

Desgaste profesional, calidad de vida y autocuidado en médicos residentes de la unidad medico familiar no. 57

Rosa María García Vázquez¹, Itzel Gutiérrez Gabriel², Néstor Anzaldo Vera³

¹Instituto mexicano del seguro social IMSS, Departamento enseñanza, Margaritas, Puebla.

²Medicina Familiar U.M.F. 57.

³Medicina Familiar o8 IMSS.

Resumen

El desgaste emocional, también llamado burnout y la calidad de vida profesional son manifestaciones poco estudiadas en médicos residentes y sus consecuencias se desconocen. Para abordar lo anterior se realizó un estudio descriptivo relacional, observacional, transversal, prospectivo, con médicos residentes de la especialidad de medicina familiar adscritos en la UMF 57 dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.57 del IMSS, en la Ciudad de Puebla, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 30 septiembre del 2019. Se aplicó, el instrumento Malach Burnout Inventory, CVP-35, encuesta confeccionada en base al Test de Autoevaluación que se encuentra anexado en la "Guía de Universidades Saludables" (2006) y a la "Encuesta de Calidad de Vida" (2006). Indagando conjuntamente la calidad de vida y el autocuidado, en la misma muestra. Los resultados muestran en desgaste Profesional el mayor porcentaje tiene realización personal 41.3% (26) y el 58.7% (37) tiene agotamiento. En Calidad de vida profesional se observó un mayor porcentaje 60.3% (38) como bastante buena, muy buena 28.6% (18). Autocuidado se concluye que el nivel es bueno en un 65.1% (41), 33.3% (21) muy bueno y regular 1.6% (1). Los resultados anteriores permiten mencionar de forma general, que, la calidad de vida profesional está relacionada al desgaste profesional que presentan los integrantes de la muestra, sin embargo, el autocuidado de los residentes no está relacionado al desgaste profesional.

Abstract

The burnout and quality of life are manifestations little studied in resident physicians and their consequences are unknown. Methods: descriptive relational, observational, cross-sectional, prospective study. It was carried out with resident family medicine physicians assigned to the UMF.57 within the facilities of the Family Medicine Unit No.57 of the IMSS, in the City of Puebla, in the period from May 1 to September 30, 2019 The Malach Burnout Inventory instrument, CVP-35, was applied, a survey made on the basis of the Self-evaluation Test that is attached in the "Healthy Universities Guide" (2006) and the "Quality of Life Survey" (2006). The results show in Professional burnout the highest percentage has personal fulfillment 41.3% (26) and 58.7% (37) have exhaustion. In Quality of professional life, a higher percentage 60.3% (38) was observed as quite good, very good 28.6% (18). Self-care, it is concluded that the level is good in 65.1% (41), 33.3% (21), very good and 1.6% (1) regular. The previous results allow to mention in a general way that the quality of professional life is related to the professional burnout presented by the members of the sample, however, the self-care of the residents is not related to professional burnout.

Palabras claves: Desgaste profesional, calidad de vida, autocuidado.

Keywords: professional burnout, quality of life, self-care.

1. INTRODUCCIÓN

El estrés laboral es causa frecuente de alteraciones en la salud y en el bienestar. Los factores responsables provienen del entorno como de los modos de producción, lo cual incluye a la propia organización. Burnout significa quemado, agotado, sobrecargado, exhausto; Burnout es la palabra que se ha designado al síndrome de desgaste profesional trastorno adaptativo crónico que disminuye la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en el desempeño de su actividad profesional, se desarrolla de manera progresiva y constante, por lo que es visto como un trastorno adaptativo crónico.

Los factores de riesgo que se asocian a este síndrome son: ambiente laboral inadecuado, sexo femenino, personas jóvenes, personas solteras, turnos laborales prolongados y rasgos de personalidad relacionados con el idealismo y expectativas altruistas exageradas, deseos de prestigio e ingresos. Otros trastornos psiquiátricos tales como depresión, ansiedad, alcoholismo y farmacodependencia; las consecuencias directas del síndrome son el ausentismo, dificultad para trabajar en equipo, disminución de satisfacción general, movilidad laboral y, en el caso de los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar, además, baja significativa en los niveles de calidad en la atención médica por despersonalización y pobre rendimiento.

Complementando lo anterior al señalar que el desgaste profesional se relaciona con la calidad de vida, considerada como la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. La Calidad de vida profesional se describe como la satisfacción y bienestar en la productividad laboral; respecto al desempeño psicológico, socio profesional, adaptación a cambios en el ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización.

El desgaste profesional y la calidad de vida se vinculan con el autocuidado.

La palabra Autocuidado tiene su origen en la salud pública expresándose como aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el objetivo de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.

Exponerse a los retos, a las obligaciones profesionales, experiencias, requieren carácter de cuidado por ser seres vulnerables.

