



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA 66**



**SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS  
DE PRIMER CONTACTO**

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. BERENICE BRISSETT FLORES RAMÍREZ**

**ASESOR DE TESIS**

DRA. RAQUEL VILLARREAL GONZÁLEZ

APODACA, NUEVO LEÓN A JUNIO DE 2019.

**REGISTRO: R-2017-1912-105**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS DE PRIMER CONTACTO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**DRA. BERENICE BRISSETT FLORES RAMIREZ**

AUTORIZACIONES:

*[Signature]*  
**DRA. DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS.**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN.

*Laura de la Cruz*  
**DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS.**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN INVESTIGACIÓN,  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,  
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN.

*[Signature]*  
**DRA. MARÍA ISABEL CRUZ.**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD,  
UMF C/ME No. 66.

*[Signature]*  
**DRA. JANET SOLTERO ESPARZA.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS ADSCRITO A UMF C/ME No 66

*Raquel VG*  
**DRA. RAQUEL VILLARREAL GONZALEZ**  
ASESOR DE TEMA Y METODOLÓGICO DE TESIS.

**Registro: R-2017-1912-105**

APODACA, NUEVO LEÓN.



**JUNIO 2019**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS  
DE PRIMER CONTACTO**

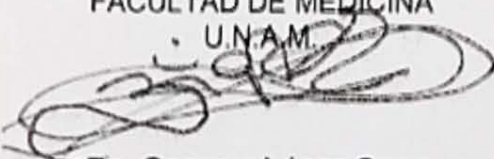
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

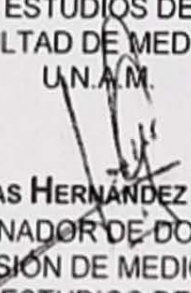
PRESENTA:

**DRA. BERENICE BRISSET FLORES RAMIREZ**

  
AUTORIZACIONES

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Registro de autorización: R-2017-1912-105



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912 con número de registro 17 CI 19 046 129 ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 21/11/2017

**DR. BERENICE BRISSETT FLORES RAMIREZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS DE PRIMER CONTACTO**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1912-105

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi maravillosa familia, mis padres y mis hermanas que confían en mí y me apoyan en todo momento, a mi esposo Sergio por decidir acompañarme en esta vida y darme motivación y ayuda constante para crecer, a mis hijas que son mi orgullo, mi mayor felicidad y la mejor fuente de inspiración. Y a todos los que han coincidido conmigo en este curso por sus diversas enseñanzas, Gracias!*

**SINDROME DE BURNOUT Y  
DEPRESION EN MEDICOS DE  
PRIMER CONTACTO**

## RESÚMEN

**Título: SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS DE PRIMER CONTACTO**

**Por:** Flores-Ramírez BB, Villarreal-González R,

**Introducción.** El síndrome de Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios. La OMS liga el síndrome de Burnout con la Depresión puesto que se pierde el interés de realizar distintas actividades. Los médicos familiares de primer contacto son considerados población vulnerable dada las largas jornadas de trabajo, así como estrés y exigencia laboral aunada a situación familiar. En la mayoría de las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, se observa a menudo, médicos con falta de interés sobre el padecimiento de los pacientes a los que trata, ausencia de empatía, cinismo, disminución en la calidad de la atención; Es necesario identificar el grado de desgaste profesional y síntomas de depresión que presentan a fin de establecer estrategias que las prevengan

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de Depresión y síndrome de Burnout en Médicos de Primer contacto de algunas unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia, prospectivo, por medio de encuestas auto aplicadas, en base a la escala de Hamilton para Depresión y el Cuestionario de Maslach para Burnout.. Donde Participaron 81 médicos en rangos de edad de 28 a 60 años, 38 hombres y 43 mujeres.

**Resultados:** En este estudio se encontró una prevalencia de depresión del 27% y 8.6% de prevalencia de síndrome de burnout, Tanto en burnout como en depresión la edad de mayor incidencia es entre 31 y 40 años, 25% (21 afectados). Es más común en hombres, (20.1%) (se esperaba que la mujer fuera más vulnerable). Es más común en casados (22%) la antigüedad donde hay mayor incidencia es entre 2 y 10 años de laborar en el Instituto, En el 100% de los casos donde coexisten depresión y síndrome de Burnout el grado de depresión es moderado.

**Conclusiones:** El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución más grande y más noble del país, cubriendo gran parte de la atención de los mexicanos, dentro de su normativa, busca calidad en la atención, sin embargo la depresión y el síndrome de Burnout están presentes en personal de área médica, con niveles de afectación y repercusiones variables como mal trato al paciente, errores médicos, pérdida de interés, apatía, desmotivación, e incluso el riesgo de suicidio en el personal por depresión.

Es importante identificación oportuna del síndrome en poblaciones con factores de riesgo directamente asociadas a la carga de trabajo, tiempo de exposición y presencia de otra psicopatología (ansiedad y depresión) para proporcionar bienestar físico, social y emocional a los trabajadores, y que esto conlleve a fortalecer los servicios de salud y brindar una atención con calidad de excelencia, calidez y seguridad.

Propuestas de mejora incluye grupos Balint, prevención primaria, pero sobretodo identificación oportuna.

