



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA VERSUS SEGUNDO NIVEL DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE
TIJUANA B. C.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

ERMEREGILDO GÓMEZ BLANCARTE

ASESOR

DR. ABRAHAM ZONANA NACACH

TIJUANA B.C.

OCTUBRE DEL 2015

COMITÉ DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

En calidad de Presidente en el examen de tesis titulada **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA VERSUS SEGUNDO NIVEL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE TIJUANA B. C.** realizada por el C. Ermeregildo Gómez Blancarte, después de revisar su trabajo me permite notificarles que la misma reúne los requisitos establecidos por el Comité de Estudios de Posgrado.

ATENTAMENTE

DRA. MARÍA CECILIA ANZALDO CAMPOS

C.c.p Interesada
Minutario

TIJUANA B.C.

OCTUBRE DE 2015

COMITÉ DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

En calidad de Secretario en el examen de tesis titulada **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA VERSUS SEGUNDO NIVEL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE TIJUANA B. C.** realizada por el C. Ermeregildo Gómez Blancarte, después de revisar su trabajo me permite notificarles que la misma reúne los requisitos establecidos por el Comité de Estudios de Posgrado.

ATENTAMENTE

Dra. MARÍA GUADALUPE NAVARRO ANDRADE

C.c.p Interesada
Minutario

TIJUANA B.C.

OCTUBRE DE 2015

COMITÉ DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

En calidad de Sinodal en el examen de tesis titulada **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA VERSUS SEGUNDO NIVEL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE TIJUANA B. C.** realizada por el C. Ermeregildo Gómez Blancarte, después de revisar su trabajo me permite notificarles que la misma reúne los requisitos establecidos por el Comité de Estudios de Posgrado.

ATENTAMENTE

Dr. JUAN JOSÉ CAMACHO ROMO

C.c.p Interesada
Minutario

TIJUANA B.C.

OCTUBRE DE 2015

RESUMEN

OBJETIVOS: Cual es la prevalencia del síndrome de Burnout en los Médicos de las Unidades de Medicina Familiar No. 27 y 36 y del HGR No. 20 del IMSS, Tijuana B.C. México. Determinar y evaluar los factores asociados al síndrome de Burnout en los médicos de las Unidades de Medicina Familiar No. 27 y 36, así como del HGR No. 20 respectivamente. Determinar las diferencias existentes para la prevalencia del síndrome de Burnout entre un primer nivel de atención y un segundo nivel de atención.

MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional que se realizó en médicos de primer y segundo nivel, previa hoja de consentimiento informado, posteriormente se entregó el cuestionario auto aplicable, un cuestionario homoestructurado que incluye la evaluación de variables socio-demográficas y un segundo cuestionario denominado de Maslach. Dicho cuestionario es de forma autoaplicada y mide el desgaste profesional.

RESULTADOS: El porcentaje de Burnout encontrado por unidades estudiadas, de acuerdo a las subescalas que conforman dicho síndrome, hubo significativamente mayor o alto agotamiento emocional en el HGR N0 20, 20 (24%) que en las unidades de Medicina familiar 27, 7 (11%) y UMF 36 3(13%), $p= 0.001$. Igualmente se observó significativamente más frecuencia de despersonalización en el HGR N0 20 (16%) que en las UMF 27 (6%) y en la UMF N0 36 (13%), $p= 0.04$ en la subescala de realización personal no se observó una diferencia significativa entre un HRG y unidades de MF.

CONCLUSIONES: El porcentaje encontrado de Burnout fue muy similar a los reportados en la literatura sobre todo para las dimensiones de AE y DP. Se encuentro un mayor riesgo de presenta el síndrome de Burnout en un segundo nivel que en un primer nivel de atención. Hay una diferencia significativa entre un 1er nivel y un 2do nivel en las subescalas de realización personal y despersonalización. No hubo diferencia estadística entre significativa entre las UMF.

ÍNDICE

Antecedentes.....	1
Justificación.....	6
Planteamiento del problema	7
Objetivos	8
Métodos	9
Resultados	13
Discusión	15
Conclusiones	19
Bibliografía	20
Tablas	23
Definición conceptual de variables	27
Anexos	28

ANTECEDENTES

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día. Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OTI), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así para el año 2002 abría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante¹

Hoy en día, el estrés laboral constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrenta un creciente número de personas como consecuencia del desempeño del trabajo, pues numerosos aspectos de la actividad laboral que deterioran la salud de los individuos están relacionados con factores psicosociales que son fuente de estrés laboral, desde los conflictos interpersonales hasta la sobrecarga de trabajo, o la existencia de roles múltiples (Meneses, Feldman, & Chacón-Puignau, 1999) ²

En tal caso, los estudios sobre el estrés laboral crónico, también conocido como síndrome de *burnout* o de desgaste profesional o asistencial, lo consideran (no en México) como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el medico durante su jornada laboral. En el caso de nuestro país el efecto que ha tenido mayor seguimiento es Burnout (BO) que forma literal significa “estar agotado o quemado”. Que aunque existen varias definiciones para este, la más aceptada es la de Maslach y Jakson (1981) donde el BO es definido como una respuesta integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Agotamiento emocional y despersonalización). ^{3,4} Así, el estrés y el malestar acaban por

instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicosomáticos y de conducta, manifestaciones que nos alertan ante un problema de salud como lo es el síndrome de *burnout*.