Los 3 referentes anteriores, el desgaste profesional, calidad de vida y autocuidado son importantes para los Médicos que se encuentra cursando una especialidad médica. La residencia médica es una etapa de gran exigencia y presión sobre el médico en formación.

Es por lo antes mencionado se considera oportuno e importante abordar el tema de desgaste profesional (Burnout), en el entendido que los médicos residentes constituyen un grupo de riesgo elevado para presentar síndrome de desgaste profesional y la profesión y el posgrado que cursan no los vuelve inmunes a padecer Burnout, son seres humanos como cualquiera otro que colabora y estudia en alguna empresa u organización susceptible de padecer enfermedades causadas por el trabajo, así como para su calidad de vida y el autocuidado.

Para abordar el tema se considera la siguiente estructura: se inicia con la construcción de un marco teórico-referencial, consultando diversos autores que han realizado trabajos de desgaste profesional, calidad de vida y autocuidado; se continua con los materiales y métodos empleados en el desarrollo del trabajo, para dar paso a la presentación de los resultados de la investigación de campo, seguidos de una breve discusión; cerrando con las conclusiones y referencias.

2. MARCO DE REFERENCIA DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)

En el año 2000, la OMS consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud, debido a las condiciones inseguras en las que laboran diariamente. Hay numerosas investigaciones en el área médica que ponen de manifiesto una enfermedad que afecta especialmente al personal sanitario: el síndrome de Burnout o desgaste profesional. Este síndrome aparece en personas que tienen profesiones de la salud, contacto directo y continuo con personas que sufren, donde el profesional se implica emocionalmente.¹

El desgaste profesional o Burnout, está caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la sensación de realización personal en individuos que trabajan en servicios de la salud. Los trabajadores experimentan niveles más altos de agotamiento en comparación con la población general. Los médicos en formación han demostrado ser los más afectados por este síndrome.²

Fue descrito desgaste profesional en 1974 por Freudenberger y en 1976, Maslach y Jackson y lo definen como una situación de sobrecarga emocional entre profesionales y se estructura en 3 dimensiones:

- 1) Agotamiento emocional, distinguido por desgaste, pérdida de energía, merma, fatiga, debilitamiento, etc.
2. Despersonalización Cinismo: actitudes negativas o inapropiadas hacia el receptor de los servicios, además de irritabilidad, pérdida del idealismo y evitación interpersonal
- 3) Falta de realización personal. Ineficacia que implica disminución en la productividad y capacidades, moral baja, así como menor habilidad de enfrentamiento.³

El burnout guarda relación con la depresión no solo respecto a la presentación clínica, sino también en términos psicométricos, no obstante, los datos de investigación confirman que el burnout es una entidad distinta, puesto que se asocia con la situación laboral y es específica de la misma; en contraste, la depresión es un trastorno psiquiátrico más general y no depende del contexto.⁴

El agotamiento profesional, puede afectar a más del 60% de los residentes de medicina familiar y se asocia con mayor índice de depresión, alcohol, drogas, divorcio, errores médicos, relaciones difíciles con compañeros de trabajo e insatisfacción del paciente, así como el desgaste médico ⁵. Y en los médicos residentes o estudiantes se ratifica su asociación de forma específica a errores médicos, así como disminución en el conocimiento.⁶

El desarrollo del desgaste profesional va a depender por un lado de la personalidad del trabajador y por otro de la organización o institución donde labora.⁷ trabajos realizados por Terrones JF, Cisneros V, Arreola JJ. (2016) en el artículo “Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México” en el cual se menciona que la media presentada fue de 29.09 con una desviación estándar de 2.70 la población estudiada se trató de 116 residentes.

El desgaste profesional genera al médico residente de medicina familiar estrés laboral, creando complicaciones en la salud y en el bienestar de los trabajadores desarrollando alteraciones del musculo esquelético como resultado de exposición repetida por tiempo prolongado a factores de riesgo biomecánicos y organizacionales del trabajo o los efectos del entorno en el que este se desarrolla. Afectando a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores.⁸

Otras complicaciones del desgaste profesional son problemas de salud secundaria al estrés laboral como son la depresión, ansiedad, alcoholismo y farmacodependencia que genera ausentismo laboral, dificultad para trabajar en equipo, disminución de satisfacción general, movilidad laboral y, en este caso baja significativa en los niveles de calidad en la atención médica por despersonalización y pobre rendimiento.⁹

El síndrome burnout disminuye la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en el desempeño de su actividad profesional, se desarrolla de manera progresiva y constante, por lo que es visto como un trastorno adaptativo crónico, está involucrado con el ambiente laboral inadecuado, sexo femenino, personas jóvenes, personas solteras, turnos laborales prolongados y rasgos de personalidad relacionados con el idealismo y expectativas altruistas, así como altos deseos de prestigio e ingresos.⁹ Balcázar-Rincón LE, Montejo-Fraga LF, Ramírez-Alcántara YL.(2015) en el artículo Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México

trabajaron con 72 médicos residentes de los cuales los resultados el 41.6 % presento Realización Personal, Agotamiento profesional un 23.68%, despersionalización un 34.72%, este reporte si se encontraron médicos residentes con despersionalización, tal vez se deba a las diferencias de carga de trabajo.

