 8.10% (9) académica, y 12.61% (14) otro tipo de actividad. Por las horas dedicadas a la medicina fuera del instituto en promedio por día fueron <4 horas el 52.9% (18), 5-8 horas 38.2% (13) y >14 horas 8.8% (3). (Tabla 2)

Baja Realización Personal

En base a una prevalencia obtenida de 35.3% (59), esta dimensión reportó las siguientes características laborales: un 86.95% (40) de Médicos Familiares y 32.2% (19) de Médicos No Familiares (Generales). La distribución por UMF fue: UMF 1 y 7 con 20.3% (12) cada una, UMF 8 con 18.6% (11), UMF 10 con 15.3% (9), UMF 9 con 8.5%(5), y UMF 2, 3 y 4, con 3.4% (2) cada una, la UMF no presentó ningún caso. El laborar dentro de la zona metropolitana reportó un 89.8% (53) reportó laborar dentro, el 10.2% (6) fuera de ella. Por el turno laboral el 54.38% (31) correspondía al matutino, el 26.31% (15) al vespertino, 10.52% (6), al nocturno; 8.77% (5) al turno rolator. De acuerdo a años cumplidos laborando en el instituto, <10 años, 28.8% (17); 10-12 años, 33.9% (20); >20 años, 37.3% (22). Por años cumplidos laborando en el servicio actual de <10 años, 59.3% (35); 10-20

años, 27.1% (16); >20 años, 13.6% (8). Por semanas cumplidas laborando en el servicio, de 6-8 semanas, 20.7% (12), 8.01-12 semanas, 32.8% (19); 12.01-18.2 semanas, 24.1% (14); 18.21-24 semanas, 12.1% (7); 24.01-78 semanas, 10.3% (6). Por el ejercicio de otra actividad profesional médica fuera del instituto, el 60.3% (35) respondió que sí la ejercía el 39.7% (23) respondió que no. Por el tipo de actividad entre los que sí la ejercían el 32.55% (14) fue en otro hospital público, el 53.48% (23) fue privada, el 13.95% (6) fue académica, el 6.97% (3) fue otra. En cuanto a las horas dedicadas a la medicina fuera del instituto en promedio por día fueron el 51.4% (19) <4 horas, 43.2% (16) 5 -8 horas, 5.4% (2) >14 horas.

La distribución de los factores psicosociales laborales en la dimensión de Agotamiento Emocional fue en Sobrecarga laboral 31.1% (28), para Falta de control laboral 16.1% (9), para Recompensa insuficiente 17.2% (23), Falta de comunidad laboral 50% (28), Falta de equidad laboral 17.9% (10), Falta de valores laborales 33.9% (19).

La distribución en la dimensión de despersonalización en Sobrecarga laboral 3% (16), para Falta de control laboral 16% (8), para Recompensa insuficiente 14% (7), para Falta de comunidad laboral 52% (26), Falta de Equidad laboral 24% (12), Falta de Valores laborales 38% (19).

La distribución en la dimensión de Baja Realización Personal, para Sobrecarga laboral 42.4% (25), Falta de control laboral 49.2% (29), para Recompensa insuficiente 40.7% (24), para falta de Comunidad laboral 25.4% (15), falta de Equidad laboral 52.5% (31), Falta de Valores laborales 47.5% (28). (Tabla 2)

Factores Sociodemográficos en presencia del Burnout.

Con una prevalencia en nuestra población estudiada del 12.6% con 21 Médicos Afectados, se arrojaron los siguientes resultados:

Se presentó en cuanto a edad ≤ 45 años un 14.3% (3), >45 años un 85.7% (18). Por sexo, 66.7% (14) mujeres, 33.3% (7) hombres. De acuerdo al estado civil, 4.8% (1) fueron solteros, 90.5% (19) fueron casados y 4.8% (1) divorciados. En cuanto a presencia o no de hijos, el 100% (21) contestó sí tenerlos. De 1 a 2 hijos fueron el 61.9% (13), con >2 hijos el 38.1% (8). Por grado máximo de estudio, licenciatura reportó un 52.4% (11), Especialidad 42.9% (9) y maestría 4.8% (1). De acuerdo a la presencia de enfermedad

crónica se reportaron con Hipertensión el 9.5% (2), con Diabetes el 4.8% (1), Otras 19% (4). Sin enfermedad crónica 66.7% (14). (Tabla 4)

Factores laborales en presencia del Burnout.

De la población afectada, 89.7% (17) fueron Médicos Familiares y 19% (4) Médicos No Familiares (Generales). La distribución de casos por UMF la expresaremos con el número de casos, porcentaje representativo de la población afectada y porcentaje representativo de la población total estudiada siendo: UMF 8 con 6 casos, 28.6% de población afectada y 27.27% de población participante. UMF 10 con 6 casos, 28.6% de población afectada y 18.18% de población participante. UMF 1 con 5 casos, 23.8% de población afectada y 14.70 de población participante. UMF 6 con 2 casos, 9.5% de población afectada y 18.18% de población participante, UMF 7 con 2 casos, 9.5% de población afectada y 6.89% de población participante. El 100% (21) de los afectados laboraban dentro de la zona metropolitana. El 73.68% (14) correspondían al turno matutino y 26.31% (5) al vespertino. Por años laborando en el instituto <10 años, el 14.3% (3), 10-20 años 33.3% (7), >20 años 52.4% (11). Por años cumplidos laborando en el servicio actual, <10 años 42.9% (9), 10-20 años, 42.9% (9), >20 años 14.3% (3). Por semanas cumplidas laborando en el servicio actual sin descanso o incapacidad mayor de 5 días de 6-8 semanas 28.6% (6), 8.01-12 semanas 19% (4), 12.01-18.2 semanas 23.8% (5), 18.21-24 semanas 9.5% (2) y 24.01-78 semanas 19% (4). En cuanto al ejercicio de otra actividad profesional médica fuera del instituto, 57.1% (12) contestaron que sí y 42.9% (9) contestaron que no. El tipo de esta actividad fue el 26.6% (4) en otro hospital público, el 59.85% (9) Privada, 6.66% (1) Académica, 13.33% (2) otra. (Tabla 5)

Factores Psicosociales Laborales en presencia del Burnout.

En la población reportada con Burnout, la distribución de acuerdo a los factores Psicosociales laborales fue en Sobrecarga laboral 33.3% (7), Falta de Control laboral 14.3% (3), Recompensa insuficiente 4.8% (1), Falta de Comunidad laboral 37.1% (16), Falta de Equidad laboral 19.04% (4), Falta de Valores laborales 38.09% (8). (Tabla 6)

Asociación entre Factores sociodemográficos y laborales en las dimensiones del Burnout.

No se encontró asociación significativa entre estas variables. (Tablas 13 y 14)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sin embargo al cruzar la información entre factores obtuvimos que el factor psicosocial *Tener 1-2 Hijos* se asoció con los factores psicosociales laborales *Baja Realización Personal* con un OR de 2.71 (1.14-6.49) y *Recompensa Insuficiente* con un OR de 3.05 (1.01-9.36). (Tabla 7 y 8)

Asociación de Factores Psicosociales laborales con las Dimensiones del Burnout.

Sobrecarga de trabajo se asoció con la dimensión *Agotamiento Emocional* con un OR de 3.18 (1.28-8.02).

Falta de comunidad laboral se asoció con *Agotamiento Emocional* con un OR de 4 (1.53-10.66).

Falta de comunidad laboral se asoció con la dimensión *Despersonalización* con un OR de 4.44 (1.72-11.68). (Tabla 9)

Asociación de los Factores Psicosociales laborales y el Síndrome de Burnout.

Falta de Comunidad laboral se asocia al *Síndrome de Burnout* con un OR de 9.57 (1.95-63.69). (Tabla 9)

ASPECTOS ÉTICOS.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).

DISCUSIÓN.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestro estudio fue de 12.6%, aproximadamente 3 veces menor a la reportada por Aranda y cols.[18] en Médicos Familiares de 2 instituciones de salud en Guadalajara que se reportó de 41.8%, muy similar a lo reportado por Castañeda Aguilera[16], también en Médicos Familiares, cuyo estudio arroja una prevalencia de 41.6%, la cual, al igual que en el caso de Aranda y cols. parece presentar una explicación metodológica al definir el Síndrome, ya que se determinó la presencia de éste con la afectación de una de las dimensiones, en su nivel medio o alto y no como lo define Maslach, como la coexistencia de un alto Cansancio Emocional, una alta Despersonalización y una baja Realización Personal, aun cuando reconoce el Cansancio como la cualidad central del síndrome y más obvia manifestación[40]. Por otro lado, nuestro resultado está por encima de lo reportado por López León y cols.[24] en su estudio realizado también en el IMSS, Delegación Estado de México Oriente en 2003, con Médicos Familiares, donde la prevalencia fue de 1.6%, con características similares a nuestra población, sin embargo encontramos sesgos de selección ya que en dicho estudio no se contempló al turno nocturno ni al rolador.

Hay una gran similitud con lo encontrado en el estudio de Al-Dubai y Rampal[31], realizado en Yemen con Médicos de primer contacto, con una prevalencia de 11.7%. En Suiza[30], Goehring encontró una prevalencia de 3.5%, la cual incluso es menor a la reportada en otros países europeos, respondiendo a las mejores condiciones laborales en este país en relación con dichos países así como la inmersión de médicos en programas con calidad de cuidado médico; de acuerdo a reportes de Goehring, se ha encontrado una sobreestimación de índices en otros estudios. Tal es el caso de Thomassen[23], en Canadá que reporta una prevalencia de 55% en un estudio entre médicos de atención primaria realizado en British Columbia pero que a diferencia de los que presentan el mismo sesgo metodológico que no define al Burnout en función de sus 3 dimensiones, Alto CE, Alta DP y Baja RP (Maslach, Jackson, 1981) generando una gran sobreestimación que no proporciona información objetiva acerca de la situación real del Síndrome, éste responde a la exclusividad del área estudiada ya que fue en un área rural por lo que esa prevalencia correspondió a lo esperado.

