

Incidencia del Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en Médicos Residentes del IMSS Xalapa Veracruz.



INVESTIGADOR PRINCIPAL:

R2MF MARIA DE LA LUZ TELLO PÉREZ



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 XALAPA VERACRUZ

ASESOR METODOLOGICO: DRA. ROSALBA MENDOZA RIVERA

DOMICILIO DEL INVESTIGADOR: 5 DE FEBRERO #31 COL. CENTROL CP. 91000

ENERO DEL 2014

ANTECEDENTES:

El síndrome de desgaste profesional o síndrome de Burnout se define como “una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de instituciones públicas que trabajan en contacto directo con los usuarios de estas instituciones. **(1)**

Ser Médico, es una labor desgastante que siempre se verá influida por diversos factores, habrá que tomar en cuenta que el medio hospitalario es compartido también con el plano familiar, ocasionando cambios de conducta, agresividad, problemas de relación con los hijos, padres, etc., conduciendo a agrupar los factores de tensión principalmente en tres grupos: a) Factores relacionados con el trabajo, b) Factores externos o no relacionados con el trabajo y c) Características individuales o personales. Entre los factores externos y/o individuales se han reconocido: la edad, el sexo o género, el estado civil, el puesto de trabajo (categoría), el turno laboral, etc. Estos factores externos relacionados con la labor, conducen a la tensión, sin embargo, las características personales influyen como moderadores o desencadenadores sobre los efectos fisiológicos que puede o no sufrir una persona. **(2,3)**

El trabajo médico, además de ofrecer beneficios importantes para la salud, también constituye una importante fuente de estrés laboral y de riesgo de padecer problemas psicológicos, médicos y psicosomáticos. El estrés crónico laboral se asocia con la sobrecarga de trabajo, la baja utilización de habilidades por falta de recursos materiales y económicos para realizar ciertos procedimientos y otros factores ocupacionales como horarios, cambios de turno, jefes inmediatos que implican presión laboral, conflicto y ambigüedad en las funciones. **(4)**

Los estudiantes de Medicina generalmente experimentan una alta carga de estrés durante su proceso formativo, el cual aumentara con el grado académico, es decir ira creciendo si es nivel licenciatura, especialidad o posgrado, subespecialidad, etc. Algunos estudiantes logran desarrollar estrategias adecuadas para afrontar las exigencias académicas, mientras que otros no lo hacen, y llegan a sentirse impedidos para modificar la situación problemática, lo cual trae como consecuencia el uso de comportamientos de escape o evitación como formas de afrontamiento que no son necesariamente las apropiadas en esta situación. Como se sabe, los problemas que no se resuelven, crecen y se acompañan de un proceso acumulativo de malestar prolongado, lo anterior puede contribuir a generar sensaciones de no poder dar más de sí mismo, tanto física como psíquicamente, una actitud negativa de crítica, desvalorización, pérdida del interés de la trascendencia, del valor frente al estudio y dudas crecientes acerca de la propia capacidad para realizarlo. La presencia simultánea de estas manifestaciones es conocida como “síndrome de Burnout académico”. **(5)**

La Residencia Médica es el periodo en el que se adquieren competencias para la práctica de una especialidad. Esta etapa requiere disponibilidad completa del médico además de que estará sometido constantemente a pruebas, a disminución de horas de sueño, cansancio físico, distanciamiento de seres queridos y salarios bajos. Como resultado, la residencia médica es una etapa de gran estrés y puede contribuir a la aparición del síndrome de Burnout y depresión. **(6)**

De mucho tiempo atrás y durante largo tiempo se ha asumido que la sobrecarga de trabajo y la rigidez en las actividades educativas son ambientes adecuados para la formación del médico residente, incluso se considera benéfico que estén en permanente contacto con situaciones de estrés, por tal motivo se les sobrecarga el trabajo en los servicios hospitalarios con jornadas de más de 36 horas consecutivas, guardias de fines de semanas y días festivos, guardias de castigo, y responsabilidades delegadas por médicos de mayor jerarquía, y a nivel extra hospitalario clases, trabajos de investigación, exposiciones, búsquedas de información, exámenes, no permiten se utilice el tiempo libre para descanso o reposición de las energías perdidas, o el desgaste anímico **(7,8,9,10)**

Algunos estudios han apuntado la influencia favorable que tiene el estrés en la fortaleza e integridad para afrontar situaciones difíciles de la práctica diaria, pero esto no es consistente con la percepción que los médicos residentes tienen acerca del mismo. Adicionalmente, es posible que la elevada prevalencia del Síndrome en este grupo de profesionales se asocie a la falta de esquemas motivacionales para mitigar los efectos acumulados de la carga laboral excesiva, ya que no perciben salarios extras por horas extras, incentivos de puntualidad por llegar de madrugada a los servicios, además de una mala alimentación a nivel hospitalario y becas insuficientes para la sustentación de una familia o bien individual. **(7,8,9,10)**

La presencia del Síndrome de Burnout afecta no solamente la salud del médico residente sino también puede mermar la calidad de atención que se otorga al paciente y a sus familiares o personas que lo rodean, Un médico desgastado puede además, tener comportamientos de maltrato o agresividad hacia sus compañeros de trabajo, pacientes y familiares, lo que provoca deterioro de relaciones interpersonales que se convertirá en un círculo vicioso logrando así mayor desgaste profesional **(7,8,9,10)**

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes debidas a daño laboral en los profesionales de la salud, se reportan aquellas como: depresión, incremento de conductas adictivas, de trastornos psicológicos, ansiedad, tensión, irritabilidad, fatiga, trastornos del sueño, cefaleas, acidez o ardor estomacal y síntomas cardiovasculares como arritmias e hipertensión y de altos niveles de ansiedad en los profesionales de intervención en los servicios sociales **(11)**; asimismo, la incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo sobre los profesionales de la salud conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general.**(1)**

Este síndrome y la depresión usualmente coexisten y se sobreponen y comparten características en común, como síntomas de disfonías, fatiga, cansancio emocional y sensación de tristeza, además los dos han demostrado su efecto negativo sobre el desempeño laboral. **(9)**

El síndrome de Burnout se desarrolla debido a los fracasos de los mecanismos de adaptación ante diferentes situaciones, se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desequilibrio entre demandas y recursos, y especialmente en personas idealistas que encuentran una realidad frustrante; esto si no se controla o detecta a tiempo puede llevarnos a desarrollar depresión. **(5)**

Es importante mencionar que si los síntomas depresivos no se tratan, se tiende a la cronicidad y se incrementa el riesgo de suicidio a 6 veces mayor que el de la población general; en países como Perú Mariños et al, confirmo que existe una prevalencia variable en médicos residentes desde el 18 al 80.5%, y la frecuencia de sintomatología depresiva es de un 12.8% siendo un 47.5 en médicos residentes, con una frecuencia de síntomas depresivos entre 7 y 56% **(5)**;

Se conoce poco acerca de la frecuencia, de factores de riesgo y pronóstico de enfermedades mentales en el personal de salud, sin embargo, la exposición a niveles altos de estrés laboral hace sospechar que este tipo de profesionales podrían tener un mayor riesgo de padecer algún trastorno mental; además, algunos reportes han encontrado que los médicos, por ejemplo, tienen serias limitaciones para acceder a servicios de salud mental cuando lo requieren. **(12)**

La necesidad de estudiar este síndrome viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. **(11)**

El estudio del síndrome ha tenido un amplio desarrollo en los últimos años, ya que la salud mental se ha convertido recientemente en una preocupación mayor a nivel internacional y un elemento íntimamente relacionado es la condición emocional de las personas en relación con su trabajo y formación académica, pues la mayoría de los individuos invierten gran cantidad de tiempo en estas actividades. **(13)** Muchos estudios han demostrado que los trabajos estresantes son tan malos para la salud de las personas como el tabaquismo activo y la obesidad **(4)**.