Actualmente, pocos cuestionan que el estrés derivado de la relación del trabajo es una de las principales causas de enfermedad laboral y de ausentismo, y que da origen a multitud de accidentes.⁵

Como ejemplos a los estudios realizados y a pesar del tiempo que se lleva estudiado este síndrome, ya desde Freudenberguer⁶, y los estudios de Maslach⁷, Fischer^{1,8} Rodríguez, Gil-Monte⁵ entre muchos otros, en nuestro país México, es poco conocido.

Se hace referencia a que la población más vulnerable a desarrollar este síndrome es la de los profesionales de la salud⁵, principalmente personal de enfermería y médicos^{9,10,11,12} menos frecuente, pero de igual forma lo desarrollan los trabajadores dedicados a los servicios sociales³, psicólogos¹⁴, policías⁵, estudiantes^{15,16,17}, odontólogos¹⁸, etc.

El estudio y divulgación del síndrome de burnout se ha incrementado especialmente a partir de la última década. El síndrome de burnout se ha conceptualizado como un proceso que se refiere a un conjunto de sentimientos emocionales, síntomas físicos y conductas desarrollados como consecuencia de las condiciones especiales de aquellos que trabajan preferentemente con personas¹. El modelo operativo inicial fue presentado por Maslach y Jakson y Leiter (1996) para incluir profesiones no asistenciales, formulándose operativamente el síndrome como cansancio emocional, despersonalización y realización personal.^{1,4,14} A raíz de este modelo, el fruto fue el Maslach Burnout Inventory en su versión para los profesionales de “servicios humanos” (MBI-HSS); el fenómeno fue entonces definido como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con

relación a la habilidad para realizar el trabajo y para realizarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (no poder más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo)¹⁵

No obstante, el síndrome de quemarse en el trabajo no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. ^{5,16,17} Maslach y Schaufeli señalan que aunque este síndrome aparece como un proceso específico de estos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso a sido estudiado fuera del ámbito laboral (amas de casa). ⁵

El Síndrome de Agotamiento Profesional es considerado como factor que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y a la falta de compromiso con la práctica médica. ¹⁵ Se caracteriza por tener tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y pérdida del logro profesional. Es el resultado de la interacción entre otros factores personales comunes a muchos profesionales y específicos de la organización hospitalaria la institución en donde trabajan. Barquín refiere que dentro del funcionamiento y la administración de un hospital se debe tener un funcionamiento eficiente y oportuno en la presentación del servicio médico, apoyando a un equipo humano capaz y organizado, con aprovisionamiento de equipo de la estructura física y funcional conveniente, para realizar con calidad los servicios organizacionales. Los factores vaciados de la organización incluyen: 1) sobrecarga de trabajo, 2) pérdida de control sobre lo que se realiza, 3) falta de cordialidad en el lugar de trabajo, 4) sistemas de recompensa, 5) injusticia y 6) toma de decisiones con relación al conflicto con los valores.^{9,15,19}

Se ha descrito como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia profesional.¹⁵

Actualmente se concibe el Burnout como una serie de alteraciones físicas, conductuales, pero también en individuales (considerados como moduladores) y sociales (admitidos como facilitadores). Sin embargo, en muchos individuos quemados aparecen otros síntomas, algunos en clara relación con el entorno laboral, pero otros sobrepasan dicho ámbito, influyendo notablemente en todas las actividades del individuo; dichos síntomas se pueden agrupar en: _Psicosomáticos (cefalea, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores osteomusculares, alteraciones menstruales en la mujer, insomnio, hipertensión, asma e incluso patología coronaria).^{2,20} _Conductuales (abstencionismo laboral, abuso de drogas, conducta violenta o de alto riesgo, conflictos matrimoniales, consumo elevado de cigarrillos).²⁰ _Emocionales (distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos)². Defensivos (negación de las emociones, atención selectiva, ironía y desplazamiento de afectos), aunque no es tan fácil distinguir los síntomas del Burnout de sus efectos, sobre todo los relativos a las alteraciones psíquicas y comportamientos con ellos relacionados.^{4,20}

El Burnout se considera un proceso o variable continua, de forma que sus aspectos esenciales pueden estar presentes en mayor o menor grado, es decir, su aparición no es de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina pasando por 3 estadios: inicialmente el individuo experimenta un estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales, más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y, finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el

cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del Burnout.