Generando cambios emocionales propiciados por niveles altos de estrés, conocimientos médicos insuficientes, entre otros factores durante la formación de la residencia médica y tiene repercusión en su vida personal y en su calidad de vida, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción laboral, situación económica. Existen pruebas del desarrollo de desgaste profesional o burnout en los residentes, el cual puede estar asociado con depresión y esta, a su vez, con dificultades en la relación con los pacientes; sin embargo, no hay evidencias que identifiquen qué factores demográficos o de personalidad predisponen a los médicos residentes a desarrollar burnout y qué les puede afectar directamente en su calidad formativa.¹⁰

El profesional dedicado al cuidado de la salud trabaja con el dolor y el sufrimiento de los pacientes y sus familiares ante la pérdida de la salud por ello es importante comprender que la relación médico paciente es entre dos personas, y está sujeta a los mismos condicionantes que toda relación humana.⁸

Continuando con el desgaste profesional se menciona que la salud de los trabajadores sanitarios y la de los médicos en formación ha pasado a un segundo término en la planificación de acciones para la salud, que permitan lograr mejoras laborales a fin de ofrecer una asistencia de mayor calidad por ello es importante realizar el estudio en médicos familiares residentes para identificar la prevalencia del síndrome y mejorar la atención médica.¹¹

Para identificar la existencia del síndrome de desgaste profesional hay diversos instrumentos uno de los utilizados es el cuestionario de Malach.

CUESTIONARIO DE MALACH BURNOUT INVENTORY

Este Test tiene una alta estabilidad interna y fiabilidad cercana al 90%, está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes de diferentes participantes en una relación, La función del cuestionario es medir el desgaste profesional.¹¹

Se lleva a cabo en un periodo de 10 a 15 minutos, mide 3 aspectos: cansancio emocional puntuación máxima 54 puntos, despersionalización con una puntuación máxima 30 y realización personal puntuación máxima 48 puntos.

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.¹¹

Abordado el desgaste profesional se incluye lo referente a la calidad de vida profesional, que está estrechamente relacionada con el desgaste profesional.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, en Ginebra, en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para calidad de vida: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.¹²

Calidad de vida profesional se refiere a la satisfacción, bienestar en la productividad laboral: desempeño psicológico, socio profesional, adaptación a cambios en el ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización.

Es un constructo multidimensional que abarca demandas y recursos, tanto individuales como del entorno.¹³

Gozar de calidad de vida en el trabajo actúa sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico profesional del individuo y produce motivación para el trabajo.¹⁴

Sin embargo los profesionales de la salud, por las exigencias del trabajo tienen la necesidad de realizar guardias nocturnas van en detrimento de su calidad de vida, por la disminución de sueño sobre todo cuando el residente se ve obligado a continuar su jornada laboral luego de asistencia continuas, el trabajo nocturno y en la modalidad de turnos tiene efectos negativos en la salud.¹⁵

Además de la sobrecarga de trabajo, desvelos, quejas de familiares y los pacientes, conocimientos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto, lo que genera una deficiente calidad de vida, así como un probable deterioro a nivel social.¹⁶

Por lo anteriormente mencionado existen asociaciones médicas, facultades y autoridades de salud, en general como en Canadá que han promovido algunos cambios como limitar las horas de trabajo, educación en relación con la pérdida de sueño para los residentes en el ambiente educativo, atención en salud y ejercicio práctico de sus responsabilidades.¹⁷

Para identificar la calidad de vida profesional se utiliza en el trabajo, el Test Encuestas de Calidad de Vida profesional CVP-35, mismo que se aborda a continuación.

Test de “Encuesta de Calidad de Vida profesional CVP-35

El instrumento está compuesto por 35 ítems y se responden utilizando la numeración de 1 al 10, a la que se agrega las categorías nada (valores 1 y 2), algo valores 3, 4 y 5), bastante (valores 6, 7 y 8) y mucho (valores 9 y 10).

Avanzando en la construcción teórica se aborda el autocuidado, que también guarda relación con el desgaste profesional y la calidad de vida profesional.

AUTOCUIDADO PROFESIONAL

La palabra Autocuidado tiene su origen en la salud pública expresándose como las actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el objetivo de promover la salud, prevenir la enfermedad. Exponerse a retos, obligaciones profesionales, experiencias, requieren de responsabilidad para evitar enfermedades en personas vulnerables.¹⁸

Exponerse a los retos, a las obligaciones profesionales y experiencias, requieren carácter de cuidado por ser seres vulnerables.