**Palabras clave:** médico, Burnout, depresión.



## INDICE

<b>SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS DE PRIMER CONTACTO</b>	8
<b>MARCO TEORICO</b>	8
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	14
<b>JUSTIFICACION</b>	15
<b>OBJETIVOS</b>	17
<b>HIPOTESIS</b>	18
<b>METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	19
<b>POBLACION DE ESTUDIO</b>	19
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	19
<b>MUESTRA</b>	20
<b>VARIABLES</b>	21
<b>PLAN DE ANALISIS</b>	23
<b>INSTRUMENTO DE RECOLECCION</b>	23
<b>ASPECTOS ETICOS</b>	26
<b>PRODUCTOS ESPERADOS</b>	27
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	27
<b>FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	28
<b>PERSONAL PARTICIPANTE</b>	29
<b>RECURSOS FISICOS Y MATERIALES</b>	29
<b>RESULTADOS</b>	30
<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	30
<b>DISCUSION</b>	37
<b>CONCLUSIONES</b>	38
<b>REFERENCIAS</b>	39
<b>ANEXOS</b>	41

# **SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESION EN MEDICOS DE PRIMER CONTACTO**

## **MARCO TEORICO**

El síndrome de Burnout es un fenómeno que ha estado presente en todo momento y en todas las culturas, pero que comenzó a ser investigado hacia inicios de 1970. Para esa época se iniciaron grandes cambios a nivel mundial debido al desarrollo y lanzamiento de las tecnologías, con estos avances tecnológicos dentro de los trabajos se dejaron a un lado las explotaciones físicas haciendo los procesos de trabajo más flexibles, pero de igual manera que requerían un alto grado de especialización en cuanto a saber cómo utilizar la tecnología. Estos procesos trajeron como consecuencia factores de riesgo psicosociales afectando la calidad de vida y bienestar de los trabajadores. <sup>(1)</sup>

Fue en 1974 cuando el psicoanalista Herbert J. Freudenberger que gran parte de los voluntarios en su trabajo sufrían pérdida de energía hasta quedar agotados, síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación laboral y agresividad con los pacientes. Pero hasta en 1982 se realizaron los primeros estudios del síndrome cuando Maslach y Leiter desarrollaron un instrumento para medirlo, dicho instrumento se trata de un cuestionario de 22 ítems en el cual se pretende objetivizar y valorar las 3 características primordiales de este síndrome las cuales veremos más adelante. <sup>(2,3)</sup>

El síndrome de Burnout o de agotamiento profesional podría describirse como el sentirse exhausto o agotado. Este síndrome suele caracterizarse por 3 aspectos: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional. <sup>(4)</sup>

La Organización Mundial de la Salud, liga este síndrome con la depresión puesto que se pierde totalmente el interés para realizar ciertas actividades. También establecen que por estar sometidos a altos niveles de estrés esto les causa mayor tensión. Respecto a la residencia médica y con los médicos internos de pregrado (MIPS) se puede decir que por ser el lugar de adiestramiento y preparación para los médicos recién graduados y los médicos futuros (MIPS) es seguro que en determinados momentos pueden pasar por periodos de angustia, temor, inseguridad y estrés.

Vinculan este trastorno con los prestadores de servicios médicos a consecuencia de que actualmente el público demanda tan reas y habilidades cada vez más exigentes sometiéndolos a mucha presión. Todos esos factores en los trabajadores del sector salud tienen como consecuencia el deterioro de la calidad de su servicio y también tienen un alto riesgo de querer abandonar su profesión. <sup>(5-9)</sup>

En México, un estudio realizado en médicos especialistas encontró una prevalencia para el Síndrome de Burnout del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%.

Se ha demostrado, de manera general, que el síndrome se presenta en médicos sin distinción de género. Pero nos mencionan que, la mujer es más vulnerable para desarrollar este síndrome, puesto que los estudios señalan que son ellas, principalmente, las que, debido a su incorporación al mercado laboral, sufren de doble jornada (tareas en el hogar, la familia, e inclusive en el entorno social). <sup>(10)</sup>

En un estudio realizado, específicamente, por el Hospital General de los Servicios de Salud del Estado de Durango (SSD) se observó una gran apatía por parte de los médicos residentes sobre los padecimientos de sus pacientes, la falta de apego a sus

responsabilidades como residentes, la disminución en la calidad de su participación y en la elaboración de trabajos que forman parte de su formación, así como actitud agresiva hacia sus compañeros e incluso la renuncia a su residencia de especialización.<sup>(11)</sup>

Otros factores aparte de los a mencionados anteriormente tenemos los siguientes que están completamente ligados al lugar en donde se desempeña el trabajo: la falta de información o incapacidad de desarrollar satisfactoriamente el trabajo encomendado; la carencia de apoyo de los supervisores encargados del área; ausencia de retroalimentación positiva y reconocimiento en el trabajo y la incompatibilidad de los valores éticos personales con aquellos de la institución.

