

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACUTLAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



# “PREVALENCIA DE BURN OUT Y FACTORES ASOCIADOS”

Asesor:

María Cecilia Anzaldo Campos

Coordinador Clínico de Educación

e Investigación UMF 27

Tijuana, B.C.

Octubre del 2015

Tesis para obtener el Diploma de la  
**Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

**Estrellita de Luz González García**

## ANTECEDENTES

En las sociedades contemporáneas, fenómenos como la globalización han llevado a profundas transformaciones sociales, económicas y tecnológicas generando un nuevo contexto para las organizaciones laborales. Estas transformaciones, acompañadas de las transiciones epidemiológicas, el progresivo envejecimiento de la población, los nuevos fenómenos migratorios, la masiva incorporación de las mujeres en el mercado laboral, el creciente proceso de tercerización económica con sus nuevas demandas y preferencias de los consumidores y/o usuarios de servicios, las mayores exigencias al trabajador (emocionales, cognitivas y físicas) y la fuerte competencia, han transformado de manera profunda la organización laboral y la manera de concebir el trabajo. Estos cambios en las características de la actividad laboral y de su contexto han tenido importantes repercusiones en el sistema de trabajo y muy particularmente en las formas de organizarlo, lo que ha requerido de una gran capacidad de adaptación de los trabajadores. Estas transformaciones han sido vistas por algunos como importantes fuentes desencadenantes de estrés en el mundo laboral, el cual está relacionado con una disminución en la calidad y en la productividad del desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional. <sup>1</sup>

La primera vez que se acuñó el término *desgaste profesional* fue en 1974 por Freudenberger. Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo y lo dan a conocer como Burnout (BO) al proceso

de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, que lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos inadecuación y fracaso.<sup>2</sup>

Desde entonces, el Burnout supuso un campo de estudio científico definido y fecundo. Hasta 1990, fecha de la Primera Conferencia Europea sobre Burnout Profesional, realizada en Polonia, se publicaron cerca de 2.500 artículos sobre burnout. Una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001; quienes definen el burnout como *"una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional"* En esta definición queda patente el carácter tridimensional del síndrome de burnout entendiendo que afecta, por una lado a un nivel personal (*agotamiento emocional: sensación de no poder dar más de sí a nivel emocional*) por otro lado, a un nivel social (*cinismo o despersonalización: actitud distante ante el trabajo, las personas objeto del mismo así como los compañeros/as de trabajo*) y finalmente, a nivel profesional (*ineficacia profesional: sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo*).<sup>3</sup>

En el 2007, Fernández y Cols, publicaron un estudio hecho exclusivamente a médicos residentes en Granada, que realizan guardias en urgencias, buscando BO, destacan la presencia de *burnout* en el 93% de los residentes, que fue

moderado en el 50% y alto en el 43%. El 74.1% presentaron cansancio emocional, el 70.7% con baja realización personal en el trabajo, y el 60.3% presento alta despersonalización. <sup>4</sup>

Blandín y Cols para el 2005 publican una prevalencia de Burnout del 28% en residentes de un Hospital Militar de Venezuela. <sup>5</sup>

En Colombia, la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de las especialidades médico quirúrgicas fue del 12,6%. <sup>6</sup>

Un estudio en la UMF No. 24 de Tepic, Nayarit, demuestra una prevalencia media a baja del síndrome de Burnout, en residentes de medicina familiar, con una realización personal baja, reportando 59.5% de prevalencia de Burnout intermedio, encontrándose también como foco de alarma algunas dimensiones del síndrome más afectadas como el cansancio emocional. <sup>7</sup>

Un estudio publicado en el 2009, aplicado a 11,530 profesionales de la salud, evidenció que los médicos que más se ven afectados por BO son los médicos de medicina interna y los médicos de emergencias. La prevalencia global de burnout de la muestra fue del 11,4 %. Respecto a los factores individuales relacionados con menor presencia de Burnout se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, el optimismo, la afectividad, o la autoestima. Mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de Burnout. <sup>8</sup>