Aunque este cuadro puede manifestarse en múltiples profesiones, es mucho más frecuente en aquellas que han de mantener un contacto directo con la gente, caso de los trabajadores sanitarios, de la educación y del ámbito social. En el caso de los médicos de atención primaria, ciertas peculiaridades los hacen teóricamente más susceptibles como la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad y la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico, siendo una fuente importante de angustia el hecho de tener que luchar frente a dos situaciones que con mucha frecuencia le ganan la batalla, como son el sufrimiento humano y la muerte.⁵ Sin embargo son pocos los estudios que abordan dicho tema en el personal médico de segundo nivel que aunque se encontraron algunos publicados, ^{19,21,22,23} en nuestra comunidad no deja de ser una incógnita la prevalencia del síndrome en el área hospitalaria.

El presente estudio pretende analizar el grado de desgaste profesional en médicos de atención primaria contra médicos de atención secundaria de nuestra comunidad, la influencia de diversos factores comúnmente asociados y su repercusión en la esfera socio laboral.

JUSTIFICACIÓN

Si bien es sabido, que tan solo a nivel nacional existen numerosos estudios que se han realizado para evaluar prevaencia del Síndrome en trabajadores de la salud, de la misma forma en nuestra comunidad, particularmente en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, existen estudios que aunque no publicados, informan de la presencia del mismo en médicos de primer nivel de atención así como en enfermeras generales y especialistas del área hospitalaria, pero no se han documentado estudios que hablen de la presencia del síndrome en médicos del área hospitalaria o de segundo nivel de atención a la salud, que de acuerdo a diversos estudios realizados a nivel mundial, la prevaencia sería menor por estar sometidos a diversos factores que propiciarían a la aparición del síndrome.

⁴ De igual forma no se encontraron estudios que de manera comparativa hablaran de la prevaencia y de los factores que pudieran estar en relación con la aparición del síndrome de Burnout entre médicos de primer y segundo nivel de atención a la salud. Finalidad que propone el siguiente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de síndrome de Burnout en médicos de atención primaria y médicos de segundo nivel de atención?

¿Existe diferencia en la prevalencia de síndrome de Burnout entre médicos de atención primaria y médicos de segundo nivel atención?

¿Cuáles son los factores que se asocian a la aparición de síndrome de Burnout en los médicos?

OBJETIVOS

Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos de las Unidades de Medicina Familiar N0 27 y 36 y del HGR N0 20 del IMSS, Tijuana B.C. México.

Determinar y evaluar los factores asociados al síndrome de Burnout en los médicos de las Unidades de Medicina Familiar N0 27 y 36, así como del HGR N0 20 respectivamente.

Determinar las diferencias existentes para la prevalencia del síndrome de Burnout entre un primer nivel de atención y un segundo nivel de atención.

MÉTODOS

POBLACION DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional, que se realizó en las Unidades de Medicina Familiar No. 27, 36 y de igual forma en el Hospital General Regional N0 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tijuana B.C.

Durante los meses de enero-marzo del 2008 se visitara durante su jornada laboral a los médicos del turno matutino, vespertino y nocturno de las unidades médicas antes mencionadas, donde se les invitara a participar en el estudio de investigación, explicando el motivo y objetivo del estudio. Posteriormente se les entregara una hoja de consentimiento informado, un cuestionario homoestructurado que incluye la evaluación de las siguientes variables: socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, ingreso mensual, edad de pareja, actividad laboral de la misma) antecedentes laborales (categoría que ocupa dentro del instituto, especialidad que tiene, si tiene subespecialidad, si labora en otra institución, horario de trabajo, antigüedad laboral en años, número de consultas otorgadas por jornada laboral, de tener otro empleo fuera del institución cuantas consultas o procedimientos realiza por semana, realización de otras actividades no relacionadas con la medicina, y por ultimo si en algún momento de su vida laboral ha pensado en dejar de ejercer la practica medica) y un segundo cuestionario denominado del Maslach dicho cuestionario es de forma auto aplicada y mide el desgaste profesional. Se completa en 10 – 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal o reducción de los logros personales, que según Maslach y Jackson son los componentes que definen el Síndrome de Burnout ²⁴

Considerando puntuaciones bajas, por debajo de 34. Ha sido adoptado en nuestro país por Moreno, Oliver et al. Mismo que tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana

al 0,9. Constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Para la sub escala de agotamiento emocional que consta de 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Que valoran la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo, en esta puntuación máxima obtenida será de 54 puntos. Para la sub escala de despersonalización, la cual valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, está constituida de 5 preguntas: 5, 10, 11, 15, 22. La suma de las respuestas darán una puntuación máxima de 30, para la tercera sub escala de realización personal, compuesta por 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Esta evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, la puntuación máxima será de 48. Cada pregunta tiene 7 opciones de posibles respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles: 0. Nunca, 1. Pocas veces al año, o menos, 2. una vez al mes o menos. 3. Pocas veces al mes. 4. Una vez a la semana. 5. Varias veces a la semana. 6. Diariamente. La relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Como puntos de corte lo que se hace, es distribuir los rasgos de las puntuaciones totales de cada sub escalas en tres tramos que definen un nivel de Burnout. Para la sub escala de Agotamiento emocional sería bajo ($o < 18$), medio (19-26), alto (> 27); Despersonalización bajo ($o < 5$), medio (6-9), alto (> 10); Realización personal una puntuación baja ($= > 40$), Medio (34-39) y Alto ($= < 33$). Hay que señalar además que las puntuaciones de cada sub escala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y bajas en el tercero definen el síndrome.^{11, 13, 16}