Dentro de las consecuencias más graves que puede tener un médico o residente afectado con el síndrome es que se tiene una mayor tendencia a cometer errores médicos con altos costos para la salud del paciente y que coadyuvan a agravar los síntomas de agotamiento emocional.<sup>(12)</sup> Para evitar esto se ha repetido en numerosas ocasiones que los directivos de las organizaciones y/o empresas fomenten el trabajo en equipo para que toda la responsabilidad no caiga solamente en una persona.<sup>(13)</sup>

Acerca de la depresión, según la OMS, todo paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.

Durante el internado de pregrado se han observado las condiciones generales adversas de los becarios, como son: la alimentación deficiente, horarios excesivos de trabajo, que no se respeta el horario de clases, alto grado de hostigamiento, violencia,

acoso sexual, maltrato y discriminación por parte del personal de salud de la institución.<sup>(14)</sup>

Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5 % en mujeres; y en México, 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres. En el caso de la ansiedad, las prevalencias a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente.

Hacia el año 2014, los estudios en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS fueron de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad, con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año.<sup>(15)</sup>

Es importante mencionar que la depresión es una de las enfermedades a las que toda la sociedad, en general, está expuesta con mayor nivel. Lamentablemente es la enfermedad que pasa inadvertida con mayor frecuencia.<sup>(16)</sup>

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que alerta al sujeto ante situaciones de estrés. El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas producidas ante la percepción de situaciones adversas o amenazantes, reacciones diseñadas para afrontar sucesos a corto plazo. La ansiedad y el estrés se transforman en trastorno cuando se presentan en momentos inadecuados, de forma intensa, prolongada o interfieren con actividades normales del sujeto que las experimenta. En la clínica, al sujeto con trastornos de ansiedad se lo ve tenso, expectante, inseguro y con la sensación de que algo malo le va a ocurrir. Se menciona la escala de Hamilton para diagnóstico de ansiedad y depresión<sup>(17)</sup>

La depresión es un desorden funcional más común en los adultos de todas las edades y se presenta en diferentes grados. La depresión reemplaza el estado original de

ansiedad cuando la persona se da cuenta que no puede controlar el trauma y se dice que está en inhibición de la conducta de manejo de situaciones, que lo coloca en una posición biológica muy vulnerable. <sup>(18)</sup>

De igual manera es importante mencionar que ambos problemas psicológicos son atendidos primeramente en centros de consultas de atención primaria en lugar de ser atendidas en un centro de salud mental y lamentablemente en las de atención primaria no se les da la importancia y/o seguimiento deseable. <sup>(19)</sup>

En un estudio realizado por la OMS, se observó que las mujeres son las que están con mayor riesgo de padecer estos trastornos, puesto que, en el área de la salud, sufren de acoso, hostigamiento y discriminación en un nivel mayor que los hombres. <sup>(20)</sup>

La depresión y el desgaste son muy prevalentes entre los residentes de todo el mundo; el síndrome de burnout se manifiesta en 41 a 76% de los residentes, mientras que la depresión se manifiesta en 7 a 56% de ellos. Dentro de uno de los estudios que se realizaron se mencionaba que los médicos que estaban deprimidos tuvieron seis veces más errores en la medicación que los residentes que no padecían dicha alteración

En México en el 2016 se realizó un estudio a los residentes de la UNAM y entre los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia, el trastorno depresivo estuvo relacionado con niveles de alta incapacidad, que afectan de manera importante la salud física, mental, social y familiar, así como las actividades de trabajo; el Síndrome de Burnout o desgaste profesional comparte síntomas psicósomáticos (cefaleas, fatiga, insomnio, alteraciones menstruales, pérdida de peso); conductuales (agresión, violencia, ausentismo, abuso de alcohol); y emocionales (distanciamiento afectivo,

tristeza, irritabilidad, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, ironía, negación de emociones, evasión, etc.) con la depresión y la ansiedad,

Y en el 2017 dentro de otro estudio realizado se identificó que, actualmente, al menos 30% de los residentes padecen síntomas de depresión a causa de la gran carga que tienen en los hospitales. <sup>(21)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La prevalencia de síndrome de Burnout en médicos especialistas es del 51%., mientras que la de la depresión en México, corresponde a 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres, aumentando en área médica del 25 al 70%. El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria.

El médico deprimido sub diagnosticado, se comporta generalmente, con falta de interés, astenia, adinamia, limitando su interacción con los pacientes, interrogando y explorándolos poco, lo que lleva a errores diagnósticos y terapéuticos.

Siendo el síndrome de Burnout una fase avanzada del estrés laboral la cual puede llegar a causar una incapacidad total para volver a trabajar. La deficiente estructuración del horario y las tareas en el trabajo suele producir cuadros de depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos del sueño, frustración y el desarrollo de actitudes pesimistas. Es una enfermedad que afecta especialmente a los profesionales cuya labor está basada en la relación con otras personas, por lo que es muy importante identificar estas entidades las cuales están subdiagnosticadas en nuestro entorno.

Por lo tanto, nos preguntamos:

**“¿Cuál es la prevalencia de depresión y síndrome de burnout en médicos de primer contacto?”**



## **JUSTIFICACIÓN**

El síndrome de Burnout asociado a sintomatología depresiva es una entidad común en los profesionales de la salud, con impacto y repercusión directa en la vida profesional, familiar y social. Los médicos familiares de primer contacto, son considerados población vulnerable, pues se exponen a largas jornadas de trabajo, gran cantidad de pacientes revisados por turno, así como estrés y exigencia laboral por parte de autoridades; aunado a su contexto familiar. Es necesario identificar el grado de desgaste profesional y síntomas de depresión que presentan, a fin de establecer estrategias que las prevengan.