El análisis que realizamos de las dimensiones indica que nuestros resultados fueron, en general, desproporcionadamente mayores a otros estudios.

En la dimensión de Cansancio emocional obtuvimos una prevalencia de 33.5%, Aranda et al, 13.3%, López León, 26%, Castañeda Aguilera 22.5%, Goehring 19% y sólo Thomassen con 54% y Al Dubai con 63.2% por encima.

La dimensión de Despersonalización presentó una prevalencia en nuestro estudio de 29.9% muy similar al 30% encontrado por Thomassen y mayor a lo reportado por López León con 19.8%, por Castañeda Aguilera con 4.5% y Aranda et al de 2%. Goehring reporta 21.9% y Al-Dubai 19.4%.

La dimensión de Baja realización personal tuvo una prevalencia de 35.4%, semejante a lo reportado por Castañeda Aguilera 39.4%, menor al 57% encontrado por Thomassen en Canadá y mayor a lo encontrado en Yemen y Suiza con Al Dubai, 25.4% y Goehring 16.3% y en México por López León 8.4% y Aranda y cols. 6.6%

A diferencia del estudio de Thomassen que tiene una correspondencia de su área de estudio con la prevalencia obtenida en esta dimensión, la diferencia puede responder a que se utilizaron las diferentes versiones del MBI, con diferentes puntos de corte, que incluso, no son presentados en todos los estudios, tanto el MBI-GS como el MBI-HSS. Hay también una correspondencia entre los resultados de las dimensiones y la prevalencia del Burnout, la cual se pierde en los estudios que consideraron portador de Burnout a quien presentara cualquiera de las dimensiones en su nivel alto o medio tal es el caso de Aranda et al y Castañeda Aguilera, diferencia que se observa tanto en nuestro estudio como en los de López León, Al-Dubai, Goehring y Thomassen, al cumplir los criterios que definen al Burnout.

Vale la pena recordar que se trata de un síndrome multidimensional el cual no puede definirse en relación exclusiva de alguna de sus dimensiones.

En cuanto a las características sociodemográficas, la edad fue un factor que no presentó diferencias significativas respecto a la literatura revisada en la que estudios como los de Aranda y Pando, reportan una edad promedio de 45-49 años, Castañeda Aguilera con un 44.4 ± 7 años, López León una media de 46.4%, muy similar a lo encontrado en nuestro estudio que arrojó una media de 46.9 años. Tampoco hay variación en lo encontrado en estudios internacionales, tal es el caso de Goehring con una edad promedio de 45-50 años. Aunque Al-Dubai tuvo una población discretamente más joven ya que la edad promedio fue de 30 a 39 años, esto debido al tipo de población participante ya que se

refiere a Médicos de Atención Primaria con o sin especialidad, pudiendo haber participado en su mayoría Médicos Generales.

En cuanto al sexo sólo en nuestro estudio hubo una participación mayor de las mujeres con 63.5% y 36.5% de hombres, en la literatura revisada tanto nacional como internacional, todos arrojan una participación mayoritaria, desde inversamente proporcional, como Aranda y cols. con el 37.1% mujeres y Ozyurt en Turquía con 64% de hombres y 36% mujeres. Hasta donde la participación es predominantemente de hombres, tal es el caso de Goehring en Suiza con 83.6%. Es importante considerar el hecho de que tanto en México como en Aguascalientes la población de mujeres es mayor[50].

El estado civil no presenta variación, ya que en todos los estudios hay una mayor frecuencia en la población casada.

La existencia de hijos entre los participantes está por encima del 70% en la literatura revisada, tanto en nuestro estudio como en los nacionales e internacionales.

Entre los factores laborales, de acuerdo a la ubicación, urbana o rural observamos una mayor concentración en los estudios revisados, en la zona urbana o metropolitana, en nuestro estudio fue de 87.4%, en otros como el de Goehring fue de 70.4%. Esta discusión va en prevalencia.

El turno que presentó mayoría de participación fue el matutino tanto en nuestro estudio con 53.41% como en otros como Aranda y cols. con 52.8% y López León con 51.1%, hecho que se relaciona con la plantilla laboral, si bien, dichos estudios sólo consideraron a los turnos matutino y vespertino.

En relación a la Antigüedad, nuestro estudio obtuvo una media de 15.9 años con DS de 7.1 muy semejante a lo reportado por López León de 15.6 años con DS 6.6, y por Aranda y cols. que reportan un promedio de 16.47 años, siendo mayor el grupo de 10 a 14 años con 27.4%. Nuestra prevalencia fue mayor entre los que tenían <10 años, con 59.3%, consistente a lo encontrado en estudios como el de Al-Dubai, con 79.6% en el mismo grupo. Castañeda Aguilera no reporta resultados generales.

De acuerdo al ejercicio de otra actividad profesional fuera del Instituto, encontramos una mayoría en los que sí, con 54.8% y 45.2% en los que no, inverso a lo reportado por López

León con 34.4% que sí, y 65.6% que no. Considerando las características de cada delegación, hablamos de que nuestro estudio se realizó en una ciudad comparativamente menor a la zona oriente del estado de México, en la cual los tiempos de traslado de uno a otro sitio varían, y en muchas ocasiones, los Médicos viven en regiones alejadas de su centro de trabajo dificultando el ejercicio de otra actividad. Encontramos semejanza en el estudio de Al-Dubai, que menciona que el 47.8% no realiza otra actividad.

La distribución de los factores psicosociales laborales asociados al Burnout en nuestro estudio fue en Sobrecarga laboral 33.3%, Falta de Control laboral 14.3%, Recompensa insuficiente 4.8%, Falta de Comunidad laboral 37.1%, Falta de Equidad laboral 19.04%, Falta de Valores laborales 38.09%. Estudios como el de Aranda y cols, López León y Castañeda Aguilera, entre los nacionales, y los de Gohering, Al-Dubai y Ozyurt, entre los internacionales, aun cuando se basan en la teoría de Maslach y su objetivo es determinar la presencia de los factores psicosociales laborales en la mayoría de los casos, éstos no son presentados a través de las 6 dimensiones propuestas por Maslach, sino que se mencionan de formas alternativas, como es el caso de recompensa insuficiente, que valoran con salario percibido o falta de estímulos laborales. Otros como área física inadecuada, relación del médico con el resto del equipo de salud, falta de estudios de laboratorio o gabinete, entre otros, se analizan de manera independiente como factores de riesgo pero sin agruparlos en las 6 dimensiones. El único factor que prevalece en todos los estudios como tal es Sobrecarga de trabajo, sin que proporcionen su prevalencia, solo la fuerza de asociación con el Burnout.

Los factores sociodemográficos representativos en presencia del Burnout en nuestro estudio fueron una edad >45 años el 85.7%, sexo, 66.7% mujeres, estado civil, 90.5%, casados. En cuanto a presencia o no de hijos, el 100% contestó sí tenerlos. De 1 a 2 hijos fueron el 61.9%. Por grado máximo de estudio, licenciatura reportó un 52.4%. Sin embargo no se reportó asociación significativa entre factores sociodemográficos y laborales.

A diferencia de Aranda et al que sí reportan asociación entre Burnout y el ser soltero con un riesgo de 2.17 veces más, así como el tener una escolaridad superior a la requerida por el puesto de 7.97 veces más. Encontrando también una asociación entre esta última y Cansancio Emocional de 4.53 veces más.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Castañeda Aguilera obtuvo una asociación entre Burnout con el sexo femenino, edad >40 años de edad, tener hijos, antigüedad institucional >10 años.

López León, reportó una asociación entre Cansancio emocional y área física inadecuada con un OR de 3.9 (1.5-10.6), Sobrecarga de trabajo OR 7.6 (1.6-50.7) y Falta de estímulos laborales OR 4.4 (1.6-11.8) y entre Despersonalización y Salario con OR 2.6.

Goehring también reporta asociación del Burnout con el sexo masculino 5.8 más veces que la mujeres, la práctica en el área rural, 2.8 más veces que el área urbana, la incertidumbre de un cuidado médico, 3.1 veces más que al tener certidumbre sobre él, la mala relación con el personal no médico en la práctica, 3.4 veces más que una buena relación. La sobrecarga de trabajo se asoció con un OR de 2.2 (1.2-4.1).

Al-Dubai encontró una asociación entre los médicos ≤ 29 años con de 4.2 veces mayor, 2.8 veces más en los ≤ 10 años de antigüedad, 2.7 veces más en los que no sólo laboraban institucionalmente sin ejercer práctica privada o de otro tipo. 9.2 veces más la sobrecarga de trabajo.

En nuestro estudio se realizó el análisis y se encontró asociación entre las dimensiones del Burnout con factores psicosociales, y así, Agotamiento Emocional se asoció con el factor psicosocial laboral Falta de comunidad laboral con un OR de 4 (1.53-10.66). Despersonalización se asoció con el factor psicosocial laboral Falta de Comunidad laboral con un OR de 4.44 (1.10-11.68). Baja Realización Personal se asoció con el factor sociodemográfico de Tener 1-2 Hijos con un OR de 2.71 (1.14-6.49) y con el Factor Psicosocial laboral de Recompensa Insuficiente con un OR de 3.05 (1.01-9.36). Este análisis sólo lo encontramos reportado por Castañeda Aguilera, pero con variación en los resultados obtenidos, encontrando asociación entre Cansancio Emocional y el sexo femenino, el tener hijos, una antigüedad institucional >10 años y Sobrecarga Laboral; y Baja Realización Personal con sexo femenino.