De esta forma se completa que el Autocuidado es la destreza de actividades que las personas hacen en beneficio propio para preservar la vida, la salud y el bienestar, teniendo el doble significado para uno mismo y dado por uno mismo.¹⁹

Las vivencias son elaboraciones individuales a través de las cuales nos explicamos lo que sentimos, y las experiencias son nuestra representación de lo que sucede fuera de nosotros y son la base de la comprensión de los otros y del mundo.²⁰

El médico residente enfrenta un reto de conocimiento, desvelos, entre otros factores y la cultura que se sigue de las jerarquías, que, si bien no le son desconocidos, si representan un nuevo reto de adaptación de manera constante. Por ello debe prepararse estudiando y cumpliendo con las exigencias del servicio ²⁰. Para medir el autocuidado se aplica la encuesta confeccionada en base al test de autoevaluación que se encuentra en la guía de Universidades saludables.

ENCUESTA CONFECCIONADA EN BASE AL TEST DE AUTOEVALUACIÓN (UNIVERSIDADES SALUDABLES)

Esta encuesta mide el autocuidado del médico residente y se encuentra anexo en la guía de universidades saludables 2006, este instrumento está compuesto por cinco ejes con numeración romana. El primero recoge antecedentes personales, académicos, familiares y sociodemográficos; este ítem no tiene puntaje ya que los resultados obtenidos buscan caracterizar a la población en estudio. La numeración correspondiente es de uno a diez. El segundo es sobre salud mental y está subdividido en siete temas: tipo de personalidad, recreación, sueño y descanso, manejo del estrés, relaciones interpersonales, autopercepción, trabajo y/o estudio.

El tercer eje se relaciona con hábitos de vida saludable y está subdividido en seis temas: alimentación, actividad física y deporte, hábito tabáquico, consumo de alcohol y otras drogas, automedicación y salud. El cuarto eje corresponde a salud sexual e incorpora tres subtemas: sexualidad responsable, control de salud médico preventivo y el motivo y frecuencia de la realización de los exámenes.

Abordados los tres factores que intervienen en la vida de los residentes de médicos se incluye a continuación lo correspondiente a la residencia médica.

RESIDENCIA MÉDICA

La residencia médica es una etapa en la que se viven demandas de tiempo, carga de trabajo y responsabilidades en la formación de médicos residentes, por lo que se han investigado las consecuencias en la salud física, psicológica, bienestar general, rendimiento académico, laboral y relaciones interpersonales de sus estudiantes.²¹ En un estudio realizado por Duarte RE, Velasco E, Sánchez-Sosa JJ, et al. (2019) en el artículo Validación psicométrica de la Escala de gravedad de fatiga en médicos residentes mexicanos quienes realizaron un estudio para la validación psicométrica conformado por 100 médicos residentes, de los cuales 74 fueron mujeres y 26 hombres, donde podemos observar que en ambos estudios predomina el sexo femenino.

Es un sistema de formación en el posgrado de aprendizaje en trabajo y debe desarrollar su actividad teórico asistencial en una duración mínima de 3 años a través de una carga semanal de 44 horas, con máximo de 2 guardias por semana, máximo 8 guardias por mes, separadas como mínimo de 24 horas, con un descanso postguardia de 6 horas.²² La especialidad médica contribuye en el residente a mejorar el conocimiento profesional, destrezas y valores, de manera que mejore y profundice sus conocimientos. El médico residente se compromete con la especialidad elegida desarrollando el aprendizaje de conocimientos, destrezas y valores propios de la especialidad en la institución que considera más adecuada para su desarrollo profesional y en donde pueda, además, ser de mayor utilidad a los pacientes y a la sociedad. Asume por ello la forma de trabajo de cada institución, debe reconocer las obligaciones y los deberes para con la universidad a la que esté incorporado cada curso y también para cumplir con las regulaciones.²³

Durante la residencia el nivel de estrés es alto en comparación con la población general y se relaciona con sobrecarga de trabajo, desvelo, queja de familiares y pacientes, conocimiento médico insuficiente, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto. Todos estos cambios se presentan durante esta etapa.²³

Este proceso deberá desarrollarse en el marco de referencia de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.²³

RESIDENTE MEDICO

La palabra Residente nace del latín *Residens*, Quien debe disponer tiempo completo para obtener los conocimientos, destrezas y valores médicos.²³

El residente es el médico general que, a través de un posgrado, está en proceso de formación, bajo aprendizaje, así como en la práctica clínica. El aprendizaje debe ser reforzado en las aulas mediante la discusión de casos, conferencias, revisión de temas y con el apoyo de evidencias bibliográficas. Debe establecerse, además, el mejor trato con las autoridades, médicos tratantes, personal de salud y compañeros de residencia; en especial, esta relación debe ser altamente profesional con pacientes y familiares.²³

También está sujeto a imposición de jerarquías, subordinación, comunicación directa solo con su superior inmediato, aceptación y disponibilidad.