CRITERIOS DE INCLUSION.

Médicos adscritos a las UMF No 27, 36 y HGR No 20 del IMSS en Tijuana, B. C. que se encuentren laborando.

Antigüedad mínima continúa de 6 meses.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

Jefes de departamento clínico, subdirectores y directores, y médicos que desempeñen un puesto de trabajo ajeno al trato directo con el paciente.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Cuestionarios incompletos, médicos que no deseen realizar el cuestionario.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizara análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central para evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos de primero y segundo nivel.

Posteriormente se realizara un análisis bivariado para determinar las variables asociadas a síndrome de Burnout entre médicos de primer nivel de atención y médicos de segundo nivel. La captura y el análisis de datos se llevaran a cabo en el programa en el programa SPSS versión 12. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y bajas en el tercero definen el síndrome.

RECURSOS UTILIZADOS.

Propios del investigador y de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

ASPECTOS ETICOS.

El estudio de investigación es de tipo descriptivo, sin manipulación de variables, la información que se recabe no dañará la integridad del médico y sus respuestas se mantendrán en completa discreción.

Además de solicitar firma de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se estudiaron 171 pacientes y se excluyeron 8 por cuestionarios llenados en forma incompleta. La edad promedio (\pm DE) fue de 43.4 ± 7.7 años, 66 % fueron masculinos y 65% fueron casados con un ingreso mensual familiar promedio (\pm DE) de $26,150 \pm 8,978$ pesos. El número de hijos promedio (\pm DE) por medico fue de 2 ± 1 y La edad promedio de la pareja fue (\pm DE) de 38.8 ± 12.5 años.

Cincuenta y uno por ciento fueron médicos no familiares, 40 % médicos familiares y 9 % Médicos Generales. El cincuenta y uno por ciento laboran en el turno matutino, 27 % en el turno vespertino, 17 % para el turno mixto y un 5 % para el turno nocturno. Los años de antigüedad promedio (\pm DE) fue de 13 ± 7.8 años, el número de consultas impartidas por medico al día (\pm DE) fue de 19.2 ± 6.7 consultas.

Treinta y cinco por ciento de los médicos encuestados trabajaban en otra institución fuera del IMSS y 18% han pensado en dejar de ejercer la medicina (Tabla 1).

La tabla 2 muestra el porcentaje de Burnout encontrado por unidades estudiadas, de acuerdo a las subescalas que conforman dicho síndrome, hubo significativamente mayor o alto agotamiento emocional en el HGR N0 20, 20 (24%) que en las unidades de Medicina familiar 27, 7 (11%) y UMF 36 3(13%), $p= 0.001$. Igualmente se observó significativamente más frecuencia de despersonalización en el HGR N0 20 (16%) que en las UMF 27 (6%) y en la UMF N0 36 (13%), $p= 0.04$ en la subescala de realización personal no se observó una diferencia significativa entre un HRG y unidades de MF. No se observó diferencias estadísticamente significativas en la subescala de agotamiento emocional, despersonalización o realización personal en los médicos de las 2 UMF evaluadas (Tabla 3).

Los médicos que laboran en segundo nivel tuvieron significativamente más frecuencia de agotamiento emocional 24 (11%), con una $P = .0001$, y despersonalización (16 vs 8%, $p = 0.016$) no hubo diferencia significativa entre los médicos de primer y segundo nivel en la subescala de realización personal (85% vs 83% $p = 0.58$) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos de las Unidades de Medicina Familiar N0 27 y 36 y del HGR N0 20 del IMSS, Tijuana B.C. México. Encontramos que como tal no existe la presencia del mismo en la población medica estudiada, ya que ninguno de los encuestados cumplía con las puntuaciones que determinan el síndrome, es decir puntuaciones bajas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y altas de la subescala de realización personal. Sin embargo, la distribución de los niveles de Burnout (el alto, moderado y bajo) en el manual de cuestionario original de Maslach y Jackson se ha hecho en función de normas estadísticas arbitrarias. La falta de puntos de corte validados en las diferentes versiones impide la utilización del Maslach Burnout Inventory para el diagnóstico del síndrome de Burnout en los casos individuales, y tan solo permite un análisis global de la muestra ¹⁹. En nuestro estudio es llamativo que los valores obtenidos en las diferentes dimensiones 90% para médicos de segundo nivel y 97% para médicos de un primer nivel de atención de los participantes están incluidos entre los niveles de medio y superior de las diferentes subescalas encontrándose en rangos muy similares que los de otros componentes. En la subescala de agotamiento emocional 63.9% para médicos de segundo nivel y un 36.1% para médicos de primer nivel, en la dimensión de despersonalización 59.5% en médicos de primer nivel y un 40.4% para médicos de segundo nivel en la dimensión de realización personal los porcentajes encontrados fueron 52% para médicos de primer nivel de atención y un 48% para los de segundo nivel. Los porcentajes encontrados para un primer nivel de atención varía considerablemente como el publicado por Aranda Beltrán¹ que señala la presencia del síndrome en un 41.8 %, o el publicado por Atance Martínez donde la prevalencia fue de 47.45 %, donde de igual forma que nuestro estudio

