



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“ASOCIACIÓN DE CONDICIONES LABORALES DE MEDICOS
ADSCRITOS A SERVICIOS DE URGENCIAS Y SINDROME DE
BURNOUT”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR

AUTOR

SILVIA DEL CARMEN RODRIGUEZ MURO

Médico residente de medicina familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 61,
Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula 98311830, Correo electrónico:
dra.scrm@gmail.com

ASESORES RESPONSABLES

**FÉLIX GUILLERMO MÁRQUEZ CELEDONIO
DRA EDITH GUILLEN SALOMON**

SEDE DEL ESTUDIO

**Unidad de Medicina Familiar No. 61, Instituto Mexicano del Seguro Social
Veracruz, Ver.**

VERACRUZ, VER. ENERO 2014.

No. DE REGISTRO: R-2003-3003-20

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 31 VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ZONA No.61
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Margarito León Cabal

Director Unidad de Medicina Familiar No. 61

Dra. Edith Guillen Salomón

Coordinador Clínico de educación e Investigación en salud

Médico Familiar UMF No.61

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 31 VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ZONA No.61
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dra. Edith Guillen Salomón
Coordinador Clínico de educación e Investigación en salud
Médico Familiar UMF No.61
Asesor metodológico de Tesis

Dr. Felix G. Márquez Celedonio
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 61
Asesor clínico y metodológico de tesis

RESUMEN

AUTORES: DRA. RODRÍGUEZ MURO SILVIA DEL CARMEN, U.M.F.#61 IMSS.

OBJETIVO. Determinar la asociación existente entre las condiciones laborales de los médicos adscritos a servicios de urgencias y síndrome de burnout.

METODOLOGÍA. Estudio prospectivo transversal, analítico, observacional. Se incluyeron a los médicos adscritos al área de urgencias en la unidad médica (durante el mes de Junio-julio 2013 y que cumplieran con los criterios de inclusión. Previa entrega y firma conocimiento informado, llenaron el instrumento de recolección en el cual incluyeron la ficha de identificación, así como las variables estudiadas referentes a las condiciones laborales: grado académico, especialidad, clínica de adscripción, área de atención, área de atención, turno, Tiempo de jornada Laboral, Categoría de contratación, actividad laboral extrainstitucional, responsabilidades institucionales adicionales, condiciones salariales, vacaciones en los últimos 6 meses, demanda de atención médica, gravedad de los pacientes, percepción del estrés, Posibilidad de traslado, Posibilidad de Ingreso a Piso.; Se les aplicó el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), desarrollado para medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el burnout. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 17.0 para Windows. El análisis de resultados se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión, estimación de medias y proporciones de intervalos de confianza (IC) del 90%. La muestra está constituida por el censo de personal médico adscrito a los servicios de urgencias de la unidad médica familiar y el hospital general de zona, por lo tanto, no se requirió una estimación estadística de tamaño de muestra ni un procedimiento estadístico de muestreo.

RESULTADOS:

Se incluyeron 62 pacientes de los cuales 2 fueron excluidos mientras que 10 encuestas fueron eliminadas, predominio de sexo femenino 19 (38%) pacientes, sexo masculino 31 (62%). La distribución de edad mostro un predominio del síndrome en Médicos de 33 a 40 años. Se encontró una asociación ($p < 0.05$) en aquellos en quienes habían gozado de vacaciones en los últimos 6 meses, siendo 4 veces más probable que un médico que disfrutó de vacaciones en los últimos 6 meses presente síndrome de burnout a un médico que no haya salido de vacaciones en los últimos 6 meses. De igual manera se muestra que es casi 13 veces más probable que un médico muy estresado presente síndrome de burnout a un médico que este poco estresado.

CONCLUSIÓN:

Es necesario implementar medidas que se enfoquen en la disminución del cansancio emocional y del estrés, mismas que pueden ser de forma individual o grupal, con apoyo multidisciplinario teniendo siempre en cuenta que el beneficio será proporcional tanto a nivel individual, institucional, proyectándose en la salud de los pacientes, trabajadores y por lo tanto con una connotación positiva en la Sociedad.

PALABRAS CLAVES: BURNOUT, CONDICIONES LABORALES, ESTRÉS LABORAL, DESGASTE PROFESIONAL, URGENCIAS MÉDICAS.

ABSTRACT

OBJETIVE: determine the association between working conditions attached to the emergency services and medical burnout .

METHODOLOGY: Prospective cross-sectional , analytical, observational study. To affiliated physicians to the emergency department in the medical unit were included (during the month of June-July 2013 and that met the inclusion criteria. Previous delivery and sign informed knowledge , filled collection instrument in which included the record identification and the studied variables relating to working conditions : academic degree , specialty, clinic affiliation, service area , service area , Time , Time labor day, Category hiring, extra- work activities , additional institutional responsibilities , wage conditions , rentals last 6 months, demand for medical care , patient severity , perceived stress , Shuttle Chance , Chance to Join Flat ; . they were administered the MBI (Maslach Burnout Inventory) questionnaire , developed to measure the frequency and intensity with which you suffer burnout . statistical analysis was performed through SPSS 17.0 for Windows . analysis of results was performed using measures of central tendency and dispersion , estimation of means and proportions of confidence intervals (CI) of 90%. the sample consists of the census of medical personnel assigned to the emergency department of family health unit and the general hospital , therefore , a statistical estimate of size is not required sample or a statistical sampling procedure.

RESULTS: 62 patients , of whom 2 were excluded while 10 surveys were eliminated , 19 female predominance (38 %) patients, 31 male (62 %) were included. The age distribution showed a predominance of Physicians syndrome in 33-40 years. An association ($p < 0.05$) was found in those who had enjoyed holidays in the past 6 months, with 4 times more likely that a doctor who enjoyed holidays in the last 6 months this burnout a doctor who has not gone on vacation in the last 6 months. Similarly, it shows that it is almost 13 times more likely to present a doctor very stressed burnout a doctor that this little stressed .

CONCLUSION: It's necessary to implement measures focus on reduction emotional exhaustion and stress, which may individual or group , with multidisciplinary support keeping in mind that the benefit will be proportional on different levels: individual, health patients , workers and therefore with a positive connotation in the Company.

KEYWORDS: BURNOUT , WORKING CONDITIONS , STRESS , PROFESSIONAL MEDICAL EMERGENCY .

**“ASOCIACIÓN DE CONDICIONES
LABORALES DE MEDICOS ADSCRITOS
A SERVICIOS DE URGENCIAS Y
SINDROME DE BURNOUT”**

INDICE

Páginas.

INTRODUCCIÓN	8
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	35

INTRODUCCION

El Síndrome de burnout se inicia como una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a tener conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende, lo que genera dudas con respecto a la competencia y realización profesional. El síndrome de burnout es un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional.

Este síndrome es la base de un número importante de quejas de los enfermos y de los profesionales de la salud y se ha demostrado que los médicos con niveles altos de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste. [1] Así mismo, la probabilidad estimada de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años es 65% mayor en el grupo de médicos con síndrome de burnout en comparación con médicos que no lo presentan. [14]

Este síndrome tiene una prevalencia de un 36.7% entre trabajadores de la salud en Veracruz, por todo lo anterior debe tomarse como una patología relevante para la economía y la calidad en la atención de la salud, así como la calidad de vida del trabajador.

Considero que es importante detectar a los médicos portadores del síndrome de burnout y conocer cuáles son las condiciones asociadas a la producción de este mismo. Una vez identificado se podrán establecer estrategias que permitan un ambiente laboral adecuado, mejorar en la realización personal, así como en el trato y atención con el paciente lo que se verá reflejado a nivel económico institucional. El servicio de Urgencias se encuentra expuesto a cargas importantes de estrés y a una gran demanda de atención lo que la hace un área adecuada para iniciar una investigación de prevalencia y condiciones asociadas al síndrome de burnout.

El Síndrome de burnout se define como una sensación de fracaso y existencia agotada o gastada resultado de una sobrecarga de trabajo, estrés emocional y recursos personales. Es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Lo integran tres componentes

- a) Despersonalización: se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.
- b) Falta de realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.

- c) Agotamiento emocional: combina fatiga emocional física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad. [1]

Por lo general, la carga de trabajo se relaciona con la dimensión del agotamiento emocional. Gopal identificó, como factor principal para el síndrome de burnout, el número de guardias al mes, el número de horas de trabajo semanales. [1] Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos y especialmente en personas con unas expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante. [4] En un estudio realizado sobre factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en médicos del primer nivel de atención encontraron que el ser soltero, tener estudios superiores o inferiores al puesto y contar con factores psicosociales negativos laborales son elementos de riesgo para el desarrollo de este síndrome. [5]

Dentro de los factores protectores se encontraron la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorados, e optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica [4].

Los síntomas del burnout son muy complejos. De las manifestaciones de burnout laboral evaluadas en un estudio destacaron 12.4% cefalea, 10-2% alteraciones del sueño, y 10.2% cansancio, asociando cerca de un 30% de los trabajadores a algún síntoma psicósomático debido a las condiciones laborales. [1]

Lo que puede observarse de manera subjetiva es:

1. Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo)
2. Somáticas. Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos.
3. Organizacionales. Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo. [1]

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

1. Ausencia de compromiso emocional: pérdida de contacto racional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadora, intervenciones hiper-críticas y carencia de registro de autocrítica.