Martín y col.,<sup>6</sup> indagaron este síndrome entre diferentes especialidades médicas de EE.UU. y concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de

síndrome de *Burnout* (rango: medicina familiar 27% y tocoginecología 75%) y se asoció al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.<sup>9</sup>

Tanto el estado civil, el puesto actual y la escolaridad son variables que se han visto asociadas al desarrollo del síndrome de *Burnout*, sin embargo no todos los autores opinan igual, ya que los resultados entre un estudio y otro no han sido lo suficientemente concordantes o significativos (Cuevas, 1995; Gil- Monte, 1996-2001). Para Atance (1997) el grupo constituido por los sujetos separados, divorciados y viudos presentaron diferencias significativas con la dimensión falta de realización personal.<sup>10</sup>

Referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años es la población de mayor riesgo para desarrollar BO. El practicar ejercicio es un factor protector y curiosamente la mayoría de los médicos no lo practican.

Al tiempo que el síndrome del desgaste profesional puede influir negativamente en la población laboral activa, en la asistencia a los pacientes y en la salud individual, también puede desempeñar un papel protector. Se ha propuesto la hipótesis de que los síntomas del desgaste profesional aparecen con el objetivo de proteger la psique humana de lesiones mayores, frente a una situación «sin salida». En la misma línea, se podría argumentar que el agotamiento emocional actúa como un «freno» en los individuos que pueden no saber cómo ni cuándo moderar el ritmo de su vida.<sup>11</sup>

La residencia es un momento crítico en un médico en desarrollo, espera obtener habilidades en su especialidad, mientras el paciente le requiere total atención, el tiempo de formación es muy intensivo y estresante, numerosas horas se trabajan mientras crecen las responsabilidades para aumentar la competencia.<sup>12</sup>

Las causas de estrés en residentes son muchas y tienen mucho que ver con la función de la profesión médica, el hospital y la comunidad académica. La meta sigue siendo educación sobre estrés, para reducirlo hay estrategias como entorno favorable, programas de asistencia confidencial, reducción en la carga de trabajo y asistencia a médicos residentes con familias. Como hincapié general está la estrategia basada en educación sobre estrés con apoyo a las necesidades personales y de familia.<sup>13</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de Burnout y factores asociados, en Médicos Residentes de Medicina Familiar, adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la sede de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27, en Tijuana B.C.?

## **JUSTIFICACION**

La sobrecarga de trabajo en términos cualitativos y cuantitativos constituye, sin lugar a dudas, una importante fuente de estrés. Si la sobrecarga en su visión cuantitativa es entendida como el exceso de tareas a desarrollar por un trabajador; en su visión cualitativa son las demandas excesivas que se le exigen al trabajador en función de las habilidades, destrezas, conocimientos y en general, competencias que tenga dicho sujeto.

Resultado de la interacción entre factores personales, sociales y profesionales, principalmente con largas jornadas de trabajo, podría modificar el actuar del médico residente, largas jornadas con sobrecarga de trabajo, podrían repercutir directamente en fatigar al profesional y con ello obtener consecuencias como trastornos de despersonalización, cambios anímicos y de autoestima, además de interferir directamente sobre la calidad de la atención del paciente, si pudiéramos además identificar algunos otros factores sociales como origen, gastos económicos o situaciones personales de interés, que se asocian a elevar la prevalencia de este síndrome, podríamos diseñar estrategias de ayuda para el profesional, que contribuyan al mejor desempeño de su profesión y preservar su salud física y mental desde el punto de vista integral de la medicina familiar.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia de Burnout y factores asociados, en Médicos Residentes de Medicina Familiar, adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, en la sede de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en Tijuana B.C.

## **MATERIAL Y METODOS**

DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo, transversal.

LUGAR: UMF No. 27; Tijuana, Baja California.

FECHA RECOLECCIÓN DATOS: Octubre 2012.

SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA: Se realizó censo de Residentes de Medicina Familiar adscritos a la sede UMF No. 27.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Médicos Residentes de Medicina Familiar, adscritos a la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana, B.C. Al momento de aplicar cuestionario se encontraran de pre guardia y que accedieran a llenar la encuesta y la hoja de recolección de datos sociodemográficos y biológicos.