Una asociación relevante que reportamos en nuestro estudio es la Falta de Comunidad Laboral con Síndrome de Burnout con un OR de 9.57 (1.95-63.69), que se asemeja a la asociación reportada por Goehring con un OR 3.4 (1.4-8.2).

CONCLUSIONES

La prevalencia del SB en Médicos Familiares que laboran en la UMF de la Delegación Aguascalientes del IMSS fue de 12.4 por cada 100 médicos.

La prevalencia del Cansancio Emocional en Médicos Familiares fue de 33.5 por cada 100 médicos.

La prevalencia de Despersonalización en Médicos familiares fue de 29.9 por cada 100 médicos.

La prevalencia de Realización Personal en Médicos Familiares fue de 35.3 por cada 100 médicos.

Los Médicos Familiares se caracterizaron de acuerdo al perfil sociodemográfico con una edad media de 46.9 años con DS 5.9, relación hombre-mujer de 4 a 6, casados, con hijos, más de 2, con un grado máximo de estudios con especialidad, sin presencia de enfermedades crónicas.

Los Médicos Familiares se caracterizaron de acuerdo al perfil laboral con especialidad en Medicina Familiar, laborando en la zona metropolitana, con mayor distribución en la UMF 1 y 10, pertenecientes al turno matutino, con una media de años cumplidos laborando en el instituto de 15.9 con una DS de 7.1, con una media actual de años cumplidos laborando en el servicio de 10.10 con DS de 7.7. Por las semanas cumplidas laborando en el servicio actual sin tener descanso o incapacidad mayor de 5 días se obtuvo una media de 16.51 DS12.70. Con el ejercicio de otra actividad fuera del instituto, entre ellos, la actividad profesional privada. Con menos de 4 horas dedicadas a la medicina fuera del Instituto en promedio.

Los Médicos Familiares con Burnout se caracterizaron de acuerdo al perfil sociodemográfico como hombre mayor de 45 años, casado, con hijos de 1 a 2, con escolaridad máxima de licenciatura, sin enfermedades crónicas.

Los Médicos Familiares con Burnout se caracterizaron de acuerdo al perfil laboral como: Médicos Familiares, en la zona metropolitana, en las UMF 8 y 10, pertenecientes al turno matutino, con más de 20 años laborando en el instituto, con otro trabajo profesional fuera del IMSS, en el ámbito privado.

Los factores Psicosociales Laborales que se presentaron en los Médicos Familiares de mayor a menor distribución fueron Falta de comunidad laboral, Falta de valores laborales, Sobrecarga laboral, Falta de equidad laboral, Falta de control laboral, Recompensa insuficiente.

Se evaluó la asociación Sobrecarga de trabajo con el Cansancio Emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes obteniendo un OR de 3.18 (1.28-8.02).

Se evaluó la asociación Falta de comunidad laboral con el Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes obteniéndose un OR de 9.57 (1.95-63.69).

Se evaluó la asociación Falta de comunidad laboral con el Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes obteniéndose un OR de 4 (1.53-10.66).

Se evaluó la asociación Falta de comunidad laboral con la Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes obteniéndose un OR de 4.44 (1.72-11.68).

Se rechaza la siguiente Ho: La Sobrecarga de trabajo no está asociada a la presencia de Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes, ya que la Sobrecarga de trabajo en los médicos familiares aumenta 3.18 veces más la probabilidad de presentar Cansancio emocional en relación a los médicos que no presentan Sobrecarga de trabajo.

Se rechaza la siguiente Ho: La falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes ya que la falta de comunidad laboral en los médicos familiares aumenta 4.3 veces más la probabilidad de presentar SB en relación a los médicos que no presentan Falta de comunidad laboral.

Se rechaza la siguiente Ho: La falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia de Cansancio emocional en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes ya que la falta de comunidad en los médicos familiares aumenta 4 veces más la

probabilidadde presentar Cansancio emocional en relación a los médicos que no presentan Falta de comunidad laboral.

Se rechaza la siguiente Ho: La falta de comunidad laboral no se asocia a la presencia de Despersonalización en los Médicos Familiares del IMSS, delegación Aguascalientes ya que la Falta de comunidad laboral en los médicos familiares aumenta 18.70 veces más la probabilidad de presentar Despersonalización en relación a los médicos que no presentan Falta de comunidad laboral.

RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

Recomendaciones para futuras investigaciones.

Proponemos desarrollar una investigación en la cual se evalúe la efectividad de actividades que promuevan dos o más estrategias para el mejoramiento de la comunidad laboral; a través de la integración entre los trabajadores, evitando la generación de conflictos, promoviendo la confianza entre sus integrantes así como la posibilidad de compartir diversas opiniones, de solicitar y ofrecer apoyo interpersonal, con enfoques teóricos específicos y trabajo interdisciplinario.

Recomendaciones para los servicios de salud.

Promover que los directivos y los médicos se sensibilicen sobre la problemática vinculada al Burnout y el efecto que sus 3 dimensiones (Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización personal) tienen sobre su salud, el clima organizacional y la atención a los derechohabientes, difundiendo los resultados de esta investigación en las Unidades de Atención Médica.

RECURSOS

Recursos humanos.

1 investigador principal y 2 investigadores asociados, todos médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar.

2 investigadores responsables metodológico y temático, ambos pertenecientes al área de Investigación de la Delegación Aguascalientes.

Recursos materiales.

Equipo y material de oficina (Hojas, bolígrafos, fotocopias, computadora fija, computadora portátil, paquete estadístico SPSS, programas epi-info, endnote, office).

Recursos financieros.

Autofinanciado por los investigadores.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades o Etapas del protocolo	2010												2011						2012			
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	06	07	08	09	10	11	12	03	04	05
Búsqueda de Información.																						
Redacción del Protocolo.																						
Probar y pilotear El instrumento.																						
Recolección de Datos.																						
Aplicación del cuestionario.																						
Captura de datos en una base informática.																						
Análisis de la información.																						
Elaboración resultados y conclusiones escrito.																						
Presentación de examen de tesis.																						

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] Social IMdS. Historia del IMSS. 2010.
- [2] Social IMdS. Sistema único de información. Dirección General de Prestaciones Médicas. 1990-2004.
- [3] Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social: CEPAL Santiago de Chile 2005.
- [4] Social IMdS. Remuneraciones y prestaciones del personal en activo. *Informe de servicios personales* 2011.
- [5] Juárez García A. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México; Psychosocial factors related to mental health in human services professional's in Mexico. *Cienc Trab.* 2004;6(14):189-96.
- [6] Adalberto S, Chávez F, Pivaral CC, Vega GD, de Jesús J, Machuca G, et al. aplicada a incapacidad prolongada por riesgo de trabajo. *Rev Med IMSS.* 2003;41(3):221-8.
- [7] Bertolote JM, Fleischmann A. Staff burnout. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders Geneva, WHO, Division of Mental Health. 1992.
- [8] Ruiz V, Luz M. La reforma laboral en América Latina: 15 años después. OIT, Lima. 2005.
- [9] American Psychiatric A, American Psychiatric Association. Task Force on D-I. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR: American Psychiatric Publishing, Inc. 2000.
- [10] del Trabajo LEYF. Ley Federal Del Trabajo. 1970.
- [11] Jettinghof K, Cedillo L. Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores.
- [12] OIT. Lista de enfermedades profesionales (revisada en 2010). OIT, Lima. 2010;74.
- [13] Salinas-Tovar JS, López-Rojas P, Soto-Navarro MO, Caudillo-Araujo DE, Sánchez-Román FR, Borja-Aburto VH. El subregistro potencial de accidentes de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *salud pública de México.* 2004;46(3):204-9.
- [14] Olivares Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención primaria.* 1999;24(6):352-9.
- [15] De Pablo González R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten primaria.* 1998;22(9):580-4.
- [16] Aguilera EC, de Alba García JEG. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* (1):67-84.
- [17] Lomelí JA, Campaña FM, Nuevo G, Rosas D, Berrocal A, García F. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Medicina de Familia (and).* 2004;5(3):147-55.
- [18] Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *México. An Fac med.* 2005;66(3):225-31.
- [19] Aranda Beltrán C, Pando Moreno M. Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Revista Médica del Uruguay.* 2007;23(4):369-77.