4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conducta reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos. [9]

Existe una serie de instrumentos de evaluación que sirve para evaluar el síndrome de burnout; sin embargo, la prueba utilizada con más frecuencia y que esta estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). Consta de 22 Items divididos en tres escalas:

- Agotamiento emocional (9 items)
- Despersonalización (5 items)
- Realización personal (8 items) [13]

La correlación entre el agotamiento y depresión parece ser particularmente relevante porque aquí es evidente que existe una amplia área de superposición, y el desgaste es por lo menos un factor de riesgo para depresión [1]

Para evitar el síndrome de burnout se debe reconocer la existencia del síndrome burnout y los factores asociados. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control pre-vacacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas. Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del burnout que está padeciendo. [10]

La prueba utilizada con más frecuencia y que esta estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 items en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. [12]

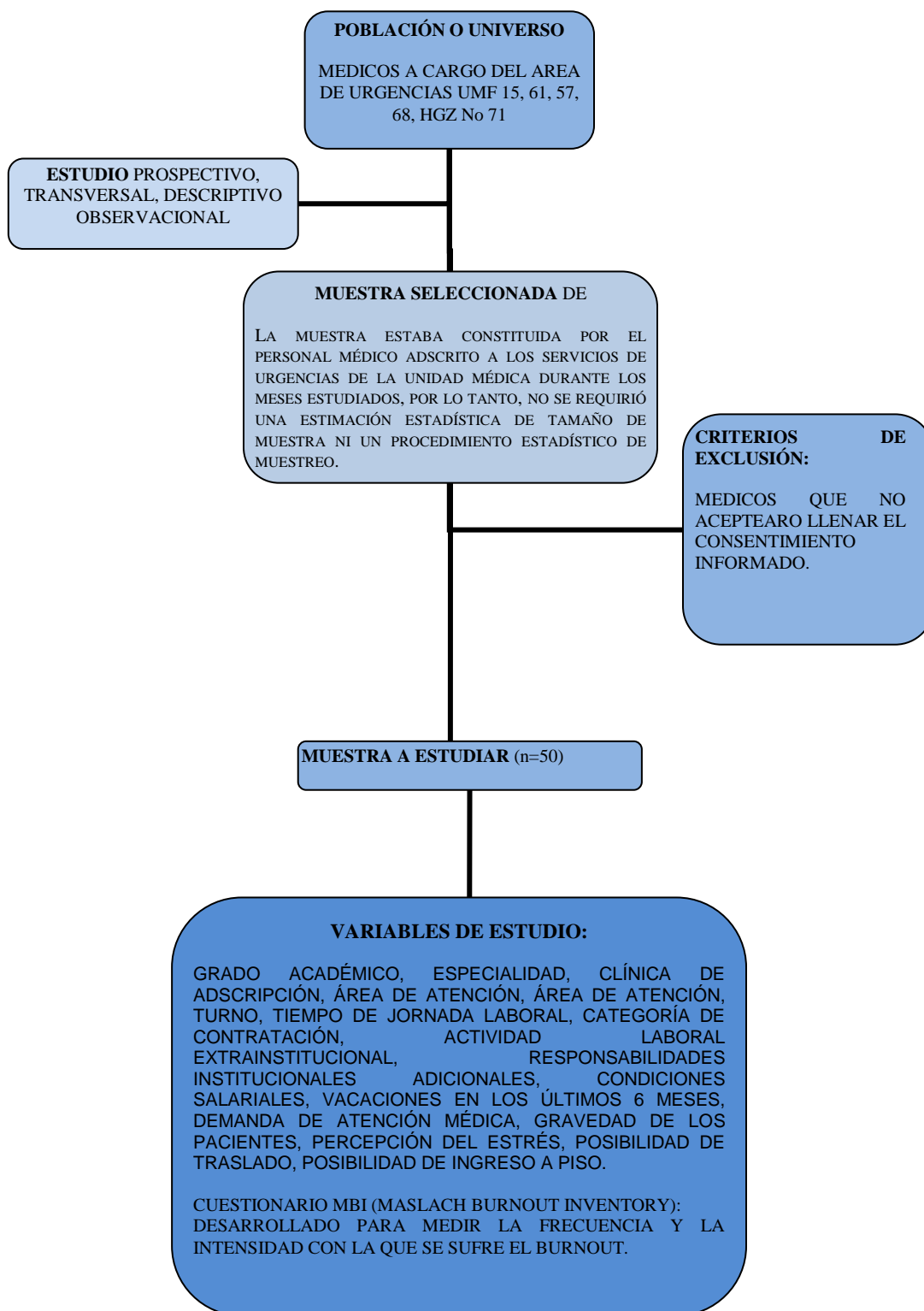
El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional despersonalización, realización personal. Con respecto a las Puntuaciones se consideran bajas por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54 (puntajes: alto ≥ 27 , medio 17 a 26 y bajo de 16 a 0);
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 items. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima. 30 ((puntajes: alto ≥ 14 , medio 9 a 13 y bajo de 8 a 0)

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 items. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal (puntajes: alto <30, medio 36 a 31 y bajo de 38 a 47). [13]

Se determina la presencia del síndrome de burnout con la afectación de una de las subescalas del inventario, ya sea en su nivel moderado o severo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



ELABORO: DRA RODRIGUEZ MURO SILVIA DEL CARMEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un Estudio prospectivo observacional en las unidades médicas familiares 15, 61, 57, 68 y en el hospital general de zona no.71. La muestra estuvo constituida por el personal médico adscrito a los servicios de urgencias de la unidad médica en los meses junio-julio 2013, por lo tanto, no se requirió de una estimación estadística de tamaño de muestra ni un procedimiento estadístico de muestreo. Los encuestados debieron de cumplir con el criterio de inclusión de estar adscrito al área de urgencias. Para la exclusión se tomó en cuenta la no aceptación de participación. Y fueron eliminados todos aquellos que no completaron el cuestionario. Se les entregó un formato de conocimiento informado, y el instrumento de recolección el cual incluye la ficha de identificación, así como las características dentro de las condiciones laborales siendo estas las variables estudiadas, se les aplicó el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), desarrollado para medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el burnout. Los cuestionarios se aplicaron por medio del médico residente.

Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo al total de médicos adscritos a la unidad este servicio durante los meses estudiados. La prueba utilizada para medir la presencia del síndrome de Burnout Inventory fue la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) [12]. Para el control de sesgos, la prueba se realizó en un lapso de 15 minutos de forma individual. Los sujetos fueron informados de que no necesitaban responder a una pregunta que no quisieran o que no supieran contestar. El examinador cito a cada participante: "Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente no es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta". Y no se le permitió discutir ninguna pregunta con el sujeto. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 95%. La estimación del riesgo se realizó con el cálculo de Odds ratios.

La presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico. Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del médico para participar y toda la información se manejó de forma confidencial explicando la posibilidad del anonimato y los fines de investigación.

El presente estudio tomó bajo consideración la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y fue aceptado por el comité local de investigación.



RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados del estudio “asociación de condiciones laborales de médicos adscritos a servicio de urgencias con síndrome de burnout”.

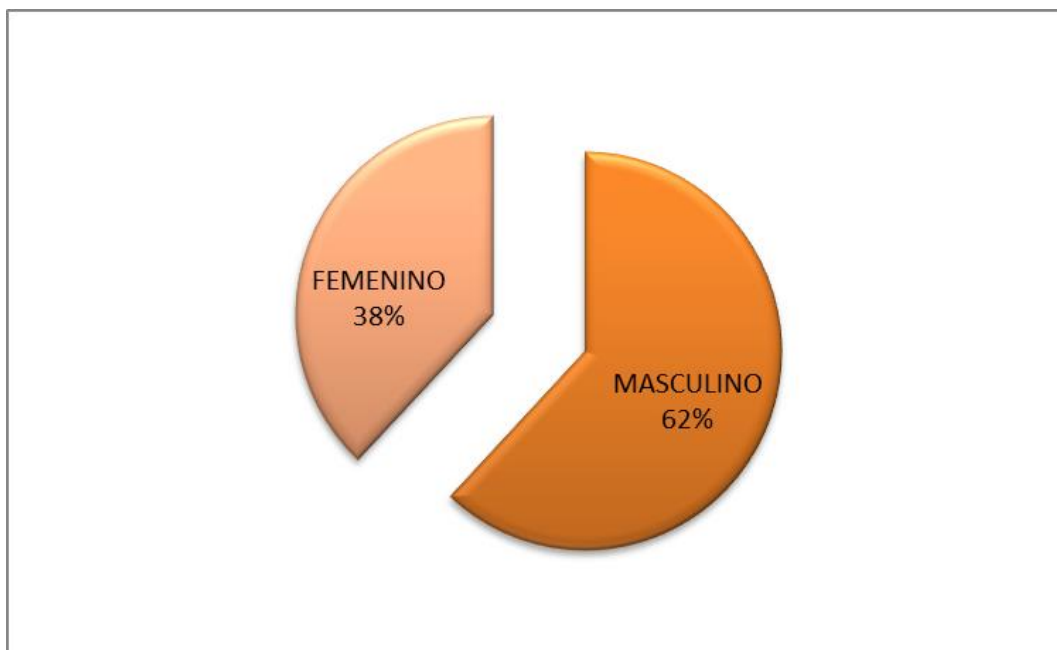


Figura 1.- Distribución del genero de los médicos del estudio.

Figura 1 Se puede observar que la mayoría de los médicos que entraron en el estudio son hombres.

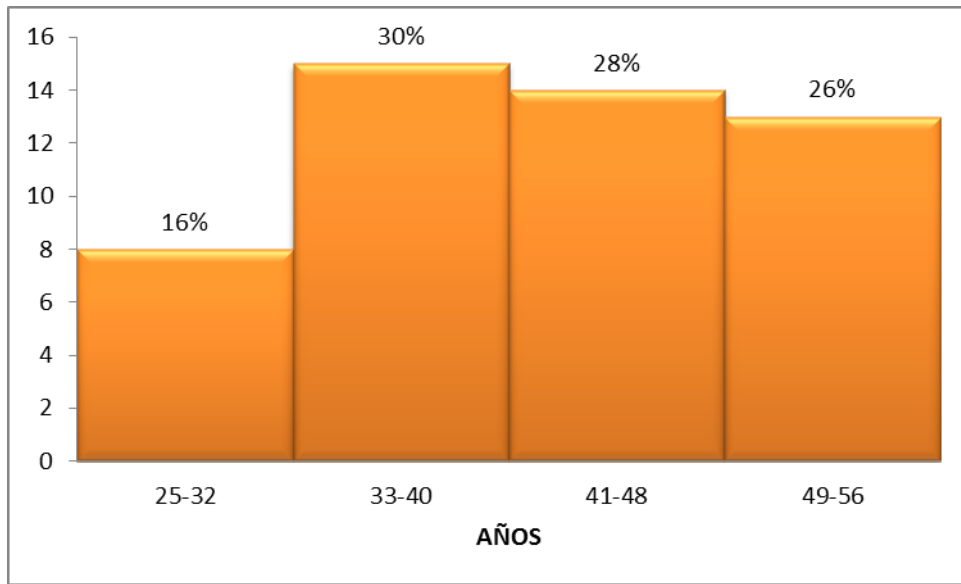


Figura 2.- Distribución de la edad de los médicos del estudio.

De acuerdo a la distribución de la edad en la figura 2 se puede observar un ligero predominio de doctores de 33 a 40 años y una minoría de 25 a 32 años.

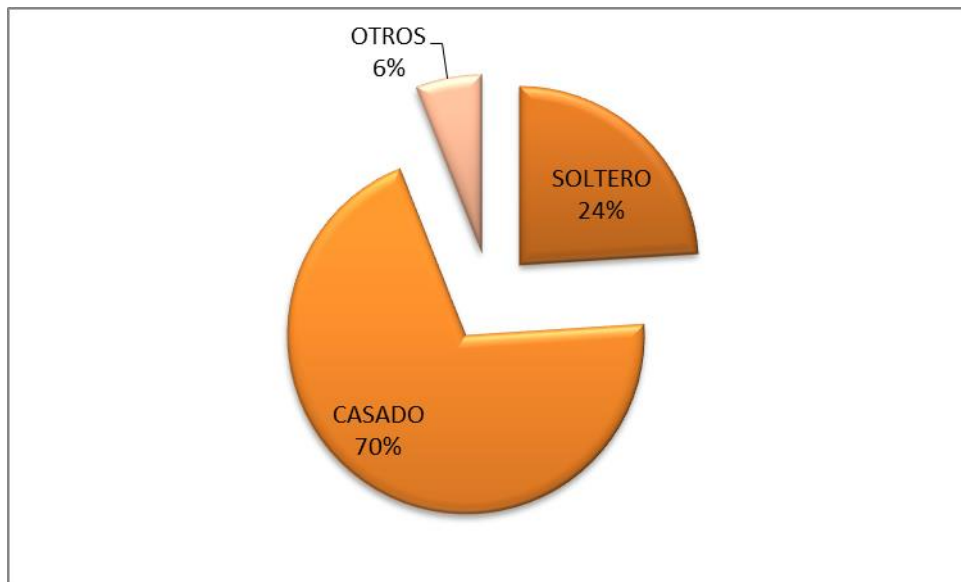


Figura 3.- Estado Civil de los médicos del estudio.