En México los médicos residentes, son expuestos a condiciones legales y normativas, entre las que se encuentran:

1. Con base en la Ley Federal del Trabajo son trabajadores, tienen una relación de trabajo con la institución donde desarrollan su residencia y para la Norma Oficial Mexicana, están inscritos y reciben educación de posgrado avalados por una universidad y obligados a cumplir un programa académico y un programa operativo.

2. En las sedes de adscripción los residentes son predominantemente tipificados por sus contemporáneos como trabajadores y, marginalmente, como estudiantes.²⁰

La Norma Oficial Mexicana de residencias médicas define al médico estudiante de posgrado como el que se encuentra en proceso de formación para obtener el título de especialista.

La Ley Federal del Trabajo lo define como el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con los estudios de residencia. En su artículo 353-b dice que las relaciones laborales entre los médicos residentes y la persona moral o física de quien dependa la unidad médica receptora de médicos residentes se regirán por las disposiciones vertidas en esa ley y por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las contradigan.²⁴ en un trabajo realizado por Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares Ramírez G, et al.(2015) en el artículo “Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel” la mayoría de los encuestados eran solteros con un 80%, en ambos artículos concuerdan que el estado civil que predomina es el soltero, esto puede ser que la mayoría de los médicos residentes son jóvenes, aún están en periodo de estudiantes y la residencia medica es una actividad que requiere de mucho tiempo por parte de los residentes que muchos prefieren retrasar ese periodo de su vida.

MEDICINA FAMILIAR

El siglo XX es considerado como la época de la especialización, en 1910 Flexner expuso un informe que dedujo el inicio de la inclinación de la medicina general en favor de las especialidades médicas y su salida de las escuelas de medicina.

A inicios del siglo mencionado, comenzaron a emerger las especialidades que Ian- McWhinney denominó las «especialidades mayores»: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. William Osler padre de la medicina hipocrática moderna, trajo consigo el estudio y la humanidad en la relación médico-paciente.

Esta época se distinguió tres grandes influencias, la medicina general, la medicina social y humanista, medicina científica y académica y Atención Primaria como ámbito propio de actuación. Influyendo en la creación de la Medicina Familiar.²⁵

La medicina familiar se formalizó en 1960 en Canadá, Inglaterra y EUA es una especialidad que surgió después de la Segunda Guerra Mundial. México fue el primer país en Latinoamérica en implantar la medicina familiar de manera formal como especialidad 1971.²⁶

El surgimiento ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país y por influencia de otros países particularmente Estados Unidos, Canadá y Reino Unido.²⁷

Medicina Familiar es la especialidad médica y disciplina académica que enfrenta los problemas de salud de los individuos en el ámbito de su entorno familiar, toma en consideración sus redes sociales y culturales; así como las circunstancias en las que se desenvuelve su vida y su trabajo.²⁷

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo se realizó con un diseño descriptivo relacional, observacional, transversal, prospectivo, con una muestra integrada por 63 médicos residente de medicina familiar adscritos en la UMF No.57 que se encontraban dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.57 del IMSS, en la Ciudad de Puebla, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo al 30 septiembre del 2019. Previo consentimiento informado.

Para valorar el desgaste profesional en los médicos residentes se aplicó el cuestionario Malach burnout inventory, con respuestas: agotamiento, realización personal y despersonalización. Para identificar la calidad de vida se aplicó el cuestionario CVP-35 para identificar la calidad de vida de los residentes con los parámetros: mala, algo buena, bastante buena y muy buena. Y para identificar el autocuidado se aplicó la encuesta confeccionada en base al Test de autoevaluación que se encuentra anexado en la Guía de Universidades Saludables 2006 el cual valoró el autocuidado como: muy bueno, bueno, regular y malo.

La encuesta se aplicó paulatinamente a todos los médicos residentes sin importar el grado académico.

4. RESULTADOS.

Los resultados muestran las características sociodemográficas (edad, sexo, grado académico, estado civil) de la muestra, el nivel de desgaste profesional de los 63 médicos residentes y si hay asociación con calidad de vida y autocuidado.

Los encuestados presentan una media de edad de 31.43, una edad mínima de 25 años y una edad máxima de 50 años, tabla 1.

Tabla 1. Estadígrafo por edad

Edad	
Media	31.43
Mediana	31.00
Moda	30
Desviación estándar	3.987
Rango Mínimo	25
Rango Máximo	50

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

El género femenino es el predominante, según se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución por género

Genero		
	n	%
Masculino	25	39.7
Femenino	38	60.3
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Respecto al estado civil los resultados se describen en la tabla 3, predominando soltero (a) en un 61.9% equivalente a 39 integrantes de la muestra.

Tabla 3. Distribución por estado civil

Estado civil		
	n	%
Soltero	39	61.9
Casado	19	30.2
Unión Libre	2	3.2
Divorciado	2	3.2
Separado	1	1.6
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

El nivel socioeconómico predominante en la muestra es estrato medio alto, de acuerdo a lo que muestra la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de acuerdo a nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico		
	n	%
Estrato alto	12	19
Estrato medio alto	48	76.2
Estrato medio bajo	3	4.8
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Respecto al tener o no hijos se describen en la tabla 5 los resultados y 44 integrantes de la muestra no tienen hijos.