### **CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

Ser Médico Residente adscrito a una unidad médica diferente a UMF No. 27 del IMSS en Tijuana, B.C.

No acceder al llenado de la encuesta

Estar de guardia o de post guardia

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Que estuviera incompleto el llenado del instrumento de evaluación, la hoja de recolección de datos o el consentimiento informado.

## **METODO:**

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación, se procedió a solicitar permiso al Director de la UMF No. 27, con el fin de permitir la aplicación de encuesta a los Médicos Residentes de Medicina Familiar. En una reunión previa con los médicos residentes se les invito a participar, explicándoles el objetivo del estudio y se les hizo saber que quien deseara participar, se solicitaría firma de carta consentimiento informado, posterior hubo una entrevista individual y aplicación de cuestionario, se verificó que se encontraran en periodo pre guardia para realizar entrevista, en la cual se incluyeron variables sociodemográficas: Edad, género, año de Residencia, estado civil, responsabilidad económica, tiempo transcurrido entre terminación Licenciatura e ingreso a la especialidad, lugar de residencia previo al inicio de la especialidad. También se estudiaron variables de tipo biológico: Horas de sueño por 24 horas, actividad física regular.

Se aplicó el Test de Maslach para evaluar Burnout, dirigido a profesionales de la salud (MBI-HSS). Con la interpretación del test antes mencionado, se estadificó al médico Residente con en categorías baja, media y alta, siendo ésta última diagnóstica para Burnout, una categoría media como riesgo de desarrollar BO y la categoría baja como NO diagnóstica, se asociarán estos niveles con las variables sociodemográficas y biológicas.

## **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1981, Maslach y Jackson 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. En su versión original (Maslach y Jackson 1981), la escala constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Este inventario se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales cada una, denominados: *agotamiento emocional*, (9 ítems); *despersonalización*, (5 ítems); y *realización personal en el trabajo*, (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

Para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión de 1981 estaba conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “Implicación con el trabajo”, siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems.

En la última edición del manual (Maslach et al. 1996) se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, validado en castellano, traducido al español por el Dr. Adán Mingote. Luego encontramos el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación (Schwab 1986). Esta versión cambia la

palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y, finalmente, el MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli et al. 1996). Una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. <sup>14,15</sup>

**Interpretación del cuestionario:** El inventario evaluará las tres dimensiones:

1. Agotamiento emocional: Ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16 y 20).
2. Despersonalización: Ítems (5, 10, 11,15, 22).
3. Falta de realización personal: Ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21),

Igualmente para la interpretación de los datos se acude al baremo creado por Mingonte y Pérez en el 2003, donde se encuentran unos puntajes de la siguiente manera: 0-33 clasificación baja o leve, 35-66 clasificación media o moderada y 67-100 clasificación alta o profunda (diagnóstica de BO). <sup>15</sup>

Los indicadores de las tres dimensiones quedan especificados en los ítems del propio instrumento, los cuales se suman. Las dos primeras dimensiones son positivas y la última negativa. Las puntuaciones se calificaran con base a la norma americana determinando las categorías de bajo (no diagnóstica), medio (en riesgo de BO) y alto (diagnostica para BO) para cada una de las dimensiones, así: agotamiento emocional mayor a 27 (alto), 17 – 26 (medio), 0 – 16 (bajo); despersonalización mayor a 14 (alto), 9-13 (medio), 0-8 (bajo); despersonalización mayor a 14 (alto), 9-13 (medio), 0 – 8 (bajo); falta de realización personal menor a

30 (alto), 36 – 31 (medio), 48 – 37 (bajo). Dos categoría altas realizan el diagnóstico.

### **ANALISIS ESTADISTICO.**

Se aplicó estadística de tipo descriptiva.

Para variables cualitativas: frecuencias y porcentajes. Se empleó estadística de tipo no paramétrico, para realizar análisis bivariado: Prueba estadística  $X^2$ , se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19.

### **DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.**

#### **VARIABLES DEPENDIENTES**

- Síndrome de Burnout: Una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia profesional.
- Prevalencia: Cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado.