Por las repercusiones que genera en el individuo, al síndrome de Burnout se le considera una entidad moderna derivada de la exposición crónica de manera gradual y continuada por lo menos seis meses a dichos estresores. La mayoría de los estudios manifiestan que los profesionales de la salud constituyen la población más vulnerable a desarrollarlo. **(11)**

En España Domínguez Fernández et al confirmo una prevalencia de Burnout del 27% en trabajadores de la salud **(14)**, En Costarrica Millán González y colaboradores confirmo una prevalencia de 46.1% en médicos residentes **(15)**. En México Aranda Beltrán y colaboradores, confirmo una prevalencia de 42.3% en Médicos Familiares de la

Ciudad de Guadalajara, con un 15.2% de manifestaciones psicológicas; y un 51.3% en Médicos especialistas del Hospital Gómez Farías en la ciudad de México. **(4,2)**

De acuerdo a lo anterior, los trastornos de salud mental significan aproximadamente 830 000 años perdidos por discapacidad o muerte prematura, lo que coloca a estas afecciones como el grupo de enfermedades que más pérdidas económicas le significan al País. Así, los trastornos por depresión y la sintomatología depresiva **(12)** constituyen una de las cinco primeras causas de carga de enfermedad en nuestro país.

En 1974 el psiquiatra de la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos, Hebert Freudenberger, describió por primera vez el síndrome de Burnout o de Desgaste Laboral como “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Actualmente la definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, quienes la definieron como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas”. **(16)**

En sus inicios, Maslach conceptualizó el síndrome como una respuesta al estrés laboral que padecen exclusivamente los trabajadores que desempeñan una labor de servicio a los demás y que desarrollan sus funciones bajo circunstancias de una fuerte demanda social (docentes, voluntarios, personal sanitario, etc.). Este síndrome queda configurado mediante tres dimensiones: cansancio emocional, baja realización y despersonalización. **(15)**

La dimensión cansancio emocional hace referencia a la fatiga física y psicológica que experimenta el trabajador, considerándose una respuesta básica al estrés y relacionada, entre otras causas, con la sobrecarga laboral. Algunos de los síntomas asociados son cansancio extremo, pérdida de energía, poco dinamismo, etc. Advertir también que, desde el punto de vista de Maslach, esta dimensión es determinante para la comprensión del síndrome pero tampoco se vale por sí misma para definir y evaluar el Burnout, necesitando inexorablemente de las otras dos dimensiones.**(15)**

La despersonalización indica el endurecimiento emocional que siente el trabajador hacia las personas destinatarias de su labor (pacientes), llegando incluso a la deshumanización en el caso de padecer un alto nivel de Burnout. En ocasiones, se considera que la despersonalización es una respuesta de afrontamiento por parte del trabajador, el cual se distancia de aquello que le incomoda como pueden ser determinados conflictos socio-laborales o el exceso de una demanda profesional que se personaliza en el cliente. **(15)**

La última dimensión a mencionar es la baja realización personal en el trabajo, que indica que el trabajador se siente poco desarrollado en su trabajo, experimentando un bajo concepto de su vida profesional. Generalmente, esta dimensión se relaciona con la falta de consecución de objetivos en la ayuda a los demás, con el incumplimiento de expectativas, etc. Las profesiones de ayuda o de servicio humanitario son especialmente

sensibles al síndrome, pero también admiten la posibilidad de que los trabajadores de otros oficios puedan padecerlo. **(15)**

Para la evaluación de síntomas depresivos existen diversos instrumentos; uno de ellos es el instrumento Center for Epidemiological Studies–depression (CES-D), que usaremos en el presente trabajo. **(17)**. **Éste** fue desarrollado originalmente para utilizarse «en estudios de la epidemiología de los síntomas depresivos en población abierta». La intención de la escala no es evaluar la presencia de trastornos depresivos del estado de ánimo tal como son definidos en la nosología psiquiátrica. En cambio, su utilidad está en el estudio de todo el rango de manifestaciones que pueden ser parte de un diagnóstico de trastorno depresivo, y no solamente de los niveles de éstas que se requerirían para definir al trastorno. En el diseño de la escala se tomaron en cuenta las dimensiones de la depresión consideradas en la bibliografía clínica de su época, con aspectos como estado de ánimo deprimido, sensación de culpa y minusvalía, sensación de incapacidad y desesperanza, lentificación psicomotora, pérdida de apetito y alteraciones en el sueño. **(17)**

En cuanto a su relación con el diagnóstico de depresión, se ha reportado una sensibilidad de hasta 100% y especificidades desde 57 hasta 88% para la identificación del episodio depresivo mayor, utilizando como criterio una entrevista estructurada. **(17)**

El CES-D consta de 20 reactivos, que describen manifestaciones sintomáticas depresivas en las áreas arriba mencionadas de 1 semana previa a la fecha de aplicación del cuestionario. Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, teniendo como opciones de respuesta ningún día, de uno a tres días, de cuatro a seis días o todos los días. Las respuestas se califican como 0, 1, 2 o 3, respectivamente, y se suman para obtener la puntuación total en el instrumento, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango teórico de la puntuación de 0 a 60). Cuatro de los reactivos están planteados en dirección inversa, esto es, se refieren a condiciones de afecto positivo. Estos reactivos se califican de manera inversa, de manera que la interpretación de la puntuación sea la misma que para los demás. Además de la puntuación total, puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos el punto de corte de 16, y para definir depresión mayor tomaremos un punto de cohorte de 23.**(12, 18)**

La CES-D - versión en español ha sido validada en Lima en pacientes de hospital general, teniendo adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,932), buena correlación con la CGI (Rho=0,513, $p<0,001$) y con la EDZ (Rho=0,526, $p<0,001$), y validez discriminativa. Según el trabajo de validación realizado en Lima, con un PC de 23,5 la CES-D tiene una sensibilidad de 91,4% y una especificidad de 96,7% (20). Según un estudio de validación realizado en España en pacientes con trastornos afectivos con un PC mayor de 15,5 para definir la presencia de síntomas depresivos, la CES-D tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad de 91%. La escala consta de 20 ítems, que inquieren acerca de la cantidad de días, durante la semana previa, en que se presentó el síntoma, siendo los puntajes: 0 = ningún día o menos de un día; 1 = de uno a dos días; 2 = de tres a cuatro días y 3 = de cinco a siete días **(18)**

“En nuestro país el síndrome de desgaste profesional ha sido retomado por psicólogos, pedagogos, filósofos, administradores, enfermeras y médicos especialistas de diferentes áreas, pasando desde la psiquiatría, hasta la medicina familiar. Y se ha estudiado en casi todos los estados de la república, en organizaciones industriales, educativas y en las principales instituciones de salud.” **(9,10)**

Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en hombres y mujeres. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome, ya que deben llevar acabo “doble jornada” es decir tareas domésticas además del trabajo en alguna institución de salud.**(6,7,8,9,10)**

El síndrome se presenta y desarrolla en personal médico que labora en instituciones de salud, públicas o privadas. Lo cual es muy interesante, ya que siempre se ha considerado que los profesionistas que laboran en instituciones públicas tienen mayor carga de trabajo, y mayor probabilidad de desarrollarlo a diferencia de los médicos que laboran en forma privada. Pero de acuerdo a los resultados en diversos estudios pareciera que el estrés laboral no varía mucho en los médicos de instituciones particulares de nuestro país.” **(9,10)**

“En la mayoría de los estudios se reportan niveles alterados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Estos resultados coinciden justamente con la literatura teórica que menciona que los principales componentes del desgaste los llama el corazón de Burnout son precisamente el agotamiento emocional y despersonalización. Además de que el componente más afectado es la despersonalización el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres”. **(9)**

Referente a los grupos de edad, los médicos que tienen entre 35-54 años son la población de mayor riesgo. En cuanto al tipo de pareja se detectó que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no estable y en relación con los hijos, es más frecuente en aquellos que no tienen hijos. Existe un mayor riesgo en médicos que tienen entre 11 a 19 años de ejercicio, pero sobre todo en los que trabajan en más de una clínica, y con mayor severidad los que trabajan en Clínica y además en algún hospital. Esto es una cuestión de resaltar, porque los médicos en nuestro país debido a la economía y las fuertes demandas económicas en su mayoría tienen más de un trabajo, además de contar con la consulta privada.**(10)**

De acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica, es más frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos profesionistas de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno y que dedican más de dieciséis minutos a cada paciente por consulta. Preocupa porque se ha documentado en la literatura que no importa la cantidad de tiempo, sino la calidad en el servicio, en este caso sería importante estudiar qué factores afectan al médico cuando está en la consulta con el paciente para que se desarrolle este síndrome, considerando que esta actividad la va a realizar hasta que se jubile de la institución de salud o deje de ejercer la medicina. **(10)**

Un factor externo que puede ser desencadenante de desgaste, es que en las instituciones en que laboran no existen los materiales adecuados para desempeñar su trabajo. Además de que existan demandas legales que afectan considerablemente al

médico y también puede ser una causa para que se presente agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización.(10)

Cuando se inició el estudio de este síndrome se pensaba que sólo repercutía en el ámbito psicológico en los médicos, ahora se ha identificado que afectan en lo social, familiar, institucional pero sobre todo en la salud física del profesional de salud que puede presentar síntomas cardiovasculares, neurodermatitis, alteraciones gastrointestinales (gastritis, colitis, dolor abdominal) y alteraciones respiratorias. (10)

Por desgracia y a pesar de saber la presencia de este síndrome y sus repercusiones en las instituciones de salud públicas o privadas es poca la investigación que se tiene respecto a los factores protectores para no desarrollar el desgaste; respecto a esto, lo único que se han identificado es que las personas casadas tienen este estado civil como factor protector, quizás el convivir bien con su pareja y realizar actividades de recreación que le permitan disminuir los niveles de estrés que en algún momento se puedan desarrollar; también se ha considerado al ejercicio como otro factor protector, y curiosamente la mayoría de los médicos no lo practica.(10)

En médicos residentes se ha documentado en diversos estudios en todo el mundo una elevada prevalencia del síndrome. Por ello, el Síndrome puede considerarse como un efecto colateral al trabajo del médico residente, que puede disminuir su productividad, provocar disfunción personal y deteriorar la calidad en el cuidado del paciente. Adicionalmente, puede reducir la calidad de la educación del becario debido a la presencia de conductas amotivacionales y un bajo compromiso con su trabajo. (8)

Es necesario buscar la Incidencia del Síndrome de Burnout y la sintomatología depresiva, dada la importancia y repercusión que han tenido en el ámbito médico, tanto en su rama laboral como académica, con este trabajo buscamos observar las variables que se repiten en el curso de esta patología para dar la pauta a un futuro análisis de los factores de riesgo y factores protectores, y con esto actuar para disminuir estas cifras en nuestra localidad.

JUSTIFICACION:

El síndrome de Burnout asociado a sintomatología depresiva es una entidad común en los profesionales de la salud, con impacto y repercusión directa en su vida profesional, familiar y social. Los médicos en formación para una Especialidad Médica son considerados población vulnerable dada las largas jornadas de trabajo, así como estrés y exigencia laboral, académica y familiar; es necesario identificar el grado de desgaste profesional y síntomas de depresión que presentan a fin de establecer estrategias que las prevengan.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Incidencia del síndrome de Burnout y síntomas depresivos en los médicos Residentes del IMSS Xalapa en el año 2013?

HIPÓTESIS:

La Incidencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional y síntomas de depresión en los médicos Residentes del IMSS Xalapa es del 60%; 40% en Medicina Familiar, 20% en Cirugía General, 20% en Ginecología Y Obstetricia, 10%, en Pediatría y del 10% para Medicina Interna, y Sintomatología de Depresión en el 50% de los Residentes; en Residentes de Anestesiología y Epidemiología no se presentó este Síndrome ni sintomatología depresiva durante el año 2013

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Identificar la Incidencia del síndrome de Burnout y síntomas depresivos en Residentes del IMSS Xalapa en el periodo comprendido de enero a julio del 2013

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar a los Residentes de Xalapa IMSS Veracruz Norte por especialidad y Grado.
- Determinar las características sociodemográficas de los Residentes
- Clasificar a los Residentes según la tipología de familia a la que pertenecen
- Identificar el rol del Residente dentro de su núcleo familiar.
- Identificar a los residentes por.
 - nivel de agotamiento emocional
 - nivel de despersonalización
 - nivel de realización personal
- Determinar la presencia de sintomatología depresiva en los residentes

MATERIAL Y METODOS:

- Diseño: Encuesta descriptiva prospectiva
- Lugar: UMF 66 y HGZ 11 IMSS Xalapa Veracruz México
- Tiempo: Abril del 2012 – Diciembre 2013
- Población: Residentes de Medicina Familiar, Epidemiología, Cirugía General, Ginecología, Medicina Interna, Pediatría, y anestesiología del IMSS Delegación Veracruz Norte Xalapa.
- Selección de la Población:
 - Criterios de Inclusión:
 - Hombres y mujeres
 - Residentes de Medicina Familiar y Epidemiología de los 3 grados;
 - Residentes de Cirugía, Ginecología, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, de primer año.
 - Que tengan lo más cercano a 6 meses de trabajo continuo
 - Que acepten participar en el estudio.
 - Exclusión:
 - Residentes en Rotación Temporal.
 - Eliminación:
 - Encuestas incompletas.

PROGRAMA DE TRABAJO:

Se iniciará con la realización de protocolo de investigación en mayo del 2012. Posterior a la autorización del protocolo, se dará aviso a las autoridades educativas del instituto sobre este trabajo, y se reunirán a los Médicos Residentes ya especificados para explicarles este trabajo y confidencialidad además de pedirles su consentimiento para contestar el cuestionario y lograr la investigación. A partir de enero del 2013 se comenzará la aplicación del cuestionario de Maslach (ANEXO 1) y Cuestionario CESD 20 (Anexo 0)

Para obtener el nivel de desgaste profesional se aplicará el Maslach Burnout Inventory MBI; formado por 22 ítems que se valorarán con una escala tipo Likert con rango de respuesta que van de “nunca” a “diariamente”, dependiendo de la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítem. A las que se les otorgará un valor de 0 a 6; siendo 0 igual a nunca y 6 igual a diariamente

La subescala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (EE) está **formada por 9 ítems** (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de Despersonalización (Despersonalization) (D) está **formada por 5 ítems** (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la subescala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está **compuesta por 8 ítems** (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. **(10)**

Mientras que en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen. **(10)**

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. **(10)**

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome. **(10)**

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro. **(10)**

Debido a la falta de uniformidad observada en la literatura al momento de realizar el diagnóstico del Síndrome, se utilizaran los criterios empleados en el estudio realizado en Lima Perú con Mariños A. et al, quienes ocuparon los criterios de Grunfeld; que requiere tan solo de una dimensión severamente anormal. Se define severamente anormal cuando AE, DP están en el tercil superior y RP en el tercil inferior.(9)

Para identificar los síntomas de Depresión se aplicará la Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD). Consta de 20 ítems que reflejan el estado de ánimo del sujeto durante la semana previa, se valorarán con una escala tipo Likert con rango de respuesta que van de “nunca” a “siempre”, dependiendo de la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítem. A las que se les otorgará un valor de 0 a 3; siendo 0 igual a nunca y 3 igual a siempre. Se considera positivo un puntaje mayor o igual a 16 para sintomatología depresiva, y un puntaje mayor a 23 se considera como Depresión Mayor. **(9,13)**

Los datos recolectados se almacenaran y procesaran en forma sistemática mediante la utilización de plantillas de cálculo Microsoft Excel 2007

Para el análisis de datos se ocupara el software estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se llevaran a cabo análisis estadísticos descriptivos (mediante graficas de pastel y tablas de frecuencia con una confianza del 95%) para distribuir a los residentes por especialidad y Grado, y así determinar las características socio demográficas, Clasificarlos según la tipología de familia a la que pertenecen, Identificar el rol dentro de su núcleo familiar, identificar su nivel de agotamiento emocional, su nivel de despersonalización, su nivel de realización personal y Determinar la presencia de sintomatología depresiva en los médicos residentes.