En la figura 3 se puede observar que la mayoría de los médicos que entraron en el estudio son casados.

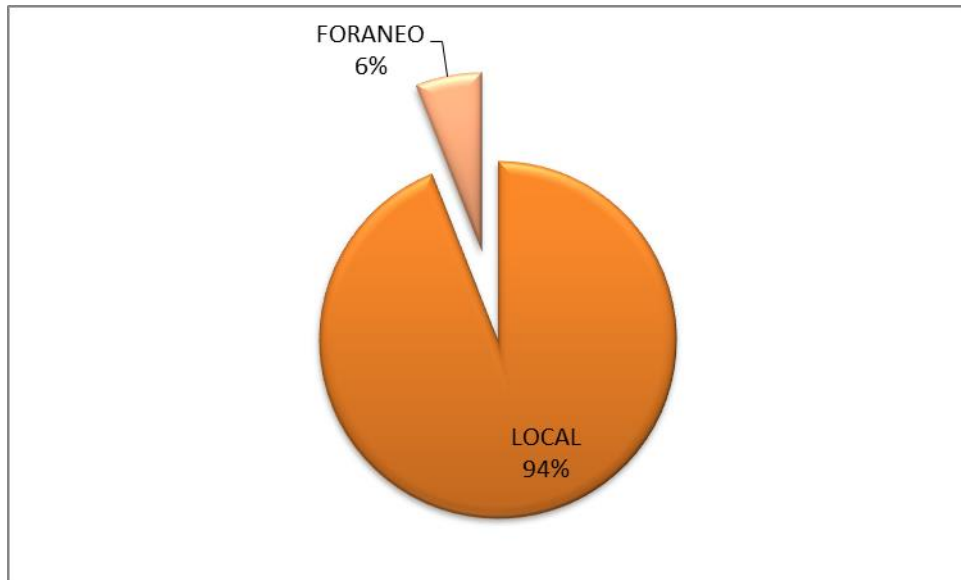


Figura 4.- Distribución del lugar de residencia de los médicos que participaron en el estudio.

Para el lugar de residencia se puede observar en la figura 4 que la gran mayoría no habitan en zonas foráneas.

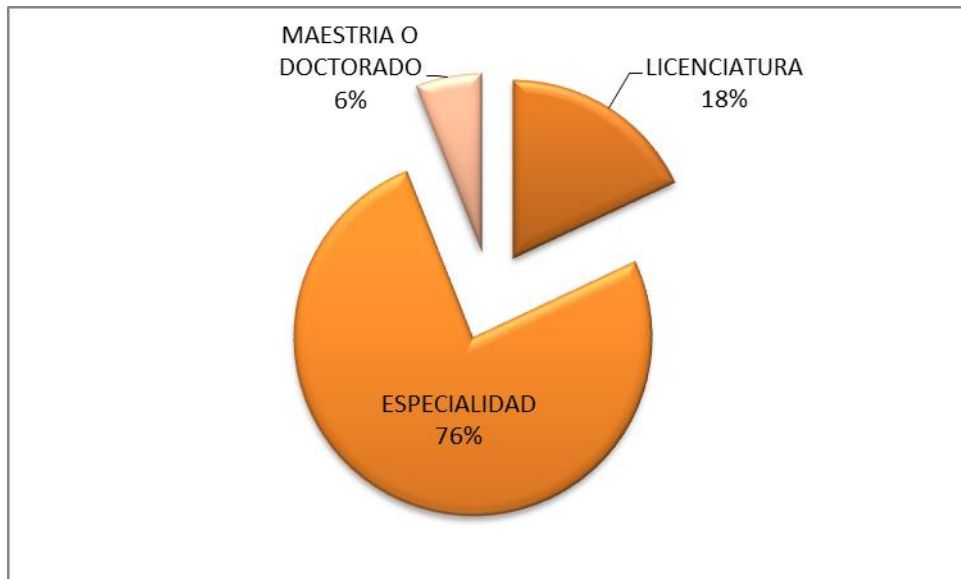


Figura 5.- Nivel Académico de los médicos que participaron en el estudio.

En relación al nivel académico en la figura 5 se puede observar que la mayoría de los médicos son especialistas. Una gran minoría tienen estudios de maestría y doctorado.

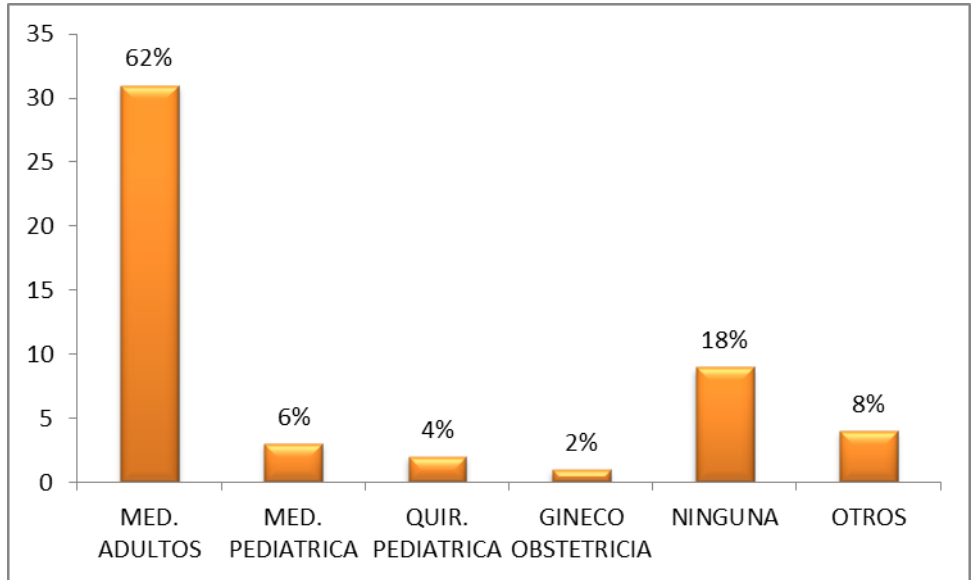


Figura 6.- Especialidad de los médicos que participaron en el estudio.

De acuerdo a la figura 6 se puede observar a la mayoría de los médicos especializados en medicina para adultos.

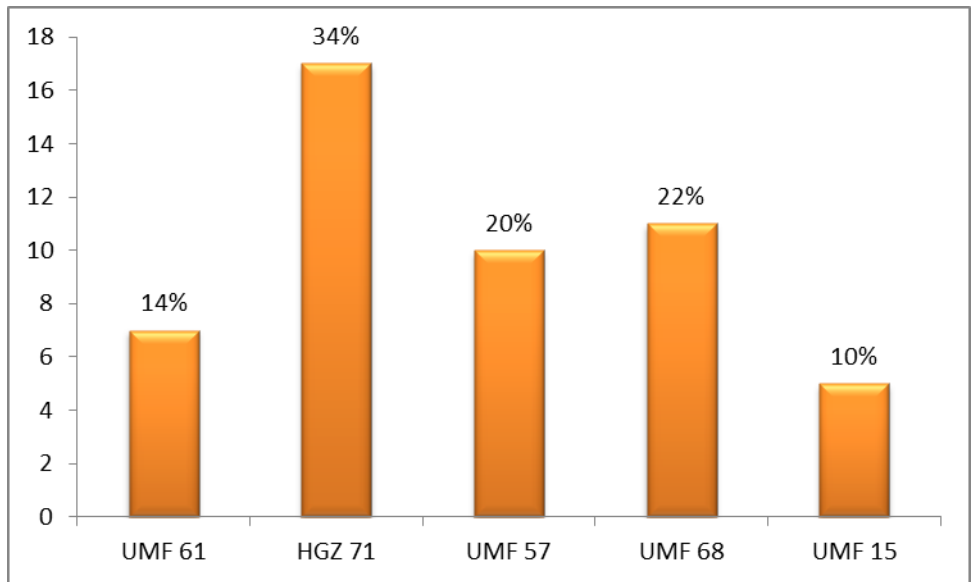


Figura 7.- Unidad de adscripción de los médicos que participaron en el estudio.

En la figura 7 se puede observar que predominaron los médicos del HGZ 71 esto es debido a que el hospital es mucho más grande que las UMFs.

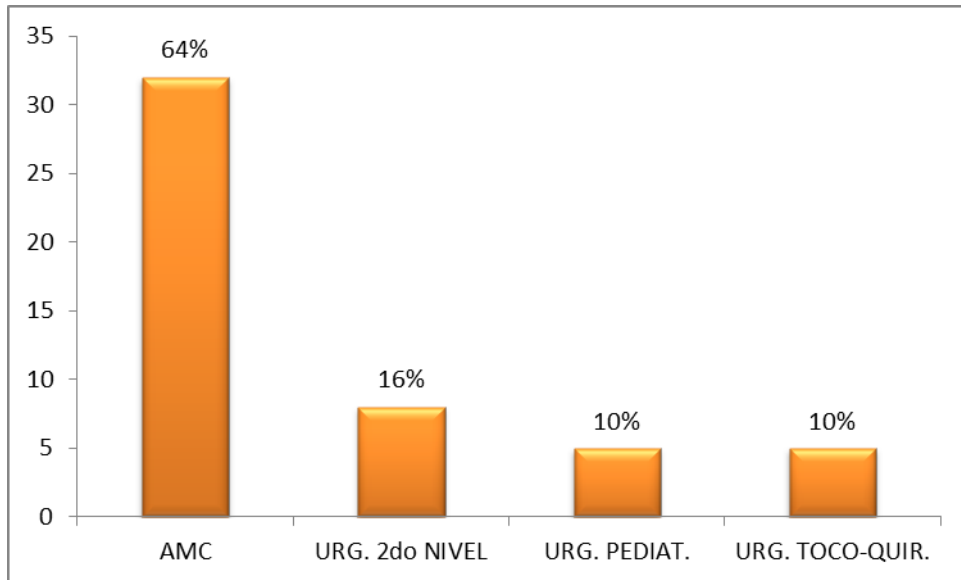


Figura 8.- Área de atención de los médicos participantes.