las diferencias encontradas fueron en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, no obstante que Maslach en el 2001 menciona que existen diferencias en los niveles de Burnout observados en diferentes trabajos en un mismo país y más aun a nivel internacional, Para médicos de un segundo nivel, los niveles reportados por Campbell ¹⁵ oscilan en 44% para médicos cirujanos generales y lo informado por Guntupalli de 40% en médicos internistas-intervencionistas, de igual forma encontrándose el mayor porcentaje en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización. Palmer reporta una prevalencia de 44 % en médicos anestesiólogos que a diferencia de nuestro estudio las diferencias fueron para la subescala de realización personal donde las puntuaciones encontradas fueron altas 67.4%. A diferencia Morais ²¹ que encuentra un 90.9 % de médicos anestesiólogos en la subescala de despersonalización, 57.9 % para las subescalas de agotamiento emocional 57.9% y un 44.8% para el componente de realización personal.

La presencia de factores individuales y sociodemográficos como la edad, sexo, estado civil, ingreso económico, número de hijos, edad y actividad laboral de la pareja conyugal, antigüedad y horario laboral, categoría, grado de estudio profesional, número de consultas o procedimientos durante el día, se han visto asociados al desarrollo del Síndrome ⁸. Es así como se observa en el estudio en la subescala de agotamiento emocional, el nivel de atención, la categoría dentro del instituto se asocian a la presencia del síndrome, para la subescala de despersonalización las variables que resultaron con significancia estadística fue el nivel de atención y el hecho de laborar en otra institución, y el dejar de ejercer la medicina, para la dimensión de realización personal el estado civil, fue el único asociado a la presencia del síndrome, datos que concuerdan con los encontrados en otros estudios ^{9,19}, especial importancia merece comentar los deseos de dejar de ejercer la práctica médica, ya

que en las subescalas de agotamiento emocional (33%) y despersonalización (40%) los resultados obtenidos fueron de importancia estadística significativa, estos datos son de especial relevancia por lo que tienen de repercusión en la calidad asistencial y en las pérdidas económicas que ocasionan. Por otra parte podemos observar que dentro de las variables sociodemográficas, el género, la edad, el ingreso mensual, el número de hijos, la antigüedad y horario laboral, el grado de estudio, no presentan riesgo para el desarrollo del síndrome. Es de tomarse en cuenta que los profesionales de la salud se encuentran sometidos a una diversidad de riesgos que pudieran traer consecuencias, una de ellas que día a día se presentan con mayor frecuencia es el síndrome de Burnout. Tras esta información podría proponerse como un teórico perfil de riesgo para estos profesionales el siguiente: Ser trabajador de un segundo nivel, divorciado, laborar en otra u otras instituciones. El hombre, además de trabajar, tiene otras rutas ineludibles: las superaciones personales, fraternal, filial, parental, conyugal, laboral, social, etc. Tiene que sortear satisfacciones y sufrimientos que le producen estrés y afectan su salud. El estrés produce respuestas a nivel individual, psicológico y fisiológico a un estímulo (estresor). Es un evento constante en el transcurso de toda la vida del trabajador, el cual forma parte de un obstáculo o reto que debe ser superado.

La entrada al síndrome de Burnout es un distres producido por un desequilibrio entre las expectativas y la realidad del trabajo, con manifestaciones psicológicas y fisiológicas o la misma muerte, con repercusiones en la vida personal, familiar, social y en la institución donde labora. Por último, sobre algunos datos expuestos, conviene remarcar que no son concordantes con otros estudios de nuestro País, quizás por la distribución de participantes, las variables utilizadas, el tiempo y el ámbito a las que se refiere los estudios, etc. En cualquier caso parecería aconsejable redefinir otras variables así como utilizar diseños

epidemiológicos más potentes que permitan avanzar más, sobre todo en el campo de la
intervención asía el síndrome.