Con esto identificaremos la Incidencia del síndrome de Burnout y síntomas depresivos en Residentes del IMSS Xalapa en el periodo comprendido de enero a julio del 2013

VARIABLES:

VARIABLE	DEFICINION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
Género	Conjunto de los aspectos sociales de la sexualidad, un conjunto de comportamientos y valores (incluso estéticos) asociados de manera arbitraria, en función del sexo	Respuesta al cuestionario en base a Sexo (ANEXO 0)	Femenino Masculino	Nominal
Edad	tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Respuesta al cuestionario en base a edad (ANEXO 0)		De Razón
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Respuesta al cuestionario en base a Estado Civil (ANEXO 0)	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo	Nominal
Hijos	Lo que procede, o sale de otra cosa por procreación,	Respuesta al cuestionario en base a Tiene Hijos (ANEXO 0)	SI NO	Escala Nominal
Deporte	Toda aquella actividad física que involucra una serie de reglas o normas a desempeñar dentro de un espacio o área determinada (campo de juego, cancha, tablero, mesa, entre otros) a menudo asociada a la competitividad deportiva	Respuesta al cuestionario en base a Realiza algún Deporte (ANEXO 0)	SI NO	Escala Nominal
Realización de Actividades Recreativas	Toda actividad realizada por una persona que tenga como fin ocio, entretenimiento y diversión, aislada o simultáneamente con otras actividades o personas.	Respuesta al cuestionario en base a Realiza actividades Recreativas (ANEXO 0)	SI NO	Nominal
Tipo de Actividad Recreativa	Tipo de actividad realizada con fin de ocio, entretenimiento o diversión	Respuesta al cuestionario en base a Tipo de actividad que realiza (ANEXO 0)	CINE LEER VER TELEVISION SALIR DE PASEO IR AL ANTRO VIAJAR	Nominal o de Razón
Persona con la que	Ser humano acompañante a la	Respuesta al cuestionario en base	SOLO	Nominal o

realiza actividades Recreativas	realización de actividades recreativas	a Tipo de actividad que realiza (ANEXO 0)	CON LA FAMILIA CON AMIGOS CON SU PAREJA	de Razón
Frecuencia con que realiza actividades recreativas	Intervalo de tiempo para la realización de actividades recreativas.	Respuesta al cuestionario en base a Tipo de actividad que realiza (ANEXO 0)	DIARIO CADA TERCER DIA UNA VEZ A LA SEMANA UNA VEZ AL MES OTRA	Nominal o de Razón
Residencia Medica	conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas	Respuesta al cuestionario en base a Residencia Medica (ANEXO 0)	Medicina Familiar Epidemiología Cirugía General Ginecología y Obstetricia Anestesiología Medicina Interna	Nominal
Grado de Residencia	Año o grado que se obtiene después de un año de Residencia Medica.	Respuesta al cuestionario en base al año de Residencia Medica (ANEXO 0)	R1 R2 R3	Escala Ordinal
Periodo Vacacional	Descanso temporal de una actividad habitual	Respuesta al cuestionario en base al fecha del último periodo vacacional (ANEXO 0)		Escala de Razón
Guardia	Protección o cuidado de una cosa; en este caso el servicio al que están adscritos los médicos residentes, duración de 24 hrs continuas.	Respuesta al cuestionario en base a usted se encuentra de guardia (ANEXO 0)	SI NO	Escala Nominal
Pre guardia	Día previo a la Guardia.	Respuesta al cuestionario en base a usted se encuentra de pre guardia (ANEXO 0)	SI NO	Escala Nominal
Posguardia	Día posterior a la Guardia	Respuesta al cuestionario en base a usted se encuentra de posguardia (ANEXO 0)	SI NO	Escala Nominal
Tipología Familiar	Clasificación del tipo de familia en	De acuerdo a: la clasificación del	Por Parentesco:	Escala

	diversos aspectos a estudiar	consenso 2012: Por parentesco Por Presencia en el Hogar Por Medios de Subsistencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Nuclear simple • Nuclear numerosa • Reconstruida • Monoparental • Monoparental extendida • Monoparental extendida compuesta • Extensa • Extensa compuesta • No parental • Monoparental extendida sin parentesco • Grupos similares a familias <p>Por Presencia en el Hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Núcleo integrado • Núcleo no integrado • Extensa ascendente • Extensa descendente • Extensa colateral <p>Por Medios de Subsistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agrícolas y Agropecuarias • Industrial • Comercial • Servicios 	Nominal
Rol Familiar	Expectativa que tiene un grupo social respecto a la conducta de una persona que ocupa una posición en la familia	Respuesta al cuestionario sobre Tipología familiar y Rol familiar	Esposo Esposa Padre Madre Hijo	Escala Nominal
Índice de Pobreza Familiar.	Nivel de Pobreza familiar	Respuesta al cuestionario sobre Índice Simplificado de Pobreza Familiar (Anexo 2)	Sin Pobreza Pobreza Baja Pobreza Alta	Escala Ordinal
Agotamiento Emocional	sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes	Respuesta al Instrumento de Medición Maslach con los ITEMS: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	ALTO MEDIO BAJO	Escala ORDINAL
Despersonalización	Alteración de la	Respuesta al Instrumento de	ALTO	Escala

	percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos.	Medición Maslach con los ITEMS: 5, 10, 11, 15 y 22	MEDIO BAJO	Ordinal
Realización Personal	Proceso mediante el cual se puede conseguir o hacer lo que en realidad uno es.	Respuesta al Instrumento de Medición Maslach con los ITEMS: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	ALTO MEDIO BAJO	Escala de Razón
Síndrome de Burnout SEGÚN criterios de GRUNFERD	Respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado	Respuesta al Instrumento de Medición Maslach Grunfeld requiere de tan solo de una dimensión severamente anormal. Se define severamente anormal cuando AE, DP están en el tercil superior y RP en el tercil inferior.(1)	SI NO	Escala Ordinal
Sintomatología depresiva	Trastornos depresivos del estado de ánimo	Respuesta al instrumento CES-D - versión en español de 20 reactivos; como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos con un puntaje mayor o igual a 16	SI NO	Escala Ordinal

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Investigador Principal: María de la Luz Tello Pérez R2MF

Asesor Metodológico: Dra. Rosalba Mendoza Rivera

Asesor Estadístico: Lic. José Iván Cobos Díaz

RECURSOS FISICOS:

- Área Física: Unidad de Medicina Familiar No. 66 y Hospital General de Zona No. 11 de Xalapa Veracruz México
- Formatos de Recolección de Información: ANEXOS 0, 1, 2,3.
- Computadora personal para investigación y recopilación de resultado.

RECUSOS FINANCIEROS:

Aportados por el investigador principal.

ETICA

Según el REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y basándonos en el TITULO SEGUNDO, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, que menciona en el Artículo 17". Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en 3 categorías", y el estudio que realizaremos se engloba dentro de la categoría mencionada en la fracción II de dicho artículo, el cual textualmente dice que es una Investigación con riesgo mínimo.