En la gran mayoría de las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, se observa a menudo, médicos con falta de interés sobre el padecimiento de los pacientes a los que trata, ausencia de empatía, disminución en la calidad de la atención; brindando una atención casi mecánica, exprés, donde pocas veces se busca el bienestar integral del paciente, incluso llegando a confrontaciones agresivas con el paciente o sus familiares, generando quejas de los mismos, así como incumplimiento de indicadores médicos que afectan a toda la Unidad en la que laboran.

El síndrome de Burnout y depresión, empieza a convertirse en un problema de gran relevancia actualmente, expertos en materia laboral y sanitaria han reclamado el reconocimiento de este síndrome como una enfermedad profesional debido a que en México el aumento de las presiones que involucran, la cada vez más exigente población a tratar relaciona a los médicos con una cada vez más frecuente situación de vulnerabilidad.

En el presente estudio, se determinó la prevalencia de síndrome de burnout y depresión, en médicos de primer contacto de diversas unidades de medicina familiar, en cualquiera que sea la situación en que se le encuentre, se brindará atención al personal que así lo requiera; aunado a implementar estrategias en el ambiente laboral, corrigiendo los posibles detonantes relacionados con los hallazgos.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de depresión y síndrome de burnout en médicos de atención de primer contacto, en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos específicos:

- Identificar por medio de la escala de Hamilton a médicos con depresión
- Identificar por medio de cuestionario de Maslach a médicos con síndrome de burnout
- Establecer la relación entre médicos con depresión y síndrome de burnout
- Determinar por genero la relación con síndrome de burnout
- Determinar por genero la relación con depresión
- Determinar por antigüedad la relación con sd de burnout y depresión.

## **HIPOTESIS**

Estudio descriptivo metodológicamente no amerita hipótesis

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal no comparativo, una sola medición, prospectivo.

El muestreo fue no probabilístico a conveniencia.

## **POBLACION DE ESTUDIO**

Se incluyó en el estudio a hombres y mujeres, médicos de base de entre 28 y 60 años de edad que laboran en diferentes unidades de primer nivel de atención, con un mínimo de 2 años de antigüedad, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que no se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico y desearon participar en nuestro estudio, autorizando a través de la firma del consentimiento informado.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### a) Criterios de inclusión

- Médicos familiares de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Médicos generales y familiares con más de 2 años de antigüedad en el Instituto Mexicano del Seguro Social
- Médicos generales y familiares de 28 a 60 años de edad

b) Criterios de exclusión

- Médicos de Atención Médica Continua
- Médicos menores de 28 años de edad
- Médicos de recién ingreso
- Médicos Eventuales
- Médicos que no aceptaron participar en el estudio.

c) Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas.

## **MUESTRA**

Médicos familiares que laboren en unidades de medicina familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **TECNICA MUESTRAL**

Se realizó muestreo no probabilístico a conveniencia de población infinita

## **CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No amerita

## VARIABLES

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años	RANGOS 28-30años 31-40años 41-50años 51-60años	Encuesta
Genero Nominal	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes		Masculino Femenino	Encuesta
Estado civil Nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición de una persona en el orden social	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Encuesta
Antigüedad Cuantitativa	Tiempo que alguien ha permanecido o en un cargo o empleo.	Tiempo que ha transcurrido laborando como médico dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social	2-10 años 11-20años 21-30años 31años o mas	Encuesta
Depresión Dependiente	Trastorno mental que se caracteriza por tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades con las que normalmente disfrutaría	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de funciones psíquicas	Leve Moderada Severa	Escala de Hamilton

Síndrome de burnout Dependiente	ocurre como consecuencia de tener que realizar mucho trabajo en poco tiempo, o bien tener que realizar tareas que pueden generar angustia y sensaciones de culpa por no realizarlas correctamente, se caracteriza por ineficiencia laboral, fatiga e indiferencia	Se refiere al agotamiento derivado del desempeño laboral y se relaciona con el ámbito emocional	Bajo Moderado Alto	Inventario de Burnout de Maslach
------------------------------------	---	---	--------------------------	----------------------------------



## **PLAN DE ANÁLISIS**

Se llevaron a cabo las encuestas de Hamilton, Maslach y la ficha general auto aplicadas en la consulta externa de las unidades de medicina familiar número 3, 35, 64 y 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social a los médicos familiares en turno matutino y turno vespertino. Una vez obtenidos los resultados de las encuestas se diseñó una base de datos en formato Excel, organizados de tal manera que facilitara el análisis estadístico de los mismos., se analizaron resultados y se realizaron pruebas estadísticas, expresando los resultados en prevalencias y porcentajes, los cuales fueron utilizados para crear tablas y gráficas para facilitar su interpretación.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

Se realizó una cédula de recolección de datos para ordenar características de los participantes. Esta incluyó: género, edad, estado civil, antigüedad y resultado de las pruebas diagnósticas de depresión y síndrome de Burnout,

Se utilizó como instrumento de evaluación de depresión la escala de Hamilton que consta de 17 ítems Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Se tomaron los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22

- Depresión muy severa: >23

El síndrome de Burnout se midió por medio de cuestionario Maslach que está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

Mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
2. Puntuación máxima 54

2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

## **ASPECTOS ETICOS**

El estudio se realizó de acuerdo, con la Declaración de Helsinki modificada en Tokio, sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos humanos; así mismo, este trabajo se efectuó concorde al Código de Núremberg, sobre normas éticas sobre la experimentación en seres humanos

Se ejecutó de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su Título Segundo, Capítulo Primero, Artículos 16 y 17, Fracción I, II, III y en la obligación de los investigadores clínicos

El presente estudio se ajustó a las normas Institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto, se realizó, una vez aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud.