CONCLUSIONES

El porcentaje encontrado de Burnout fue muy similar a los reportados en la literatura sobre todo para las dimensiones de AE y DP.

Se encontró un mayor riesgo de presentar el síndrome de Burnout en un segundo nivel que en un primer nivel de atención.

Hay una diferencia significativa entre un 1er nivel y un 2do nivel en las subescalas de realización personal y despersonalización.

No hubo diferencia estadística significativa entre las UMF.

BIBLIOGRAFIA

1. Carolina Aranda-Beltrán, Manuel Pando-Moreno, Teresa Torres-López, Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *An Fac Med Lima* 2005; 66:225-231
2. Hernández-Vargas Clara Ivett, Juárez-García Arturo, Hernández _ Mendoza Elena, Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal, *Rev Enfermería IMSS* 2005; 13:125-131
3. Hernández-Vargas C, Dickinson M. Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos. Departamento de medicina familiar, facultad de medicina; 2006(1-4)
4. Prieto Albino, E. Robles Agüero, L.M. Salazar Martínez y E. Daniel Vega, Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria* 2002; 29: 294-302
5. Pedro Gil-Monte. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica de México* 2002; 44:33-40
6. Carlos de las Cuevas Castresana, Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias, *Trastornos Adictivos* 2003;5: 107-113
7. José Ma. García García, Salvador Herrero Remuzgo, José L. León Fuentes, Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra de trabajadores del hospital Psiquiátrico penitenciario de Sevilla. *Apuntes de psicología* 2007; 5: 152-174
8. Carolina Aranda, Manuel Pando, Ma. Guadalupe Salazar, Síndrome de Burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 2004; 31:142-150

9. Juan Carlos Atence Martínez. Aspectos epidemiológicos del syndrome de Burnout en personal sanitario: Rev Esp. Salud Publica 1997; 71: 293-303
10. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los medicos de atención primaria de Asturias, Atención primaria 2000; 24:352-359
11. Adriana Maria Alvarez, Dra. Maria Lourdes Arce, Síndrome de Burnout en Medicos de Hospitales Publicos de la ciudad de Corrientes, Rev de posgrado de la Via Catedra de Medicina 2005 ;141:27-30
12. Martínez López C, López Solache G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas, Archivos de Medicina Familiar 2005; 7:6-9
13. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Morina Macias M, Estamos quemados en atención Primaria, Medicina de Familia ,And 2000; 4:245-250
14. Bernardo Moreno-Jiménez, Rosa Martha Meda-Lara, Maria Eugenia Morante Benadero, Validez Factorial del inventario de burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos, Revista Latinoamericana de Psicología 2006; 38:445-456
15. Lourdes Yusvisaret Palmer-Morales, Antonio Gómez-Vera, Prevalencia del síndrome de Agotamiento profesional en médicos anesthesiólogos de la Ciudad de Mexicali, Gac Med Mex 2005;141:181-183
16. Carolina Aranda, Manuel Pando, Irma Velásquez Brizuela, Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. Psiquiatría Fac Med Barna 2003; 30:193-199
17. Mariela Borda Pérez, Edgar Navarro Lechuga, Erick Aun, Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del hospital Universidad del Norte, Salud Uninorte. Barranquilla 2007; 23:43-51

18. Rosa María Díaz Romero, Teresa Lartigue Becerra, María Elena Acosta, Síndrome de Burnout, Desgaste emocional en cirujanos dentistas, rev. ADM 2001; 58:63-67
19. A. Bustinza Arriortua, J, López-Herce Cid, A. Carrillo Álvarez, Situación de Burnout de los pediatras intensivistas españoles, Anales Españoles de Pediatría 2000; 52: 418-423
20. Palmer-morales Y, Prince-Velez R, Searcy-Bernal, Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos, Enfermería Clínica 2007 ;17:256-260
21. A. Morais, P. Maria, A. Azevedo, C. Amaral, Stress and Burnout among Portugese anaesthesiologists, European Journal of Anaesthesiology 2006; 1-7
22. Talma Kushnir, Avner Herman Cohen Eli Kitai, Continuing medical education and primary physicians job stress, burnout and dissatisfaction, medical education 2000; 34:430-436
23. Luciana Tomanik Cardozo de Melo Tucunduva, Ana P. Garcia, Fernanda Vilas Boas Prudente, A syndrome da estafa professional em dedicos cancerologistas brasileiros, Rev assoc Med Bras 2006 ;52:108-112
24. M. Olmedo montes, M.A. Santed German, R, Jiménez Tornero, El Síndrome de Burnout: Variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. Psiquis, 2001; 22: 117-129