Ante cualquier eventualidad podremos hacer valer el ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Y siempre tomaremos en cuenta ante cualquier suceso inesperado el ARTICULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Previo a la aplicación de cada cuestionario se realizará un Consentimiento informado basados en el ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	Abril 12	Mayo 12	Junio 12	Julio 12	Agosto 12	Sept 12	Octubre 12	Nov 12	Diciembre 12	Enero 13	Febrero 13	MARZO 13	Abril 13	Mayo 13	Junio 13	Julio 13	Agosto 13	Sept. 3	Octubre 13	Nov 13	Dic 13	
Elaboración del Protocolo																						
Búsqueda de Referencias Bibliográficas																						
Autorización por el Comité Local																						
Prueba de Campo																						
Recolección de Información																						
Análisis de Resultados																						
Conclusiones																						
Publicación																						

RESULTADOS

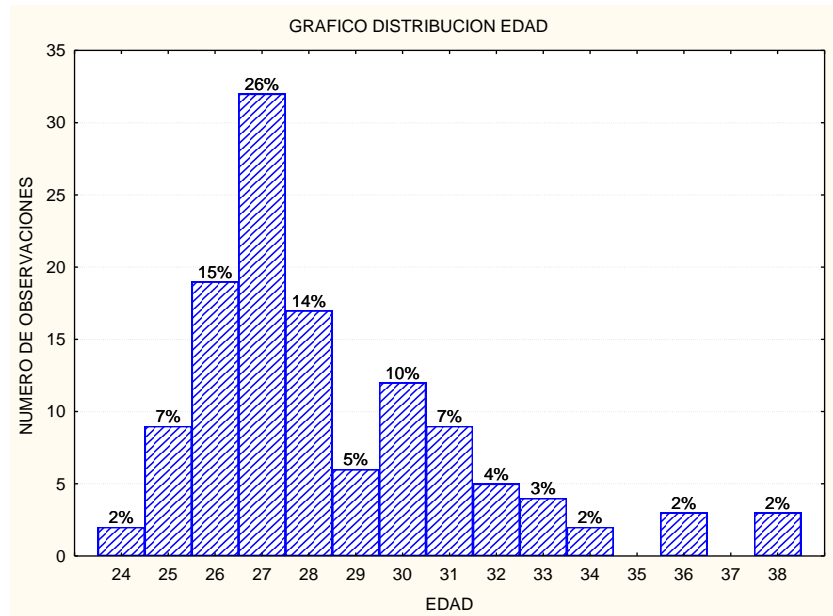
Se realizaron 123 encuestas, los resultados de acuerdo al número y porcentaje de residentes por especialidad y grado de residencia se muestra en las siguientes tablas:

Especialidad cursada	Casos	Porcentaje
Medicina Familiar	55	44.71545
Ginecología y Obstetricia	5	4.06504
Cirugía General	9	7.31707
Anestesiología	15	12.19512
Medicina Interna	15	12.19512
Epidemiología	13	10.56911
Pediatría	11	8.94309
Total	123	100.00

Grado	Casos	Porcentaje
Primero	98	79.67480
Segundo	24	19.51220
Tercero	1	0.81301
total	123	100.00

De 123 residentes encuestados, 65, 52.8% son del sexo femenino y 58, 47.15% del sexo masculino; en lo referente a la edad, y estado civil de los residentes los resultados se muestran en la siguiente tabla y gráfica:

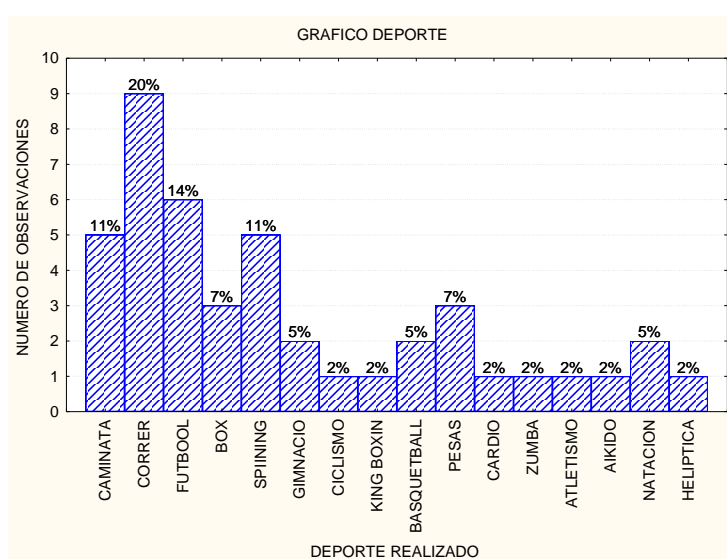
Estado Civil	Casos	Porcentaje
Soltero	90	73.17073
Unión libre	8	6.50407
Casado	23	18.69919
Separado	1	0.81301
Divorciado	1	0.81301
Total	123	100.00



23 residentes tienen hijos, 19 de estos tienen 1 hijo y 4 residentes 2 hijos.

Podemos observar las gráficas y tablas siguientes para ver la distribución de los residentes de acuerdo a si realizan o no deporte, y actividades recreativas:

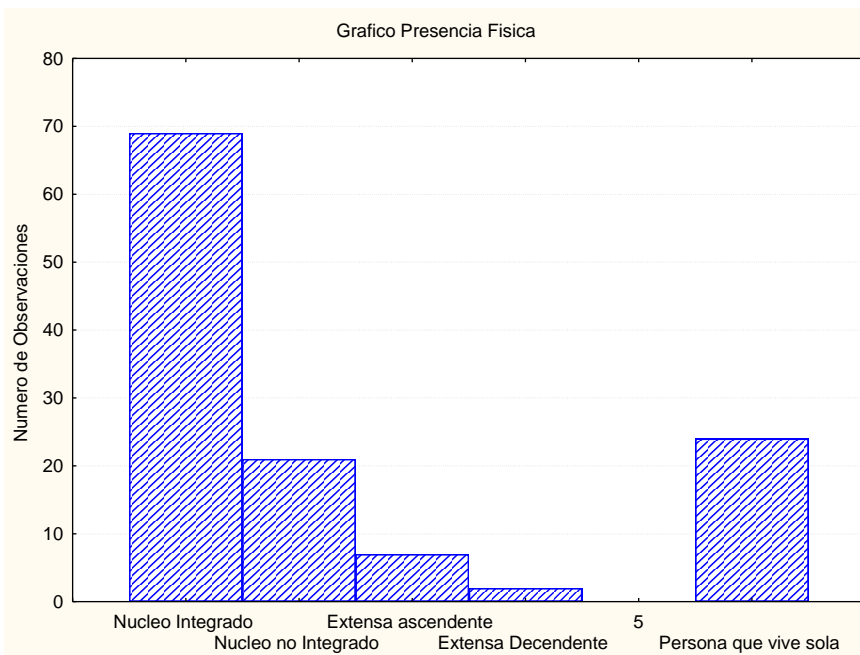
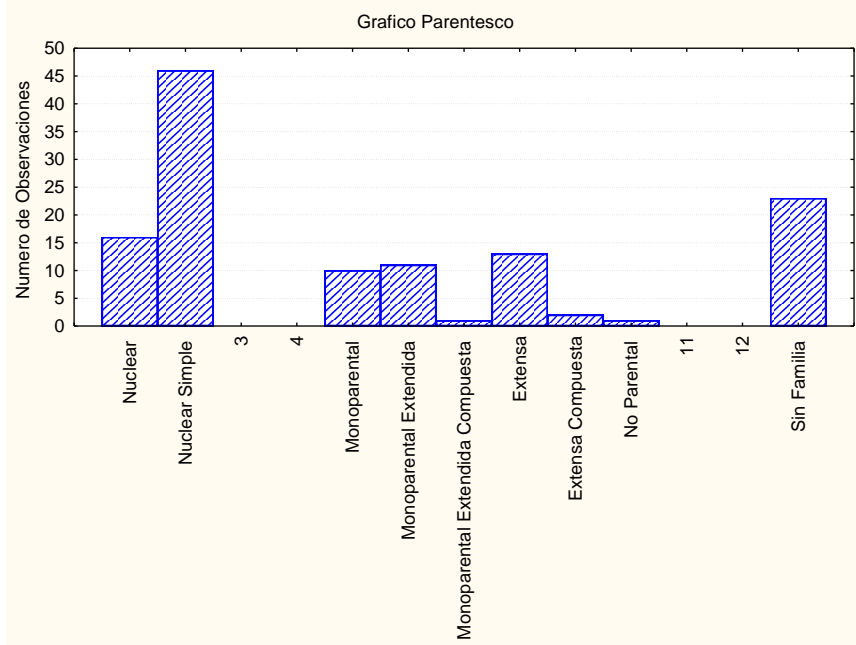
Realiza deporte	Casos	Porcentaje	Con que frecuencia	Casos	Porcentaje
Si	50	40.65041	Diario	4	3.25203
No	73	59.34959	Cada tercer día	20	16.26016
Total	123	100.00	Una vez a la semana	16	13.00813
			Una vez al mes	6	4.87805
			Otra	5	4.06504
			Total	Total	123



Realiza actividad recreativa	Casos	Porcentaje	Con que frecuencia	Casos	Porcentaje
Si	121	98.37398	Diario	2	1.62602
No	2	1.626016	Cada tercer día	17	13.82114
Total	123	100.00	Una vez a la semana	67	54.47154
			Una vez al mes	25	20.32520
			Otra	10	8.13008
			Total	Total	123

Con quien las realiza	Casos	Porcentaje
Solo	6	4.87805
Con la familia	45	36.58537
Con amigos	40	32.52033
Con su pareja	30	24.39024
Total	123	100.00

De 123 Residentes encuestados, de acuerdo a la tipología familiar según el consenso de Medicina Familiar en base a Parentesco, 46 residentes pertenecen a una familia Nuclear simple, y 24 entran en la categoría sin Familia, que se refiere a que viven solos, y se hacen cargo de sus gastos y necesidades solos. En lo referente a presencia Física en el hogar: 69 tienen núcleo integrado, 21 núcleo no integrado, y 24 viven solos; y en relación al índice de Pobreza Familiar: 96.7% no tienen pobreza familiar, y es resto tienen pobreza baja.