En la figura 8 se puede observar que la mayoría de los médicos participantes atienden atención médica continua, esto se debe a que se estudiaron 4 UMFs y solo 1 hospital.

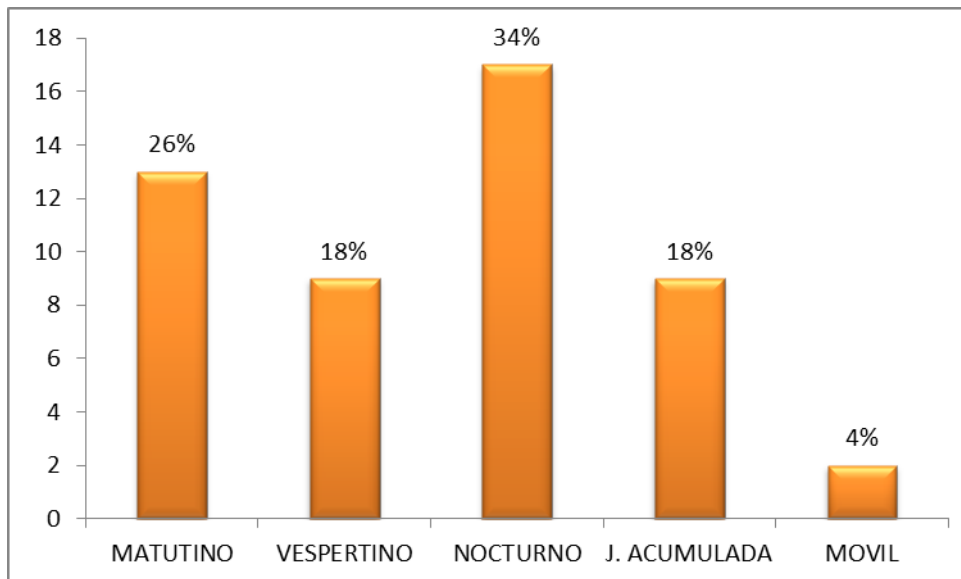


Figura 9.- Turno en el que laboran los médicos participantes.

En la figura 9 se puede observar que predominaron médicos del turno nocturno seguido por médicos del turno matutino.

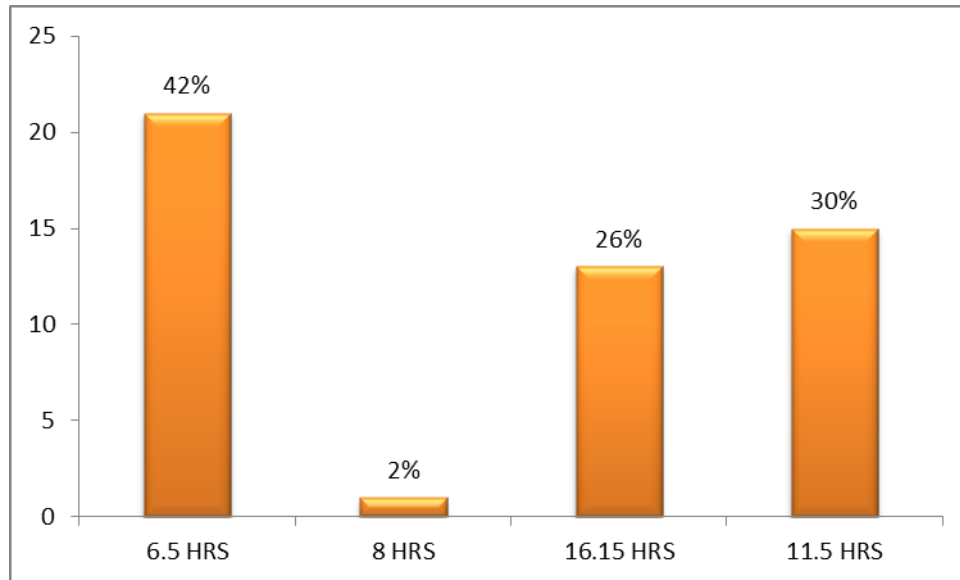


Figura 10.- Jornada de los médicos participantes.

De acuerdo a la figura 6 se puede observar que predominaron los médicos de jornadas de 6.5 hrs. Es interesante notar como solo se presentó un médico de 8 hrs.

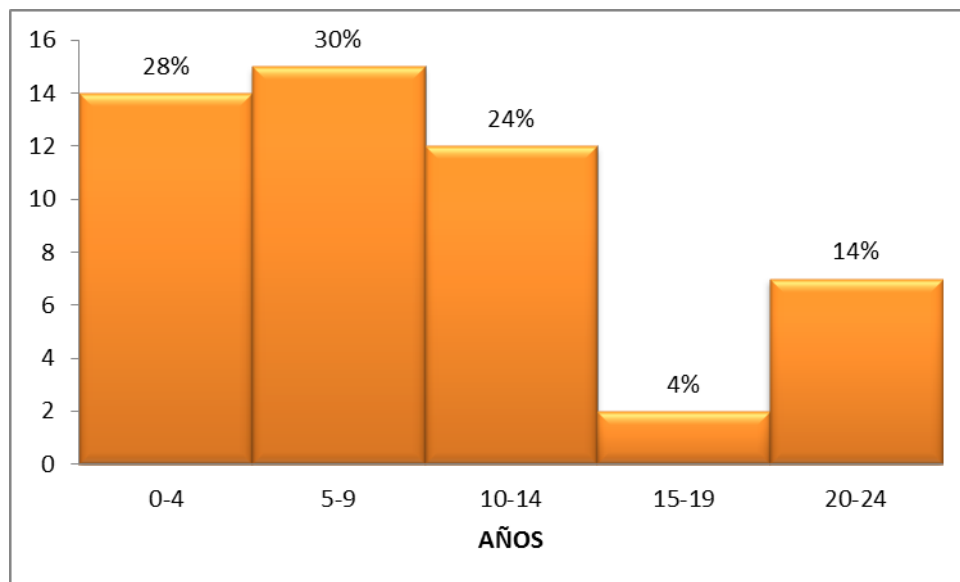


Figura 11.- Antigüedad laboral de los médicos participantes.

En la figura 11 se puede observar que más de la mitad de los médicos tienen menos de 9 años de antigüedad.

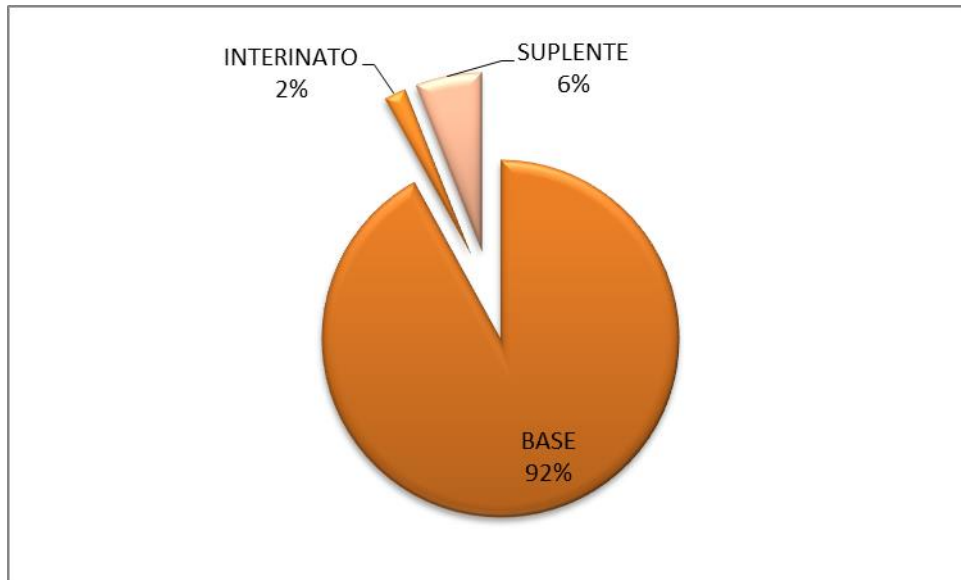


Figura 12.- Tipo de contratación en el que se desempeñan los médicos participantes.

En la figura 12 se puede observar que casi todos los médicos que participaron en el estudio son de base.

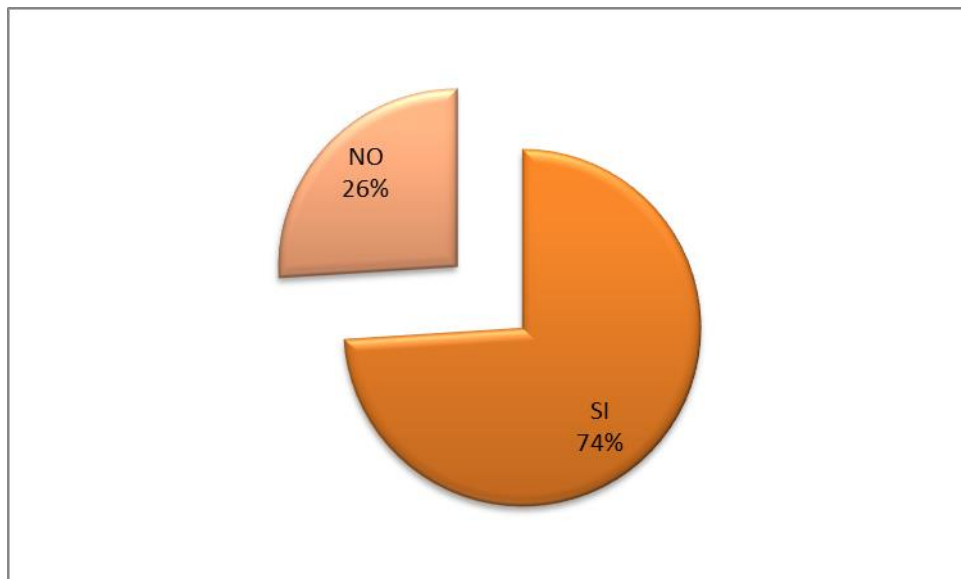


Figura 13.- Actividad extra-institucional que desempeñan los médicos participantes.

En la figura 13 se puede observar que la mayoría de los médicos que participaron en el estudio si desempeñan actividades extra-institucionales.

