

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Medicina de Mexicali



**Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional (“Síndrome de Burnout”) y
Depresión en Médicos Residentes e Internos del Hospital General de Tijuana**

Trabajo terminal para obtener el diploma de la especialidad en:

MEDICINA INTERNA

Presenta: Dr. Miguel Ángel Cordero Guillen

Director de Tesis: MC Clemente Gil Zúñiga

Tijuana, Baja California. Marzo 2009

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE ESPECIALIDAD.

Mexicali, B.Cfa. a 28 de Febrero de 2009.

Los abajo firmantes, miembros de Jurado Dictaminador del documento escrito denominado: Prevalencia del Sindrome de "Esgaste Profesional (Sindrome de Burnout) y Depresion en Medicos "residentes e Internos del Hospital General de Tijuana.

que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Interna, presenta:
Dr. Miguel Angel Cordero Guillen

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobar

Sinodal
Dr. Clemente H. Zuniga Gil

Sinodal
Dr. Eduardo Vazquez de la Mora

Sinodal
Dr. Alberto Ornelas Velazquez

Sinodal
Dr. Ruben Corral Moreno

Agradecimientos

A mi esposa que con tiempo, comprensión y amor, ha contribuido a forjar y salir avante en los proyectos importantes en estos momentos de mi vida.

A mis hermanos y madre, a quienes les debo mucho de lo que soy y que con su amor me han brindado soporte en la realización de las metas alcanzadas hasta hoy en día.

A mi abuelo materno, quien con sus enseñanzas y cuidados en el inicio de mi vida despertó en mí el interés en la atención de los viejos.

A mis maestros que durante estos años de carrera, tanto de pregrado, como en el posgrado me dieron bases y me han guiado en la práctica de una medicina humanitaria.

A todos los amigos y compañeros que durante este tiempo me han apoyado, de manera incondicional han contribuido a que sea una mejor persona.

ÍNDICE

Contenido

Capítulo I	
Introducción.....	1
Capítulo II	
Definición.....	2
Capítulo III	
<i>Componentes del Síndrome de Desgaste Profesional</i>	4
Capítulo IV	
Epidemiología.....	4
Capítulo V	
<i>Causas del síndrome de Desgaste Profesional</i>	5
Capítulo VI	
Instrumentos de medición del síndrome de Burnout.....	7
Capítulo VII	
<i>Consecuencias del Síndrome de Burnout</i>	8
Capítulo VIII	
Síndrome de Desgaste Profesional y Depresión.....	9
Capítulo IX	
Justificación.....	11
Capítulo X	
Planteamiento del Problema.....	12
Capítulo XI	
Hipótesis.....	13
Capítulo XII	
Objetivo principal, objetivos secundarios.....	14
Capítulo XII	
Diseño Material y Métodos.....	15
Capítulo XIV	
Resultados.....	23
Capítulo XV	
Discusión.....	31
Capítulo XVI	
Conclusiones.....	33
Capítulo XVII	
Bibliografía.....	34
Capítulo XVIII	
Anexos.....	40

Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional (“Síndrome de Burnout”) y Depresión en Médicos Residentes e Internos del Hospital General de Tijuana

Área del conocimiento: Medicina

Tipo de investigación: Transversal, descriptivo, observacional.

Área de incidencia: Académicos

Responsable: Dr. Miguel Angel Cordero Guillen

Asociados: Dr. Clemente Zúñiga Gil, MC Médico Internista/Geriatra, Director de Tesis.

INTRODUCCIÓN. *El estrés la tensión asociada a los trabajos asistenciales ha sido un hecho conocido desde siempre, parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como “el malestar de nuestra civilización”. El síndrome desgaste profesional (SDP), es el resultado de un estrés crónico en el área de trabajo para el cual no se ha podido llevar una adaptación adecuada.* El Burnout aparece comúnmente entre los médicos practicantes, con una prevalencia que va desde el 25 al 60%. Son pocos y pequeños los estudios donde se describe el Burnout en médicos durante el programa de su residencia. En Baja California este tema fue abordado por anestesiólogos y ginecólogos graduados y en formación. Los estudios realizados reportan una prevalencia de Burnout en anestesiólogos 44%, ginecólogos 52-75%, sin embargo, los estudios son muestras pequeñas que limitan su extensión al resto de la población médica, ya sea residentes o egresados practicantes. Hasta el momento no existe ningún trabajo en nuestra ciudad, es por ello que la investigación en esta área es de suma importancia, sobre todo porque al saber la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y los factores asociados para su desarrollo, en los médicos en formación en nuestro hospital, nos dará una noción del grado de agotamiento que cursan los residentes e internos y con ello podremos definir las medidas de prevención a llevarse a cabo para disminuir la incidencia de esta patología, así como también dar una intervención a aquellos que ya cursan con este síndrome.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, analítico y de corte transversal en la población de residentes e internos del Hospital General de Tijuana, en el periodo de septiembre-Octubre del 2008. Se aplicó la encuesta auto administrada del Cuestionario de Maslach. La encuesta se realizó en forma directa entregando el cuestionario individualmente para su llenado y se asistió al encuestado en cuanto para llenado. Se aplicaron además escalas para determinar la prevalencia de Depresión, Privación de sueño, y auto percepción de la calidad de atención del paciente. El Tamaño de la muestra fueron todos los residentes e internos que laboraban en el HGT en el periodo consignado para la realización del estudio. Comprendiendo a 57 residentes y a 32 internos.

RESULTADOS: Se realizaron 75 encuestas, obteniéndose un porcentaje de respuesta de 82.02%. 45 fueron residentes (61.64%), 28 internos (38.36%). El 50.7% fueron del sexo masculino, 49.3% del sexo femenino. Se obtuvo una prevalencia de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional según las encuestas completas: el 35.6% (26 de los encuestados) tienen síndrome de Burnout, 15 (57.69%) son del sexo masculino, 11 (42.31%) son del sexo femenino, de ellos 18 son residentes (24.65%), solo 8 de ellos son internos de pregrado representando un 10.95% del total con SDP. Se obtuvo una prevalencia de Depresión basado en la escala del departamento de psiquiatría de Harvard de 27.39% en el total de los encuestados. 31.11% de los residentes resulto con depresión y el 21.42% de los MIP's resulto con depresión.

Conclusiones: Como se ha observado en la mayor parte de los estudios publicados sobre el Síndrome de Desgaste Profesional, nuestro trabajo nos demuestra que la prevalencia es alta en la población de becarios del HGT, así como también lo es la Depresión y todo esto recae en como los becarios están atendiendo a sus pacientes. Es por ello que debe darse apoyo psicológico a los médicos afectados, incluirlos en programas de educación continua para mejorar su percepción en la autorrealización personal, así como también se debe hacer una evaluación a la organización y funcionamiento del hospital.

INTRODUCCIÓN

El estrés la tensión asociada a los trabajos asistenciales ha sido un hecho conocido desde siempre. El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como “el malestar de nuestra civilización”, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva.^{1, 2, 3} La mayoría de las personas que se dedican a profesiones de ayuda, como es el caso de los médicos, presentan un alto grado de motivación por su trabajo, pero en ocasiones, cuando se producen frustraciones o sobrecarga laboral, sus reacciones iniciales consisten en aumentar sus esfuerzos para seguir asumiendo el reto de su trabajo, tratando de compensar con este sobreesfuerzo el «sufrimiento» psicológico⁴.

¿Quién no ha oído comentarios como? ...estoy bajo mucho estrés,...completamente agotado, quemado... me gustaría renunciar..., oraciones que la gente usa acerca de su trabajo. Situación que puede representar simplemente frases, excusas por un pobre desempeño, o en determinado momento, síntomas de una enfermedad que puede sintetizarse con el término “Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional”^{5,6,7}.

Es por ello que la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo susceptibles de generar estrés y de accidentes laborales ha cobrado una gran relevancia social en estos últimos años a nivel mundial. Hoy en día, no existe duda que el síndrome de Burnout representa un problema sustancial, no solo para el bienestar de los médicos, sino también, para la calidad de los cuidados de los pacientes⁸.

En este contexto, el *síndrome desgaste profesional (SDP)*, cuyo principal factor de riesgo identificado es el estrés laboral, es una construcción cada vez más trascendente ya que, además de los efectos que impone en el entorno laboral⁽⁹⁻¹⁰⁾, hay en la actualidad evidencias de que su presencia podría resultar en efectos deletéreos adicionales sobre la salud física de los sujetos que lo padecen, pues se ha asociado a un incremento en el riesgo cardiovascular y cardiopatía isquémica¹¹⁻¹³, así como con un mayor riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2¹⁴ y de suicidio^{15,16,17}. Así pues el SDP es el resultado de un estrés crónico en el área de trabajo para el cual no se ha podido llevar una adaptación adecuada, y como ejemplo a estos mecanismos de falta de adaptación al estrés esta el que

se incrementa el tabaquismo, abuso de sustancias ilegales o la sobrealimentación, que son lo que contribuyen al desarrollo de las patologías antes mencionadas. Globalmente, los datos parecen estimar que entre un 10 y un 12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, a otras drogas o a los psicofármacos, y de estos tan sólo se detecta un 60% de los casos para su tratamiento posterior¹⁸.

DEFINICIÓN

El síndrome de desgaste profesional, que también puede ser nombrado como síndrome de agotamiento laboral, o síndrome del quemado “Burnout”, es un anglicismo que se emplea coloquialmente y que difícilmente puede traducirse en un solo término al español, dentro de los adjetivos que pueden utilizarse están el estar quemado (traducción literal), consumido, tronado, reventado, exhausto, harto y otros, pero también confronta la idea de ineficacia, insatisfacción, agotamiento emocional, indiferencia, cinismo, despersonalización, desmotivación. Se ha acordado conservar el anglicismo máxime que aun en publicaciones en idiomas diferentes del inglés y el español se ha conservado tal denominación¹⁹.