**Tabla 1. Características socio-demográficas de los casos revisados
n= 171**

Edad, $\bar{X} \pm DE$ (rango) años	43.4 \pm 7.7
Sexo n(%)	
Femenino	58 (34)
Masculino	113 (66)
Estado Civil, n (%)	
Soltero	19 (11)
Casado	129(75)
Unión Libre	11 (6)
Divorciado	12 (7)
Viudo	0 (0)
Número de hijos, $\bar{X} \pm DE$ (rango)	2 \pm 1
Ingreso Mensual, $\bar{X} \pm DE$ (rango)	26,150 \pm 8,978
Edad de la pareja conyugal, $\bar{X} \pm DE$ (rango)	38.8 \pm 12.5
Categoría, n (%)	
Familiar	68 (40)
No Familiar	88 (51)
General	15 (9)
Especialidad, n (%)	
Medicina Interna	22(15)
Cirugía general	10(7)
Urgencias	6(4)
Pediatria	13(9)
Traumatología	6(4)
Médico Familiar	64(43)
Otros	27(18)
Otra Institución en la que labora, n (%)	
ISSSTE	4(2)
SSA	7(4)
PRIVADO	59(35)
ISSSTECALI	7(4)
OTROS	94(55)
Horario, n (%)	
Matutino	87(51)
Vespertino	46(27)
Nocturno	9(5)
Mixto	29(17)
Años de antigüedad, $\bar{X} \pm DE$ (rango)	13 \pm 7.8
No. de Consultas en jornada laboral dentro del IMSS, $\bar{X} \pm DE$	19.2 \pm 6.7
Pensar en dejar de ejercer la medicina, n (%)	

Sí
No

31(18)
140(82)

Tabla 2. Prevalencia de síndrome de Burnout por unidades medicas

N=171

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Nivel	HGR 20 n=83	UMF 27 n=64	UMF 36 n=24
Bajo, n(%)	39 (47)	50 (78)	19 (79)
Medio, n(%)	24 (29)	7 (11)	2 (8)
Alto, n(%)	20 (24)	7 (11)	3 (13)

P= 0.001

DESPERSONALIZACIÓN

Bajo, n(%)	47 (57)	52 (81)	16 (67)
Medio, n(%)	23 (28)	8 (13)	5 (21)
Alto, n(%)	13 (16)	4 (6)	3 (13)

P= 0.04

REALIZACIÓN PERSONAL

Alto, n(%)	3 (4)	4 (6)	1 (4)
Medio, n(%)	11 (13)	7 (11)	1 (4)
Bajo, n(%)	69 (83)	53 (83)	22 (92)

P= 0.71

TABLA 3: Prevalencia de síndrome de Burnout en Unidades de Atención Primaria

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Nivel	UMF 27 n=64	UMF 36 n=24
Bajo, n(%)	50 (78)	19 (79)
Medio, n(%)	7 (11)	2 (8)
Alto, n(%)	7 (11)	3 (13)
		P= 0.92

DESPERSONALIZACIÓN

Bajo, n(%)	52 (81)	16 (67)
Medio, n(%)	8 (13)	5 (21)
Alto, n(%)	4 (6)	3 (13)
		P= 0.34

REALIZACIÓN PERSONAL

Alto, n(%)	4 (6)	1 (4)
Medio, n(%)	7 (11)	1 (4)
Bajo, n(%)	53 (83)	22 (92)
		P= 0.55

TABLA 4. Prevalencia de síndrome de Burnout en primer nivel versus segundo nivel de atención

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Nivel	1er Nivel n=88	2do Nivel n=83
Bajo, n(%)	69 (78)	39 (47)
Medio, n(%)	9 (10)	24 (29)
Alto, n(%)	10 (11)	20 (24)
		P= 0.000

DESPERSONALIZACIÓN

Bajo, n(%)	68 (77)	47 (57)
Medio, n(%)	13 (15)	23 (28)
Alto, n(%)	7 (8)	13 (16)
		P= 0.016

REALIZACIÓN PERSONAL

Alto, n(%)	5 (6)	3 (4)
Medio, n(%)	8 (9)	11 (13)
Bajo, n(%)	75 (85)	69 (83)
		P= 0.58

Síndrome de Bournout, n (%)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Síndrome de Burnout: sensación de fracaso y una experiencia agotada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales.

Se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre, cada individuo pertenece a uno de estos grupos.

Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.

Número de hijos: Expresión la cantidad en unidades de los hijos.

Hijo: Persona o animal respecto de su padre o de su madre.

Ingreso mensual: Es el pago que los empleados reciben por su trabajo, antes de deducir sus contribuciones a la seguridad social, impuestos y otros conceptos análogos por mes.

Pareja: f, Conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, y especialmente el formado por hombre y mujer.

Actividad laboral: Facultad de obrar. Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad.

Especialidad: Rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan.

Horario laboral: Tiempo durante el cual se desarrolla habitual o regularmente una acción o se realiza una actividad.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO _____
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California 1 de febrero 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
Prevalencia del Síndrome de Burnout entre médicos de atención primaria versus segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tijuana B.C.