Índice de pobreza familiar	Casos	Porcentaje
Sin Pobreza	119	96.74797
Pobreza Baja	4	3.25203
Total	123	100.00

El rol del residente dentro de su núcleo familiar lo podemos observar en la siguiente tabla, cabe mencionar que al decir NO APLICA, nos referimos a residentes que viven solos y no dependen de ningún núcleo familiar para su subsistencia.

Roll Familiar	Casos	Porcentaje
Padre	8	6.50407
Madre	7	5.69106
Hijo	66	53.65854
Esposa(o)	19	15.44715
No Aplica	23	18.69919
Total	123	100.00

Los resultados en lo referente a nivel de agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, se muestran en las 3 tablas siguientes:

Agotamiento Emocional	Casos	Porcentaje
Alto	32	26.01626
Medio	34	27.64228
Bajo	57	46.34146
Total	123	100.00

Despersonalización	Casos	Porcentaje
Alto	32	26.01626
Medio	27	21.95122
Bajo	64	52.03252
Total	123	100.00

Realización Personal	Casos	Porcentaje
Bajo	24	19.51220
Medio	49	39.83740
Alto	50	40.65041
Total	123	100.00

De 123 residentes encuestados, El 43.9%, es decir 54 casos, padecen síndrome de Burnout. Las características de los casos positivos se muestran en las siguientes tablas:

Síndrome de Burnout	Casos	Porcentaje
Si	54	43.90244
No	69	56.09756
Total	123	100.00

Estado Civil	Casos	Porcentaje
Soltero	41	75.92593
Unión libre	2	3.70370
Casado	11	20.37037
Total	54	100.00

Sexo	Casos	Porcentaje
Femenino	28	51.85185
Masculino	26	48.14815
Total	54	100.00

Tiene hijos	Casos	Porcentaje
Si	9	16.66667
No	45	83.33333
Total	54	100.00

Realiza deporte	Casos	Porcentaje
Si	17	31.48148
No	37	68.51852
Total	54	100.00

Realiza actividades recreativas	Casos	Porcentaje
Si	52	96.29630
No	2	3.70370
Total	54	100.00

Especialidad que cursa	Casos	Porcentaje
Medicina Familiar	25	46.29630
Ginecología y Obstetricia	2	3.70370
Cirugía General	5	9.25926
Anestesiología	4	7.40741
Medicina Interna	11	20.37037
Epidemiología	2	3.70370
Pediatría	5	9.25926
Total	54	100.00

Grado	Casos	Porcentaje
Primero	43	79.62963
Segundo	11	20.37037
Total	54	100.00

Hace cuánto tiempo tuvo su último periodo vacacional	Casos	Porcentaje
1 mes	5	9.25926
2 meses	5	9.25926
3 meses	3	5.55556
4 meses	6	11.11111
5 meses	4	7.40741
6 meses o mas	31	57.40741
Total	54	100.00

El día de hoy se encuentra	Casos	Porcentaje
Guardia	16	29.62963
Pos guardia	13	24.07407
Pre guardia	23	42.59259
No hace guardias	2	3.70370
Total	54	100.00

Escala de depresión	Casos	Porcentaje
Sin depresión	22	40.74074
Sintomatología depresiva	10	18.51852
Depresión mayor	22	40.74074
Total	54	100.00

De los 123 residentes encuestados, 25 residentes cursan con sintomatología depresiva es decir el 20.3% y 24 médicos, el 19.5% cursan con depresión mayor, que da un total de 49 residentes, 39.8% en riesgo. De este grupo de residentes, las características estudiadas aparecen en las siguientes tablas:

Escala de depresión	Casos	Porcentaje
Sin depresión	74	60.16260
Sintomatología depresiva	25	20.32520
Depresión mayor	24	19.51220
Total	123	100.00

Estado Civil	Casos	Porcentaje
Soltero	37	75.51020
Unión libre	2	4.08163
Casado	9	18.36735
Separado	1	2.04082
Total	49	100.00

Sexo	Casos	Porcentaje
Femenino	31	63.26531
Masculino	18	36.73469
Total	49	100.00

Tiene hijos	Casos	Porcentaje
Si	13	26.53061
No	36	73.46939
Total	49	100.00

Realiza actividades recreativas	Casos	Porcentaje
Si	48	97.95918
No	1	2.04082
Total	49	100.00

Grado	Casos	Porcentaje
Primero	40	81.63265
Segundo	8	16.32653
Tercero	1	2.04082
Total	49	100.00

El día de hoy se encuentra	Casos	Porcentaje
Guardia	13	26.53061
Pos guardia	10	20.40816
Pre guardia	20	40.81633
No hace guardias	6	12.24490
Total	49	100.00

Realiza deporte	Casos	Porcentaje
Si	20	40.81633
No	29	59.18367
Total	49	100.00

Especialidad que cursa	Casos	Porcentaje
Medicina Familiar	18	36.73469
Ginecología y Obstetricia	2	4.08163
Cirugía General	3	6.12245
Anestesiología	6	12.24490
Medicina Interna	8	16.32653
Epidemiología	6	12.24490
Pediatría	6	12.24490
Total	49	100.00

Hace cuanto tiempo tuvo su último periodo vacacional	Casos	Porcentaje
1 mes	5	5
2 meses	3	8
3 meses	5	13
4 meses	6	19
5 meses	3	22
6 meses o mas	27	49
Total	49	100.00

Síndrome de Burnout	Casos	Porcentaje
Si	32	65.30612
No	17	34.69388
Total	49	100.00

En las siguientes tablas se muestra la distribución de la incidencia del síndrome, sintomatología depresiva y depresión mayor por especialidad.

ESPECIALIDAD QUE CURSAN	Residentes Con Sx. Burnout	Residentes Sin Sx. Burnout	Total
1- Medicina Familiar	25	30	55
2- Ginecología y Obstetricia	2	3	5
3- Cirugía General	5	4	9
4- Anestesiología	4	11	15
5- Medicina Interna	11	4	15
6- Epidemiología	2	11	13
7- Pediatría	5	6	11
Total:	54	69	123

ESPECIALIDAD QUE CURSAN	Residentes sin depresión	Residentes con sintomatología depresiva	Residentes con depresión mayor	Total
1- Medicina Familiar	37	6	12	55
2- Ginecología y Obstetricia	3	1	1	5
3- Cirugía General	6	1	2	9
4- Anestesiología	9	5	1	15
5- Medicina Interna	7	4	4	15
6- Epidemiología	7	5	1	13
7- Pediatría	5	3	3	11
Todos los grupos	74	25	24	123

DISCUSION

En este trabajo se encontró una asociación entre la presencia de Síndrome de Burnout y síntomas depresivos. Los residentes que presentaron ambos trastornos la mayoría se encuentran en el primer grado de la residencia, pero es necesario mencionar que el 45.8% de los residentes de segundo año también padecen el síndrome, y el 33.3% sintomatología depresiva, estos resultados similares a un estudio que se realizó en Perú donde Mariños et al, confirmo que existe una prevalencia del Síndrome variable en médicos residentes desde el 18 al 80.5%, y la frecuencia de sintomatología depresiva es de un 12.8% siendo un 47.5 en médicos residentes, con una frecuencia de síntomas depresivos entre 7 y 56% **(5)**;

Encontramos que el 43.9% de los residentes padecen el síndrome; que concuerda con lo que en España Domínguez Fernández et al confirmo con una prevalencia de Burnout del 27% en trabajadores de la salud **(14)**, En Costarrica Millán González y colaboradores confirmo una prevalencia de 46.1% en médicos residentes **(15)**.