Este síndrome se introdujo a la prácticamédica en 1974, fue descrito y definido por primera vez por Freudenberg en trabajadores que sufrían una progresiva pérdida de energía, síntomas de ansiedad, depresión, desmotivación y agresividad, como una afección característica de las profesiones de servicios y consecuencia de trabajar intensamente sin considerar las propias necesidades (interacción inadecuada entre profesionales excesivamente celosos de su trabajo y clientes excesivamente demandantes)²⁰. Por su parte, Edelwich (1980) definió el Burnout como “*una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales*”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y

clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo²¹. Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. Para estos autores, el Burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional. Sin embargo, el constructo cobra mayor importancia a partir de inicio de los 80's cuando Christina Maslach y Susan E. Jackson, lo define como una situación de sobrecarga emocional entre profesionales que después de años de dedicación terminan “quemándose”, conceptualizándolo como “la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio como consecuencia del contacto diario con su trabajo”^{9,22,23}. Más recientemente otros autores, el síndrome de Burnout es más un fenómeno sociológico que una entidad clínico-patológica con base biológica o psicológica y proponen abandonar el término “síndrome” por el de “fenómeno de Burnout”, y propugnan la incorporación de los profesionales de la sociología a los equipos que investigan este problema. Aunque son varias las definiciones, la mayoría están a favor de que el estrés que se presenta en el trabajo diario con personas lleva a un cansancio prolongado, que de manera continua conducen al individuo que lo padece a terminar con sobrecarga emocional, cinismo y falta de logros personales, y de no manejar de manera adecuada dicho estrés, terminarían en un desgaste profesional.

Actualmente y entendido como un síndrome por la multiplicidad de causas, el Burnout se desarrolla en contextos laborales que por sus características generan agotamiento y se manifiesta general y más evidentemente de forma física, aunque sus síntomas también se expresen de manera emocional y cognitiva. Progresan con diferente intensidad, en dimensiones de despersonalización, agotamiento y realización personal reducida, conduciendo a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo. La sintomatología y sus consecuencias no sólo resultan

en manifestaciones físicas y psicológicas, sino que además atraen dificultades interpersonales que interfieren con las situaciones profesionales y familiares, con la seguridad de los pacientes y con el declive de las instituciones prestadoras de salud^{24,25}.

COMPONENTES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

El síndrome de desgaste profesional o Burnout se caracteriza por la pérdida de energía física, mental y emocional, originada por el estrés continuo relacionado al trabajo. Como se observa, la definición de Burnout requiere de la combinación de tres elementos principales: Cansancio Emocional (1), despersonalización (2) y bajarealización personal (3)^{22,23,27-32}.

1. Cansancio Emocional: Disminución y pérdida de los recursos emocionales por las demandas continuas relacionadas con el trabajo.
2. Despersonalización o deshumanización: Una sensación de distanciamiento emocional del paciente o del trabajo, caracterizado por desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores de los servicios prestados.
3. Baja realización personal: consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencia de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

EPIDEMIOLOGIA

El Burnout aparece comúnmente entre los médicos practicantes, con una prevalencia que va desde el 25 al 60%. Son pocos y pequeños los estudios donde se describe el Burnout en médicos durante el programa de su residencia, en los cuales se ha determinado una prevalencia más alta, la cual se estima que esta en un 40 a 76% en el área de medicina interna y pediatría, un 47 a 70% entre los residentes del área quirúrgica³³.

Otros estudios dan sus reportes según el componente del SDP, donde las puntuaciones para el cansancio emocional y la despersonalización en los médicos

familiares tienen una prevalencia de 56 a 80%^{34, 35, 37, 38}. En su estudio longitudinal, Mirvis y cols, reportaron un incremento en la prevalencia de altos niveles de Burnout (25.3% en 1989 a 38.1% en 1997) en una cohorte de 83 administradores del departamento de veteranos de asuntos médicos⁵⁰.

Aun cuando los estudios de prevalencia en otros países han indicado que el personal de salud, principalmente los médicos de atención primaria, muestran acentuado desgaste profesional, en México no se ha estudiado objetivamente la magnitud de este fenómeno, mucho menos la prevalencia que existe en los médicos becarios de las diferentes instituciones de enseñanza médica⁴⁸.

De las instituciones que más ha demostrado esta incidencia entre sus trabajadores, tanto médicos, como becarios, es el IMSS, en menor medida hospitales de la SSA han mostrando una prevalencia similar a la publicada en estudios realizados en estados unidos u otros países, siendo la prevalencia en internos y residentes de un 76 a 85%^{19, 26, 29, 38-39, 48, 49, 51}.

Dentro de estos estudios esta la realización de encuestas a 460 trabajadores de la salud de 12 instituciones hospitalarias de los sectores público y privado de México, informándose niveles de cansancio emocional alto en 10.9 %, de despersonalización alta en 19.6 % y baja calificación en realización personal en 74.9 %⁵². En Baja California este tema fue abordado por anestesiólogos y ginecólogos graduados y en formación^{42, 53}. Los estudios realizados reportan una prevalencia de Burnout en anestesiólogos 44%, ginecólogos 52-75%⁵³, sin embargo, los estudios son muestras pequeñas que limitan su extensión al resto de la población medica, ya sea residentes o egresados practicantes.

CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Las causas que producen síndrome de Burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo^{3-4,7-8}.

Dentro de las características del factor laboral está el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizado, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional, así también está la incertidumbre acerca del papel que debemos

desempeñar en el trabajo, como conflicto de rol, es decir, las demandas que tiene el trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos⁷. Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del Burnout la ausencia de recursos en el trabajo.

Estas características laborales como factores predisponentes de Burnout se pusieron de manifiesto en un estudio prospectivo realizado en Dinamarca⁵⁴ con trabajadores de distintos sectores de servicios humanos, que exploraba las asociaciones entre las características psicosociales del trabajo y el Burnout.

En cuanto a los factores organizacionales del trabajo que pueden influir en el Burnout, se incluyen la existencia de jerarquías o el manejo de reglas y recursos sin los criterios básicos de imparcialidad y equidad. Y en general, todo el ambiente de organización y de dirección en el que se desarrolla el trabajo, que en muchas ocasiones coartan al trabajador en cuanto a sus oportunidades de promoción profesional o en cuanto a su seguridad en el puesto de trabajo, a la vez que se les exige más esfuerzo y más tiempo dedicado a su puesto laboral.

Por otro lado, en la etiología de este síndrome también influyen factores individuales⁹, entre los que se incluyen variables demográficas, características de la personalidad y ciertas actitudes individuales hacia el trabajo.

En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el Burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios. La edad, es la variable que más fuertemente se ha asociado con este síndrome; parece ser que el Burnout es más alto entre los individuos más jóvenes. Algunos estudios muestran que el Burnout es más alto en el sexo femenino, otros trabajos muestran niveles más elevados en los varones y muchos no encuentran ninguna diferencia significativa. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional^{40, 43, 48, 53}.

Con respecto al estado civil, las personas solteras son más propensas a padecer Burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobre-implicación en el trabajo. Relacionada con la variable anterior se encuentra la presencia de hijos. Parece ser que la presencia de hijos disminuye

las posibilidades de padecer el síndrome de Burnout, ya que las personas con hijos son más realistas, maduras y estables emocionalmente, y con mayor capacidad de abordar problemas personales y conflictos emocionales.

A pesar de los factores previamente descritos que están implicados en el desarrollo del síndrome de desgaste profesional, son pocos los estudios que han evaluado dichos factores de riesgo o que se encuentran asociados a presentar el SDP, y que realmente han sido significativos su asociación con el desarrollo de Burnout, derivándose que la presencia de altos niveles de estrés laboral como el principal factor de riesgo para su desarrollo^{1-2, 27, 29, 50}. De manera adicional, una elevada demanda o carga de trabajo, la presencia de baja autonomía individual en el ambiente laboral, el tipo de personalidad del prestador de servicios^{40, 54, 55} y la interferencia del estrés de trabajo con la vida familiar⁹ han sido preconizados como factores predisponentes para la presencia del SDP.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Entre los instrumentos de medición para BurnOut se encuentran el *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP), el *Burnout Measure* (BM) y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), los cuales han sido utilizados desde su aparición de un modo continuado, riguroso y sistemático^{9, 43-47}.

Más recientemente, diversos estudios y nuevos instrumentos se han sumado a los intentos de medir el síndrome como el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) y el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), entre otros, propuestas que también contribuyen a la comprensión del concepto y a su desarrollo⁴⁴.

No obstante, el MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del síndrome, con independencia de las características ocupacionales de la muestra y su origen, contribuyendo así a sistematizar la investigación sobre el constructo.

La primera publicación del cuestionario aparece en 1981 como resultado de numerosas entrevistas de caso y se formula como “*un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal*” (Maslach y Jackson, 1986)⁹. Dicho trabajo condujo a la generación de la principal herramienta empírica para la

detección y evaluación del SDP: el Maslach Burnout Inventory (MBI). La versión inicial del instrumento, denominada Maslach Burnout Inventory-Human ServicesSurvey (MBI-HSS) fue diseñada específicamente para ser aplicado en trabajadores de servicios públicos y de la salud. Subsecuentemente fueron generadas dos versiones acortadas, una para uso específico en trabajadores de los servicios educativos: el Maslach Burnout Inventory – EducatorsSurvey (MBI-ES)⁹, y otra para ser aplicada en sujetos cuyo trabajo no comprende el contacto personal estrecho: el Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)⁴³⁻⁴⁷.

El MBI-HSS ha sido traducido y validado al español, es un instrumento que consta de 22 reactivos que evalúan los tres dominios fundamentales del trastorno. En las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización altas puntuaciones corresponden a altos niveles de quemarse mientras que en la subescalade baja realización personal bajas puntuaciones corresponden altos niveles de *desgaste profesional*. De este modo un sujeto que se encuentra en la categoría alto en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y bajo en la de realización personal debe ser considerado como un portador del SDP⁴³⁻⁴⁷.

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de Burnout produce consecuencias negativas^{11-18, 73}, no sólo para la salud del profesional que lo padece sino también para la institución en la que trabaja, en este sentido las consecuencias adversas se manifiestan por absentismo laboral, deseos de abandonar el trabajo, disminución de la productividad y de la eficacia, y descenso de la satisfacción por el trabajo.