- [20] Borbolla-Sala ME, Domínguez-Sánchez M. Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco*. 2007(1):577-83.
- [21] Ermán R, Gonzalo A. Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(6):535-40.
- [22] Escribá-Aguir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral sobre el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008;22(4):300-8.
- [23] Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2001 Apr;47:737-44.
- [24] López-León E, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, Peralta-Pedrero ML, Murguía-Miranda C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(1):13-9.
- [25] Shirom A. Acerca de la Validez del Constructo, Predictores y Consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo. *Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. 2009:44.
- [26] Schwab JJ. How to avoid burnout in medical practice. *The Journal of the Kentucky Medical Association*. 1995 Jan;93(1):23-7.
- [27] Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*. 2003:383-425.
- [28] Leiter MP, Maslach C. Burnout and health. *Handbook of health psychology*. 2001:415-26.
- [29] Legaspi V, Martínez M, Morales N. Factores psicosociales en el ambiente de trabajo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 1986.
- [30] Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss medical weekly*. 2005 Feb 19;135(7-8):101-8.
- [31] Al-Dubai SA, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of occupational health*. 52(1):58-65.
- [32] Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Qjm*. 2006 Mar;99(3):161-9.
- [33] de la Casa Muñoz AM, del Castillo Comasa C, Loarte EM, Espinob IB, Morenoc AF, Fragosod AS. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten primaria*. 2003;32(6):343-8.
- [34] Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Industrial health*. 2009 Apr;47(2):166-72.
- [35] Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. Perrewé et Ganster D (dir), *Research in Occupational Stress and Well Being*. 2004;3:91-134.
- [36] Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. 1993:1-16.
- [37] Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ, Levi L, Levi L, Levi L, et al. FACTORES PSICOSOCIALES.
- [38] Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of health and human services administration*. 1999 Spring;21(4):472-89.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- [39] Cordess C. Forensic psychotherapy: Crime, psychodynamics and the offender patient: Jessica Kingsley Publishers 1996.
- [40] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual review of psychology. 2001;52:397-422.
- [41] Cox T, Leiter M. Burnout: a challenge to healthcare in the 90s. Health services management. 1994 Jun;90(6):24-5.
- [42] Ruiz CO, RÃ-os FL. El burnout o sÃ-ndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisiÃ³n y perspectivas1. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004(001):137-60.
- [43] Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. Journal of consulting and clinical psychology. 1993 Feb;61(1):147-55.
- [44] Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. Journal of affective disorders. 2005 Sep;88(1):63-8.
- [45] FernÃndez-LÃ³pez JA, Siegrist J, RÃ-del A, HernÃndez-MejÃ-a R. El estrÃs laboral: un nuevo factor de riesgo.Â¿ QuÃ© sabemos y quÃ© podemos hacer. AtenciÃ³n Primaria. 2003;31(8):524-6.
- [46] Gil-Monte PR, PeirÃ³ Silla JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnostico del sÃ-ndrome de quemarse por el trabajo (burnout) segÃºn el MBI-HSS en EspaÃ±a. Revista de PsicologÃ-a del Trabajo y de las Organizaciones. 2000;16(2):135-51.
- [47] Farbe B. Stress and Burnout in the Human Service proffesions. NY: ed Pergamon Press 1983.
- [48] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981;2(2):99-113.
- [49] Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. The Journal of applied psychology. 1996 Apr;81(2):123-33.
- [50] Inegi XII. Censo General de PoblaciÃ³n y Vivienda, MÃ©xico.

ANEXOS

TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1				
Distribución de los factores sociodemográficos entre las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en los médicos que laboraban en el las UMF del IMSS				
	VARIABLES			Total
	Cansancio Emocional	Despersonalización	Baja Realización personal	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	(15.01 - 45)	(3.01 - 25.00)	(0.00 - 43.00)	167 (100%)
	56 (33.5)	50 (29.9%)	59 (35.3%)	
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
EDAD (años) Media+-DS	47.0714 (6.26638)	47.0800 (6.21663)	47.1356 (5.51630)	46.9281 (5.99454)
≤45	14 (25.0%)	13 (26.0%)	15 (25.4%)	42 (25.1%)
>45	42 (75.0%)	37 (74.0%)	44 (74.6%)	125 (74.9%)
SEXO:				
Masculino	35 (62.5%)	35 (70%)	37 (62.7%)	106 (63.5)
Femenino	21 (37.5%)	15 (30.0%)	22 (37.3%)	61 (36.5%)
ESTADO CIVIL:				
Soltero	6 (10.7%)	4 (8.0%)	4 (6.8%)	14 (8.4%)
Casado	49 (87.5%)	43 (86.0%)	51 (86.4%)	141 (84.4%)
Divorciado	1 (1.8%)	3 (6.0%)	4 (6.8%)	12 (7.2%)
TIENE HIJOS:				
Si	50 (89.3%)	47 (94.0%)	56 (94.9%)	153 (91.6%)
No	6 (10.7%)	3 (6.0%)	3 (5.1%)	14 (8.4%)
NÚMERO DE HIJOS: Media+-Ds	2.3750 (1.42143)	2.3200 (0.58693)	2.5254 (1.38160)	2.5150 (1.37032)
Sin hijos	6 (10.7%)	3 (6.0%)	3 (5.1%)	14 (8.4%)
1 a 2 hijos	25 (44.6%)	28 (56.0%)	31 (52.5%)	71 (42.5%)
>2 hijos	25 (44.6%)	19 (38.0%)	25 (42.4%)	82 (49.1%)
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:				
Licenciatura:	30 (53.6%)	23 (46.0%)	30 (50.8%)	78 (46.7%)
Especialidad:	24 (42.9%)	24 (48.0%)	26 (44.1%)	81 (48.5%)
Maestría	2 (3.6%)	3 (6.0%)	3 (5.1%)	8 (4.8%)
ENFERMEDAD CRÓNICA				
Hipertensión	5 (8.9%)	6 (12.0%)	6 (10.2%)	18 (10.8%)
Diabetes	2 (3.6%)	3 (6.0%)	4 (6.8%)	7 (4.2%)
Otras	5 (8.9%)	4 (8.0%)	4 (6.8%)	13 (7.8%)
Sin enfermedad crónica	44 (78.6%)	37 (74.0%)	45 (76.3%)	129 (77.2%)

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN VARIABLES LABORALES

	VARIABLES			
	Cansancio Emocional n (%) (15.01 - 45)	Despersonalización n (%)	Baja Realización Personal n (%)	Total n (%)
ESPECIALIDAD:				
Médico no familiar	16 (28.6%)	38 (76.0%)	40 (86.95%)	48 (28.7%)
Médico familiar	40 (86.95%)	12 (24.0%)	19 (32.2%)	119 (83.80%)
UNIDAD EN DONDE LABORA				
UMF 1	7 (12.5%)	10 (20.0%)	12 (20.3%)	34 (20.4%)
UMF 2	-	1 (2.0%)	2(3.4%)	7 (4.2%)
UMF 3	4 (7.1%)	2 (4.0%)	2(3.4%)	8 (4.8%)
UMF 4	-	2 (4.0%)	2(3.4%)	3 (1.8%)
UMF 5	-	-	-	3 (1.8%)
UMF 6	5 (8.9%)	6 (12.0%)	4(6.8%)	11 (6.6%)
UMF 7	13 (23.2%)	8 (16.0%)	12 (20.3%)	29 (17.4%)
UMF 8	10(17.9%)	8 (16.0%)	11 (18.6%)	22 (13.2%)
UMF 9	3 (5.4%)	2 (4.0%)	5 (8.5%)	17 (10.2%)
UMF 10	14 (25.0%)	11 (22.0%)	9 (15.3%)	33 (19.8%)
UNIDAD DENTRO O FUERA DE LA ZONA METROPOLITANA				
DENTRO	52 (92.9%)	45 (90.0%)	53 (89.8%)	146 (87.4%)
FUERA	4 (7.1%)	5 (10.0%)	6 (10.2%)	21 (12.6%)
TURNO LABORAL:				
Matutino:	33 (62.26%)	28 (59.57%)	31 (54.38%)	85 (53.12%)
Vespertino	14 (26.41%)	15 (31.91%)	15 (26.31%)	54 (38.02%)
Nocturno	1 (1.88%)	1 (2.12%)	6 (10.52%)	8 (5.63%)
Rolador de turnos	4 (7.54%)	3 (6.38%)	5 (8.77%)	13 (8.12%)
AÑOS CUMPLIDOS LABORANDO EN EL INSTITUTO: Media+-DS	16.7679 (7.30129)	16.0400 (6.69133)	15.3220 (7.38928)	15.9641 (7.10836)
<10 años	13 (23.2%)	11 (22.0%)	17 (28.8%)	42 (25.1%)
10 a 20 años	20 (35.7%)	22 (44.0%)	20 (33.9%)	67 (40.1%)
>20años	23 (41.1%)	17 (34.0%)	22 (37.3%)	58 (34.7%)
AÑOS CUMPLIDOS LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL: Media+-Ds	10.8750 (7.62308)	10.6000 (7.53224)	10.2712 (7.73891)	10.1078 (7.78942)
<10 años	30 (53.6%)	27 (54.0%)	35 (59.3%)	99 (59.3%)
10 a 20 años	19 (33.9%)	17 (34.0%)	16 (27.1%)	46 (27.5%)
>20años	7 (12.5%)	6 (12.0%)	8 (13.6%)	22 (13.2%)
SEMANAS CUMPLIDAS LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL SIN TENER DESCANSO O INCAPACIDAD MAYOR DE 5 DÍAS: Media+-DS	17.2143 (13.44715)	18.5200 (16.53844)	16.3729 (15.67768)	16.5150 (12.70986)
6- 8	14 (25.0%)	10 (20.4%)	12 (20.7%)	42 (25.3%)
8.01- 12	9 (16.1%)	11 (22.4%)	19 (32.8)	26 (15.7%)
12.01-18.2	9 (16.1%)	8 (16.3%)	14 (24.1%)	26 (15.7%)
18.21-24.00	13 (23.2%)	14 (28.6%)	7 (12.1%)	45 (27.1%)
24.01-78	11 (19.6%)	6 (12.2%)	6 (10.3%)	21 (12.7%)
EJERCICIO DE OTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA FUERA DEL INSTITUTO:				
Si	31 (56.4%)	33 (66.0%)	35 (60.3%)	91 (54.8%)
No	24 (43.6%)	17 (34.0%)	23 (39.7%)	75 (45.2%)
TIPO DE ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA:				
Actividad profesional en otro hospital publico	10 (27.02%)	10 (25.64%)	14 (32.55%)	30 (27.02%)
Actividad profesional privada	20 (54.05%)	23 (58.97%)	23 (53.48%)	58 (52.25%)
Actividad profesional académica	1 (2.70%)	2 (5.12%)	6 (13.95%)	9 (8.10%)
Otro	6 (16.21%)	4 (10.25%)	3 (6.97%)	14 (12.61%)
HORAS EN PROMEDIO QUE DEDICA AL DÍA A LA MEDICINA FUERA DEL INSTITUTO: Media+-DS	4.7879 (2.66643)	5.0000 (2.71918)	4.9730 (2.68211)	5.0326 (2.56113)
< 4	21 (63.6%)	18 (52.9%)	19 (51.4%)	48 (52.2%)
5 a 8	10 (30.3%)	13 (38.2%)	16 (43.2%)	38 (41.3%)
9 a 14	2 (6.1%)	3 (8.8%)	2 (5.4%)	6 (6.5%)