La información se manejó de forma anónima, difundiendo los resultados sólo para fines de investigación. No hubo coacción en el caso de que algún participante no aceptó involucrarse en forma voluntaria en la investigación.

Los datos personales de los pacientes fueron resguardados confidencialmente y los resultados obtenidos de la encuesta y la exploración física durante el estudio, se utilizaron únicamente con propósito de investigación, para lo que se solicitó que firmaran un consentimiento informado, aceptando participar en el estudio.

## PRODUCTOS ESPERADOS

Síntesis ejecutiva | \_ |

Tesis de grado | x |

Artículo científico | x |

Modelo para reproducir | \_ |

Aporte a la teoría actual | x |

Base de datos | \_ |

Diagnostico situacional | x |

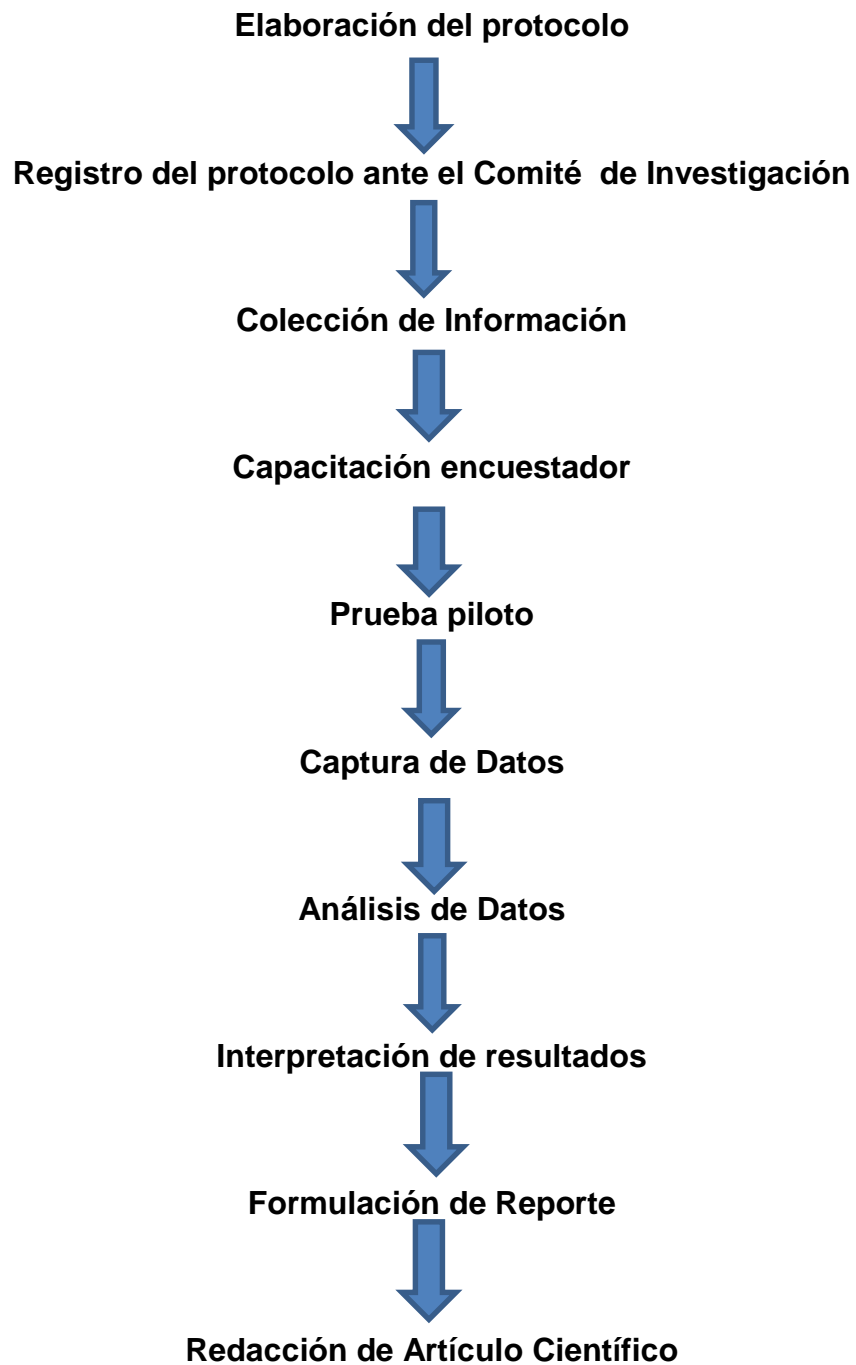
Otros: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRACION DEL TRABAJO