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Pre guardia: El día previo a realizar actividades académicas complementarias vespertinas/nocturnas.
- Género: Conjunto de aspectos sociales de la sexualidad.
- Especialidad: Nombre de la residencia médica que cursa.

- Estado civil: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Responsabilidad económica: Familia o personas dependientes económicamente del participante.
- Tiempo de sueño: Número de horas que duerme en un día de 24 hrs.
- Actividad física regular: ejercicio aerobio realizado por lo menos 20 minutos por lo menos 5 días de la semana o 120 minutos a la semana.

#### **ASPECTOS ÉTICOS:**

El presente estudio sigue los lineamientos en materia de investigación a nivel nacional e internacional. Guardando observancia de la Declaración de Helsinki, así como de la Ley General de Salud y las normas de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se solicitó carta de consentimiento informado, este estudio transversal no representó en ningún momento amenaza de daño a la integridad del médico residente participante. Los instrumentos utilizados fueron llenados de forma anónima.

## **RECURSOS UTILIZADOS**

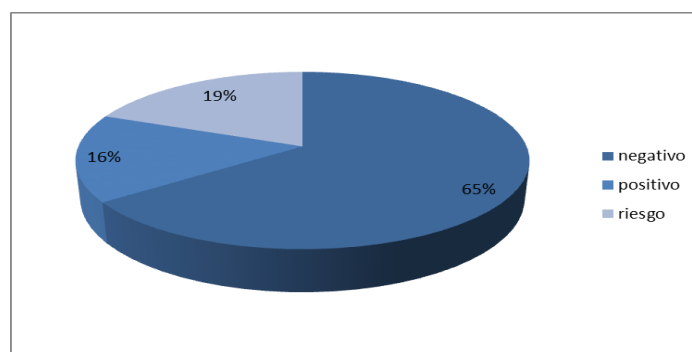
- Instrumento de medición: la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) dirigida a los profesionales de la salud.
- Hoja de recolección de datos, considerando variables a evaluar como factores de riesgo asociado.
- Consentimiento informado
- Plumas, hojas, folders, equipo de cómputo, internet, impresora.

## **RESULTADOS:**

Se realizaron 57 encuestas, ninguna excluida, del total de encuestados los factores bio-socio-demográficos fueron: el 60% mujeres (n=34) y el 40% fueron hombres (n=23), de los cuales el 37% residentes de tercer año (n=21), el 30% de segundo año (n=17) y el 33% de primer año (n=19). Al estudiar el cambio de ciudad previo a su ingreso a la especialidad el resultado fue: el 58% (n=33) ya vivía en Tijuana antes de ingresar a la residencia y el 42% (n=25) tuvo que cambiar de ciudad para su ingreso. El resultado de edad arrojada fue el 37% (n=21) con edad menor a 30 años, el 63% (n=36) mayor de 30 años. Al evaluar gastos familiares se encontró que el 19% (n=11) es responsable en su totalidad de gastos de una familia y el 81% (n=46) comparte gastos de familia o no aporta a los gastos de su familia. En la evaluación de cohabitantes se encontró que el 82% (n=47) vive con familia, el 18%(n=10) vive solo o con amigos. Hábito de sueño

arrojo que el 89% (n=51) duerme menos de 8 hrs en 24 hrs y el 11% (n=6) duerme 8 hrs o más en 24 hrs. En cuanto a ejercicio el resultado global indica que el 86% (n=49) no realiza actividad física regular y el 14% (n=8) sí la realiza. Al documentar el tiempo transcurrido desde que el médico termino el servicio social e ingresa a la residencia el resultado fue que el 61% (n=35) transcurrió con más de 2 años para ingresar a la residencia y el 39% (n=22) ingresó en menos de 2 años. pasaron menos de 2 años. (TABLA 1)

Evaluando el puntaje del instrumento de medición los resultados fueron: 65% (n=37) con clasificación baja (negativos para diagnóstico de BO), 19% (n=11) con clasificación moderada (negativos para diagnóstico pero por en riesgo de desarrollar BO) y 16% (n=9) casos con puntaje alto (positivos para diagnóstico de BO). (FIGURA 1). Los puntajes altos obtenidos en las sub escalas fueron 22.8% (n=13) para agotamiento emocional, 12.3% (n=7) para despersonalización y 12.3% (n=7) para falta de realización personal.