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES

Tabla 3				
Distribución de los factores psicosociales laborales entre las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en los médicos que laboraban en las UMF del IMSS				
	VARIABLES			TOTAL
	Agotamiento Emocional n (%) (15.01 - 45) 56 (33.5)	Despersonalización n (%) 50 (29.9%)	Baja Realización Personal n (%) 59 (35.3%)	
VARIABLES PSICOSOCIALES LABORALES :				
Sobrecarga laboral	14.5536 (2.75628)	14.6000 (2.65730)	14.1525 (2.48314)	14.0599 (2.45121)
Bajo: (%) (1.00, 13.00), 81 (48.5%)	22 (39,3%)	20 (40.0%)	25 (42.4%)	81 (48.5%)
Medio: n (%) (13.01, 15.00), 45 (26.9%)	16 (28.6%)	14 (28.0%)	21 (35.6%)	45 (26.9%)
Alto: n (%) (15.01, 25.00), 41 (24.6%)	28 (32.1%)	16 (32.0%)	13 (22.0%)	41 (24.6%)
Falta de control laboral	27.1429 (4.58626)	27.5200 (4.79898)	27.5424 (5.21047)	27.7365 (4.96154)
Bajo: (%) (1.00, 26.00), 78 (46.7%)	29 (51.8%)	25 (50.0%)	29 (49.2%)	78 (46.7%)
Medio: n (%) (26.01, 31.00), 54 (32.3%)	18 (32.1%)	17 (34.0%)	17 (28.8%)	54 (32.3%)
Alto: n (%) (31.01, 47.00), 35 (21.0%)	9 (16.1%)	8 (16.0%)	13 (22.0%)	35 (21.0%)
Falta de Reconocimiento Laboral	11.6429 (3.12427)	12.1000 (3.20873)	11.8136 (3.57421)	12.7425 (3.47792)
Bajo: (%) (1.00, 11.00), 58 (34.7%)	53 (39.6%)	17 (34.0%)	24 (40.7%)	142 (33.7%)
Medio: n (%) (11.01, 15.00), 74 (44.3%)	58 (43.3%)	26 (52.0%)	26 (44.1%)	160 (38.0%)
Alto: n (%) (15.01, 23.00), 35 (21.0%)	23 (17.2%)	7 (14.0%)	9 (15.3%)	119 (28.3%)
Falta de comunidad laboral	12.2143 (2.33327)	12.5000 (2.43487)	12.1186 (2.25973)	11.5988 (2.56496)
Bajo: (%) (1.00,10.00), 58 (34.7%)	14 (25.0%)	13 (26.0%)	15 (25.4%)	58 (34.7%)
Medio: n (%) (10.01, 12.00), 47 (28.1%)	14 (25.0%)	11 (22.0%)	17 (28.8%)	47 (28.1%)
Alto: n (%) (12.01, 23.00), 62 (37.1%)	28 (50.0%)	26 (52.0%)	27 (45.8%)	62 (37.1%)
Falta de Valores Laborales	9.3750 (2.29278)	9.1800 (2.53699)	8.8136 (2.41743)	8.5389 (2.40919)
Bajo: (%) (1.00, 8.00), 92 (55.1%)	26 (46.4%)	21 (42.0%)	28 (47.5%)	92 (55.1%)
Medio: n (%) (8.01, 9.52), 28 (16.8%)	11 (19.6%)	10 (20.0%)	11 (18.6%)	28 (16.8%)
Alto: n (%) (9.53, 15.00), 47 (28.1%)	19 (33.9%)	19 (38.0%)	20 (33.9%)	47 (28.1%)
Falta de equidad laboral	9.0000 (1.78885)	9.2800 (1.92767)	9.5593 (1.96759)	9.4970 (2.11385)
Bajo: (%) (1.00, 9.00), 89 (53.3%)	35 (62.5%)	28 (56.0%)	31 (52.5%)	89 (53.3%)
Medio: n (%) (9.01, 10.00), 24 (14.4%)	11 (19.6%)	10 (20.0%)	9 (15.3%)	24 (14.4%)
Alto: n (%) (10.01, 15.00), 54 (32.3%)	10 (17.9%)	12 (24.0%)	19 (32.2%)	54 (32.3%)

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON Y SIN SB

Tabla 4			
Distribución de los factores socio demográficos entre la presencia o ausencia del síndrome de Burnout en las UMF del IMSS			
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	CON SÍNDROME DE BURNOUT n (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT n (%)	TOTAL n (%)
	21 (12.6%)	146 (87.4%)	167 (100%)
EDAD (años) Media+DS	49.0476 (3.90482)	46.6233 (6.18802)	46.9281 (5.99454)
≤45	3 (14.3%)	39 (26.7%)	42 (25.1%)
>45	18 (85.7%)	107 (73.3%)	125 (74.9%)
SEXO:			
Mujeres :	14 (66.7%)	92 (63.0%)	106 (63.5%)
Hombres :	7 (33.3%)	54 (37.0%)	61 (36.5%)
ESTADO CIVIL:			
Soltera (o)	1 (4.8%)	13 (8.9%)	14 (8.4%)
Casada (o)	19 (90.5%)	122 (83.6%)	141 (84.4%)
Divorciada (o)	1 (4.8%)	11 (7.5%)	12 (7.2%)
TIENE HIJOS:			
Si	21 (100%)	132 (90.4%)	153 (91.6%)
No	0 (0%)	14 (9.6%)	14 (8.4%)
NÚMERO DE HIJOS: Media+-DS	2.5714 (1.43427)	2.5068 (1.366582)	2.5150 (1.37032)
Sin hijos	0 (0%)	14 (9.6%)	14 (8.4%)
1 a 2 hijos	13 (61.9%)	58 (39.7%)	71 (42.5%)
>2 hijos	8 (38.1%)	74 (50.7%)	82 (49.1%)
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:			
Licenciatura:	11 (52.4%)	67 (45.9%)	78 (46.7%)
Especialidad:	9 (42.9%)	72 (49.3%)	81 (48.5%)
Maestría:	1 (4.8%)	7 (4.8%)	8 (4.8%)
ENFERMEDAD CRONICA			
Hipertensión	2 (9.5%)	16 (11.0%)	18 (10.8)
Diabetes	1 (4.8%)	6 (4.1%)	7 (4.2%)
Otras	4 (19.0%)	9 (6.2%)	13 (7.8%)
Sin enfermedad crónica	14 (66.7%)	115 (78.8%)	129 (77.72%)

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN FACTORES LABORALES CON Y SIN SB

	CON SÍNDROME DE BURNOUT n (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT n (%)	TOTAL n (%)
Tabla 5			
Distribución de los factores laborales entre la presencia o ausencia del síndrome de Burnout en los médicos que laboraban en las UMF del IMSS			
ESPECIALIDADES:			
Médico familiar	17 (89.47%)	102 (82.92%)	119 (83.80%)
Médico no familiar	4 (19.0%)	44 (30.1%)	48 (28.7%)
UNIDAD MEDICA EN LA QUE LABORA			
UMF 1	5 (23.8%)	29 (19.9%)	34 (20.4%)
UMF 2	-	7 (4.8%)	7 (4.2%)
UMF 3	-	8 (5.5%)	8 (4.8%)
UMF 4	-	3 (2.1%)	3 (1.8%)
UMF 5	-	3 (2.1%)	3 (1.8%)
UMF 6	2 (9.5%)	9 (6.2%)	11 (6.6%)
UMF 7	2 (9.5%)	27 (18.5%)	29 (17.4%)
UMF 8	6 (28.6%)	16 (11.0%)	22 (13.2%)
UMF 9	-	17 (11.6%)	17 (10.2%)
UMF 10	6 (28.6%)	27 (18.5%)	33 (19.8%)
UNIDAD DENTRO O FUERA DE LA ZONA METROPOLITANA			
Dentro de la zona metropolitana	21 (100%)	125 (85.6%)	146 (87.4%)
Fuera de la zona metropolitana	-	21 (14.4%)	21 (12.6%)
TURNO LABORAL:			
Matutino	14 (73.68%)	72 (55.81%)	86 (53.41%)
Vespertino	5 (26.31%)	50 (38.75%)	55 (34.16%)
Nocturno	-	7 (5.42%)	7 (4.34%)
Rolador de turnos	-	13 (10.07%)	13 (8.07%)
AÑOS CUMPLIDOS LABORANDO EN EL INSTITUTO:Media+-Ds	18.1429 (6.24729)	15.6507 (7.18868)	15.9641 (7.10836)
<10 años	3 (14.3%)	39 (26.7%)	42 (25.1%)
10 a 20 años	7 (33.3%)	60 (41.1%)	67 (40.1%)
>20años	11 (52.4%)	47 (32.2%)	58 (34.7%)
AÑOS CUMPLIDOS LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL:	12.0476 (7.33809)	9.8288 (7.83657)	10.1078 (7.78942)
Media+-Ds			
<10 años	9 (42.9%)	90 (61.6%)	99 (59.3%)
10 a 20 años	9 (42.9%)	37 (25.3%)	46 (27.5%)
>20años	3 (14.3%)	19 (13.0%)	22 (13.2%)
SEMANAS CUMPLIDAS LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL SIN TENER DESCANSO O INCAPACIDAD MAYOR DE 5 DÍAS:	15.9048 (13.11070)	16.6027 (12.69509)	16.5150 (12.70986)
Media+-Ds			
6- 8	6 (28.6%)	36 (24.8%)	42 (25.3%)
8.01- 12	4 (19.0%)	28 (19.3%)	32 (19.3%)
12.01-18.2	5 (23.8%)	21 (14.5%)	26 (15.7%)
18.21-24.00	2 (9.5%)	43 (29.7%)	45 (27.1%)
24.01-78	4 (19.0%)	17 (11.7%)	21 (12.7%)
EJERCICIO DE OTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA FUERA DEL INSTITUTO:			
Si	12 (57.1%)	79 (54.5%)	91 (54.8%)
No	9 (42.9%)	66 (45.5%)	75 (45.2%)
TIPO DE ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA:			
Actividad profesional en otro hospital publico	4 (26.6%)	26 (28.26%)	30 (28.03%)
Actividad profesional privada	9(59.85%)	49 (53.25%)	58 (54.19%)
Actividad profesional académica	1 (6.66%)	8 (8.69%)	9 (8.41%)
Otros	2 (13.33%)	12 (13.04%)	14 (13.08%)
Horas en promedio que dedica al día a la medicina fuera del instituto: Media+-Ds	4.5000 (2.13937)	5.1282 (2.63029)	5.0326 (2.56113)
2-15	14 (100%)	78 (100%)	92 (100%)