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PERIODO 2017-2019	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Elaboración de protocolo	X	X	X	X	X	X	X																	
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación								X	X															
Capacitación encuestador o colector de información										X														
Prueba piloto											X	X												
Aplicación de encuestas													X	X	X	X								
Captura de datos																	X	X						
Análisis de datos																		X	X					
Interpretación de resultados																		X	X					
Formulación de reporte																						X	X	
Redacción de tesis																							X	X

## FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PROCESAMIENTOS



## **PERSONAL PARTICIPANTE**

Dra. Berenice Brissett Flores Ramírez, adscripción UMF66

Dra. Raquel Villarreal González, adscripción HGZ 6

Dra. Janet Soltero Esparza, adscrito UMF 66

## **RECURSOS FISICOS Y MATERIALES REQUERIDOS PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN**

Laptop Dell
Sistema operativo Microsoft office
Laptop MAC
iOs versión 2011
Impresora canon
20 lápices
10 plumas
Hojas de maquina
Tonner

## RESULTADOS

		<b>Participantes (81 Total)</b>	<b>Con Depresión (22 Total)</b>	<b>Con Síndrome De Burnout (7 Total)</b>	<b>Coexisten Depresión Y Sd Burnout (3 Total)</b>
<b>Edad</b>	28-30años	40% (4)	4.5 %	0	0
	31-40años	50.7% (41)	63.6%	71.4%	66.7%
	41-50años	30.8% (25)	27.2%	14.3%	33.3%
	51-60años	13.5% (11)	4.5%	14.3%	
<b>Genero</b>	Masculino	46.9% (38)	59.1%	57.1%	100%
	Femenino	53.1% (43)	40.9%	42.9%	
<b>Estado Civil</b>	Soltero	22.2% (18)	36.3%	42.9%	33.3%
	Casado	69.1% (56)	54.5%	57.1%	66.7%
	Unión Libre	2.5% (2)	4.5%	0	0
	Viudo	2.5% (2)	0	0	0
	Divorciado	3.7% (3)	4.5%	0	0
<b>Antigüedad</b>	2-10años	53.2%(43)	72.7%	57.1%	66.7%
	11-20 Años	33.3%(27)	22.7%	28.7%	33.3%
	21-30años	13.5%(11)	4.5%	14.3%	0
	Mas De 30 Años	0	0	0	0
<b>Tratamiento Psiquiátrico Previo</b>	Si	11.1% (9)	22.7%	14.3%	33.3%
	No	88.9% (72)	77.3%	85.7%	66.7%
<b>Escala De Hamilton</b>	Sin Depresión	72.8% (59)			0
	Depresión Leve	12.3% (10)			0
	Depresión Moderada	13.5%(11)			100%
	Depresión Severa	1.2% (1)			0
<b>Cuestionario De Maslach</b>	Sin Sd Burnout	91.4% (74)			
	Con Sd Burnout	8.6% (7)			

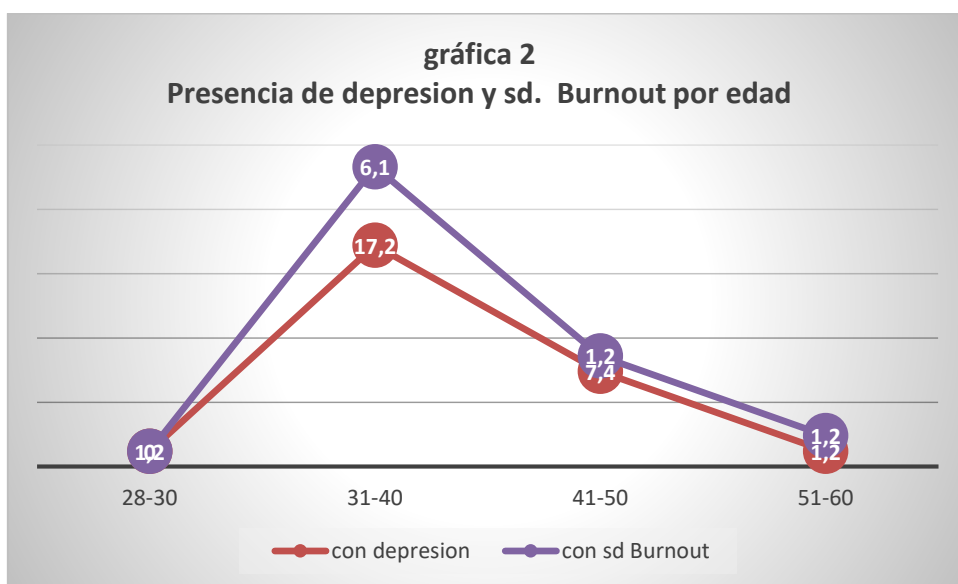
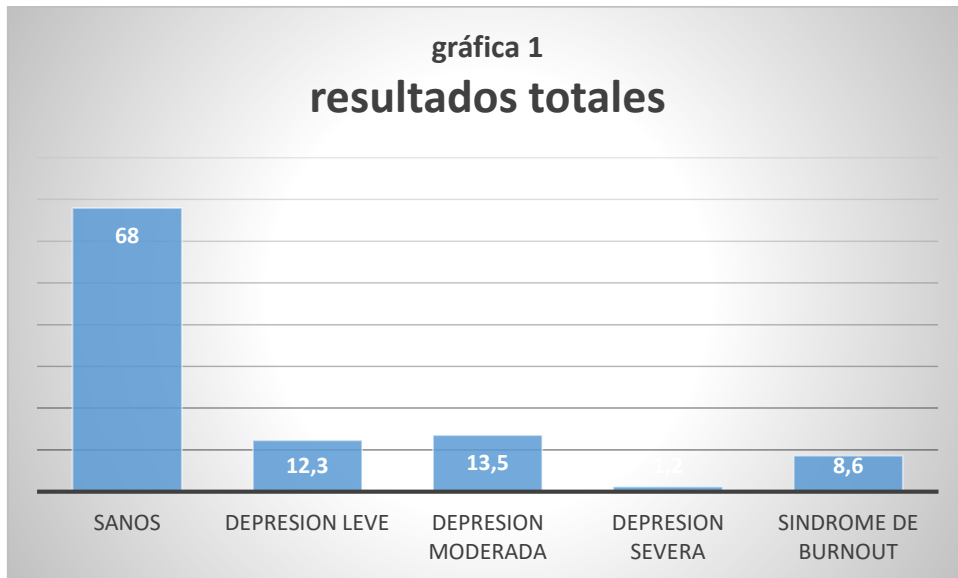
## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Participaron 81 médicos en rangos de edad de 28 a 60 años, 46.9% hombres y 53.1% mujeres, de los cuales 22.2% solteros, 69.1% casados, 2.47% viven en unión libre, 2.47% viudos y 3.7% divorciados.