Tabla 5. Distribución de acuerdo a hijos.

Hijos		
	n	%
Sin hijos	44	69.8
Con hijos	19	30.2
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

En relación a la tipología familiar de acuerdo al consejo de medicina familiar predomina nuclear simple la cual está integrada por ambos padres e hijos, tabla 6.

Tabla 6. Distribución de acuerdo a tipología familiar de acuerdo al consejo en medicina familiar

Tipología familiar		
	n	%
Nuclear	2	3.1
Nuclear simple	58	92.1
Reconstruida	1	1.6
Monoparental	1	1.6
Extensa	1	1.6
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Respecto al desgaste profesional del total de la muestra de 63 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar, 37 presentan agotamiento, tabla 7.

Tabla 7. Distribución por desgaste profesional.

Desgaste profesional		
	n	%
Agotamiento	37	58.7
Realización personal	26	41.3
Despersonalización	0	0
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

En cuanto a calidad de vida profesional se muestra el resultado en tabla 8, presenta a 38 integrantes de la muestra con una calidad de vida bastante buena.

Tabla 8. Distribución por calidad de vida profesional

Calidad de vida profesional		
	n	%
Mala	0	0
Algo Buena	7	11.1
Bastante Buena	38	60.3
Muy buena	18	28.6
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Predomina el buen autocuidado, tabla 9 con un 65.1% que corresponde a 41 integrantes de la muestra.

Tabla 9. Distribución por autocuidado

	Autocuidado	
	n	%
Muy bueno	21	33.3
Bueno	41	65.1
Regular	1	1.6
Malo	0	0
Total	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Resumiendo, el resultado de las 3 variables encontramos lo siguiente: desgaste profesional en los médicos residentes al aplicar el cuestionario Malach burnout inventory la puntuación predominante refleja un alto porcentaje de Desgaste profesional, en la muestra. La calidad de vida identificada con la aplicación del cuestionario CVP-35, arrojó resultados de: bastante buena calidad de vida y muy buena en los integrantes de la muestra y el autocuidado fue identificado con la aplicación de la encuesta confeccionada en base al Test de autoevaluación que se encuentra anexado en la Guía de Universidades Saludables 2006 el cual valoró el autocuidado como: muy bueno y bueno prioritariamente.

Tabla 10. Distribución de asociación entre desgaste profesional y calidad de vida profesional

Desgaste profesional	Calidad de vida profesional						Total	
	Algo		Bastante		Mucha		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Agotamiento	2	3.17	27	42.8	8	12.6	37	58.7
Realización personal	5	7.9	11	17.4	10	15.8	26	41.2
Total	7	11.1	38	60.3	18	28.6	63	100.0

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Para la asociación de calidad de vida y desgaste profesional se utilizó χ^2 , con un resultado de $\chi^2 = 6.525$ y una $p = 0.038$ por lo que mencionamos, la calidad de vida de los residentes está relacionada al desgaste profesional.

Tabla 11. Distribución de asociación entre desgaste profesional y autocuidado

Desgaste profesional	Autocuidado						Total	
	Muy bueno		Bueno		Regular		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Agotamiento	11	17.5	25	39.7	1	1.6	37	58.7
Realización personal	10	15.9	16	25.4	0	0.0	26	41.3
Total	21	33.3	41	65.1	1	1.6	63	100

Fuente. Encuesta realizada en la U.M.F. 57 Puebla, 2019.

Para la asociación de autocuidado y desgaste profesional se utilizó χ^2 , con un resultado de $\chi^2 = 1.137$ y una $p = 0.566$ comentamos que, el autocuidado de los residentes no está relacionada al desgaste profesional que presentan.

5. DISCUSIÓN

En total de los 63 médicos residentes encuestados se presentó una media de edad de 31.43 con una desviación estándar de 3.98, una edad mínima de 25 años y una edad máxima de 50 años datos que tienen relación con trabajos realizados por Terrones JF, Cisneros V, Arreola JJ. (2016) en el artículo “Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México” en el cual se menciona que la media presentada fue de 29.09 con una desviación estándar de 2.70 la población estudiada se trató de 116 residentes.

En cuanto al género predominante fueron 38 mujeres que representa 60.3% contra 25 hombres que representa el 39.7% datos que son de suma importancia recalcar ya que hoy en día las mujeres juegan un papel fundamental en todas las profesiones, en comparación con el trabajo de Duarte RE, Velasco E, Sánchez-Sosa JJ, et al.(2019) en el artículo Validación psicométrica de la Escala de gravedad de fatiga en médicos residentes mexicanos quienes realizaron un estudio para la validación psicométrica conformado por 100 médicos residentes, de los cuales 74 fueron mujeres y 26 hombres, donde podemos observar que en ambos estudios predomina el sexo femenino.