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 6. VARIABLES PSICOSOCIALES LABORALES CON Y SIN SB

Síndrome de Burnout en las UMF del IMSS			
VARIABLES PSICOSOCIALES LABORALES	CON SÍNDROME DE BURNOUT n (%)	SIN SÍNDROME DE BURNOUT n (%)	TOTAL n (%)
Agotamiento Emocional:	27.0952 (7.08452)	10.4863 (7.86370)	12.5749 (9.51689)
Bajo: n (%) (0.00, 7.00), 64 (38.3%)	-	64 (43.8%)	64 (38.3%)
Medio: n (%) (7.01, 15.00), 47 (28.1%)	-	47 (32.2%)	47 (28.1%)
Alto: n (%) (15.01, 45.00), 56 (33.5%)	21 (100%)	35 (24.0%)	56 (33.5%)
Bajo logro personal	36.9048 (7.07746)	45.3288 (3.13624)	44.2695 (4.74080)
Bajo: (%) (0.00- 1), 59 (35.3%)	21 (100%)	38 (26.0%)	59 (35.3%)
(Medio: n (%) (43.01-47), 52 (31.1%)	-	52 (35.6%)	52 (31.1%)
Alto: n (%) (47.01-48), 56 (33.5%)	-	56 (38.4%)	56 (33.5%)
Despersonalización	10.7619 (5.01901)	2.3425 (3.11490)	3.4012 (4.39888)
Bajo: n(%) (0.00-1.00), 80 (47.9%)	-	80 (54.8%)	80 (47.9%)
Medio: n (%) (1.01- 3.00), 37 (22.2%)	-	37 (25.3%)	37 (22.2%)
Alto: n(%) (3.01-25.00), 50 (29.9%)	21 (100%)	29 (19.9%)	50 (29.9%)
Sobrecarga laboral	14.3810 (3.13809)	14.0137 (2.34590)	14.0599 (2.45121)
Bajo: (%) (1.00, 13.00), 81 (48.5%)	9 (42.9%)	72 (49.3%)	81 (48.5%)
Medio: n (%) (13.01, 15.00), 45 (26.9%)	5 (23.8%)	40 (27.4%)	45 (26.9%)
Alto: n (%) (15.01, 25.00), 41 (24.6%)	7 (33.3%)	34 (23.3%)	41 (24.6%)
Falta de control laboral	27.0000 (4.20714)	27.8425 (5.06467)	27.7365 (4.96154)
Bajo: (%) (1.00, 26.00), 78 (46.7%)	11 (52.4%)	67 (45.9%)	78 (46.7%)
Medio: n (%) (26.01, 31.00), 54 (32.3%)	7 (33.3%)	47 (32.2%)	54 (32.3%)
Alto: n (%) (31.01, 47.00), 35 (21.0%)	3 (14.3%)	32 (21.9%)	35 (21.0%)
Falta de Reconocimiento Laboral	11.2381 (3.44826)	12.9589 (3.43988)	12.7425 (3.47792)
Bajo: (%) (1.00, 11.00), 58 (34.7%)	8 (38.1%)	50 (34.2%)	58 (34.7%)
Medio: n (%) (11.01, 15.00), 74 (44.3%)	12 (57.1%)	62 (42.5%)	74 (44.3%)
Alto: n (%) (15.01, 23.00), 35 (21.0%)	1 (4.8%)	34 (23.3%)	35 (21.0%)
Falta de comunidad laboral	13.4286 (1.98926)	11.3356 (2.53602)	11.5988 (2.56496)
Bajo: (%) (1.00,10.00), 58 (34.7%)	3 (14.3%)	55 (37.7%)	58 (34.7%)
Medio: n (%) (10.01, 12.00), 47 (28.1%)	2 (9.5%)	45 (30.8%)	47 (28.1%)
Alto: n (%) (12.01, 23.00), 62 (37.1%)	16 (37.1%)	46 (31.5%)	62 (37.1%)
Falta de valores laborales	9.7143 (2.19415)	8.3699 (2.399831)	8.5389 (2.40919)
Bajo: (%) (1.00, 8.00), 92 (55.1%)	6 (28.57%)	86 (8.90%)	92 (55.08%)
Medio: n (%) (8.01, 9.52), 28 (16.8%)	7 (33.33%)	21 (14.38%)	28 (16.76%)
Alto: n (%) (9.53, 15.00), 47 (28.1%)	8 (38.09%)	39 (26.71%)	47 (28.1437)
Falta de equidad laboral	9.1905 (1.60060)	9.5411 (2.17866)	9.4970 (2.11385)
Bajo: (%) (1.00, 9.00), 89 (53.3%)	11 (52.38)	78 (53.42%)	89 (53.29%)
Medio: n (%) (9.01, 10.00), 24 (14.4%)	6 (28.57%)	18 (12.32%)	24 (14.37%)
Alto: n (%) (10.01, 15.00), 54 (32.3%)	4 (19.04%)	50 (34.24%)	54 (32.33%)

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 7. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CE, DP, BRP, SB

Tabla 7

Asociación de los factores sociodemográficos y las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en los médicos que laboraban en el las UMF del IMSS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Agotamiento Emocional (15.01 - 45) OR (IC 95%)	Despersonalización (3.01 – 25.00) OR (IC 95%)	Baja Realización Personal 59 (35.3%) OR (IC 95%)	Con Síndrome de Burnout OR (IC 95%)
EDAD (años) Media+-Ds				
>45	0.92 (0.37-2.30)	0.95 (0.39-2.30)		2.19 (0.56-9.91)
≤45			2.84 (0.93-9.07)	
SEXO:				
Femenino	1.23 (0.54-2.79)	1.26 (0.55-2.88)		0.85 (0.29-2.53)
Masculino			1.78 (0.74-4.31)	
ESTADO CIVIL:				
Divorciado	0.18 (0.01 – 1.64)	0.58 (0.12 – 2.62)		0.58 (0.03-4.85)
Soltero	1.65 (0.38 – 7.50)	1.25 (0.26 – 5.12)		0.09 (0.00-0.77)
Casado			1.59 (0.37-7.25)	
TIENE HIJOS:				
No	1.42 (0.35-5.76)	0.79 (0.15-3.79)		2.23 (0.28-47.70)
Sí			0.55 (0.10-2.81)	
NUMERO DE HIJOS				
>2 hijos	0.84 (0.37 – 1.92)	0.49 (0.22 – 1.10)		0.48 (0.17-1.35)
Sin hijos	1.30 (0.30 – 5.73)	0.55 (0.10 – 2.85)	0.84 (1.14-4.60)	0.32 (0.01-2.72)
1 a 2 hijos			2.71 (1.14-6.49)	
GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:				
Licenciatura:	3.13 (0.45 – 25.80)	0.71 (0.10 – 4.94)		1.15 (0.12-27.72)
Especialidad:	1.71 (0.26 – 14.04)	0.57 (0.08 – 3.93)	0.77 (0.34-1.77)	0.88 (0.09-21.09)
Maestría			0.48 (0.08-2.60)	
ENFERMEDAD CRONICA				
Hipertensión	0.53 (0.14-1.28)	1.41 (0.38-5.17)		0.13 (0.02-0.79)
Diabetes	0.53 (0.06-3.65)	1.24 (0.21-7.06)	2.00 (0.18-25.03)	1.37 (-)
Otras	1.78 (0.34-10.10)	0.82 (0.19-3.32)	0.80 (0.10-6.33)	3.65 (0.82-15.56)
Sin enfermedad crónica			1.05 (0.27-4.04)	

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 8. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES LABORALES Y CE, DP, BRP, SB