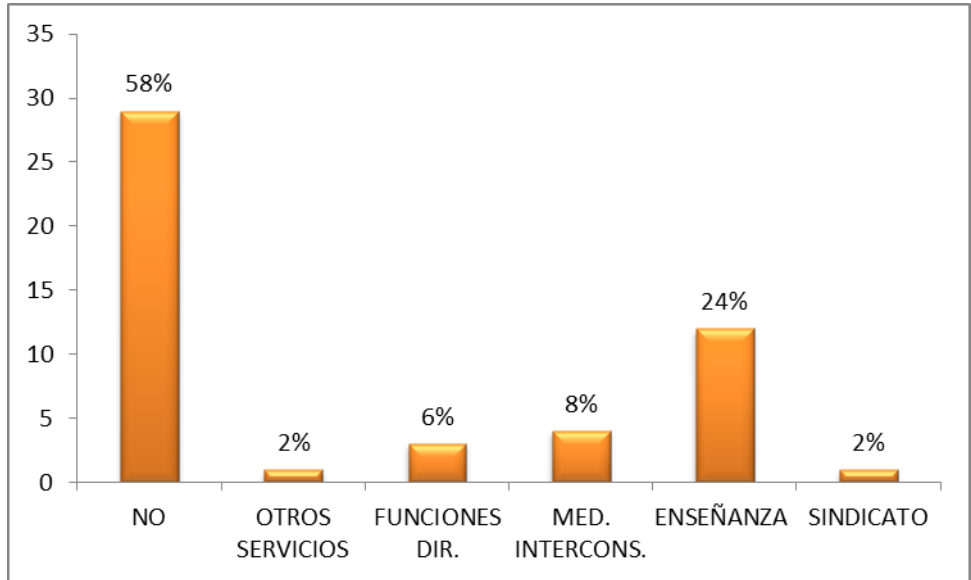


Figura 14.- Funciones Adicionales que desempeñan los médicos participantes.

Sin embargo en la figura 14 se puede observar que más de la mitad de los médicos no realizan funciones adicionales dentro del instituto. Por otro lado de los que si realizan, la mayoría son en enseñanza.

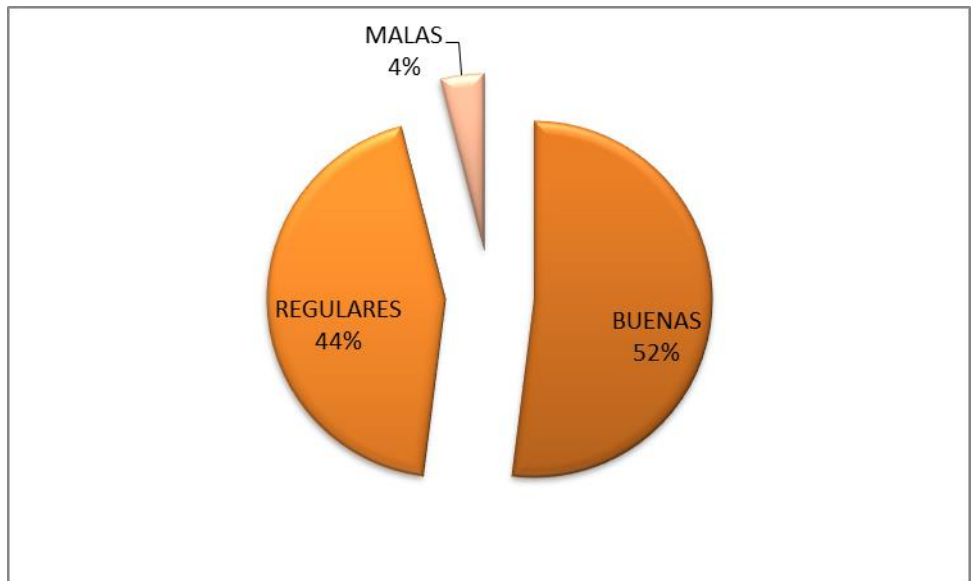


Figura 15.- Percepción de las condiciones salariales de los médicos.

De acuerdo a la percepción de los médicos en relación a sus condiciones salariales en la figura 15 se puede observar que más de la mitad percibe buenas condiciones salariales, solo una minoría considera que sus condiciones salariales son malas.

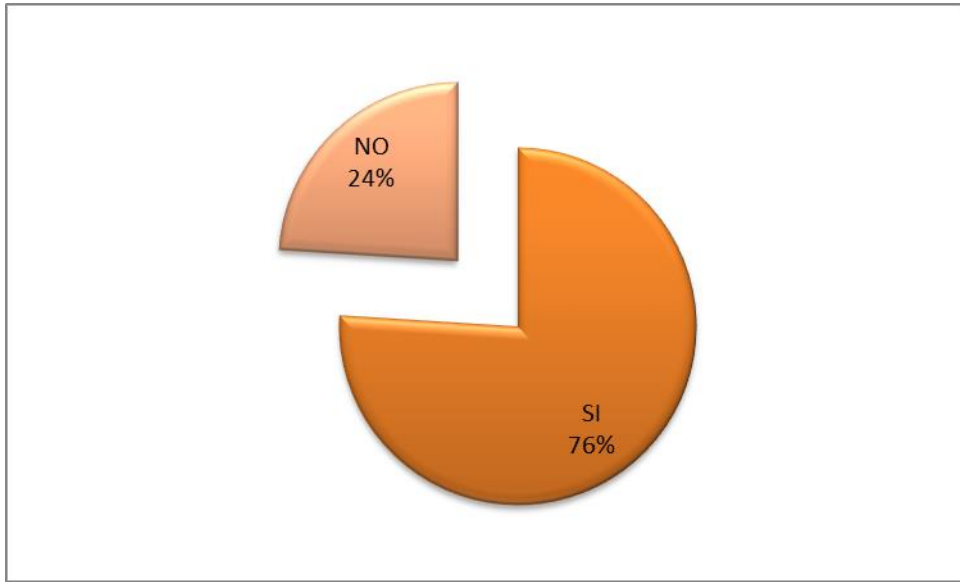


Figura 16.- Vacaciones de los últimos 6 meses de los médicos.

De acuerdo a la figura 16 se puede observar que la mayoría de los médicos salieron de vacaciones en los últimos 6 meses.

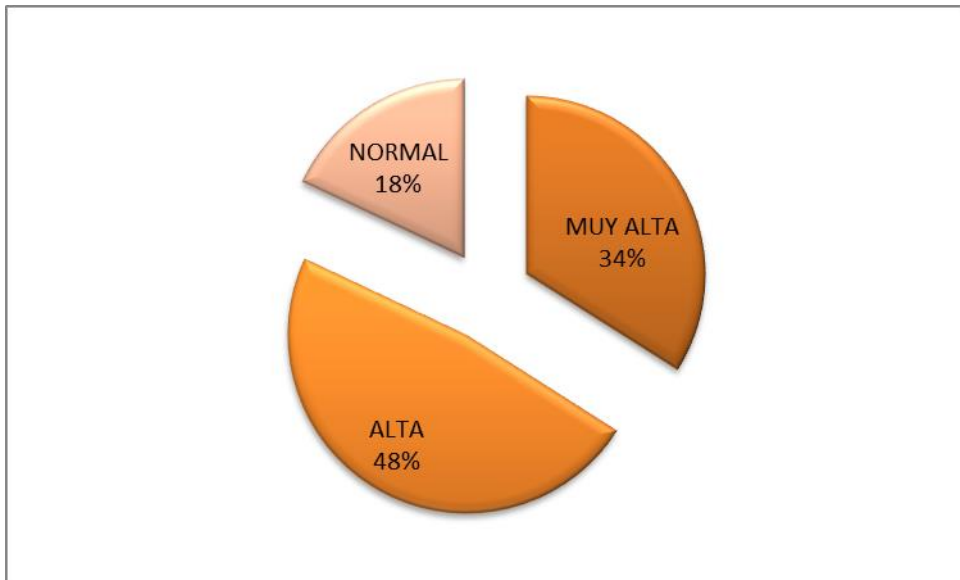


Figura 17.- Demanda de atención del servicio que se encuentran los médicos.

En la figura 17 se puede observar que una minoría de médicos mencionan que la demanda de su servicio es normal, casi la mitad de ellos considera que la demanda es alta.

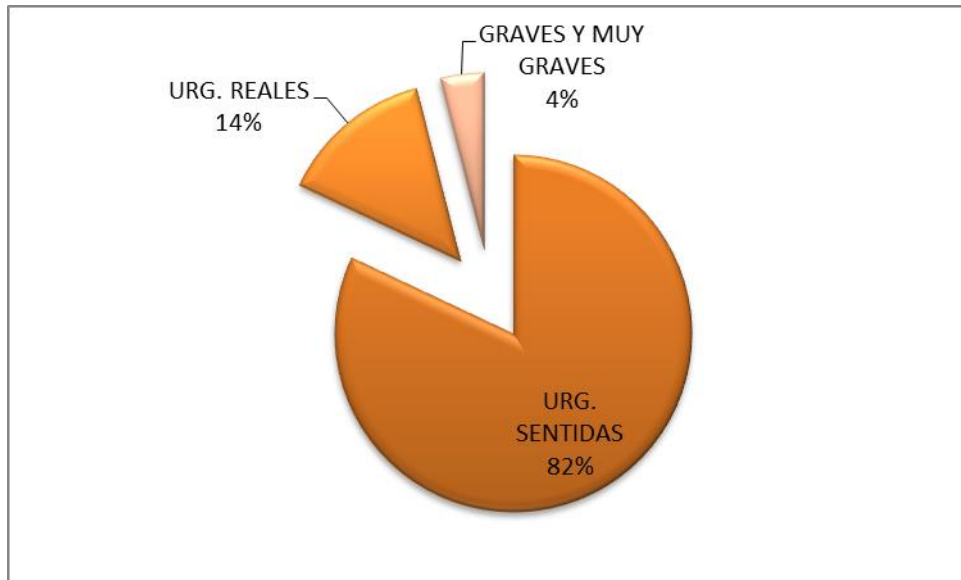


Figura 18.- Gravedad del paciente que atienden los médicos participantes.

De acuerdo a la figura 18 se puede observar como la mayoría de los médicos participantes comentan que la mayoría de las urgencias que atienden son urgencias sentidas. Solo 2 médicos consideran que atienden urgencias graves y muy graves.

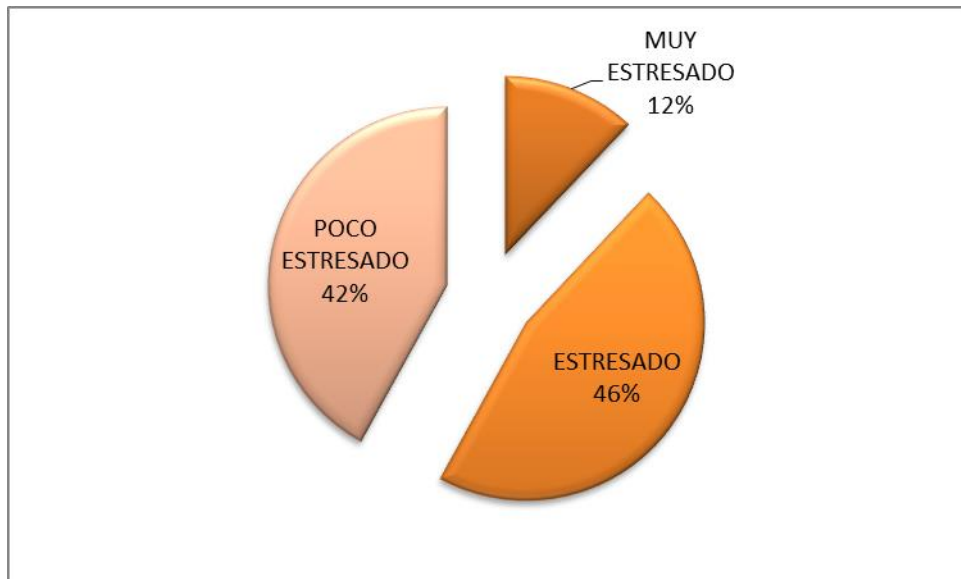


Figura 19.- Percepción del estrés de los médicos participantes.