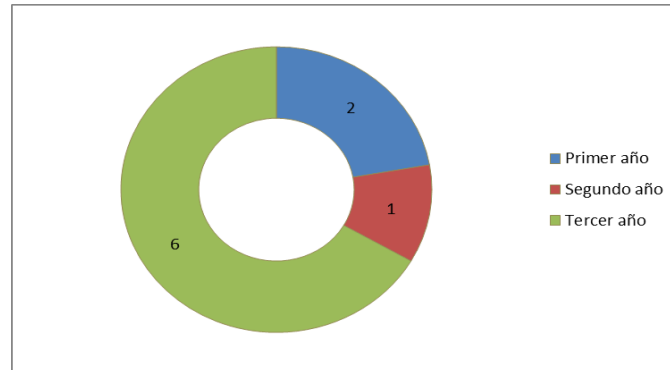


**FIGURA 1. DIAGNOSTICO DE BURNOUT SEGÚN CLASIFICACIÓN DE TEST MASLACH**

Al cruce bivariado de los residentes con diagnóstico de BO y asociarse con variables arrojó los siguientes resultados:

Con diagnóstico de BO el 60% (n=5) fueron mujeres y el 40% (n=4) fueron hombres (p= 0.785).

De los diagnosticados con BO el 67% (n=6) es de tercer año, el 11% (n=1) de segundo año y el 22% (n=2) de primer año (p= 0.121), (Figura 2).



**FIGURA 2. NUMERO DE CASOS CON DIAGNOSTICO DE BO POR AÑO DE RESIDENCIA**

Al evaluar el cambio de ciudad previo al ingreso a la residencia encontramos que el 67% (n=6) cambio de ciudad para radicar ahora en Tijuana y el 33% ya vivía en Tijuana (p=0.104).

El 78% (n=7) vive en pareja, ya sea casado o en unión libre y el 22% (n=2) no lleva vida de pareja (p=0.587).

Con respecto de la edad los resultados arrojan que el 89% (n=8) es mayor de 30 años y el 11% (n=1) es menor de 30 años (p=0.081).

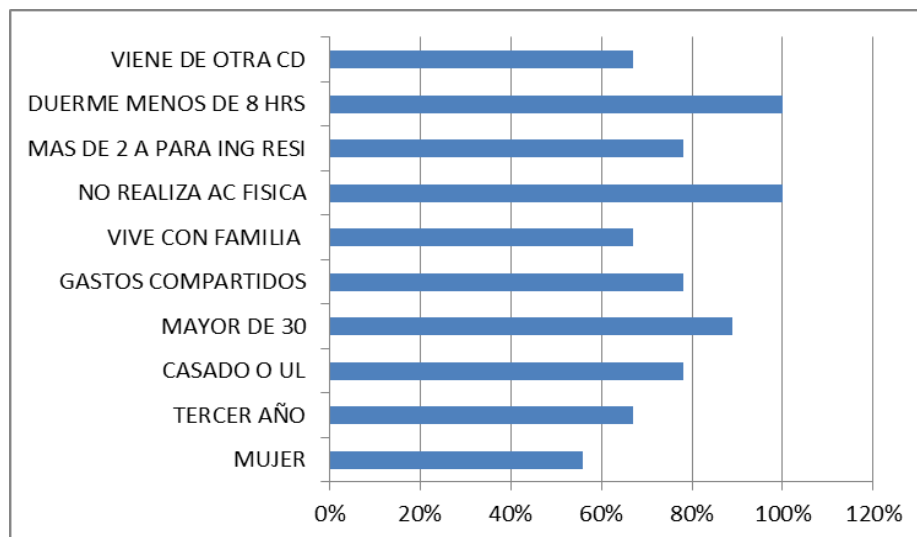
El 78% (n=7) solventa gastos compartidos y el 22% (n=2) solventa solo gastos totales familiares (p=0.089).