Tabla 8				
Asociación de los factores laborales y las dimensiones de Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en los médicos que laboraban en las UMF del IMSS				
	VARIABLES			
	Agotamiento Emocional (15.01 - 45)	Despersonalización	Baja Realización Personal	Con Síndrome de Burnout
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
ESPECIALIDAD:				
Médico no familiar	1.31(0.53-3.21)	0.78 (0.32-1.89)		0.55 (0.15-1.86)
Médico familiar			0.56 (0.22-1.44)	
UNIDAD DENTRO O FUERA DE LA ZONA METROPOLITANA				
DENTRO	1.31 (0.33-5.55)	1.59 (0.47-5.54)		3.53 (0.46-74.05)
FUERA			0.79 (0.22-2.87)	
TURNO LABORAL:				
Nocturno	0.29 (0.01-3.47)	0.35 (0.01-3.64)		0.73 (-)
Rolador de turnos	0.88 (0.16-4.70)	1.04 (0.17-6.17)	0.42 (0.01-9.51)	0.40 (0.02-3.35)
Vespertino	0.45 (0.19-1.16)	0.67 (0.28-1.58)	0.12 (0.00-1.21)	0.51 (0.15-1.66)
Matutino:			0.18 (0.01-1.67)	
AÑOS CUMPLIDOS LABORANDO EN EL INSTITUTO: Media+-Ds				
>20años	1.05 (0.38 - 2.91)	1.16 (0.41 - 3.33)		2.05 (0.58-7.29)
10 a 20 años	1.17 (0.41 - 3.40)	1.35 (0.50 - 3.73)	1.13 (0.45-2.83)	1.59 (0.32-7.94)
<10 años			2.23 (0.75-6.77)	
AÑOS CUMPLIDOS LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL: Media+-Ds				
>20años	0.89 (0.27 - 2.87)	0.93 (0.27 - 3.06)		1.58 (0.37-7.29)
10 a 20 años	2.42 (0.92 - 6.40)	1.75 (0.72 - 4.29)	1.86 (0.52-6.74)	2.43 (0.81-7.36)
<10 años			1.96 (0.64-6.07)	
SEMANAS CUMPLIDAS LABORANDO EN EL SERVICIO ACTUAL SIN TENER DESCANSO O INCAPACIDAD MAYOR DE 5 DÍAS: Media+-Ds				
24.01-78	2.51 (0.60- 11.03)	1.47 (0.34-6.30)		1.41 (0.29-6.78)
18.21-24.00	0.93(0.29-2.93)	1.54 (0.50-4.80)	0.55 (0.11-2.67)	0.28 (0.04-1.68)
12.01-18.2	0.86 (0.24-3.05)	1.35 (0.37-5.02)	2.33 (0.49-11.62)	1.43 (0.33-6.22)
8.01- 12	0.73 (0.2-2.54)	0.69 (0.16-2.80)	4.22 (0.86-22.22)	0.86 (0.18-3.91)
6- 8			0.94 (0.22-4.14)	
EJERCICIO DE OTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA FUERA DEL INSTITUTO:				
Si	1.21 (0.55-2.07)	1.94 (0.88-4.31)		1.11 (0.41-3.09)
No			1.00 (0.44-2.25)	
HORAS EN PROMEDIO QUE DEDICA AL DÍA A LA MEDICINA FUERA DEL INSTITUTO: Media+-Ds				
9 a 14	1.81 (0.11 -55.10)	1.06 (0.14-7.82)		
5 a 8	0.70 (0.22 - 2.20)	0.72 (0.25-2.09)	0.57 (0.02-9.54)	
< 4			0.50 (0.02-9.09)	

Fuente directa, cuestionario.

TABLA 9. ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES Y CE, DP, BRP, SB

Tabla 9				
Asociación de los factores psicosociales laborales y las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en los médicos que laboraban en las UMF del IMSS				
	Agotamiento Emocional (15.01 - 45) OR (IC 95%)	Despersonalización 3.01-25.00 OR (IC 95%)	Baja Realización Personal (0.00 - 43.00) OR (I.C. 95%)	Con Burnout
VARIABLES PSICOSOCIALES LABORALES :				
Sobrecarga laboral:				
Bajo: n (%) (1.00-13.00)			0.84 (0.30 – 2.33)	
Medio: n (%) (13.01-15.00)	1.70 (0.64-4.52)	1.37 (0.53-3.51)	0.22 (0.03 – 1.39)	1.00 (0.27-3.57)
Alto: n (%) (15.01-25.00)	3.18 (1.28-8.02)	2.29(0.87-6.10)		1.65 (0.50-5.37)
Falta de control laboral:				
Bajo: n (%) (1.00-26.00)			1.21 (0.43 – 3.43)	
Medio: n (%) (26.01-31.00)	0.59 (0.24-1.48)	1.10 (0.66-1.71)	0.89 (0.29 – 2.77)	0.91 (0.29-2.77)
Alto: n (%) (31.01-47.00)	0.36 (0.12-1.04)	0.73 (0.25-2.16)		0.57 (0.12-2.44)
Falta de reconocimiento laboral:				
Bajo: n (%) (1.00-11.00)			2.67 (0.89 – 8.18)	
Medio: n (%) (11.01,15.00)	1.12 (0.62-2.00)	1.43 (0.60-3.44)	3.05 (1.01 – 9.36)	1.21 (0.42-3.55)
Alto: n (%) (15.01,23.00)	0.37 (0.19-0.73)	0.52 (0.16-1.66)		0.18 (0.01-1.57)
Falta de comunidad laboral::				
Bajo: n (%) (1.00-10.00)			0.51 (0.20 – 1.38)	
Medio: n (%) (10.1-12.00)	2.00 (0.69-5.80)	1.54 (0.53-4.45)	1.39 (0.48 – 4.06)	0.81 (0.09-6.36)
Alto: n (%) (12.01-23)	4.00 (1.53-10.66)	4.44 (1.72-11.68)		9.57 (1.95-63.69)
Falta de valores laborales				
Bajo: n (%) (1.00-8.00)			0.52 (0.20 – 1.38)	
Medio: n (%) (8.01,9.52)	1.09 (0.38-3.07)	1.63 (0.56-4.73)	0.55 (0.16 – 1.87)	4.78 (1.27-18.33)
Alto: n (%) (9.53-15.00)	1.88 (0.74-4.84)	2.41 (0.98-5.98)		2.99 (0.85-10.38)
Falta de equidad laboral				
Bajo: n (%) (1.00-9.00)			1.24 (0.52 – 2.96)	
Medio: n (%) (9.01-10.00)	1.39 (0.43-4.6)	1.92 (0.60-6.18)	2.08 (0.51 – 8.86)	2.36 (0.67-8.19)
Alto: n (%) (10.01-15.00)	0.34 (0.13-0.89)	0.64 (0.26-1.56)		0.57 (0.14-2.08)

Fuente directa, cuestionario.



“Carta de consentimiento informado”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica o la CNIC

El objetivo del estudio es

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Teléfonos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio

Testigos

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Lugar y Fecha:	Lugar y fecha del día en que se está llenando el formato de consentimiento informado.
2	Proyecto de investigación titulado:	Nombre del proyecto como fue registrado ante el CLIS o la CNIC.
3	Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica o la CNIC:	El número de registro ante el Comité de Investigación Médica o la CNIC.
4	El objetivo del estudio:	La razón que justifica la realización del estudio que se llevará a cabo.
5	Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Detallar la participación del paciente en el proyecto de investigación, mencionando el número de estudios, análisis, punciones, intervenciones, medicamentos, volumen de sangre u otros líquidos corporales o tejidos que se extraerán y otros.
6	Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	Las inseguridades y beneficios a los que está expuesto el paciente.
7	Nombre y firma del paciente:	Nombre completo y firma del paciente que participará en el proyecto de investigación.
8	Nombre matrícula y firma del investigador principal:	Nombre completo, matrícula y firma del investigador principal.
9	Testigos:	Nombre completo y firma de dos testigos del paciente.



Síndrome de Burnout en Médicos

y

Factores Psicosociales Laborales

MAESTRIA EN CIENCIAS: ÁREA SISTEMAS DE SALUD

Unidad de Investigación en Epidemiología y Servicios de Salud de Aguascalientes,
del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Junio 2004

Estimado(a) Médico(a).

El trabajo que Usted realiza en las Unidades Médicas del Instituto es muy importante porque en ellas se ofrecen los servicios de atención para la salud de los derechohabientes usuarios del servicio médico, lo cual es la tarea sustantiva de la institución.

El servicio médico demanda un contacto constante con las personas y por lo tanto un estado óptimo de los que prestan estos servicios. Por lo anterior este trabajo busca conocer cuál es el estado de los prestadores de los servicios médicos y como perciben el ambiente de trabajo.

Por lo anterior, me permito solicitar su valiosa colaboración para contestar el siguiente cuestionario, el cual contiene, en **una primera parte**, una escala para valorar el Síndrome de Burnout en el personal médico de las unidades médicas del IMSS Aguascalientes, en la **segunda parte**, una valoración de la percepción de aquellos factores que están presentes en el ambiente laboral, y en la **tercera**, algunos datos que ayudarán a caracterizar a la población que se está estudiando.

El cuestionario incluye preguntas que deberán ser contestadas de acuerdo a las escalas que se le presentan, en este caso usted anotará la condición que más se acerque a su situación actual. En otras preguntas usted responderá de manera puntual lo que se pide o bien señalará alguna opción que más se acerque a su situación.

Como el cuestionario es auto administrado, se le solicita seguir las instrucciones de llenado y se le recomienda responder la totalidad de las preguntas para facilitar la interpretación.

Agradezco mucho su disposición y el tiempo invertido para contestar este documento; también aprovecho para garantizar que la información aquí escrita será totalmente confidencial y en caso de requerirlo, la misma estará a su disposición en un reporte global en el momento que lo solicite.

ATENTAMENTE

José L. Neri Navarrete.

Responsable del Proyecto.

PRIMERA PARTE

Síndrome de Burnout en Médicos¹

Por favor anote la hora en que inicia el llenado de este cuestionario.