Con base a la antigüedad: 53% de los médicos participantes se encuentran entre 2 y 10 años de antigüedad, 33.3% de 11 a 20años, 13.5% de 21 a 30 años. Del total de los participantes 11.1% han recibido tratamiento psiquiátrico previo.



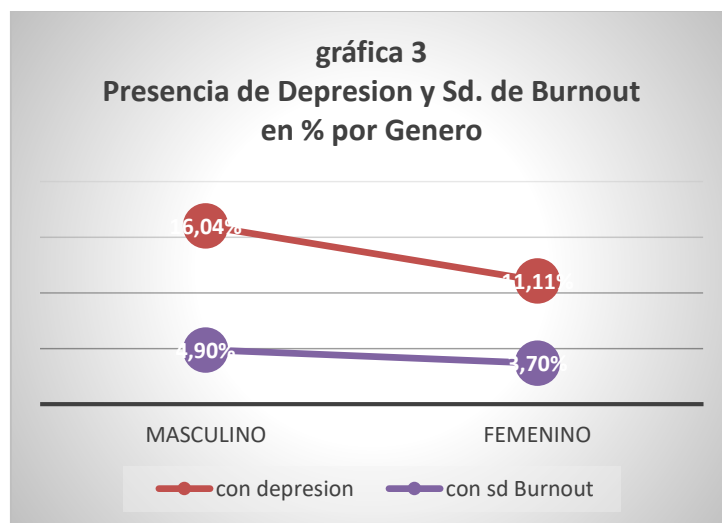
Los resultados de las encuestas (gráfica 1) revelan 32% de los médicos con alteración, (26); 12.3% médicos con depresión leve, 13.5% con depresión moderada, 1.2% con depresión severa, 8.6% con Sd. de burnout y de estos en 3.7% coexiste Sd. de burnout con depresión moderada.



Edad	Con Depresión	Con Sd. Burnout
28-30años	1,2%	0
31-40años	17,2%	6,1%
41-50años	7,4%	1,2%
51-60años	1,2%	1,2%

Por Edad	Con Depresión	Con Sd. Burnout
28-30años	1	0
31-40años	14	5
41-50años	6	1
51-60años	1	1

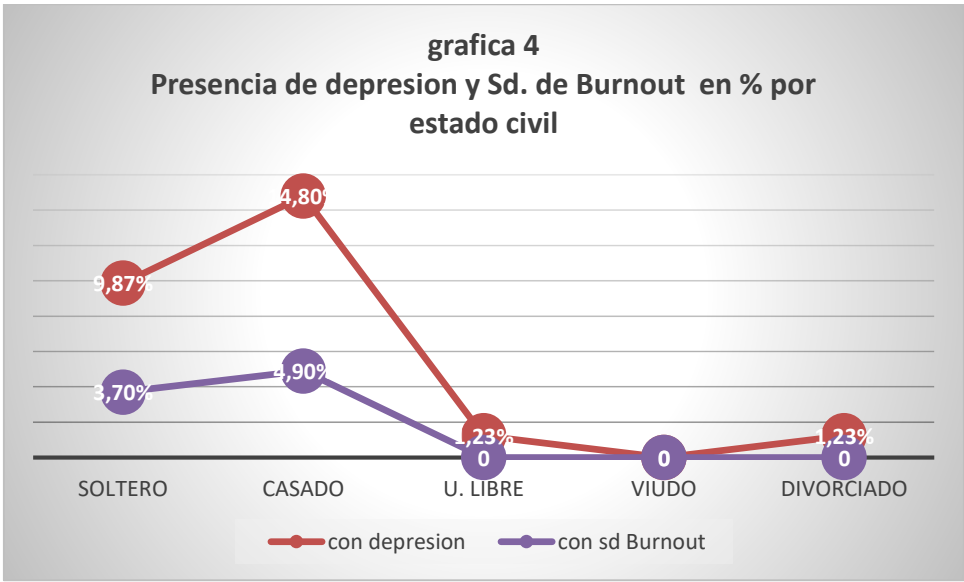
De los médicos con depresión, el rango de edad que predominó (gráfica 2), fue entre 32 y 40 años con 17.2% identificados del total de la muestra, seguido del de 41 a 50 años 7.4%, 1.2% médicos de 28-30 años y 1.2% de 51 a 60años de edad. Del 8.6% (7 médicos) que resultaron con sd. de Burnout en la escala de Maslach 6.1% se encuentran entre los 31 y 40 años, 1.2% en 41-50 y 1.2% entre 51-60años.