En la figura 19 se puede observar que la minoría se consideran muy estresados en su servicio. No se observa gran diferencia entre los estresados y poco estresados.

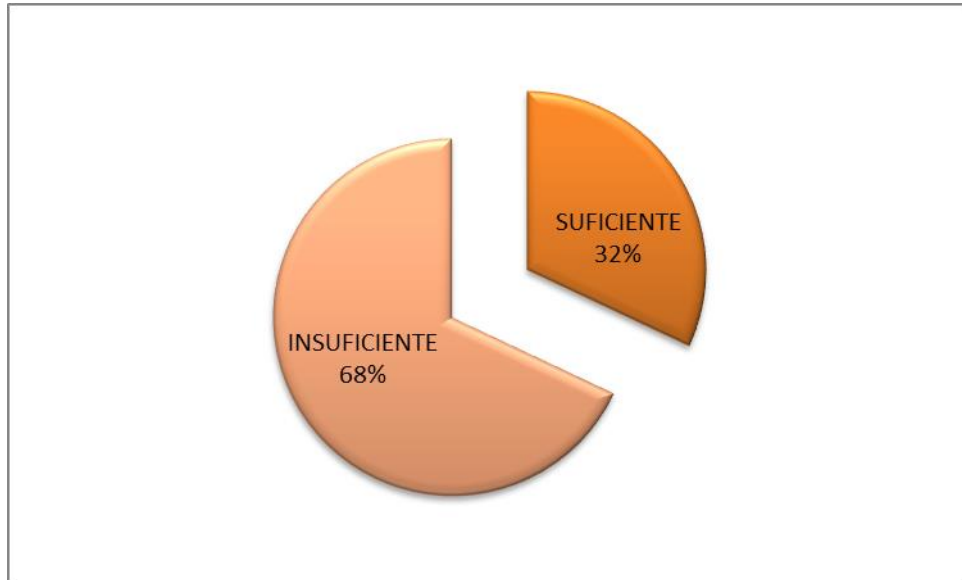


Figura 20.- Opinión hacia la cobertura de traslado.

En la figura 20 se puede observar que la mayoría de los médicos consideran que la cobertura de traslado es insuficiente.

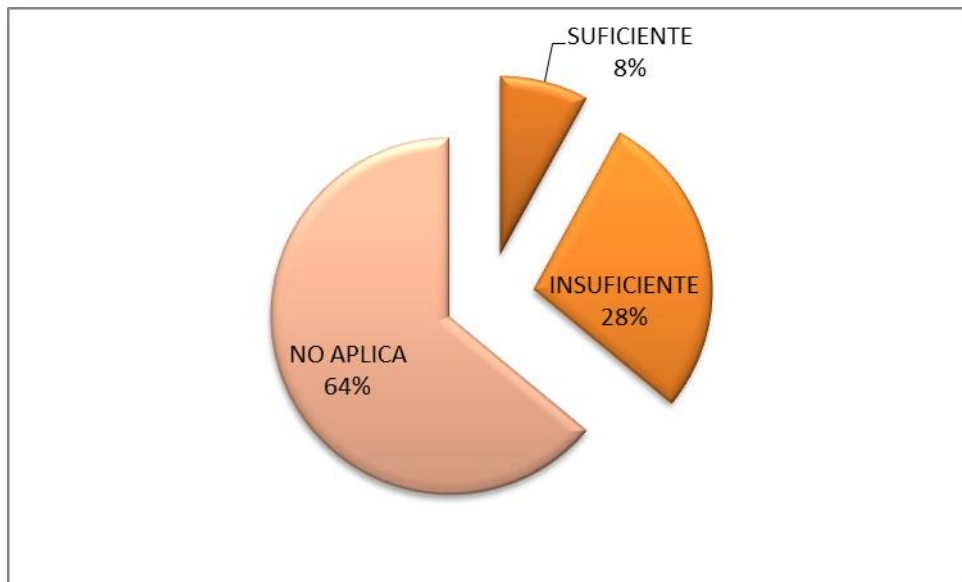


Figura 21.- Opinión hacia la cobertura de ingreso a piso.

En la figura 21 se puede observar que la mayoría de los médicos respondió que no aplica el ingreso a piso puesto que la mayoría son de UMF sin embargo los médicos de hospital consideran que la cobertura de ingreso a piso es insuficiente.

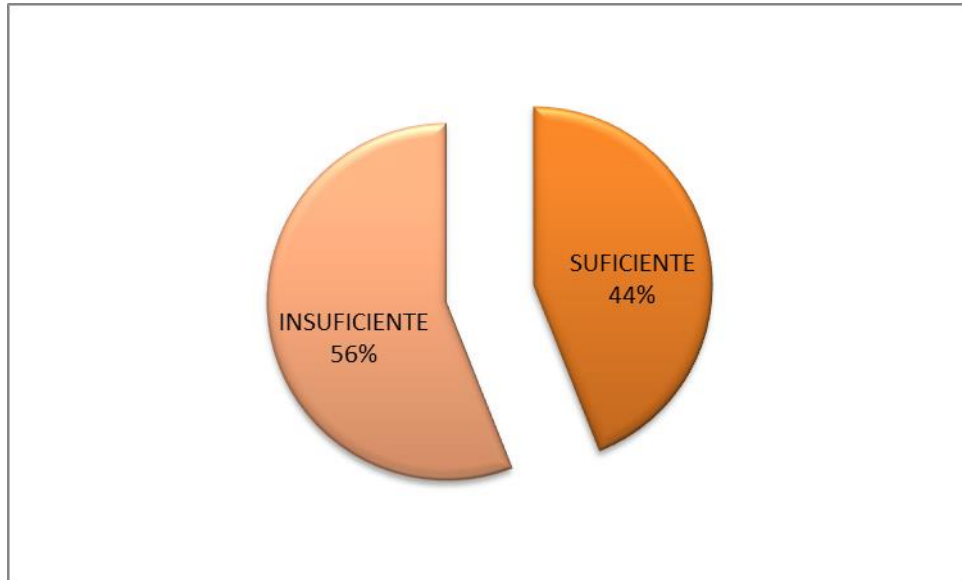


Figura 22.-Opinion hacia la infraestructura.

En la figura 22 se puede observar que más de la mitad de los médicos opina que la infraestructura de los servicios de urgencias es insuficiente.

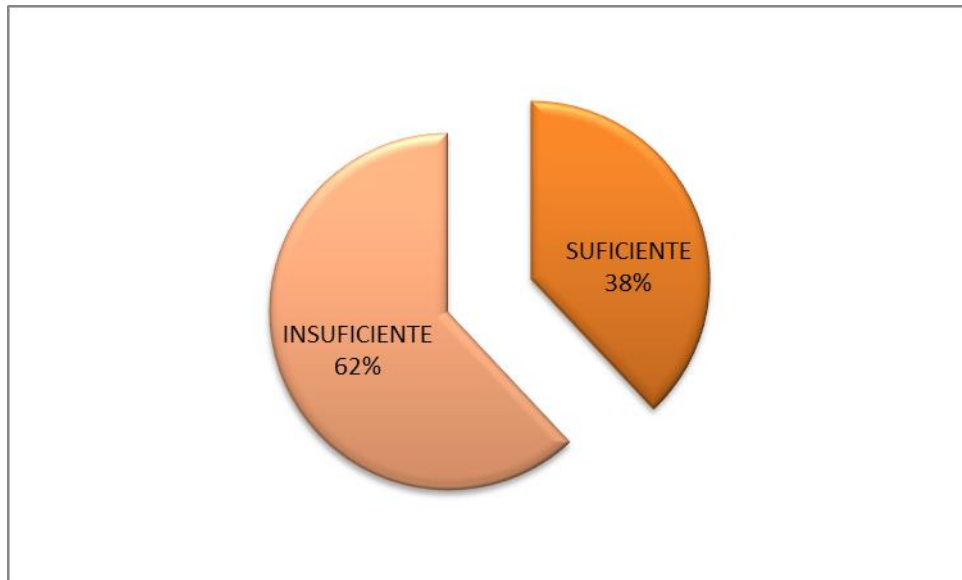


Figura 23.- Opinión hacia el abasto de medicamentos.

De la misma manera en la figura 23 se puede observar que la mayoría de los médicos considera que el abasto de medicamentos es insuficiente.

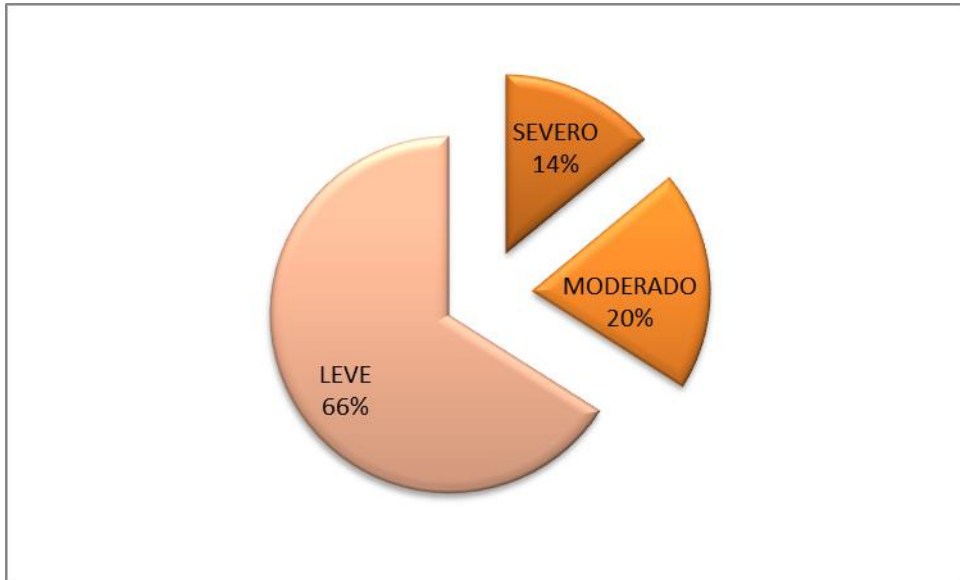


Figura 24.- Cansancio emocional de los médicos participantes.

En la figura 24 se puede observar que la mayoría de los médicos presenta un cansancio emocional leve de acuerdo al test de MBI.