Sobre la salud del profesional, el Burnout puede producir problemas de salud mental, fundamentalmente trastornos ansiosos o depresivos, consumo de sustancias y aparición de adicciones, y alteraciones físicas, especialmente trastornos cardiovasculares. Se ha visto que a mayor prevalencia de Burnout, mayor incremento de morbilidad psiquiátrica, especialmente conductas ansiosas, depresivas o ambas⁶⁵⁻⁶⁸.

Se ha encontrado una relación entre el agotamiento emocional y la depresión, los trastornos obsesivos compulsivos, la ansiedad, la hostilidad y la ideación paranoide. En un estudio, en los que se cumplieron los criterios de Burnout, 50% también cumplía criterios para depresión y 9% para riesgo elevado para el abuso de sustancias, como analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, y al consumo de drogas de distinto tipo, como alcohol y tabaco¹⁸.

Los residentes que cumplen los criterios de Burnout se asociaron con más frecuencia a una autoevaluación sub óptima en el cuidado de los pacientes al menos mensualmente^{50,55,57}. Un estudio reciente encontró que los residentes desgastados profesionalmente con más frecuencia cometieron errores médicos que los residentes sin Burnout. En contraste, otro estudio no mostro asociación entre el Burnout y los errores médicos auto reportado en residentes de pediatría^{59, 64, 66}.

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes, con repercusiones en el ámbito biológico, psicológico y social, su prevalencia en la población general va del 3 al 5%, en la población medica se ha reportado hasta en el 12.8%, incrementándose de manera importante en los médicos en formación como son los residentes hasta un 47.5%.

El síndrome de Burnout se relaciona con depresión y afecta la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y el desempeño laboral^{65, 67-68}.

La existencia de una relación entre el Burnout y la depresión parece estar clara⁶⁹, pero se sabe menos de la naturaleza de esa asociación, parece ser que una personalidad con una mayor sensibilidad a la depresión tiene un riesgo mayor de desarrollar Burnout, además se ha visto que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos y dos dimensiones del síndrome, el cansancio emocional y la despersonalización. Igualmente, se ha observado la existencia de una asociación entre estas dos dimensiones del síndrome de desgaste profesional y una historia de depresión en familiares cercanos⁶⁰. En una revisión de estudios de estrés en la residencia, se indico que la privación de sueño y la fatiga tienen incidencia significativa, con la aparición tanto de depresión como de Burnout, sin embargo, estos factores son solo parte de una situación compleja mayor,

influida por la demanda de tiempo, soporte social y solvencia económica^{58, 60-61, 63}. Recientemente, han surgido evidencias que vinculan la somnolencia excesiva con la depresión, sugiriendo que este trastorno podría estar explicando parte de la somnolencia que se ha encontrado en la población general. Breslau et al, encontraron que la depresión mayor estaba presente en el 17% de los jóvenes adultos que experimentaban algún grado de somnolencia⁷⁴. Mientras que en otro estudio se observó que cerca del 50% de los pacientes con depresión mayor experimentaban somnolencia todos los días. Para determinar el grado de somnolencia que sufre una persona existen instrumentos de información subjetiva como son los diarios de sueño, la escala de Somnolencia de Stanford, y la escala de Somnolencia de Epworth, esta última es un instrumento que se emplea de manera adecuada para evaluar el grado de somnolencia de manera cotidiana. En estudio reciente se aplicó dicha escala a 140 pacientes deprimidos y se encontró que 45% tenía puntuaciones mayores de 10 puntos, indicando somnolencia^{58-59, 73}.

JUSTIFICACIÓN

El estrés es parte de nuestra vida cotidiana, el problema es cuando se mantiene constante llegando a provocar un agotamiento con posibles repercusiones funcionales y orgánicas, situación que sucede con el Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout), el cual tiene una expresión muy clara en los trabajadores de la salud como resultado del estrés laboral que presentan, los que más susceptibles son a este síndrome son los médicos en entrenamiento, sobre todo aquellos en quienes el contacto con situaciones de estrés con sus pacientes es algo de todos los días, que pueden condicionar además factores de riesgo para el desarrollo de depresión que puede culminar en un círculo vicioso del cual resulta difícil salir, sin una intervención adecuada.

La literatura menciona una prevalencia elevada del síndrome de desgaste tanto a nivel nacional como internacional, en el Estado de Baja California únicamente se han realizado estudios de prevalencia en médicos especialistas (ginecólogos, anestesiólogos, medicina familiar, así como en personal de enfermería laborando en el IMSS), hasta el momento no existe ningún trabajo que hable de la prevalencia de este síndrome en residentes o internos en Baja California, en especial en nuestra ciudad, y teniendo en cuenta que la depresión y el Burnout o desgaste profesional son muy frecuentes entre los residentes en cualquier parte del mundo y en cualquier especialidad médica (con tasas de Burnout de 41 al 76% y de depresión de 7 y 56%), es por ello que la investigación en esta área es de suma importancia, sobre todo porque al saber la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y los factores asociados para su desarrollo, en los médicos en formación en nuestro hospital, nos dará una noción del grado de agotamiento que cursan los residentes e internos y con ello podremos definir las medidas de prevención a llevarse a cabo para disminuir la incidencia de esta patología, así como también dar una intervención a aquellos que ya cursan con este síndrome.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Aunque ya se han publicado estudios en nuestro estado acerca de la prevalencia, y factores de riesgo asociados al desarrollo del SDP en trabajadores de la salud (por parte del IMSS), aun no tenemos datos que nos hablen de cómo se encuentran los médicos en entrenamiento en hospitales como el nuestro, ya que la mayoría de los estudios han sido dirigidos a médicos especialistas principalmente, es por ello que consideramos conveniente la realización de un estudio dirigido a establecer la frecuencia del SDP, así como los factores que pudieran estar asociados al desarrollo del mismo en la población de médicos en etapa de formación del HGT, así como la relación que guarda con la depresión y la privación del sueño. La información obtenida será de utilidad para la implementación de medidas y estrategias pertinentes dirigidas a mejorar la condición de trabajo de los profesionales de la salud en período de formación e incrementar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud.

Hipótesis:

Al igual que en el resto de las instituciones a nivel nacional o internacional, la prevalencia del síndrome de desgaste en los médicos residente e internos del Hospital General de Tijuana (HGT), se presenta hasta en un 30%, con prevalencia mayor en la subescala de agotamiento emocional.

La prevalencia de depresión y privación del sueño en el HGT es semejante a la publicada en la literatura nacional de 10-15%.

Existe una correlación directa entre privación de sueño, depresión y SDP.

Hipótesis nula:

La prevalencia del SDP en el HGT es menor al 30%.

La prevalencia de depresión y de privación de sueño es menor en el HGT en comparación con otros centros de formación de residentes e internos.

La privación del sueño y la depresión, no se relacionan con el Síndrome de desgaste profesional en los médicos becarios del HGT.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (SDP) o Burnout y depresión, en médicos residentes e internos del Hospital General de Tijuana

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Identificar las variables socio-demográficas como factores asociados al Síndrome Burnout en médicos residentes e internos del HGT.
2. Determinar la prevalencia de depresión y su asociación con el SDP.
3. Determinar la prevalencia de la somnolencia diurna y su asociación con el SDP.
4. Valorar la auto percepción de la atención de los pacientes por parte del médico becario.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, observacional, analítico y de corte transversal en la población de residentes e internos del Hospital General de Tijuana.

La población del estudio incluye a todos los residentes e internos en activo en el Hospital General de Tijuana, que cursan desde el 1ro año de la residencia hasta el 3° o 4° para los residentes (según el grado máximo de cada especialidad) y a los internos de 1er y 2° semestre.

PROPOSITO

Estudio sobre etiología y causalidad (Estudio de factores de riesgo)

VARIABLES

Definiciones operacionales:

Variable Dependiente.

1. Síndrome de desgaste profesional: Se considerará su presencia de acuerdo al nivel de corte definido por el instructivo de aplicación del Maslach Burnout Inventory-General Survey^{9, 43-47}. Así mismo se analizaron como variables dependientes los componentes individuales del SDP como cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (FRP), consideradas como variables dicotómicas:
 - SI: niveles medios y altos de CE, DP y FRP.
 - NO: niveles bajos de CE, DP y FRP.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. Edad: Número de años cumplidos.
2. Sexo: Masculino o femenino.
3. Estado Civil: Categorizado en: soltero, casado, unión libre, divorciado, pareja actual estable.
4. Número de hijos. Número de hijos que haya en el núcleo familiar.
5. Posee residencia: Se categorizara como propia, rentada, prestada, acompañado (a).
6. Pasatiempos: Si, No.
7. Actividades recreativas: variable cualitativa con las siguientes categorías ejercicio, ocio, ocio y deporte, ninguno.
8. Historia de depresión: Si o no
9. Consumo de alcohol: Si consume o no, el tipo y la cantidad en ml aproximados por semana.
10. Consumo de tabaco: Si consume o no, se cuantificara la cantidad de cigarrillos fumados por día, semana o mes,
11. Consumo de drogas ilícitas: Si consume o no, el tipo y frecuencia.
12. Carga de trabajo considerada en relación a los pacientes atendidos por día: menor de 5, 6-10, 11-15, 15-20 o más de 20.
13. Calidad de relaciones que mantiene con sus compañeros de trabajo: se evaluara según sea mala, regular, buena, muy buena o excelente.
14. Año de especialidad que cursa: El año de progresión curricular del programa del curso de especialidad (I a III o IV) que esté cursando el sujeto al momento de la encuesta.
15. Semestre que cursa del internado: Ya sea primero o segundo.
16. Especialidad que cursa: El curso de especialidad al cual esté inscrito el sujeto: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Urgencias médico-quirúrgicas.
17. Servicios de Rotaciones en los últimos 2 meses: Medicina Interna, Anestesiología, cirugía, urgencias, ginecología y obstetricia, pediatría y traumatología.