Es de importancia señalar que los residentes con mayor porcentaje de síndrome y depresión son los de Pediatría, medicina Interna y Medicina Familiar, pues son los que llevan contacto más estrecho con los pacientes; En México Aranda Beltrán y colaboradores, confirmo una prevalencia de 42.3% en Médicos Familiares de la Ciudad de Guadalajara, con un 15.2% de manifestaciones psicológicas; y un 51.3% en Médicos especialistas del Hospital Gómez Farías en la ciudad de México. **(4,2)**, así como Álvarez Hernandez et al, en Mexico en un hospital de pediatría estudio a los residentes de Pediatría donde los de primer año (n =14) el grado de SB fue alto en 28.5% de ellos, en tanto que en los de segundo año (n =17) fue en 21.4%, en los de tercero (n =13) en 53.8% y en los de especialidades pediátricas (n =14) en 14.2% **(6)**

La mayoría no tiene hijos, o está soltero, a pesar de que casi el 100% realiza actividades recreativas, Como en el estudio realizado por Mariños et al. Donde los residentes que presentaron ambos trastornos se caracterizaron por ser de primer ó segundo año, no practicar un pasatiempo, no estar conformes con la residencia y realizar más guardias al mes. El 54,9% presentaba SBO, 60% de ellos tenía síntomas depresivos. A la inversa, el 87,1% de los que presentaron síntomas depresivos, tenían SBO. En médicos residentes de México, se encontró SBO en 35%, teniendo criterios de depresión el 46% de ellos, mientras que el 100% de médicos que presentaban depresión tenían SBO. **(5)**

Más del 50% no ha tenido periodo vacacional en más de 6 meses lo que coincide con diversas fuentes donde se menciona que para padecer el síndrome es necesario llevar laborando cerca de 6 meses continuos, todo esto Por las repercusiones que genera en el individuo, la exposición crónica de manera gradual y continuada por lo menos seis meses a dichos estresores, por esto los profesionales de la salud constituyen la población más vulnerable a desarrollarlo **(11)**; además de que los trabajos estresantes son tan malos para la salud de las personas como el tabaquismo activo y la obesidad **(4)**.

Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en hombres y mujeres. Lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome, ya que deben llevar acabo “doble jornada” es decir tareas domésticas además del trabajo en alguna institución de salud.(6,7,8,9,10)

CONCLUSIONES

Después de realizar este trabajo, hemos confirmado, que la residencia médica, es un periodo de adiestramiento en donde las jornadas laborales y académicas no dejan espacio a la vida personal de los médicos en formación, lo que lleva a padecer síndrome de Burnout, y en algunos casos depresión mayor o tener síntomas depresivos.

Esto ya ha sido analizado en trabajos previos, y las consecuencias a corto y largo plazo pueden ser muy dañinas para la salud de los residentes y para el ambiente social en el que se desenvuelven, pues pueden presentar datos de agresividad, inconformidad, apatía, o mal trato a sus compañeros o quizás hasta con los pacientes que están a su cargo.

Es de suma importancia a mi parecer, trabajar en la prevención de estas patologías, ya que las hemos ignorado en la mayoría de los casos, sin darnos cuenta de que esto pudiera ser uno o el origen de tantas quejas y problemas de mal trato en la institución en la que laboramos.

Hasta el día de Hoy las quejas hacia el personal del Salud son muchas comparadas con instituciones privadas, y otras instituciones públicas, si se trabaja en la mejoría de las condiciones laborales de los residentes, quizás, se reduzcan las jornadas de trabajo, o cuando menos, se espaciaran las guardias, esto podría permitirles a los becarios tener otro tipo de distracción, mejorar su aprendizaje, y la calidad del tiempo de estudio y retomar el siguiente día laboral con entusiasmo y ganas de seguir aprendiendo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención, Revista de psicología científica, 2012 (78). ISSN: 2011-2521 Obtenido el 04 de junio del 2012 www.PsicologiaCientifica.com
2. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG, Torres López TM, Aldrete Rodríguez MG, Pérez Reyes MB, Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México; Revista Cubana de Salud Publica 2005 (31), Obtenido el 04 de junio del 2012 <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/>
3. Hernández García TJ, Terán Varela OE, Navarrete Zorrilla DM, León Olvera A, El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de Medición. 2007 (3) 5: 50-68
4. Millán González R, Mesén Fainardi A, Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses; 2009; Acta méd. costarric, 51 (2): 91-97
5. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudios descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. 2011, Rev Med Hered 22 (4): 162-168
6. Álvarez Hernández G, Medécigo Vite S, Ibarra García C. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el estado de Sonora. 2010, Bol Med Hosp Infant Mex 67: 44-51
7. Escribá Agüir V, Artazcoz L, Pérez Hoyos S; Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de Burnout en médicos especialistas; Gac Sanit. 2008;22(4):300- 308
8. Colon MY, Caraccioli YS, Pérez JG, Ortiz LR, Molina LI, López OV, Oliva MM, Galo LF, Antúnez SE, Zavala Galindo GL. Síndrome de Burnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales; 2009; Rev. Fac. Cienc. Méd. 6 (1):26-34
9. Hernández Vargas CI, Dickinson ME, Fernández Ortega MA, El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos; 2008, Rev Fac Med UNAM 51(1): 11-14
10. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, Tarrés MC, Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado; Arch Argent Pediatr 2011;109(2):129-134
11. Aranda Beltran, Zarate Montero, Pando Moreno, Sahun Flores; Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentin Gomez Farias, Mexico. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), 2010, pp 12-16
12. Galán-Rodas E, Gálvez-Buccollini JA, Vega-Galdós F, Osada J, Guerrero-Padilla D, Vega-Dienstmaier J, Talledo L, Catacora M, Fiestas F, SALUD MENTAL EN MÉDICOS QUE

- REALIZAN EL SERVICIO RURAL, URBANO-MARGINAL EN SALUD EN EL PERÚ: UN ESTUDIO DE LÍNEA BASE; Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(2): 277-81.
13. Caballero Domínguez CC, Hederich C, Palacio Sañudo JE; El Burnout Académico: Delimitación del Síndrome y Factores asociados con su aparición; Revista Latinoamericana de Psicología (42)1 2010: 131-146
 14. Domínguez Fernández JM, Herrera Clavero F, Villaverde Gutiérrez MC, Padilla Segura I, Martínez Bagur ML, Domínguez Fernández J; Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta; 2011, Aten Primaria 612: 2-8
 15. Gomero Cuadra R, Baldeon Palomino J, Ruiz Gutierrez F, Llapyesan C; El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Peru Copper Corporation: Estudio Piloto. Rev Med Hered 16 (4), 2005 233
 16. Tejero González CM, Fernández Díaz MJ, Carballo Santaolalla R. Medición y prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en la dirección escolar; Revista de Educación, 2010 (351): 361-383
 17. Bojorquez Chapela I, Nelly Salgado de Snyder N, Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana; Salud Mental 2009;32:299-307
 18. Castillo-Vilca M, Prado-Mendoza CJ, Vega-Dienstmaier JM, Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima, Rev Neuropsiquiatr 73 (1), 2010: 9-14
 19. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias; Archivos de Medicina Familiar, 2005, (7),1: 515-519

ANEXOS:

ANEXO 0. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Subraye la respuesta que usted considere adecuada, en caso de ser necesario responda con letra legible y de molde.