Hora al iniciar _____

Instrucción: MARQUE con una X la columna que mejor describe su situación actual. Tenga presente lo que significa la escala.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.*	0	1	2	3	4	5	6
2. Al final de la jornada me siento agotado.*	0	1	2	3	4	5	6
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.*	0	1	2	3	4	5	6
4. Puedo entender con facilidad lo que me dice el	0	1	2	3	4	5	6

¹Procede del MASLACHBURNOUTINVENTORY (MBI)

jefe de servicio.**							
5. Creo que me tratan como objeto.**	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar con mi jefe de servicio y mis compañeros es una tensión para mí.*	0	1	2	3	4	5	6
7. Resuelvo muy bien los problemas que se presentan con mi jefe de servicio y con mis compañeros.**	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento “agobiado” por el trabajo.*	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.*	0	1	2	3	4	5	6
10. Creo que tengo un comportamiento más sensible con la gente desde que hago este trabajo.*	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente*	0	1	2	3	4	5	6

Nunca (0)	Alguna vez al año o menos (1)	Una vez al mes o menos (2)	Algunas veces al mes (3)	Una vez por semana (4)	Algunas veces por semana (5)	Todos los días (6)
------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------	-----------------------

12. Me siento con mucha vitalidad.*	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado por mi trabajo. *	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado difícil. *	0	1	2	3	4	5	6
15. Realmente no me importa que esté bien hecho mi trabajo*	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar con algún compañero o el jefe de servicio me produce estrés.*	0	1	2	3	4	5	6
17. Tengo facilidad para crear un ambiente tranquilo en el trabajo con mis compañeros*	0	1	2	3	4	5	6
18. Me encuentro animado después de trabajar.*	0	1	2	3	4	5	6
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en ese trabajo.*	0	1	2	3	4	5	6
20. En el trabajo siento que las exigencias sobrepasan el límite de mis posibilidades.*	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los	0	1	2	3	4	5	6

problemas emocionales en el trabajo.*							
22. Siento que mis compañeros o mi jefe de servicio me culpan de algunos problemas en el trabajo.*	0	1	2	3	4	5	6

La gran mayoría de los ítems se refieren a aspectos del ambiente con respecto al trato con los compañeros de trabajo, jefes del servicio y en menor grado con respecto a los pacientes. El Instrumento Origina está enfocado primordialmente a la relación del personal encuestado con las personas a las que atiende.

<i>Por favor no escriba aquí.</i>	

SEGUNDA PARTE

Factores Psicosociales Laborales

Instrucción.MARQUE con una X la columna que mejor refleje su condición actual. Tenga presente el significado que tiene los números de la siguiente escala.

Poco (a)	Regular	Mucho (a)	Excesivo
(1)	(2)	(3)	(4)

1. La cantidad de pacientes que atiendo durante mi jornada de trabajo diaria es:	1	2	3	4
2. La cantidad de documentos que elaboro durante mi jornada de trabajo es:	1	2	3	4
3. La cantidad de notas médicas que elaboro durante mi jornada de trabajo es:	1	2	3	4
4. La cantidad de sesiones a las que asisto durante la semana es:	1	2	3	4
5. La cantidad de juntas de trabajo a las que asisto durante la semana es:	1	2	3	4
6. El cansancio físico que tengo al final de la jornada diaria de trabajo es:	1	2	3	4

Instrucción. MARQUE con una X la columna que mejor refleje su condición actual. Para los siguientes enunciados utilice esta escala.

Ninguno	Poco (a)	Regular	Alta	Muy alta
(a)	(1)	(2)	(3)	(4)
(0)				

7. La posibilidad de dar una indicación médica al personal de	1	2	3	4
---	---	---	---	---

enfermería para la atención del paciente es:				
8. La posibilidad de dar una indicación médica al personal de trabajo social para la atención del paciente es:	1	2	3	4
9. La posibilidad de dar una indicación al personal de servicios básicos para la atención del paciente es:	1	2	3	4

Recuerde que la escala es la siguiente:

Ninguno (a) (0)	Poco (a) (1)	Regular (2)	Mucho (a) (3)	Excesivo (4)
--	-------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

10. La posibilidad de dar una indicación al personal de asistentes médicos para la atención del pacientes es:	1	2	3	4
11. La posibilidad de dar una indicación a otros compañeros médicos para la atención de los pacientes es:	1	2	3	4
12. La posibilidad que tengo de disponer del tiempo que debo emplear en la atención de los pacientes es:	1	2	3	4
13. La posibilidad que tengo para indicar los estudios de laboratorio necesarios en la atención del paciente es:	1	2	3	4
14. La posibilidad que tengo para indicar los estudios de gabinete necesarios en la atención del paciente es:	1	2	3	4
15. La posibilidad que tengo para referir a los pacientes a otro	1	2	3	4

servicio para su atención es:				
16. El reconocimiento que obtengo por parte del Instituto por la atención médica que ofrezco es:	1	2	3	4
17. El reconocimiento que obtengo por parte de mis compañeros médicos por la atención médica que ofrezco es:	1	2	3	4
18. El reconocimiento que recibo de parte del personal (de enfermería, trabajo social, asistentes) por la atención que ofrezco a los pacientes es:	1	2	3	4
19. El reconocimiento que recibo de los pacientes que atiendo es:	1	2	3	4
20. El reconocimiento que recibo de los familiares de los pacientes que atiendo es:	1	2	3	4
21. La confianza que existe entre los compañeros de trabajo para compartir opiniones es:	1	2	3	4
22. La dificultad que tengo para establecer relaciones de amistad con el grupo de trabajo es:	1	2	3	4
23. La dificultad que tengo para ofrecer apoyo al equipo de trabajo es:	1	2	3	4
24. La dificultad que tengo para recibir apoyo por parte del equipo de trabajo es:	1	2	3	4

Instrucción. MARQUE con una X la columna que mejor refleje su opinión.

Para los enunciados siguientes utilice esta escala.

Ninguno (a) (0)	Poca (o) (2)	Mucho (a) (3)	Excesivo (a) (4)
-----------------------	-----------------	------------------	------------------------

25. La presencia de conflictos en el grupo de trabajo es:	1	2	3	4
26. La discordancia que percibo entre la atención oportuna al paciente de acuerdo a la norma y la atención que médica que realmente se ofrece es:	1	2	3	4
27. La discordancia que percibo entre la atención suficiente al paciente de acuerdo a la norma y la atención médica que realmente se ofrece es:	1	2	3	4
28. El conflicto que me genera la atención médica que por norma debo ofrecer y lo que considero debe hacerse en la atención a los pacientes es:	1	2	3	4

Instrucción. En los siguientes enunciados utilice esta escala. Marque con una X la columna que mejor refleje su opinión.

Mala (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy Buena (4)
-------------	----------------	--------------	------------------

29. La distribución de las promociones a un cargo laboral superior es:	1	2	3	4
30. La distribución de oportunidades educativas dentro de la institución es:	1	2	3	4
31. La distribución de los créditos financieros para adquirir bienes muebles o inmuebles, por parte del sindicato son:	1	2	3	4
32. La distribución de la carga de actividades laborales es:	1	2	3	4

TERCERA PARTE.

Características Individuales de los médicos

Instrucción: A continuación se presentan varias preguntas. Por favor MARQUE con X la opción u opciones que se le presentan o bien ESCRIBA la información que se le solicita.

Datos personales

1. ¿Cuál es su género?

masculino

femenino

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

años

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Otro (*especifique*)

4. ¿Tiene hijos?

Sí

No (*pase a pregunta 7*)

5. ¿Cuántos hijos tiene?

hijos

6. ¿Cuántos hijos dependen económicamente de usted?

hijos

Datos profesionales

7. ¿Cuál es su grado máximo de estudios?

Licenciatura

Especialidad

Maestría

Doctorado

Otro (*especifique*)

8. ¿Cuál es la especialidad médica que tiene? (*Marque las opciones que procedan*)

Médico familiar

Médico de
urgencias

Médico internista

Médico pediatra

Médico gineco
obstetra

Médico cirujano

Médico
anestesiólogo

Médico patólogo

Médico de
rehabilitación

Médico del trabajo

Otra. *Escriba cuál.*

9. ¿En cuál unidad médica del
IMSS usted labora?

10. ¿En cual servicio médico labora
usted?.

11. ¿En que turno labora Usted?

Matutino.

Vespertino

Nocturno

Jornada acumulada

Rolador de turnos

12. ¿Cuántos años cumplidos tiene
laborando en el Instituto?

años

13. ¿Cuántos años cumplidos tiene
laborando en el servicio actual?

años

14. ¿Cuántas semanas cumplidas tiene laborando en el servicio actual sin tener descanso o incapacidad mayor de 5 días?

semanas

15. ¿Usted ejerce otra actividad profesional médica fuera del Instituto?

Sí

No (*pase a pregunta 16*)

16. ¿Qué tipo de actividad profesional médica? (*marque las opciones necesarias*)

Actividad profesional en otro hospital público

Actividad profesional privada.

Actividad profesional académica

Otro (Especifique)

17. ¿Cuántas horas en promedio dedica al día a la medicina fuera del Instituto?

horas

18. ¿Realiza alguna actividad profesional no médica remunerada?

Sí

No (*pase a pregunta 18*)

19. ¿Qué tipo de actividad? (*Por favor escriba el nombre*)

20. ¿Usted pertenece a alguna Asociación Médica?

Sí

No (pase a pregunta 22)

21. ¿A cuál asociación? (Por favor escriba el nombre)

22. ¿Tiene alguna publicación médica?

Sí

No (pase a pregunta 22)

23. ¿De qué tipo?(Marque las opciones que procedan)

Libro

Artículo en revista

Otro (especificar)

24. ¿Usted tiene algún tipo de certificación profesional?

Sí

No

25. ¿En qué actividad o actividades dedica su tiempo libre?(Marque las opciones que procedan)

Deporte

Caminar

Leer

Escuchar música

Estudiar

Viajar

Otra (diga cuál)

Datos de salud

26. ¿Sufre alguna enfermedad crónica degenerativa?

- Sí
- No (pase a pregunta)

27. ¿Cuál enfermedad? (Por favor escriba el nombre)

28. ¿Es usuario (a) de alguna de las siguientes sustancias? (Marque las que procedan)

Tabaco (pase a pregunta27)

Alcohol (pase a pregunta28)

Tranquilizantes (pase a pregunta29)

Estimulante (pase a pregunta30)

29. ¿Cuántos cigarros fuma al día?
 cigarros

30. ¿Cuántas veces a la semana consume alcohol?

veces

31. ¿Cuántas veces a la semana toma tranquilizantes?

32. ¿Cuántas veces a la semana toma estimulantes?

Por favor anote la hora en que termina el llenado de este cuestionario

Hora al terminar _____

Nota importante: Por favor devuelva este cuestionario en el lugar acordado con la persona que se lo entregó.

¡MUCHAS GRACIAS!