18. Frecuencia de las guardias: entendido como A, B y C..., según sean los días en que se presentes. A guardias diarias, B guardia cada 2 días y C guardia cada tercer día, D cada 4 días, E cada 5 días o simplemente no realiza guardias.
19. Cantidad de horas de trabajo semanales sin guardias: de 40 a 60hrs, 60 a 80hrs, 80 a 100hrs y más de 100hrs.
20. Supervisión en las actividades realizadas: Respuesta dicotómica de si o no.
21. Remuneración por el trabajo desempeñado: Consideración de la remuneración como mala, regular, buena, muy buena o excelente.
22. Sensación de satisfacción en su desempeño: malo, regular, buena, muy buena o excelente.
23. Auto-percepción de la calidad de relaciones interpersonales: mala, regular, buena, muy buena o excelente.
24. Horas de sueño: Cuantificadas según las horas dormidas adecuadamente en las últimas 24hrs y en la última semana.
25. Método para manejar el estrés: Tomando en cuenta al ejercicio, platicar con amigo, pareja, compañero interno y/o residente, Convivir con la familia.
26. Depresión: Se considerara su presencia de acuerdo con el corte definido por el instructivo de aplicación del tamizaje para depresión con escala del departamento de psiquiatría de Harvard como presente si tiene una puntuación superior o igual a 9.
27. Privación de Sueño: Se calificara de acuerdo con el corte definido para la escala de somnolencia de Epworth, calificándose como somnolencia excesiva diurna a las puntuaciones obtenidas de 10 o más.
28. Auto evaluación de atención subóptima del paciente: Se califico de acuerdo a un cuestionario de autoevaluación de 8 reactivos: 5 de ellos designados a evaluar la práctica y 3 la actitud del médico en la última semana, en relación a la atención del paciente, evaluando cada reactivo de manera dicotómica con si o no.

Criterios de inclusión:

- Estar inscrito en un curso de especialidad médica o ser interno del Hospital General de Tijuana.
- Sin restricción de sexo.
- Sin restricción de edad.

Criterios de exclusión:

- Indisponibilidad o falta de consentimiento para contestar los instrumentos de evaluación.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Retiro de consentimiento para uso de la información.

Tamaño de la muestra: Todos los residentes e internos que laboren en el HGT. Que comprenden a 57 residentes de las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Integrada, Medicina Interna, Pediatría y Urgencias Médico Quirúrgicas. Así como también a 32 internos distribuidos en primero y segundo grado, con rotaciones en los diferentes servicios del Hospital General de Tijuana que comprenden Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Urgencias Médicas, Pediatría, Traumatología y Ortopedia.

SUJETOS

Se localizó a todos los candidatos a ser incluidos en el estudio y se les invitó a participar. Entregándoseles de manera personal a quienes dieron su consentimiento con la firma de la hoja correspondiente (anexo 1), un sobre conteniendo cuestionarios de evaluación, los cuales fueron autoadministrados y anónimos, consistiendo en la evaluación de las características socio demográficas, profesionales relevantes al estudio (anexo 2). Dentro de los cuestionarios aplicados se incluyeron la versión validada para población mexicana del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey” (MBI-HSS) (anexo 3), un cuestionario para el tamizaje de depresión basado en la escala del departamento de psiquiatría de Harvard (THE HANDS: The Harvard Department of Psychiatry/National Depression Screening Day Scale)(anexo 4) y para la valoración de la privación de sueño se utilizó la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) (anexo 5), escalas ya validadas en poblaciones similares a la mexicana, en estudios previos.

El MBI-HSS ha sido traducido y validado al español, es un instrumento que consta de 22 reactivos que evalúan los tres dominios fundamentales del trastorno: el agotamiento (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20); la despersonalización (ítems 5, 10, 11, 15 y 22) y la realización personal (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18 y 19)^{9,43-47}. Cada ítem se responde según una escala de tipo Likert en donde se indica la frecuencia con la que han experimentado las aseveraciones, cuyos valores van del 0 (nunca) al 6 (todos los días). La presencia de una baja puntuación en realización personal y altas en agotamiento y en despersonalización suponen percibirse más “quemado” por el trabajo. Las puntuaciones de los sujetos estudiados se califican con base en la norma americana y la adaptación catalana, determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las subescalas. Para la dimensión de agotamiento se ha normado los siguientes puntos de corte: >27: alto, de 17-26: intermedio y de 0-16: bajo. Para el dominio de despersonalización los puntos de corte son: > de 14: alto; entre 9 y 13: intermedio y de 0 a 8: bajo. Para la dimensión de realización personal los puntos de corte normatizados son: < 30: baja; de 36 a 31 intermedia y alta de 48-37 puntos. En las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización altas puntuaciones corresponden a altos niveles de quemarse mientras que en la subescala de baja realización personal bajas puntuaciones corresponden a altos niveles de quemarse (agotado).

Cuestionario para el tamizaje de depresión basado en la escala del departamento de psiquiatría de Harvard (THE HANDS: The Harvard Department of Psychiatry/NationalDepressionScreening Day Scale): Es un cuestionario destinado para proveer de una forma sencilla y rápida información acerca de la posibilidad de que el paciente presente o no criterios de depresión mayor, se compone de 8 reactivos, cada ítem se responde según una escala de tipo Likert en donde se indica la frecuencia con la que han experimentado las aseveraciones, cuyos valores van del 0 (nunca o pocas veces) al 3 (todo el tiempo), y su calificación esta basada en la suma de todos los reactivos con un puntaje máximo de 30, y donde los puntajes de 0 a 8 puntos corresponden a una muy poca posibilidad de padecer un episodio depresivo mayor, de 9 a 16 existe la posibilidad de presentar un episodio depresivo mayor y de 17 a 30 puntos, la posibilidad de presentar un desorden depresivo mayor es muy alta.

La Escala de Somnolencia de Epworth es un instrumento autoaplicable de 8 reactivos, desarrollado por Johns, que evalúa la propensión a quedarse dormido en 8 situaciones, en su mayoría monótonas y algunas mas soporíferas que otras. El sujeto responde cada reactivo con una escala de 0 a 3, donde 0 es igual a nula probabilidad de quedarse dormido y 3 alta probabilidad. La suma de las calificaciones en cada reactivo proporciona la calificación total en un rango de 0 a 24. Una puntuación total menor a 10 es considerada normal, 10 o más indicativa de somnolencia excesiva.^{48, 49}

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Se obtuvieron los valores de “cansancio emocional”, “despersonalización” y “realización profesional” “Escala de tamizaje para depresión” “puntuación para la escala de Epworth de somnolencia” de cada participante, y junto al resto de respuestas se introdujeron en una base de datos para su análisis estadístico con el programa SPSSv15.0, utilizando los test Chi-cuadrado, t de Student y análisis de la varianza, considerándose significativa una $p < 0,05$.
2. Valoración de las variables sociodemográficas: las variables cuantitativas se presentan con su valor medio y su desviación estándar y las variables cualitativas se presentan en porcentajes.
3. Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher, considerando significativa una $p \leq 0,05$.
4. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha utilizado la t de Student, ANOVA o sus correspondientes no paramétricas, U de Mann-Whitney y test Kruskal-Wallis. Se ha considerado significativa una $p \leq 0,05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente es un estudio observacional que no comprende invasividad física o intervención alguna, comprende la realización de encuestas anónimas donde se realizaron preguntas personales a los médicos que pudiesen condicionar incomodidad. Para ingresar al estudio se requirió la firma de la carta de consentimiento informado redactada de acuerdo a la normatividad vigente (anexo 1).

Dado que la encuesta es anónima no habrá posibilidad de hacer un diagnóstico individual sobre la presencia de síndrome de desgaste profesional de primera intención y se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos en las encuestas.

RESULTADOS

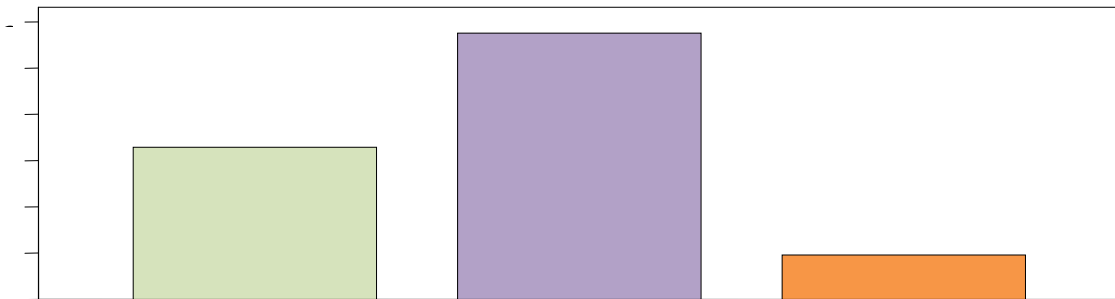
Se realizaron 75 encuestas, de ellas se eliminaron 2 encuestas por incompletas, se obtuvieron 73 completas con un porcentaje de respuesta de 82.02%. 45 fueron residentes (61.64%), 28 internos (38.36%). 37 (50.7%) fueron del sexo masculino, 40 (49.3%) del sexo femenino. La edad promedio de todos los encuestados fue de 26.49 ± 2.99 años. De los residentes fue de 28.09 ± 2.44 años (mínima de 23 y máxima de 40^a) De los Internos fue de 23.9 ± 1.7 años (mínima de 20 y máxima de 28^a). El grado académico que cursaban los encuestados fueron los siguientes: 26% son MIP 1, 12.3% son MIP 2, 45 son residentes, 46.7% son de primer año, 24.4% cursan el 2° año, 20% cursan su 3er año, 8.9% son residentes de 4to año. En cuanto a la especialidad 20% (9) son de Medicina interna, 20% son de ginecología y obstetricia, 13.3% (6) anestesiología, 13.3% son de medicina integrada, 11.1% son de cirugía, urgencias medico quirúrgicas y pediatría.

Tabla 1. Genero

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hombre	37	50.7
	Mujer	36	49.3
	Total	73	100.0

Tabla 2. Año o Grado de especialidad

	Frecuencia	Porcentaje
1er Grado	21	28.8
2do Grado	11	15.1
3er Grado	9	12.3
4to Grado	4	5.5
1er semestreInt	19	26.0
2do semestreInt	9	12.3
Total	73	100.0



1 corresponde a las edades de 1 a 20^a 2 a las edades de 21-30^a

3 a las edades de 30 a 50^a.