Nombre del Participante: _____

Firma: _____

SEXO: 1.-FEMENINO 2.-MASCULINO

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: 1.-SOLTERO 2.-UNION LIBRE 3.-CASADO 4.-SEPARADO 5.-DIVORCIADO

TIENE HIJOS: 1.-SI 2.-NO **CUANTOS:** _____

REALIZA DEPORTE: 1.-SI 2.-NO **CUAL:** _____

CON QUE FECUENCIA REALIZA EL DEPORTE:

1.-DIARIO 2.-CADA TERCER DIA 3.-UNA VEZ A LA SEMANA 4.-UNA VEZ AL MES 5.-OTRA

REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS: 1.-SI 2.-NO

QUE TIPO DE ACTIVIDADES: (PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA)

1.-CINE 2.-LEER 3.-VER TELEVISION 4.-SALIR DE PASEO 5.-IR AL ANTRO 6.-VIAJAR

CON QUIEN LAS REALIZA:

1.-SOLO 2.-CON LA FAMILIA 3.-CON AMIGOS 4.-CON SU PAREJA

CADA CUANTO REALIZA ESTAS ACTIVIDADES:

1.-DIARIO 2.-CADA TERCER DIA 3.-UNA VEZ A LA SEMANA 4.-UNA VEZ AL MES
5.-OTRA

ESPECIALIDAD QUE CURSA:

1.- Medicina Familiar 2.-Ginecología y Obstetricia 3.-Cirugía General 4.-
Anestesiología

5.-Medicina Interna 6.-Epidemiología 7.- Pediatría

GRADO: 1.-PRIMERO 2.-SEGUNDO 3.-TERCERO

HACE CUANTO TIEMPO TUVO SU ULTIMO PERIODO VACACIONAL (Especifique fecha, de no recordarla especifique mes y año, o tiempo atrás aproximado):

EL DIA DE HOY SE ENCUENTRA DE: 1.-GUARDIA 2.-POSGUARDIA 3.-PREGUARDIA 4.- NO HAGO GUARDIAS

MARQUE CON UNA (X) LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU CASA:

() PADRE () MADRE () ESPOSA (O) () HIJO (S)
() SUEGRA (O) () TIO (A) () SOBRINO (A) () HERMANO (A)
() PRIMO (A) () ABUELO (A) () OTRO () YO

¿QUIEN ES EL JEFE DE SU FAMILIA? (SE REFIERE A LA PERSONA QUE MAS APORTA ECONOMICAMENTE AL HOGAR)

a. PADRE b. MADRE c. YO d. ESPOSA

¿CUAL ES EL ROL QUE TIENE EN SU FAMILIA?

a. PADRE b. MADRE c. HIJO d. ESPOSA (O) SIN HIJOS e. Vivo solo

ANEXO 2. INDICE DE POBREZA FAMILIAR

SELECCIONE SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

¿CUAL ES LA OCUPACION DEL JEFE DE SU FAMILIA?

- a) CAMPESINO, AGRICULTOR, GANADERO, PESCADOR
- b) OBRERO, MINERO, JORNALERO
- c) COMERCIANTE
- d) EMPLEADO/PROFESIONISTA (GOBIERNO, INSTITUCION PÚBLICA O PRIVADA, SIN TITULO UNIVERSITARIO).
- e) PROFESIONISTA (INDEPENDIENTE O DEPENDIENTE DE INSTITUCION PUBLICA O PRIVADA, CON TITULO UNIVERSITARIO)

CUAL ES EL INGRESO ECONOMICO MENSUAL FAMILIAR APROXIMADO:

- a) Menos de un salario mínimo al mes (600 PESOSS)
- b) 1 a 2 salarios mínimos al mes (1200 PESOS)
- c) 3 a 4 salarios mínimos al mes (2400 PESOS)
- d) 5 a 6 salarios mínimos al mes (3600 PESOS)
- e) 7 o más salarios mínimos al mes (4200 PESOS)

NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES DEL JEFE DE FAMILIA:

- a) 3 o más hijos B) 2 hijos C) 1 hijo D) Ningún hijo

ESCOLARIDAD MATERNA O ESPOSA:

- a) Sin instrucción B) Primaria incompleta C) Primaria completa D) Post primaria

OCUPACION DE LA MADRE:

- a. Ama de casa B. Empleada, Profesionista, trabaja fuera del hogar.

NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN POR DORMITORIO EN SU CASA

- a) 3 o más personas B) 1 a 2 personas

<i>Parentesco</i>	<i>Presencia Física</i>	<i>Roll Familiar</i>	<i>Medios de Subsistencia</i>	<i>Índice de Pobreza Familiar</i>

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR		
INDICADORES	CATEGORIAS	PUNTUACION
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	Menos de un Salario mínimo al mes	4
	1 a 2 Salarios mínimos al mes	3
	3 a 4 salarios mínimos al mes	2
	5 a 6 salarios mínimos al mes	1
	7 o mas salarios mínimos al mes	0
NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	3 o mas hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	Ningún Hijo	0
ESCOLARIDAD MATERNA	Sin instrucción	2.5
	Primaria Incompleta	2
	Primaria Completa	1
	Post Primaria	0
HACINAMIENTO (Numero de personas por dormitorio)	3 o mas personas	1
	1 a 2 personas	0

TOTAL DE PUNTOS: _____

SIN POBREZA: 0-3 puntos

POBREZA BAJA: 4-6 puntos

POBREZA ALTA: 7 y mas puntos.

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE MEDICION DE MASLACH

		NUNCA	UNA VEZ AL AÑO O MENOS	UNA VES 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	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							

17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

ANEXO 4: Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versión de 20 reactivos

No.	Ítem	Respuestas y puntajes asignados			
		Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre
1	Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3
2	No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	0	1	2	3
3	Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con ayuda de familiares y amigos	0	1	2	3
4	Sentía que era tan buena persona como cualquiera otra	3	2	1	0
5	Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6	Me sentía deprimida	0	1	2	3
7	Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8	Me sentía optimista sobre el futuro	3	2	1	0
9	Pensé que mi vida era un fracaso	0	1	2	3
10	Me sentí con miedo	0	1	2	3
11	Mi sueño era inquieto	0	1	2	3
12	Estaba contenta	3	2	1	0
13	Hablé menos de lo usual	0	1	2	3
14	Me sentí sola	0	1	2	3
15	Sentí que la gente no era amigable	0	1	2	3
16	Disfruté de la vida	3	2	1	0
17	Pasé ratos llorando	0	1	2	3
18	Me sentí triste	0	1	2	3
19	Sentí que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20	No tenía ganas de hacer nada	0	1	2	3

<i>Agotamiento Emocional</i>	<i>Despersonalización</i>	<i>Realización Personal</i>	<i>Síndrome de Burnout</i>	<i>Escala de Depresión</i>

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **Incidencia del Síndrome de *Burnout* y síntomas depresivos en Médicos Residentes del IMSS Xalapa Veracruz**

Lugar y fecha: Xalapa Veracruz México. _____ 2013

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Comparar la Prevalencia del síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional en Residentes de la UMF 66 y Residentes Troncales del HGZ 11 del IMSS en el periodo comprendido de Enero a julio del 2013.

Procedimientos: Encuestas Auto aplicadas

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Diagnóstico del Síndrome de Desgaste Profesional.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se darán a conocer los resultados a los participantes de manera confidencial y de ser necesario se les ofrecerá apoyo a quienes lo ameriten y estén de acuerdo.

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad: Este estudio se realizará de manera personal y privada a los médicos residentes, preservando los resultados de manera confidencial, los cuales solo se otorgaran al participante de la encuesta si este así lo decide, además de que en los resultados del trabajo de investigación no se mencionaran nombres ni características particulares de cada residente encuestado.

- a. **No autorizo que se aplique el cuestionario.**
- b. **Si autorizo que se aplique el cuestionario solo para este estudio.**
- c. **Si autorizo que se aplique el cuestionario para este estudio y estudios futuros.**

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse al Investigador Responsable:

MARIA DE LA LUZ TELLO PÉREZ

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, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre del Participante: _____

Firma: _____

Clave: 2810-009-013