Registro ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo de estudio es: Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos de las Unidades de Medicina Familiar N0 27 y 36 y del HGR N0 20 del IMSS, Tijuana B.C. México.

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Contestación de cuestionario el cual es para investigar sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Donde se me pide que conteste las preguntas con la mayor honestidad y claridad posible.

Se me ha explicado que todas las respuestas serán mantenidas en completa confidencialidad al llenar el cuestionario, tomare en cuenta las siguientes definiciones de las subescalas para contestar el cuestionario:

Agotamiento emocional: Se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales

Despersonalización o deshumanización: consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

Realización Personal: con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

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 Responsable 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, los 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 esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las prestaciones 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

Investigador: Gómez Blancarte Ermeregildo
Matricula: 99020821

Testigos: _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

FOLIO _____

CUESTIONARIO DE MASLACH

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO Y CONTESTE LO MAS HONESTAMENTE POSIBLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TOMANDO EN CUENTA UNA DE LAS 7 POSIBLES RESPUESTAS.

0	Nunca	4	Una vez a la semana
1	Pocas veces al año o menos	5	Pocas veces a la semana
2	Una vez al mes o menos	6	Todos los días
3	Pocas veces al mes o menos		

Que tan seguido

Oraciones

1. ___ Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. ___ Cuando término mi jornada de trabajo me siento cansado.
3. ___ Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. ___ Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5. ___ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
6. ___ Siento que trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. ___ Siento que trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. ___ Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. ___ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
10. ___ Siento que me he hecho más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. ___ Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. ___ Me siento con mucha energía en mi trabajo
13. ___ Me siento frustrado por mi trabajo
14. ___ Siento que estoy trabajando demasiado.
15. ___ Siento que realmente no me preocupa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. ___ Siento que trabajar en contacto directo con la gente me produce estrés.
17. ___ Siento que puedo crear con facilidad una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. ___ Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. ___ He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. ___ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. ___ En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. ___ Siento que los pacientes de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

- 1.- Edad. _____ años
- 2.- Sexo ___ 1) femenino 2) masculino
- 3.- Estado civil: ___ 1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) divorciado 5) viudo
- 4.- Cuantos hijos tiene _____
- 5.-Cual es su ingreso mensual _____ pesos
- 6.-Cuantos años tiene su pareja _____ años
- 7.- A qué se dedica _____ mi esposo (a)
- 8.-Que categoría tiene usted dentro de la institución ___ 1) familiar 2) no familiar
3) general
- 9.-Que especialidad tiene: ___ 1) internista 2) cirujano 3) urgencias 4) pediatra 5) traumatología 6) M. familiar
7) otras
- 10.-Cual es su subespecialidad _____
- 11.-En que otra institución (es) labora ___ 1) ISSSTE 2) SSA 3) PRIVADO
4) ISSSTECALI
- 12.-Horario de trabajo: ___ 1) matutino 2) vespertino 3) nocturno 4) mixto
- 13.-Cuantos años de antigüedad tiene laborando _____ años
- 14.-Cuantas consultas da durante su jornada laboral? _____ consultas
- 15.-Y fuera de la institución _____ consultas
- 16.-En caso de ser quirúrgico cuantos procedimientos realiza por semana en la institución _____
- 17.-Y fuera de la institución ___ procedimientos
- 18.-Realiza otras actividades fuera de la medicina _____ 1) si 2) no Cual _____
- 19.-En algún momento de su vida laboral ha pensado en dejar de ejercer dentro de la medicina? ___ 1) si 2) no
- 20.-Por qué _____

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Cuantitativa	Años
Sexo	Categórica	1) femenino 2) masculino
Estado civil	Categórica	1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) divorciado 5) viudo
Número de hijos	Cuantitativo	Numérico
Ingreso económico mensual	Cualitativo	Pesos
Años de edad de la pareja	Cuantitativa	Años
Actividad laboral de la pareja	Categórica	
Categoría dentro del IMSS	Categórica	1) médico familiar 2) no familiar 3) médico general
Especialidad	Categórica	1) internista 2) cirujano 3) urgenciólogo 4) pediatra 5) traumatólogo 6) medicina familiar 7) otras
Subespecialidad	Categórica	
Otra institución laboral	Categórica	1) ISSSTE 2) SSA 3) PRIVADO 4) ISSSTECALI
Horario de trabajo laboral en el IMSS	Categórica	1) matutino 2) vespertino 3) nocturno

		4) mixto
Años de antigüedad laboral dentro del IMSS	Numérico	Años
Número de consultas por jornada laboral	Cuantitativo	Numérico
Número de consultas diarias fuera del IMSS	Cuantitativo	Numérico
Número de procedimientos quirúrgicos por semana en el IMSS	Cuantitativo	Numérico
Número de procedimientos quirúrgicos por semana fuera de la institución	Cuantitativo	Numérico
Realización de actividades fuera de la medicina	Categórica	1) si 2) no
Dejar de ejercer la medicina	Categórica	1) si 2) no