Gráfico. 1 Grupos de edad.

Según la carga de trabajo de acuerdo a la atención de pacientes por día se obtuvo lo siguiente 19.2% atienden de 6 a 10, 11% atienden de 11 a 15, 35.5% atienden a 15 a 20. El 32.9% atiende a mas de 20 pacientes al día, lo que graficamos de la siguiente manera.

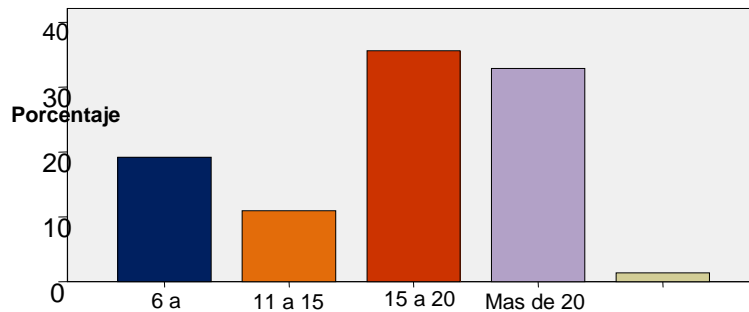


Grafico 2. Carga de trabajo Diario

La mayor parte de los encuestados son residentes y de ellos un 46.7% son de primer año, 24.4% cursan el 2º año, 20% cursan su 3er año y el 8.9% son residentes de 4to año. En cuanto a la especialidad 20% (9) son de Medicina interna, misma cantidad pertenece a ginecología y obstetricia, 13.3% (6) anestesiología y medicina integrada y el 11.1% son de cirugía, urgencias medico quirúrgicas y pediatría.

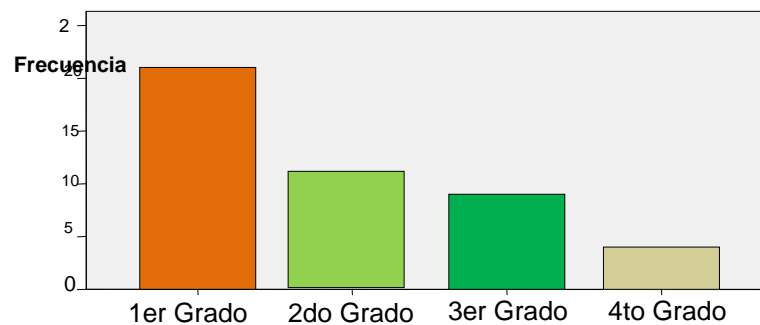


Grafico 3. Año o Grado de especialidad

La frecuencia con la que realiza guardias los médicos becarios del hospital general es la siguiente: el 87.7% tiene guardias tipo C, es decir cada 3er día, solo un 2.7% realizo guardias tipo B (cada 2 días), y el mismo porcentaje realizaba guardias tipo D (cada 4 días) y un 6.8% no realiza guardias.

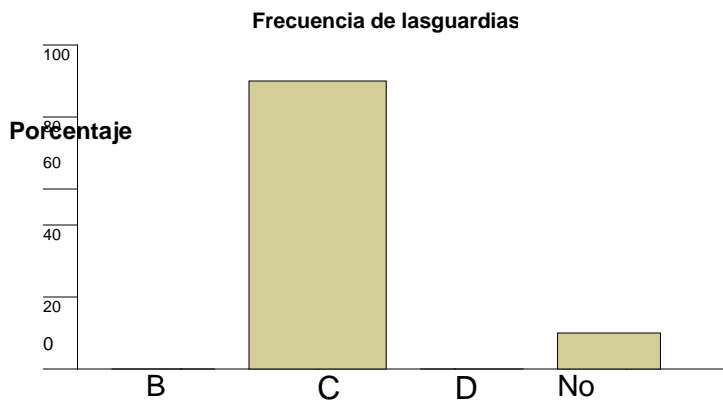


Grafico 3. Frecuencia de Guardias de los Becarios del HGT.

Las horas de trabajo sin que los becarios laboran sin tener guardias a la semana está distribuida de la siguiente manera: 29.2% trabaja de 40 a 60hrs, 63.9% trabaja de 60 a 80hrs y el 6.9% trabaja de 80 a 100 hrs.

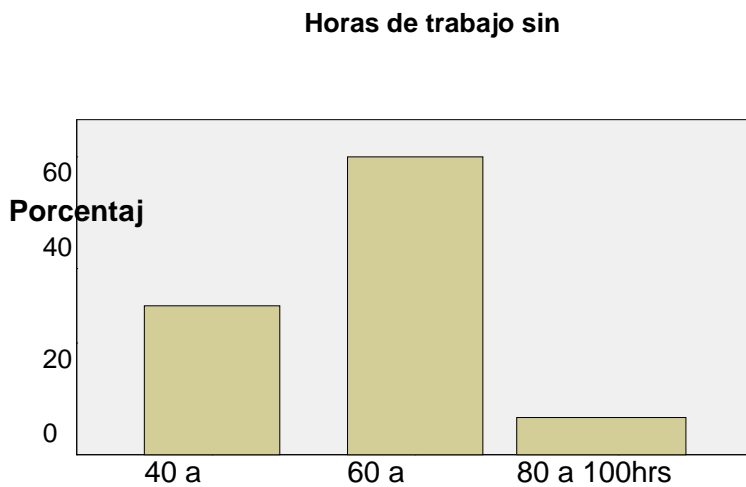


Grafico 4. Horas de trabajadas por los becarios del HGT sin tener guardias.

Los encuestados respondieron en cuanto a las horas de sueño por día y semana de la siguiente manera 11% duerme de 1-3hrs, 47.9% de 3-6hrs, 28.8% de 6-8hrs, 12.3% más de 8hrs al día.

Hrs de Sueño por

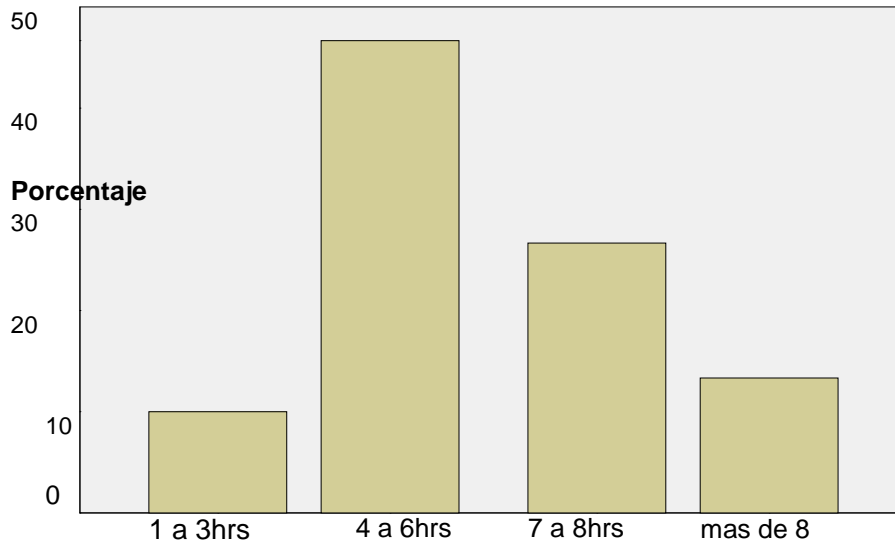


Grafico 5. Horas de sueño que tienen los becarios del HGT por dia

En cuanto a la Prevalencia de Burnout de los 73 encuestados el 26 (35.6%) tienen síndrome de Burnout, 15 (57.69%) son del sexo masculino, 11 (42.31) son del sexo femenino y 18 (24.65%) son residentes de ellos 8 son de 1º, 4 de 3er grado, 3 son de 2º y 4º grado, 12 Hombres y 6 Mujeres. Solo el 10.95% son internos.

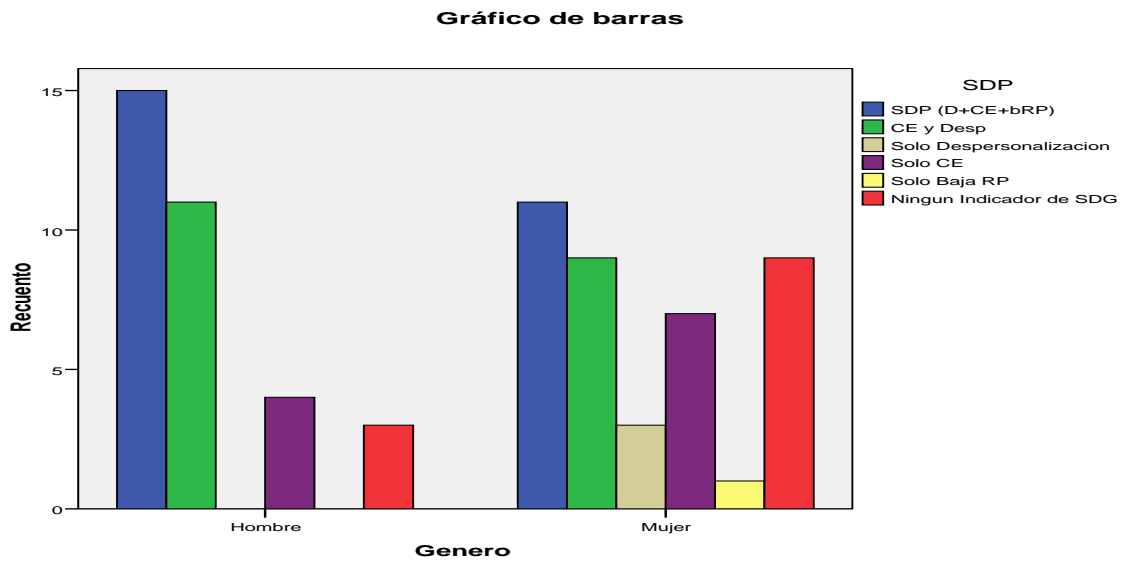


Gráfico 6. Prevalencia de Síndrome de BurnOut en Becarios del HGT.

En la siguiente tabla se muestra la relación que mostro el síndrome de desgaste profesional y las diferentes variables sociodemográficas que fueron motivo de encuesta en los becarios del Hospital General de Tijuana.