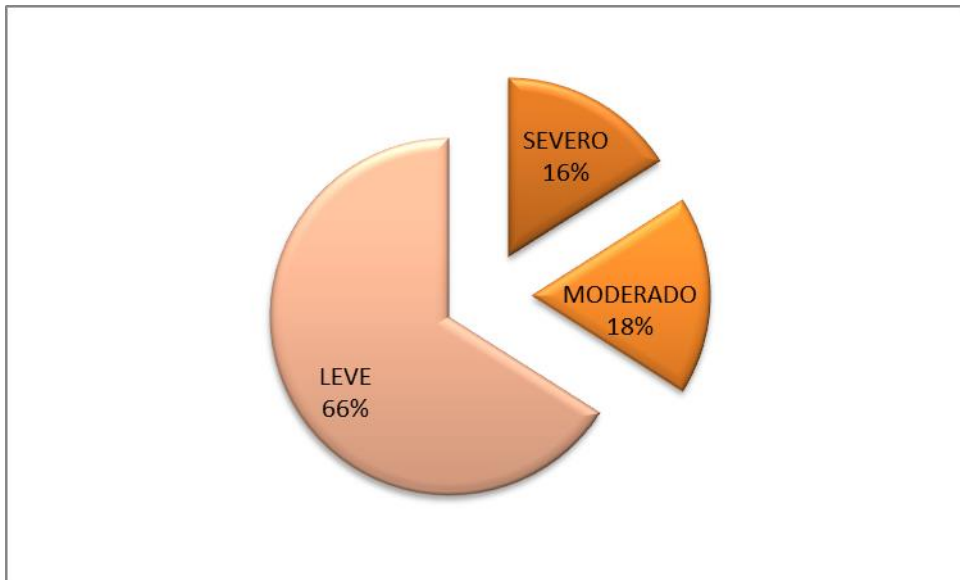


Figura 25.- Despersonalización de los médicos participantes

Similar sucede en la figura 25 con la despersonalización la mayoría se encuentra en leve.

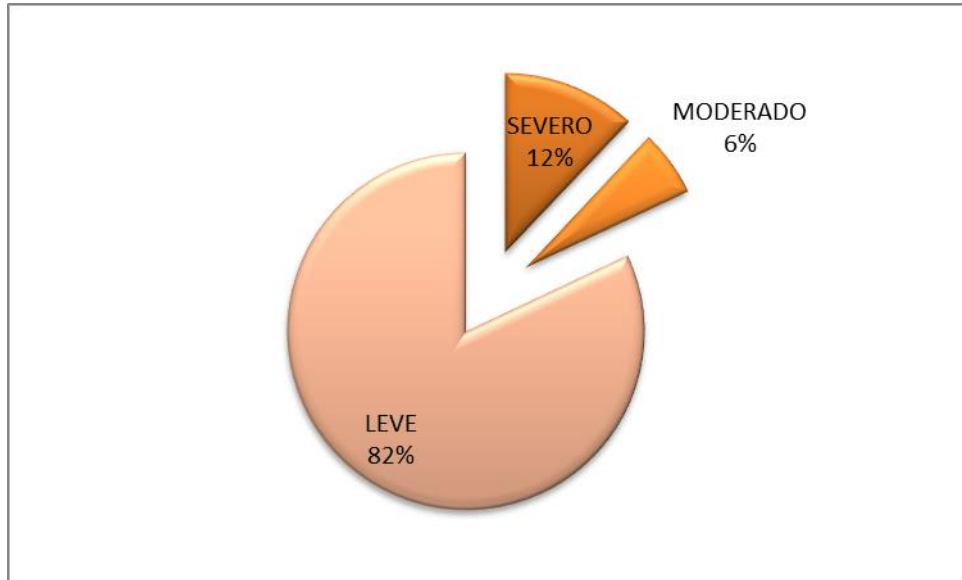


Figura 26.- Realización personal de los médicos participantes.

Lo mismo ocurre con la realización personal en la figura 26 se puede observar que la mayoría se encuentra en leve que en otras palabras es buena realización personal.

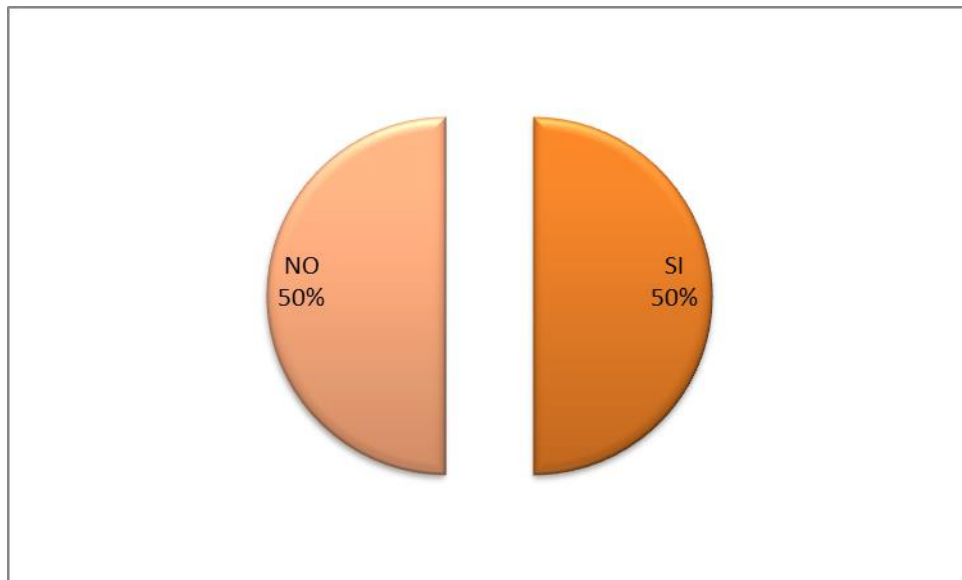


Figura 27.- Presencia de síndrome de Burnout de los médicos participantes.

De acuerdo al test de MBI en la figura 27 se puede observar una distribución simétrica en la presencia de síndrome de burnout, es decir, exactamente la mitad de los médicos participantes presentó este síndrome.

Residencia/ Burnout	Si	No	Valor “p” por la prueba exacta de Fisher.
Local	22	25	0.235
Foranea	3	0	

Tabla 1.- Asociación de lugar de residencia y síndrome de burnout

En la tabla 1 se puede observar que el síndrome de burnout no está asociado al lugar de residencia ($p > 0.05$).

Condiciones Generales y Laborales		Burnout		Valor de asociación de Cramer.
		Si	No	
Edo. Civil	Soltero	6	6	0.065
	Casado	19	16	
	Otros	0	3	
Nivel Académico	Licenciatura	4	5	0.009
	Especialidad	19	19	
	Maestría	2	1	
Condiciones Salariales	Buenas	11	15	0.026
	Regulares	13	9	
	Malas	1	1	
Demanda de Atención	Muy Alta	10	7	0.07
	Alta	13	11	
	Normal	2	7	
Gravedad del Paciente	Urgencias Sentidas	19	22	0.05
	Urgencias Reales	4	3	
	Graves y Muy Graves	2	0	
Oportunidad de ingreso a piso	Suficiente	2	2	0.008
	Insuficiente	8	6	
	No aplica	15	17	

Tabla 2.- Nivel de asociación de cramer de condiciones generales y laborales, y síndrome de burnout.

En la tabla 2 se puede observar que ninguno de los factores considerados en esta tabla está asociado al síndrome de burnout puesto que los valores de cramer son muy cercanos a cero, esto significa que el síndrome de burnout no depende del estado civil, del nivel académico, de la percepción en las condiciones salariales, etc.

Condiciones Generales y Laborales		Burnout		Valor "p" por la ji-cuadrada.
		Si	No	
Género	Masculino	17	14	0.381
	Femenino	8	11	
Actividades Laborales	Si	19	18	0.747
	No	6	7	
Vac. En los Últimos 6 meses	Si	22	16	0.047
	No	3	9	
Percepción de estrés	Muy estresado	5	1	0.022
	Estresado	14	9	
	Poco estresado	6	15	
Infraestructura	Suficiente	9	13	0.254
	Insuficiente	16	12	
Medicamentos	Suficiente	9	10	0.771
	Insuficiente	16	15	

Tabla 3.- Prueba ji-cuadrada para la asociación de las condiciones generales y laborales y síndrome burnout.

En la tabla 3 se puede observar que el síndrome de burnout está asociado únicamente a la percepción del estrés del médico ($p < 0.05$) y a que si este ha tenido vacaciones en los últimos 6 meses ($p < 0.05$), esto significa que el síndrome de burnout, para este grupo de médicos, depende directamente de estos dos factores, descartando así la dependencia del síndrome de burnout con los demás factores considerados en esta tabla ($p > 0.05$).

Factores asociados		Síndrome de burnout
Vacaciones en los últimos 6 meses		4.12
Percepción de Estrés.	Muy estresado vs estresado	3.2
	Muy estresado vs poco estresado	12.5
	Estresado vs poco estresado	3.8

Tabla 4.- OR de prevalencia de Síndrome de burnout por la presencia de los factores asociados.

En la tabla 4 se puede observar que es 4 veces más probable que un médico que disfrutó vacaciones en los últimos 6 meses presente síndrome de burnout a un médico que no haya salido de vacaciones en los últimos 6 meses. De igual manera se muestra que es casi 13 veces más probable que un médico muy estresado presente síndrome de burnout a un médico que este poco estresado.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

Este síndrome es la base de un número importante de quejas de los enfermos y de los profesionales de la salud y se ha demostrado que los médicos con niveles altos de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste. [1] Así mismo, la probabilidad estimada de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años es 65% mayor en el grupo de médicos con síndrome de burnout en comparación con médicos que no lo presentan. [14]

Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout reportadas por otros estudios realizados en México entre el personal médico van desde el 42.3%¹⁵ y 44%¹⁴ hasta 50%. Entre los trabajadores de la salud en Veracruz tiene una prevalencia de un 36.7%.

En esta investigación, la prevalencia del síndrome fue compatible con las cifras a nivel nacional, siendo de 50% siendo el cansancio emocional el área más afectada, seguida de la despersonalización.

Dentro de las variables estudiadas que demostraron asociación ($p < 0.05$) se encuentra el haber gozado de vacaciones en los últimos 6 meses, pudimos observar que es 4 veces más probable que un médico que disfrutó de vacaciones en los últimos 6 meses presente síndrome de burnout a un médico que no haya salido de vacaciones en los últimos 6 meses. De igual manera se muestra que es casi 13 veces más probable que un médico muy estresado presente síndrome de burnout a un médico que este poco estresado.

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz, el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés
- Recuperación mediante relajación y practica de algún deporte.
- Vuelta a la realidad, esto es en término de abandono de las ideas de perfección.