Al evaluar con quién cohabita, el 67% (n=6) viven con familia y el 33% (n=3) vive solo o con amigos (p=1.842).

El 100% de los residente estudiados (n=9) no realiza actividad física regular (p=0.187).

En habito de sueño el 100% duerme menos de 8 hrs en 24 hrs (p=0.262).

El 78% (n=7) tardó más de 2 años en ingresar a la residencia una vez terminada medicina general y el 22% tardo menos de 2 años en ingresar a la residencia (p=1.272). (FIGURA 3)



**FIGURA 3. FACTORES MAS ASOCIADOS EN CASOS DIAGNOSTICADOS COMO BO**

En un subanálisis de las áreas que evalúa el BO encontramos que de los que obtuvieron puntaje alto en Falta de realización personal, el 67% (n=6) vive en pareja (casado o en unión libre) ( $p=0.32$ ), el 85% (n=6) tubo que cambiar de ciudad para ingresar a la residencia ( $p=0.000$ ) y el 57% (n=4) tienen edades entre 30 y 39 años ( $p=0.003$ ).

TABLA 1. ANALISIS GLOBAL. SX BOURNOT

Code	Variable	Total 57		Sx BO		NO Sx BO		p
		Total		SI 9		NO 48		
	GENERO	n	%	n	%	n	%	
	Masculino	23	40	4	17	19	83	0.785
	Femenino	34	60	5	15	29	85	
	ESTADO CIVIL							0.587
	Unidos (casado o unión libre)	40	70	7	17	33	83	
	No unidos (soltero, viudo, divorciado)	17	30	2	12	15	88	
	AÑO DE RESIDENCIA							0.121
	1	19	33	2	10	17	89	
	2	17	30	1	6	16	94	
	3	21	37	6	29	15	71	
	CIUDAD DE RESIDENCIA PREVIA							0.104
	Tijuana	33	58	3	9	30	91	
	Otra ciudad	24	42	6	25	18	75	
	EDAD							0.081
	Menor de 30	21	37	1	5	20	95	
	Mayor a 30	36	63	8	22	28	78	
	RESPONSABILIDAD ECONOMICA							0.809
	Cubre gastos de familia solo	11	19	2	18	9	82	
	Gastos de familia compartidos	46	81	7	15	39	85	
	COHABITA							0.175
	Con familia	47	82	6	13	41	87	
	Solo	10	18	3	30	7	70	
	HORAS DE SUEÑO (24 HRS)							0.262
	Menor de 8 hrs	51	89	9	18	41	82	
	Mayor de 8 hrs	6	11	0	0	6	100	
	ACTIVIDAD FISICA							0.187
	Si	8	14	0	0	8	100	
	No	49	86	9	18	40	82	
	INGRESO A RESIDENCIA							0.272
	Menor de 2 años	22	39	2	9	20	91	
	Mayor de 2 años	35	61	7	20	28	80	

## **DISCUSIÓN:**

Como se desprende de los resultados, en este estudio se obtuvo una prevalencia de médicos residentes diagnosticados con BO del 16%, comparado con el 27% de prevalencia evidenciado en médicos residentes de Medicina Familiar en Estados Unidos en el 2004.<sup>9</sup> La prevalencia más elevada fue encontrada por Martínez y Cabrera en el 2007 cuando publican una prevalencia del 43% de síndrome de BO en 92 médicos residentes que realizan guardias en urgencias, incluyendo residentes de medicina familiar.<sup>4</sup> Un estudio similar a éste publica la Dra Paredes en el 2008, realizado en la UMF 24, donde no encontró ningún caso clasificado como alto para ser diagnosticado con BO.<sup>7</sup>

Al realizarse el cruce de variables no se encontró significancia estadística de p, esto pudiera ser por el tamaño de la muestra, sin embargo podemos describir de forma global los resultados encontrados y compararlos con publicaciones previas.