Tabla 3. Asociación de variables sociodemográficas con el SDP

Variable	Encuestados con SDP (26)	Porcentaje	Significancia
Tiempo en la ciudad de Tijuana en años: Sub escala de 1 a 2 ^a	7	26.9%	P=0.011
Lugar de Origen: Subescala de Tijuana.	15	57.69%	P=0.034
Carga de trabajo por pacientes atendidos al día: Sub Escala de 15 a 20	16	61.53%	P=0.002
Especialidad que cursan los residentes: MI, Cx, GyO, Pediatría	18	69.23%	P=0.013
Rotación previa en los últimos 2 meses residentes e internos:	24	92.30%	P=0.035

MI, CX, GyO, Pediatría			
Frecuencia por guardias: Tipo C	25	96.15%	P= 0.000
Horas de trabajo Sin guardias Sub Escala de 60-80 por sem.	25	96.15%	P=0.000
Supervisión en el trabajo Si	12	46.15%	P= 0.047
Escala de Somnolencia Somnolencia excesiva diurna	26	100%	P= 0.012

En cuanto a los componentes del síndrome de Burnout, la dimensión de cansancio emocional se presentó en 59 de los encuestados (80.82%), con un valor medio de 26.62 (DS 9.8). De estos se clasificaron como intermedios valores de 17 a 26 puntos y a estos correspondió el 27.4%. De los del grupo de CE con puntuación alta de más de 27 puntos, se encontraron a 53.4% de los encuestados. La dimensión de despersonalización se presentó en 49 de los encuestados (67.1%), con un valor medio de 12.4 (DS 6.46). De estos se clasificaron como intermedios valores de 9 a 13 puntos y a estos correspondió el 23.3%. Se calificó como alta a los que tenían más de 14 puntos, encontrándose en el 43.8% de los encuestados. La dimensión de Realización Personal se presentó en 59 de los encuestados (80.9%), con un valor medio de 35.67 (DS 6.29). De estos se clasificaron como intermedios valores de 31 a 36 puntos y a estos correspondió el 28.8%. Se calificó como alta a los que tenían de 37 a 48 puntos, encontrándose en el 52.1% de los

encuestados.

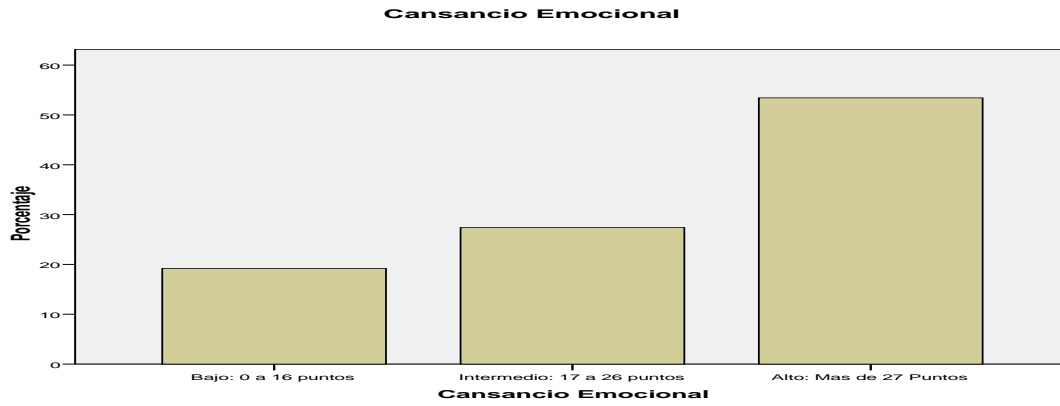


Grafico 7. Subdimensión de CansancioEmocional

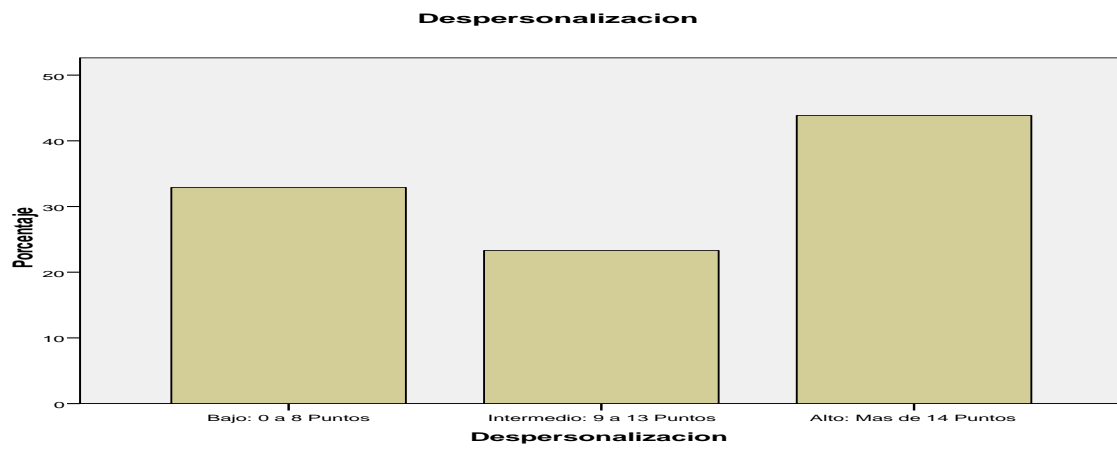


Grafico 8. Subdimensión de Despersonalización

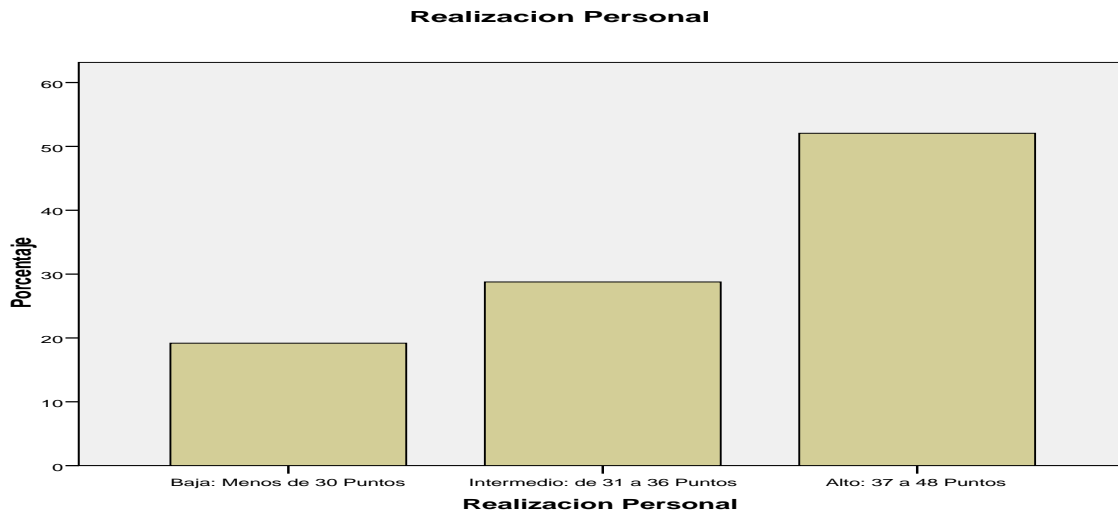


Grafico 9. Subdimensión de Realización Personal

Otros de los datos que se esperaba encontrar en las encuestas realizadas a los becarios del Hospital General de Tijuana, fue la prevalencia de depresión que tanto residentes como internos presenta y se obtuvieron los siguientes resultados posterior a la aplicación del cuestionario para tamizaje de depresión basado en la escala del departamento de psiquiatría de Harvard (THE HANDS), se presento una prevalencia de 27.39% en el total de los encuestados, el 31.11% de los residentes resulto deprimido, el 21.42% de los MIP's resulto con depresión y se observo que los becarios con mayor prevalencia de depresión están en las aéreas de MI y GyO. $P=0.000$. No hubo relación entre Depresión y SDP. $P=0.166$. Hubo relación entre Depresión y Cansancio Emocional con una $P=0.005$.

En cuanto a la prevalencia de privación de sueño se aplico la Escala de somnolencia de Epworth para determinar el grado de privación de Sueño de los encuestados y se observo que el 79.5% presento Somnolencia Diurna Excesiva, el 20.5% tuvieron una puntuación dentro de lo normal.

Se relaciono de manera directa la presencia de SDE y BurnOut $P=0.012$.

No hubo relación entre SDE y Depresión.

Discusión

No encontramos informes en la literatura de este síndrome en internos y médicos residentes comparando con otros médicos especialistas, en nuestra ciudad y sobre todo nuestro hospital y del resultado obtenido del estudio realizado encontramos que la incidencia del Burnout o SDP en becarios del HGT es de 35.6%. Comparando la prevalencia en nuestro estudio con otros autores como lo informado por Campbell para médicos cirujanos generales de 44%¹⁵ y lo informado por Guntupalli de 40% en médicos internistas–intensivistas¹² no hay diferencia estadísticamente significativa entre ellas.

Sin embargo al comparar la prevalencia del presente estudio con las informadas por Díaz–González¹³ de 60% en médicos familiares y lo informado por Tait de 76% para médicos residentes de medicina interna,¹⁶ se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$, prueba de proporciones para dos poblaciones), menor a la informada por los autores antes mencionados.

La respuesta de los encuestados fue de 82.02%, superior al 45-65% de otros estudios realizados en nuestro País, obteniéndose una prevalencia de Burnout de 35.6%. Las especialidades con más residentes e internos con SDP son Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia. Los factores asociados al desarrollo de SDP en nuestro estudio fueron ser de Tijuana y tener de 1 a 2ª de estancia en la ciudad, tener una carga de trabajo con atención de 15 a 20 pacientes por día. Las horas de trabajo sin guardias de 60-80 por semana, tipo de guardia C, tener privación de sueño y su resultado negativo la somnolencia diurna excesiva.