Una variable que se cuestionó fue el estado civil para poder comprender qué tipo de relaciones afectivas cuentan durante el periodo de adiestramiento de la residencia médica. La prevalencia fue un porcentaje de 61.9% solteros, un 30.2% casados y 3.2% en unión libre, en un trabajo realizado por Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares Ramírez G, et al.(2015) en el artículo “Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel” la mayoría de los encuestados eran solteros con un 80%, en ambos artículos concuerdan que el estado civil que predomina es el soltero, esto puede ser que la mayoría de los médicos residentes son jóvenes, aún están en periodo de estudiantes y la residencia medica es una actividad que requiere de mucho tiempo por parte de los residentes que muchos prefieren retrasa ese periodo de su vida.

En cuanto al nivel Socioeconómico el porcentaje más alto fue el nivel medio alto predomino en un 76.2% de acuerdo al estudio realizado por Martínez-Hernández D. Sáez-Muñoz (2017) de Conductas de Autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopiue de la UACH, 2006, se obtuvo que la mayoría de ellos tiene un nivel socioeconómico bajo.

De acuerdo a la tipología familiar en este resultado encontré como resultado familia Nuclear el 3.1%, Nuclear simple 92.1%, Reconstruida 1.6%, monoparental 1.6%, extensa el 1.6% en el mismo trabajo de Martínez-Hernández D. Sáez-Muñoz. (2017) se obtuvieron como resultados 53% familia de tipo Nuclear, un 33% familia compuesta y un 14% familia Extensa.

Con respecto al desgaste profesional Predomino el Agotamiento profesional siendo un 58.7. % y realización personal un 41.3% y 0% de Despersonalización fueron los datos que se encontraron en nuestro estudio sin embargo en el trabajo de Balcázar-Rincón LE, Montejo-Fraga LF, Ramírez-Alcántara YL.(2015) en el artículo Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México trabajaron con 72 médicos residentes de los cuales los resultados el 41.6 % presento Realización Personal, Agotamiento profesional un 23.68%, despersonalización un 34.72%, este reporte si se encontraron médicos residentes con despersonalización, tal vez se deba a las diferencias de carga de trabajo.

En cuanto a calidad de vida profesional los resultados que se obtuvieron el 60.3% (38) con bastante calidad de vida profesional, y algo de calidad de vida profesional con el 11.1 % (7) en comparación con el estudio de Vergara JP, Abello I, Salgado S, et al.(2015) en el artículo Percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatria en Colombia obtuvieron un total de 25 Residentes,

de los cuales el 24% (6) tuvo Algo de calidad de vida y 44% (Bastante Calidad de vida teniendo un resultado similar, esto considerando que el esquema de residencia es el mismo.

En autocuidado los resultados que se obtuvieron 0% Nivel malo, Nivel regular 1.6%, bueno 65.1%, Muy bueno 33% en comparación con el estudio de realizado por Martínez-Hernández D. Sáez-Muñoz.(2017) que se realizó de Conductas de Autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UAChg, 2006, se obtuvo el siguiente resultado de la población estudiada un 5% de estos se encuentra en un Nivel Malo, un 68% se encuentra en un Nivel Regular, el 27% está en un Nivel Bueno y ningún joven logró ubicarse en el Nivel Muy Bueno de Autocuidado, tal vez las diferencias encontradas se deba al nivel académico ya que nosotros tenemos a alumnos de posgrado, así como ellos perciben una beca y cuentan con un horario establecido los cual puede contribuir a que los médicos residentes se organicen para tener mejores conductas de autocuidado.

6. CONCLUSIÓN

El desgaste profesional puede manifestarse por sobrecarga de trabajo, realizar largas jornadas de trabajo, la toma de decisiones, días de guardia hace que los médicos residentes presente con mayor frecuencia. En nuestro estudio se observó que el mayor porcentaje tiene realización personal 41.3% (26) y el 58.7% (37) presenta agotamiento. Como podemos observar la sobrecarga de trabajo, niveles altos competitivos profesionales entre otros factores están influyendo con la calidad de vida profesional y junto con el desgaste profesional que los médicos residentes están manifestando.

En cuanto a la Calidad de vida profesional se observó un mayor porcentaje 60.3% (38) como bastante buena, muy buena 28.6%, entendiéndose por este constructo ya que en esta etapa de residencia medica se presentan cambios en el estilo de vida con la familia y a nivel profesional, entre ellas responsabilidades cívicas, pertenecer a un grupo que es entre las más importante consolidando su capacidad de desempeño, fortaleza, energía y bienestar físico, mejorando su desempeño intelectual .

Con respecto al Autocuidado, se concluye que en este universo de trabajo el nivel es bueno 65.1% (41). Se puede decir que más de la mitad de la población se siente con muy buena calidad de vida y van de la mano con la responsabilidad y ser capaces de lograr lo que se propongan para el futuro de su residencia médica.