No se detectó diferencia significativa según género, igual que en lo descrito por Cebria en su estudio de 528 médicos de familia.<sup>19</sup>

La población más afectada en este estudio según su situación sentimental, fueron los que viven en pareja (casado o en unión libre), con un 78% del total diagnosticados con BO, ya en el 2005 el estudio de Barrios y Sánchez demostró que los más afectados eran los profesionales que se encontraban en unión estable, este mismo estudio reporta un 46% de prevalencia en aquellos que llevan más de 10 años de ejercicio de la profesión, aun cuando no se estudió en la presente investigación los años específicos transcurridos ejerciendo medicina si

podemos observar claramente el aumento de la prevalencia en el último año de post grado.<sup>18</sup> En el 2009 Álvarez encuentra en un estudio de prevalencia de BO en residentes de pediatría una alta prevalencia en el tercer y último año, diversos reportes han demostrado que cuanto más se aproximan los residentes al final de su formación médica se incrementa la posibilidad de presentar el síndrome. Una explicación a este hecho es que los residentes pueden tener acumulado estrés de actividades diarias, condiciones estructurales y falta de una red de soporte social que mejore los factores desencadenantes del síndrome.<sup>20</sup>

Algunos estudios han demostrado que las mujeres responden al estrés mediante la reducción en sus objetivos profesionales <sup>11</sup>, sin embargo en este estudio en ambos géneros el cansancio emocional fue el área más afectada obteniendo el 22.8% del total de encuestados con valor alto, estos mismos resultados se ven en la totalidad de los artículos citados en bibliografía alcanzando hasta un 74%. de rangos altos en esta área. <sup>4</sup>

El ejercicio ha sido mencionado como factor protector del desgaste profesional,<sup>11</sup> sin embargo llama la atención que el 100% de los médicos residentes de medicina familiar diagnosticados con BO no realizan ejercicio aerobio constante, punto alarmante y de oportunidad como profesionales de salud de atención primaria y promotores de la medicina preventiva y la salud integral.

En lo no esperado, arrojo mayor prevalencia para aquellos que viven con familia y no así para los que viven solos o con amigos, en el 2010 Cruz y Austria hablan de factores protectores para BO, describiendo una estrategia de afrontamiento con

soporte familiar, social y emocional, antes de presentar desgaste laboral o ya con el diagnóstico, sugerido para todo profesional de salud.<sup>21</sup>

El cambiar de ciudad para establecerse en un nuevo lugar geográfico para estudiar un post grado no es una variable que se haya documentado con anterioridad, sin embargo este estudio arrojó que más del 60% de los médicos residentes con BO no vivían en Tijuana y tuvieron que cambiar de ciudad para establecerse a un nuevo lugar de estudio, llevando con ello un periodo de adaptabilidad ante dicha crisis paranormativa.

El 100% de los médicos residentes de medicina familiar catalogados con síndrome de BO duermen menos de 8 hrs al día. En los factores profesionales vinculados a desgaste emocional están la combinación de jornadas diurnas y nocturnas, con inadecuado descanso generando fatiga, privación del sueño, alteración del ciclo circadiano, así como falta de control del tiempo e interferencia con la vida familiar.

22

Se realizó un sub análisis cruzando las dimensiones que evalúa el Test Maslach con factores asociados, a pesar de que el alto puntaje en una sola dimensión no hace el diagnóstico de BO, se encontró asociación con significancia estadística a altos puntajes en la falta de realización personal y médicos que viven en pareja, cambiaron de ciudad para ingresar a la especialidad y tienen entre 30 y 39 años de edad.

## **CONCLUSIONES:**

El objetivo del estudio se cumplió, encontrando que la prevalencia de BO en médicos residentes de medicina familiar es del 16%, en relación a los factores de riesgo se analizaron los siguientes: género, año que está cursando de residencia, si cambió o no de ciudad para ingresar a la especialidad, estado civil, edad, responsabilidad económica, personas con las que cohabita, tiempo que duerme, realización de actividad física regular y tiempo transcurrido desde que termino el servicio social de medicina general e ingresa a la residencia; los cuales no fueron estadísticamente significativos. Las características de esa población de médicos residentes con BO es la siguiente: no realiza actividad física regular, duerme menos de 8 hrs en 24 hrs, mayor de 30 años, vive en pareja, viene de otra ciudad, comparte gastos de familia y cursa el último año de la especialidad.