En nuestro estudio se encontró que la depresión se presenta en un 31.11%, similar a la publicada en los residentes de EU que es del 35%. La prevalencia de depresión en estudios mexicanos previos es del 16.3 al 47.5%. No encontramos significancia estadística entre la prevalencia de Burnout y depresión. Si se encontró relación con el cansancio emocional con una P de 0.005. Se encontró una alta prevalencia de privación de sueño de 79.5%. Teniendo relación directa con el Síndrome de Burnout. Se encontró que el 31.5% de los becarios tienen una mala práctica y actitud en la atención de los pacientes.

En las subescalas, a diferencia de lo informado en médicos familiares con alto grado de agotamiento emocional; nuestro estudio encontró bajo grado de agotamiento emocional, así como bajo grado de cinismo y alto grado de realización personal.

Estos hallazgos se tomaron a la vez como una segunda línea de investigación para identificar los factores de riesgo y así contar con los elementos científicos que permitirán realizar intervenciones tendientes a disminuir este problema que afecta la salud del trabajador. En lo que respecta al grupo de médicos que no presentaron el síndrome, se pudo observar que un porcentaje de los mismos presentaron cualquiera de las tres subescalas del mismo, por lo que es importante alguna intervención que permita evitar el desarrollo del síndrome.

Conclusiones

Como se ha observado en la mayor parte de los estudios publicados sobre el Síndrome de Desgaste Profesional, nuestro trabajo nos demuestra que la prevalencia es alta en la población de becarios del Hospital General de Tijuana, así como también lo es la Depresión, esto acorde con las estadísticas que derivan del presente estudio donde la prevalencia de Síndrome de Desgaste Profesional es de un 35.6% en los médicosbecarios del HGT, la prevalencia de Depresión fue de 27.39%, otros datos importantes que arrojo el estudio es que un gran porcentaje el 79.5% presenta somnolencia diurna excesiva y todo esto recae en como los becarios están atendiendo a sus pacientes, situación que se ve mermada por el desgaste profesional que se sufre entre los médicos en formación, mostrando que un 31.5% de los encuestados tiene una mala actitud y mala práctica en la atención del paciente.

El efecto de los factores personales y familiares de los individuos incluidos en el estudio, las condiciones de salud y organizacionales cuando se padece el síndrome de desgaste profesional difícilmente pueden identificarse, considerando la cantidad de individuos en el estudio, aunque se trabajó con la totalidad de médicos del hospital.

Es por ello que debe darse apoyo psicológico a los médicos afectados, incluirlos en programas de educación continua para mejorar su percepción en la autorrealización personal, así como también se debe hacer una evaluación a la organización y funcionamiento del hospital. “El médico tiene que trabajar en un ambiente laboral agradable para brindar la calidad de atención que los pacientes demandan”.

BIBLIOGRAFÍA.

1. R. Carles Hernández, A. Gómez-Conesa, E. Abril Belchí Estrés de índole laboral *Fisioterapia* 2006;28(2):87-97
2. Serrano Gisbert MF, et al. Estrés laboral en el personal sanitario *Fisioterapia* 2002;24(monográfico 1):33-42
3. Torrades, Sandra. Estrés y burnout: definición y prevención *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 2007 NOV; 26 (10).
4. Serrano Gisbert MF, et al. Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 3, pp. 361-368
5. Romana Albaladejo, et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en un hospital de Madrid *RevEsp Salud Publica* 2004, Vol. 78, N.º 4
6. Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo M, González S, Balasch J. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG* 2007;114:94–98.
7. Weber and A. Jaekel-Reinhard. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup. Med.* 2000 Vol. 50, No. 7, pp. 512±517
8. EfharisPanagopoulou Et.al, Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine* 17 (2006) 195 – 200.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
10. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 242: 2880-9. Association of Professors of Medicine. Predicting and preventing physician burnout:
11. Melamed S, Kushmir T, Shiram A. Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *BehavMed* 1992; 18: 53-60.
12. Appels A, Schouten E. Burnout as a risk factor for coronary heart disease *Behav Med* 1991; 17: 53-9.
13. Melamed S, Shiraz A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and the risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull* 2006; 132: 327-53.

14. Melamed S, Shiram A, Toker S, Shapira I. Burnout and the risk of type 2 diabetes. A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med* 2006; 68: 863-9.
15. Pampili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tofanelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defence mechanisms. *Arch PsychiatrNurs* 2006; 20: 135-43.
16. Center C, Davis M, et al, Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289:3161-6
17. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2295-302.
18. Mingote Adan JC, Et al. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: Revision y propuestas de prevención. *MedClin (Barc)* 2004;123(7):265-70
19. Alberto Lifshitz. Quemados, desgastados, cansados, exhaustos y hartos. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2007; 45 (5): 417-418
20. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166.
21. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York: Human Services Press; 1980.
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual 3rd Edition. Palo Alto CA: ConsultPsycholPress, 1996
23. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall, 1982.
24. Tizón JL. ¿Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados” o profesionales con trastornos psicopatológicos?. *AtenPrimaria* 2004; 33(6): 326-330.
25. Paredes O, Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *REVISTA MED* 2008 16 (1): 25-32
26. Reynaldo Ermín Cetina Tabares et al. Satisfacción laboral y desgaste profesional. *Rev Med InstMexSeguroSoc* 2006; 44 (6): 535-540

27. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *GacSanit* 2002;16(6):480-486.
28. Gundersen L. Physician burnout (current clinical issues). *Ann Intern Med* 2001;135(2):145-148
29. Rodríguez PL, Silva RR, Ruiz L, Beltrán PS, Solís F, Wilkins GA, et al. Síndrome de desgaste laboral en el médico. *MedInternMex* 2003;19(5):319-325.
30. Prins J.T, Gazendam-Donofrio S.M, Et al. Burnout in medical residents: a review. *Medical Education* 2007; 41: 788–800
31. McCray L.W, Cronholm P.T, Et al. Resident Physician Burnout: Is There Hope? *Fam Med* 2008;40(9):626-32.
32. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136:358-367
33. Petrovic S, Pejuskovic D, Tosevski L, Perunicic I. Burnout syndrome among general practitioners and anesthesiologists. *European Psychiatry.* 2007;22(1):285-286.
34. Kathryn E. McGoldrick, Comment: Resident Burnout. *Survey of Anesthesiology* Aug 2005 Vol 49, Num 4.
35. Shahm Martini, et al. Burnout Comparison among Residents in Different Medical Specialties. *Academic Psychiatry*, 28:3, Fall 2004
36. *Cebrià J et al.* Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: estudio longitudinal a los 5 años *SEMERGEN.* 2008;34(3):107-12
37. Martínez de la Casa Muñoz A, del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio de la prevalencia de desgaste profesional en doctores en el área sanitaria de Talavera de la Reina. *Atencion Primaria* 2003; 32: 343-8.
38. López-León C, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, Peralta-Pedrero ML, Munguía-Miranda C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores demográficos y laborales. *RevMed IMSS* 2007; 45: 13-9.

39. Curiel-García JA, Rodríguez-Moran M, Guerrero-Romero F. Síndrome de desgaste profesional entre el personal de la salud. *RevMed IMSS* 2006; 44: 221-6.
40. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, Garcia M, Rodriguez C, Pardo MJ, Perez J. Rasgos de personalidad y desgaste profesional en médicos familiares. *Atención Primaria* 2001; 27: 459-68.
41. Campbell DA, SonnadSSmEckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130: 696-705.
42. Palmer Morales LY, Gomez Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Velez R, Searcy Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *GacMedMex* 2005; 141 (3): 181-3
43. Joseph A. Garza, et al. Burnout in Residency: A Statewide Study Southern Medical Journal Vol 97, Num 12, Dec 2004
44. Garcia-Garcia JM, Herrero-Remuzgo S, Et al. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 2007, Vol. 25, número 2, págs. 157-174.
45. Moreno Jiménez B et al. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico *Aten Primaria*. 2006;38(10):544-9
46. *Ravi Gopal, et al.* Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions *Arch Intern Med*. 2005;165:2595-2600
47. Moreno-Egea A et al. Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos *Cir Esp*. 2008;83(3):118-24
48. Elizabeth López-León, et al. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 13-19.
49. Eckleberry-Hunt J, Lick D, Boura J. Et al. An Exploratory Study of Resident Burnout and Wellness. *Academic Medicine*. 84(2):269-277, February 2009
50. Collier VU, McCue JD, et al, Stress in medical residency: Status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002 136: 384-90

51. Sameer S. Chopra, Wayne M. Sotile, Winston-Salem, Mary O. Sotile Physician Burnout JAMA, February 4, 2004—Vol 291, No. 5 633
52. Franco-Bontempo X. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. RevMex de PuericultPediatr 1999;6:252-260. RevMedInstMex Seguro Soc 2006; 44 (6): 535-540
53. Palmer-Morales Y, Et al. Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. GinecolObstetMex 2007;75(7):379-83
54. Borritz M, Bultmann U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of de PUMA Study. J. Occup. Environ. Med 2005; 47(8): 1015-1025.
55. McManus I C, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Medicine 2004; 2:29.
56. Firth-Cozens J, Moss F. Hours, sleep, teamwork and stress. Sleep and teamwork matter as much as hours in reducing doctors' stress. BMJ 1998;317(7169):1335-6
57. Colin P. West; Mashele M. Huschka; Paul J. Novotny; et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study JAMA. 2006;296(9):1071-1078
58. Ilene M. Rosen, MD, Phyllis A. Gimotty, PhD, Judy A. Shea, PhD, and Lisa M. Bellini, MD Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns Acad Med. 2006; 81:82–85.
59. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. JAMA. 2002;228:1116–24.
60. Rosen IM, Bellini LM, Shea JA. Sleep behaviors and attitudes among internal medicine house staff in a U.S. university based residency program. Acad Med. 2004;79: 407–16.
61. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1991; 14:540–45.
62. Dev Banerjee. The Epworth Sleepiness Scale. Occupational Medicine 2007;57:232