Realizar estudios sobre Desgaste profesional, calidad de vida profesional y autocuidado en médicos residentes es primordial ya que se encuentran en formación médica, académica y son un grupo importante en las instituciones médicas, presentando mayor demanda laboral y carga académica, agregando aspectos sociales, personales y familiares, a los que pueden estar sujetos como todo ser humano, siendo los grupos más sensibles que deben ser detectados y atendidos oportunamente, ya que, si estas alteraciones se presentan es necesario establecer planes de trabajo para disminuir el estrés, y promover planes de ejercicio que aumente y mejore su calidad de vida.

Finalmente, en este estudio con base en los residentes de medicina familiar que diligenciaron la encuesta se comenta que, calidad de vida profesional está relacionada al desgaste profesional que presentan, sin embargo, el autocuidado de los residentes no está relacionada al desgaste profesional.

Por lo que es importante que el médico residente que se detecte con alguna alteración sea derivado al servicio de psicología con la probabilidad de tomar terapia-cognitivo conductual para hacer frente al problema y dar las herramientas necesarias solucionar situaciones problemáticas.

REFERENCIAS

- [1] López Tuesta, B., Barrera Barreto. Factores Relacionados al Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Hospital Regional Huánuco. *Rev Perú Investig Salud.* 2018; 2:56-6.
- [2] Zubairi A J, Noordin S. Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine and Surgery* 6:60-63.
- [3] Frutos R, Jiménez S, Blanco E. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *Semerger.* 2014; 40:357-365. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semerger-40-articulo-sindrome-desgaste-profesional-medicos-atencion-S1138359314000999>.
- [4] Velásquez L, Colin González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México.* 2013; 149:183-95.
- [5] Brian E. Lacy B E, Chan J L. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clínica Gastroenterología y Hepatología* 2018, Vol 16:153-154.
- [6] Ramey SJ, MD, Ahmed AA, Takita C, MWilson LD, Et all. Burnout Evaluation of Radiation Residents. *Rev Int J Oncol Bio IPhys* 2017, Vol 99:530-538.
- [7] Terrones JF, Cisneros V, Arreola J J. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54(2):242 -248.
- [8] Rodarte L, Araujo R. Trejo PM, González J. Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería. *Enferm Clin.* 2016; 26(6):336-343.
- [9] Balcázar-Rincón LE, Montejó-Fraga LF, Ramírez-Alcántara YL. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes en un hospital de Mérida, Yucatán, México *Aten Fam.* 2015; 22(4):111-114.
- [10] Prieto SE, Rodríguez GB, Jiménez CA, Guerrero LG. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 51:574-579.
- [11] Medina M L, Medinac M G, Gauna N T, Molfino L, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Inv Ed Med.* 2017; 6:160-168.
- [12] Robles A I, Rubio B, De la Rosa E V, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente.* 2016; 11 (3):120-125.
- [13] Rivera D, Rivera J, González C. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Inv Ed Med.* 2017;(21):25-34.
- [14] Albanesi S. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas psicol.* 2013; 17(28):8-17.
- [15] Grimaldo M, Reyes M. Professional quality of life in health professionals in Lima, Peru. *Rev Latinoam Psicol.* 2015; 47(1):50-57.
- [16] Vergara JP, Abello I, Salgado S, et al. Percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatría en Colombia. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(3):350-355
- [17] Sarmiento PJ & Parra-Chico A. Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *Pers. Bioét.* 2015; 19(2):290-302.
- [18] Oltra S. El autocuidado, una responsabilidad ética. *Rev GPU* 2013; 9(1):85-90.
- [19] Martínez-Hernández D. Sáez-Muñoz. Conductas autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo Huachocopihue de la UACH, 2006 [tesis]. Valdivia (CL): Universidad austral de Chile; 2017.
- [20] Acosta M, Aguilera M, Pozos B, et al. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med.* 2017; 6(23):169-179.
- [21] Duarte RE, Velasco E, Sánchez-Sosa JJ, et al. Validación psicométrica de la Escala de gravedad de fatiga en médicos residentes mexicanos. *Educ Med* 2019; 20(1):28-36.
- [22] Falasco S, Falasco M. Formación de especialistas en Latinoamérica: Argentina. *Educ Med.* 2018; 19(51):4-11
- [23] Leopoldo F, Ramírez J. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta médica grupo Ángeles.* 2016; 14:183-184.
- [24] Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx* 2015; 31(6):669-679.
- [25] Casaco V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años Perspectiva mundial y europea. *AMF* 2018; 14:79-86
- [26] González JA, Dávila J. Colección medicina de excelencia. *Medicina Familiar.* México, D.F: Alfili; 2013.
- [27] Cruz P, Godínez E, Hernández M. La medicina Familiar como especialidad médica: Percepción de otros especialistas. *Aten Fam* 2016; 23:109-112.

Correo electrónico del autor: rossy1900@hotmail.com