Es importante plantearse una estrategia de tratamiento integral para abatir aquellos factores que se creen por éste u otras investigaciones similares, están relacionados al desgaste profesional, además de la replicabilidad que tiene y podría realizarse en con una muestra mucho mayor y considerar también el resto de las especialidades. La carga laboral para el médico en formación esta normada en nuestro país, se establece un plan único de Especialidades Médicas y se establece la Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, "Para la organización y funcionamiento de residencias médicas", aquí se estipulan horarios y frecuencia de actividades clínicas complementarias (guardias), las cuales convendría investigar como factor potencial para el deterioro de las capacidades de aprendizaje que es finalmente el objetivo de la formación especialista. La promoción de residencias médicas podría considerar el lugar previo de residencia geográfica como uno de los factores externos asociados a agotamiento

emocional en el trabajo y procurar no sea tan distante de su lugar de origen donde seguramente lleva una vida familiar. Programas de ejercicio y áreas de descanso adecuado son otros derechos de una formación profesional integral que se podrían considerar. Todo esto con el fin de un desarrollo pleno y funcional no solo como ser humano sino como “servidor pleno de los servicios de salud con un enfoque humanista y trato digno a nuestros pacientes”.

## BIBLIOGRAFIA

1. Olivares E. Vera A. Juárez A. Prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidad en Chile. *Cienc Trab.* 2009;11(32): 67-71.
2. Ortega C. López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, 2004; 4(1) 137-160.
3. Bresó E. Salanova M. Schaufeli W. In search of the "Third dimensión" of bournout. *Applied Psychology. An International BreReview*, 2007;56 (3): 460-478.
4. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 2007; 19(1): 116-121.
5. Carlos A, Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Miliar, *Archivos Venezolanos de Psiquiatria y Neurología*. 2005; 51(104): 12-15.
6. Paredes O, Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Rev Fac Med*, 2008; 16(81): 25-32.
7. Osuna M. Medina L. Romero J. Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 24, Tepic, Nayarit. *Aten Fam* 2009; 16(2): 24-27.
8. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(2): 215-230.
9. Martini S. Artken C. Churchill A. Burnout comparación among residents in different medical specialities. *Acad Psychiatry* 2004; 28(3): 240-2.
10. Aranda C, Pando M, Velázquez I, Síndrome de *burnout* y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2003; 30(4):193-199.

11. Kumar S. Síndrome del desgaste profesional en los psiquiatras. *World Psychiatry* 2007; 6(1): 186-189.
12. Campbell J. Prochazka A. Yamashita T. Predictors of persistent Burnout in Internal Medicine Residents, a prospective Cohort Study. *Acad Med* 2010; 85(10): 1630-1634.
13. Van C. Stress in residency training: Symptom management or active treatment? *Can Med Assoc* 1994. 150(10):1149-51.
14. Gil Monte P. Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory. *General Survey, Salud Pública Mexicana* 2002; 44(1): 33-40.
15. Olivares V, Gil P. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Cienc Trab* 2009; 11(31): 160-167.
16. Thoms N. Resident Burnout. *JAMA* 2004; 292(23): 2880-2889.
17. López A, González F, Morales M. Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45(3): 233-242.
18. Barrios A, Sanchez A. SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DE HOSPITALES PÚBLICOS EN LA CIUDAD DE CORRIENTES. *Rev Posgrado Cat Medicina* 2005; 141(1): 27-30.
19. Cabria J, Segura , Corbella A y col. Tasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27(3):459-468.
20. Alvarez G, Medécigo S, Ibarra C. Prevalence of Burnout syndrome in medical residents from a pediatric hospital in Sonora, México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2010; 67(1): 44-51.

21. Cruz B, Austria F, Herrera L, Vasquez J. Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de *burnout* "o de desgaste profesional" en trabajadores de la salud. Neumol Cir Torax 2010; 69(3):137-142.
22. Calabrece G. Impacto del estrés laboral en el anesthesiologo. Rev Col Anest 2006; 34(1): 233-240.