63. Chica-Urzola HL et al. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth
REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (4), Diciembre 2007
64. Escribà-Agüir V. Et al. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción
laboral en el síndrome de Burnout en médicos especialistas GacSanit.
2008;22(4):300-8
65. Jorge Rodríguez F et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout
en médicos de atención primaria Aten Primaria. 2005;36(8):442-7
66. Christopher P. Landrigan, et al. Effect of Reducing Interns' Work Hours on
Serious Medical Errors in Intensive Care Units N Engl J Med 2004;351:1838-48.
67. Goebert D, Thompson Diane, Et al. Depressive Symptoms in Medical Students and
Residents: A Multischool Study. Academic Medicine. 84(2):236-241, February 2009
68. Pérez Cruz Elizabeth. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en
médicos residentes. Med IntMex 2006; 22(4) : 282-286
69. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lonnqvist J. The
relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the
Finnish Health 2000 Study. Affect Disord 2005; 88 (1): 55-62.
70. Arturo López-Morales et al. Burnout en residentes con jornadas prolongadas. Rev Med
InstMexSeguroSoc 2007; 45 (3): 233-242
71. Miró E, Solanes A, et al. Relación entre el burnout o «síndrome de quemarse por el
trabajo», la tensión laboral y las características del sueño. Psicothema 2007. Vol. 19, nº 3,
pp. 388-394
72. Ahola, K., Honkonen, T., Kivimaki, M., Virtanen, M., Isometsa, E., Aromaa, A., y
Lonnqvist, J. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and
depression: The health 2000 study. Journal of occupational and environmental medicine,
48, 1023-1030
73. Jiménez-Genchi A, Flores-Flores G, Et al. Evaluación de la somnolencia en pacientes
deprimidos empleando la Escala de Somnolencia de Epworth. Psiquis 2008; 17(6) : 182-
190
74. Breslau N, Roth T, et al, Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults.
Am J Public Health 1997;87:1649-53.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional (“Síndrome de Burnout”) en Médicos Becarios del Hospital General de Tijuana.

Se me ha explicado que el propósito de este estudio es determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional, así como su relación con depresión y privación del sueño, y que mi participación consistirá en contestar cuestionarios acerca de factores demográficos, un cuestionario que determina la existencia o no de Síndrome de desgaste, uno de depresión y para privación de sueño, así como también un cuestionario de Auto evaluación de la atención subóptima del paciente, todos estos cuestionarios serán de manera anónima, y los resultados obtenidos serán únicamente para información estadística, ya que la encuesta es anónima no habrá posibilidad de hacer un diagnóstico individual sobre la presencia de síndrome de desgaste profesional en una primera intención.

Declaro que se me ha informado ampliamente y que cualquier duda o aclaración que tenga se me aclarará por el equipo investigador y sé que conservo el derecho de negarme a participar en dicho protocolo de manera libre y voluntaria.

Además se mantendrá de forma anónima mi identidad en las presentaciones y publicaciones que se deriven del presente estudio.

FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DECONSENTIMIENTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Miguel Ángel Cordero Guillen

Residente de 4to Año de Medicina Interna

Hospital General de Tijuana

TESTIGO

TESTIGO

Asesor del protocolo.

MC Dr. Clemente Zúñiga Geriatria/Jefe de servicio de MI HGT

Por favor lea el siguiente cuestionario y conteste lo más honestamente posible las preguntas.

1. **Sexo** Masculino ____ Femenino ____
2. **Edad:** ____
3. **Ciudad de Origen:** _____ **Tiempo de estancia en la ciudad:** _____
4. **Residencia:**
 - a. Propia Rentada Prestada Vive solo Acompañado
5. **Estado Civil:**
 - a. Casado Soltero Unión Libre Divorciado Dejado
Con Pareja actual
6. **Cuenta con Hijos:**
 - a. Si No Cuantos: _____
7. **Cuenta actualmente con algún pasatiempo:**
 - a. Si No Cual: _____
8. **En las siguientes preguntas trate de poner el numero de hora por día, semana y mes que le dedica a:**
 - a. **Actividades recreativas :**
 1. Por día Por Semana Por Mes
 - b. **Ejercicio:**
 1. Por día Por semana Por mes
 - c. **Ocio:**
 1. Por día Por semana Por mes
9. **Cuenta con algún Historia de Depresión:**
 1. Si No Tx
10. **Cuenta con el Dx de Depresión actualmente:**
 1. Si No Tx
11. **Actualmente consume Alcohol:**
 - a. Si No
 - i. Cerveza Vino Licor Otros....
 1. Cantidad ingerida en ml por: Dia Semana
Mes
12. **Actualmente es fumador:**
 - a. Si No
 - i. # de Cigarrillos Fumados por Dia Semana Mes
13. **Actualmente consume algun tipo de Drogas:**
 - a. Si No
 - i. Si su respuesta es si especifique Tipo y Frecuencia
14. **Cantidad de Pacientes a Cargo diariamente:**
 - a. Menos de 5 6-10 11-15 15-20
Mas de 20
15. **Calidad de Relaciones que mantiene con los compañeros de trabajo:**
 - a. Mala Regular Buena Muy Buena
Excelente
16. **Grado en Residencia cursando:**
 - a. 1er grado 2do grado 3er grado 4to grado
17. **Medico Internado Pregrado**
 - a. 1er grado 2do grado
18. **Especialidad**
 - a. MI Anest Cx Urg GyO Ped
 - b. Medicina Integrada Psicología QFB Otra:
19. **Servicio de rotación en los últimos 2 meses previos**
 - a. MI Anest Cx Urg GyO Ped
TyO
20. **Otro Cual?**

21. **Frecuencia en la que realiza Guardias**
a. A B C D E F
No Realiza
22. **Cantidad de Horas de trabajo semanales sin guardia**
a. 40 a 60 hrs 60 a 80 hrs 80 a 100 hrs Más de 100 hrs
23. **Tiene supervisión en las Actividades que realiza (procedimientos quirúrgicos o invasivos)**
Si No
24. **Antigüedad laboral (años) Previa a la residencia**
a. Menos de 1^a 1-2^a 3-4^a 5^a Mas de 5^a
25. **Algun otro trabajo realizado actualmente o con anterioridad**
26. **Remuneración por el trabajo desempeñado**
a. Malo Regular Bueno Muy bueno
Excelente
27. **Sensación de satisfacción en su desempeño**
a. Malo Regular Bueno Muy bueno
Excelente
28. **Autopercepción en la Calidad de las Relaciones interpersonales que se presentan en el área de su trabajo**
a. Malo Regular Bueno Muy Bueno
Excelente
29. **Horas de dormidas en las ultimas**
a. En las Ultimas 24 hrs? En la ultima semana?
30. **Método para manejas el estrés...?**
Ejercicio Platicar con un amigo Platicar con tu Pareja Convivir-
Platicar con tu familia Platicar con Interno o residente

Por favor lea el siguiente cuestionario y conteste lo más honestamente posible las preguntas.

Cuestionario de Maslach

Favor de utilizar la siguiente escala numérica para describir las situaciones descritas a continuación:

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

- 1 _____ Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.
- 2 _____ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
- 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 las personas que tengo que atender.
- 5 _____ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
- 6 _____ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- 7 _____ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas que tengo que atender.
- 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 por mi trabajo.
- 14 _____ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- 15 _____ Siento que realmente no me importa lo que le ocurra a quienes tengo que atender profesionalmente.
- 16 _____ Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
- 17 _____ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18 _____ Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

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 en forma adecuada.

22 _____ Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de alguno de sus problemas.

Epworth Sleepiness Scale

Escala de Somnolencia de Epworth

¿Que tan frecuente sería la posibilidad de quedar te dormido en las situaciones descritas a continuación en comparación de solamente estar cansado?

Esto es en relación al estilo de vida cotidiano que llevas actualmente. Si no has estado bajo las siguientes circunstancias recientemente, por favor de contestar como sería tu actitud en tales circunstancias.

Favor de utilizar la siguiente escala numérica para describir las situaciones descritas a continuación:

0 = Nunca me quedaría dormido

1 = Baja posibilidad de quedarse dormido

2 = Moderada posibilidad de quedarse dormido

3 = Alta posibilidad de quedarse dormido

- Sentado y leyendo
- Mirando Television
- Sentado en un lugar publico inactivo, (ej. Alguna reunion o teatro)
- Siendo un pasajero de un automovil por una hora sin parar
- Recostandose a descansar después de medio día cuando las circunstancias lo permitan.
- Sentado y platicando con alguna persona
- Sentado tranquilamente posterior a una comida sin consumo de alcohol
- En un automovil, mientras realizar una parada durante unos breves minutos en trafico

Tamizaje para depresión con escala del departamento de psiquiatría de Harvard

Por favor lea el siguiente cuestionario y conteste lo más honestamente posible las preguntas.

Utilizar la siguiente escala numérica para describir las situaciones descritas a continuación:

0 = En ningún momento

1 = Ocasionalmente

2 = La mayor parte del tiempo

3 = Todo el tiempo

1. Me he sentido con pocas energías o lento para realizar mis actividades diarias _____
2. Me he estado culpando por las cosas que me suceden _____
3. He tenido poco o nada de apetito recientemente _____
4. Se me dificulta poder dormir y/o mantenerme dormido _____
5. He sentido incertidumbre sobre mi futuro _____
6. Me he estado sintiendo triste _____
7. He estado desinteresado por las cosas a mi alrededor _____
8. Me he estado sintiendo insignificante _____
9. Se me dificulta concentrarme o poder tomar decisiones _____
10. He contemplado y/o deseado el suicidio _____

Auto- Evaluación de atención subóptima del Paciente

Por favor lea el siguiente cuestionario y conteste lo más honestamente posible las preguntas

1. Tuve que dar de alta pacientes para hacer mi servicio más manejable debido a que el equipo estaba tan ocupado.
Si No
2. No discutí e informe de manera completa las opciones de tratamiento y/o respondí a las preguntas de los pacientes.
Si No
3. Cometí errores de tratamiento o medicación no por desconocimiento o inexperiencia.
Si No
4. Ordene sujeción o medicación para un paciente agitado sin evaluarlo.
Si No
5. No realice pruebas diagnosticas debido al deseo de egresar al paciente.
Si No
6. Le puse atención al impacto social o personal de la enfermedad de un paciente
Si No
7. Tuve una escasa reacción emocional hacia la muerte de uno de mis pacientes
Si No
8. Me sentí culpable sobre como trate a un paciente desde un punto de vista humanitario
Si No