Si la manifestación del síndrome de burnout es grave las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia. [1]

Estrategias Individuales:

La obtención de algunas estrategias que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral.

Técnicas fisiológicas: orientadas a reducirla activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Entre otras técnicas para la relajación física, el control y el biofeedback (Guerrero- Vicente 2001). [3]

Técnicas conductuales:

El fin de estas técnicas es conseguir que la persona adquiera un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. [3]

Técnicas cognitivas:

Busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. (Guerrero Vicente 2001) [3]

Estrategias de intervención social

En estas se busca romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. Se ha demostrado que el apoyo social amortigua efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas. [3]

Estrategias de intervención organizacional

Estas dirigen a la modificación de aspectos disfuncionales en la estructura de la organización, la comunicación, la formación de los profesionales, los procesos de tomas de decisiones, el ambiente físico, los turnos, el reparto de tareas, etc.. Parkes (2001) afirma que es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas. [3]

En conclusión considero necesario implementar medidas que se enfoquen en la disminución del cansancio emocional y del estrés mismas que pueden ser de forma individual o grupal, con apoyo multidisciplinario teniendo siempre en cuenta que el beneficio será proporcional tanto a nivel individual, institucional, proyectándose en en la salud de los pacientes, trabajadores y por lo tanto con una connotación positiva en la Sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raúl Carrillo- Esper, Karla Gomez Hernandez, Isis Espinoza de los Monteros Estrada. "Síndrome de burnout en la práctica médica "Med Int Mex 2012; 28(6):579-584
2. Adriana Maria Alvarez, Dra. Maria Lourdes Arce, Dra. Alejandra Elizabet Barrios, Dr. Antonio Rafael Sanchez de Coll. "Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes". Revista de posgrado de la via cathedra de medicina No 141 enero 2005 pag 27-30
3. Eloisa Guerrero Barona, Jesus Carlos Rubio Jimenez. "Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo". Salud Mental col 28 No. 5 octubre 2005
4. Armand Grau, Daniel Flichtntrei, Rosa Suñer, Maria Prats, Florencia Braga. Influencia de Factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007)". Rev esp. Salud publica 2009; 83:215-230
5. Carolina Aranda Beltran, Manuel Pando Moreno, Jose G. Salazar Estrada, Teresa M Torres Lopez, Maria Guadalupe Aldrente Rodriguez, Maria Berenice Perez Reyes. "Factores Psicosociales laborales y síndrome de burnout en médicos del primer nivel de atención". Investigacion en Salud Vol. VI Numero 1 Abril 2004
6. Luis Pereda- Torales, Felix Guillermo Marquez Celedonio, Maria Teresa Hoyos Vazquez, Marco Ismael Yañez Zamora. "Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico". Salud Mental 2009; 32: 399-404
7. Mendoza Fidel Gonzalez Mauricio, Ma. Rosa Aguilar y Meza. Desgaste profesional y calidad de vida en trabajadores de promoción a la salud. Veracruz 2011
8. Heather A. Mc Phillips, Mph. Bonita Stanton. MD, Barry Zuckerman. MD, and F.Bruden Stapleton. MD Role of a pediatric Department chair: Factors leading to satisfaction and bournout. The journal of pediatrics . October 2007
9. Reynaldo Ermin Cetina-Tabares, Armando Gonzalo Chan-Canul, luis Sandoval-Jurado. "Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste

profesional en médicos familiares”. Rev med. Inst mex seguro soc 2006; 44 (6): 535-540

10. Dorte Kjeldmand, GP, Inger Hobmstrøm. “Balint Groups as a Means to increase Job Satisfaction and prevent Burnout Among General Practitioners”. Annals of family medicine, vol 6 no. 2 march/april 2008
11. Horacio Tovalín Ahumada, Pedro Gil Monte, Rubén Marroquín Segura, Sara Onda-Rojas, Marlene Rodríguez-Martínez, Jorge Sandoval Ocaña. “Riesgo cardiovascular y síndrome de burnout en trabajadores mexicanos”. Revista de salud en el trabajo, año 2012 octubre-enero vol.4 No 10
12. Garces de Los Fayos, López, Soler y García Montalvo 1997
13. Tejero González, C. M., Fernández Díaz, M. J. y Carballo Santaolalla, R. medición y Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en la dirección escolar
14. Zavala-González Marco Antonio, Posada Arevalo Sergio Eduardo, Jiménez- Mayo Oscar, López Mendez Reyna Leonor, Pedrero- Ramírez Lucía Guadalupe, Prez-Arias María Beatriz. “Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica de Tabasco, México”. Rev Med UV, Julio- Diciembre 2011
15. Moreno Jiménez B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez Carvajal, R y Morante Benadero, M. E. “El Burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes”. rev. ansiedad y estrés 2005 11(1), 87-100. ISSN 1134-79

ANEXOS

SINDROME DE BURNOUT Y CONDICIONES LABORALES EN MÉDICOS DE URGENCIAS

Cuestionario de recolección de datos

IDENTIFICACIÓN

Nombre (Opcional)			
Teléfono		Folio:	Fecha:

DATOS DEMOGRÁFICOS

Género:	Masculino	Femenino	
Edad:			
Estado civil:	Soltero	Casado	Otros:
Residencia:	Local	Foráneo	Anotar:

CARACTERÍSTICAS LABORALES

Grado académico	Licenciaturas	Especialidad	Maestría o doctorado
Especialidad:	Médica (Adultos) (A):	Médica (Pediátrica) (A):	Quirúrgica (adultos) (A):
	Ginecoobstetricia (A):	Ninguna	Quirúrgica (pediátrica) (A):
Adscripción:			
Área de atención:	Atención médica continua	Urgencias adultos (Hospital 2º Nivel)	Urgencias adultos (Hospital 3er Nivel)
	Urgencias pediátricas (Hospital 2º Nivel)	Urgencias quirúrgicas (Hospital 2º Nivel)	Urgencias quirúrgicas (Hospital 3er Nivel)
	Urgencias toco-quirúrgicas		
Turno	Matutino	Vespertino	Nocturno
	Jornada acumulada	Móvil	
Tiempo de jornada laboral	6.5	8.0	JA (16.0)
Antigüedad laboral:		Antigüedad en servicio de urgencias:	
Categoría de contratación	Confianza (01)	Base definitiva (02)	Interinato (02)
	Suplente (08)		
Actividad laboral extrainstitucional	Si Horas:	Otra institución Área:	Consultorio privado
	No		
Responsabilidades institucionales adicionales	Atención médica otros servicios	Funciones directivas	Médico interconsultante
	Enseñanza		
Condiciones salariales	Buenas	Regulares	Malas
¿Vacaciones en los últimos 6 meses?		Si	No
Demanda de atención médica	Muy alta (más de 4 pacientes/hora)	Alta (Promedio 4 pacientes/hora)	Normal (Promedio 3 pacientes/hora)
	Escasa (Uno o 2 pacientes / hora)		
Gravedad de los pacientes	Mayoritariamente urgencias sentidas	Mayoritariamente urgencias reales	Pacientes graves y muy graves
Percepción del estrés	Muy estresado	Estresado	Poco estresado
Posibilidad de traslado	Suficiente	Insuficiente	
Posibilidad de Ingreso a Piso	Suficiente	Insuficiente	

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

(Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; 1986) (Seisedos, 1997)

			NUNCA	ALGUNA VEZ AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS	ALGUNAS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	VARIAS VECES A LA SEMANA	DIARIAMENTE
			0	1	2	3	4	5	6
1	E E	DEBIDO A MI TRABAJO ME SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO.							
2	E E	AL FINAL DE LA JORNADA ME SIENTO AGOTADO.							
3	E E	ME ENCUENTRO CANSADO CUANDO ME LEVANTO POR LAS MAÑANAS Y TENGO QUE ENFRENTARME A OTRO DÍA DE TRABAJO.							
4	P A	PUEDO ENTENDER CON FACILIDAD LO QUE PIENSAN MIS PACIENTES.							
5	D	CREO QUE TRATO A ALGUNOS PACIENTES COMO SI FUERAN							

		OBJETOS.							
6	E E	TRABAJAR CON PACIENTES TODOS LOS DÍAS ES UNA TENSIÓN PARA MÍ.							
7	P A	ME ENFRENTO MUY BIEN CON LOS PROBLEMAS QUE ME PRESENTAN MIS PACIENTES.							
8	E E	ME SIENTO "QUEMADO Ó DESGASTADO POR EL TRABAJO.							
9	P A	SIENTO QUE MEDIANTE MI TRABAJO ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE EN LA VIDA DE OTROS.							
1 0	D	CREO QUE TENGO UN COMPORTAMIENTO MÁS INSENSIBLE CON LA GENTE DESDE QUE HAGO ESTE TRABAJO.							
1 1	D	ME PREOCUPA QUE ESTE TRABAJO ME ESTÉ ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE.							
1 2	P A	ME ENCUENTRO CON MUCHA VITALIDAD.							
1	E	ME SIENTO FRUSTRADO							

3	E	POR MI TRABAJO.							
1 4	E E	SIENTO QUE ESTOY HACIENDO UN TRABAJO DEMASIADO DURO.							
1 5	D	REALMENTE NO ME IMPORTA LO QUE LES OCURRIRÁ A ALGUNOS DE LOS PACIENTES A LOS QUE TENGO QUE ATENDER.							
1 6	E E	TRABAJAR EN CONTACTO DIRECTO CON LOS PACIENTES ME PRODUCE BASTANTE ESTRÉS.							
1 7	P A	TENGO FACILIDAD PARA CREAR UNA ATMÓSFERA RELAJADA A MIS PACIENTES.							
1 8	P A	ME ENCUENTRO ANIMADO DESPUÉS DE TRABAJAR JUNTO CON LOS PACIENTES.							
1 9	P A	HE REALIZADO MUCHAS COSAS QUE MERECE LA PENA EN ESTE TRABAJO.							
2 0	E E	EN EL TRABAJO SIENTO QUE ESTOY AL LÍMITE DE MIS POSIBILIDADES.							

2 1	P A	SIENTO QUE SE TRATAR DE FORMA ADECUADA LOS PROBLEMAS EMOCIONALES EN EL TRABAJO.							
2 2	D	SIENTO QUE LOS PACIENTES ME CULPAN DE ALGUNOS DE SUS PROBLEMAS.							



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"ASOCIACIÓN DE CONDICIONES LABORALES DE MEDICOS ADSCRITOS A SERVICIOS DE URGENCIAS Y SINDROME DE BURNOUT"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 61 VERACRUZ, VERCARUZ / / 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación existente entre las condiciones laborales de los médicos adscritos a servicios de urgencias y síndrome de burnout
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario MBI y Recolección de variables socio demográficas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificación del síndrome de Burnout (valoración del grado de cansancio emocional, despersonalización, realización personal,) y modificación de conductas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Medidas preventivas
Participación o retiro:	No se obligará a ningún médico a participar en el mismo
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del individuo
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