Columna1	con depresión	con sd. Burnout
masculino	16,04%	4,90%
femenino	11,11%	3,70%

Por genero	con depresión	con sd. Burnout
Masculino	13	4
Femenino	9	3

La mayor prevalencia de depresión es en hombres 16.4% y 3.7% mujeres. (gráfica 3). El síndrome de Burnout es más frecuente en hombres 4.9% y 3.7% en mujeres.



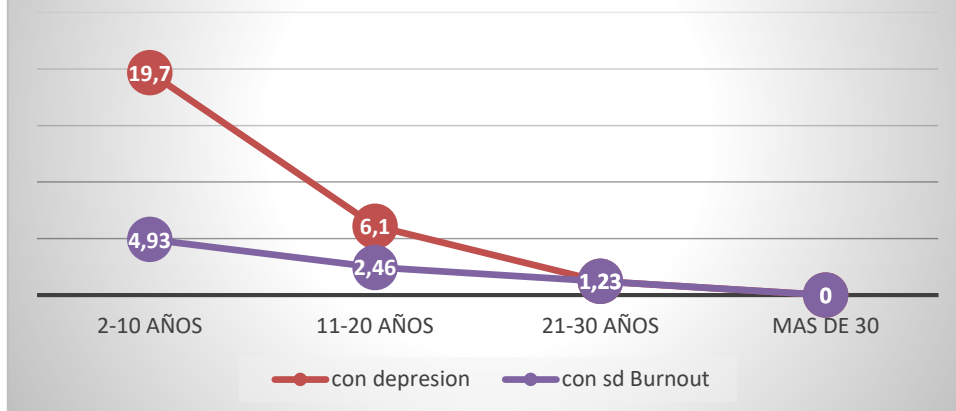
e. civil	con depresión	con sd. Burnout
soltero	9,87%	3,70%
casado	14,80%	4,90%
u. libre	1,23%	0
viudo	0	0
divorciado	1,23%	0

e. civil	con depresión	con sd. Burnout
soltero	8	3
Casado	12	4
u. libre	1	0
Viudo	0	0
divorciado	1	0

La prevalencia de depresión por estado civil (gráfica 4) fue más frecuente en hombres casados con 14.8% del total de encuestados, seguido por 9.87 % de solteros.

El síndrome de Burnout también fue observado más frecuente en casados: 4.9% del total.

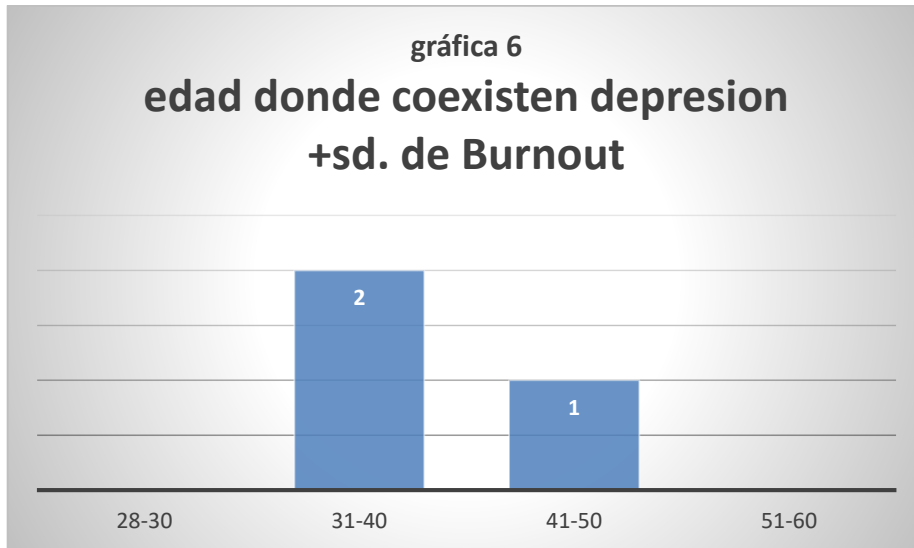
**gráfica 5**  
**presencia de Depresion y sd. de Burnout tomando en cuenta la antigüedad**



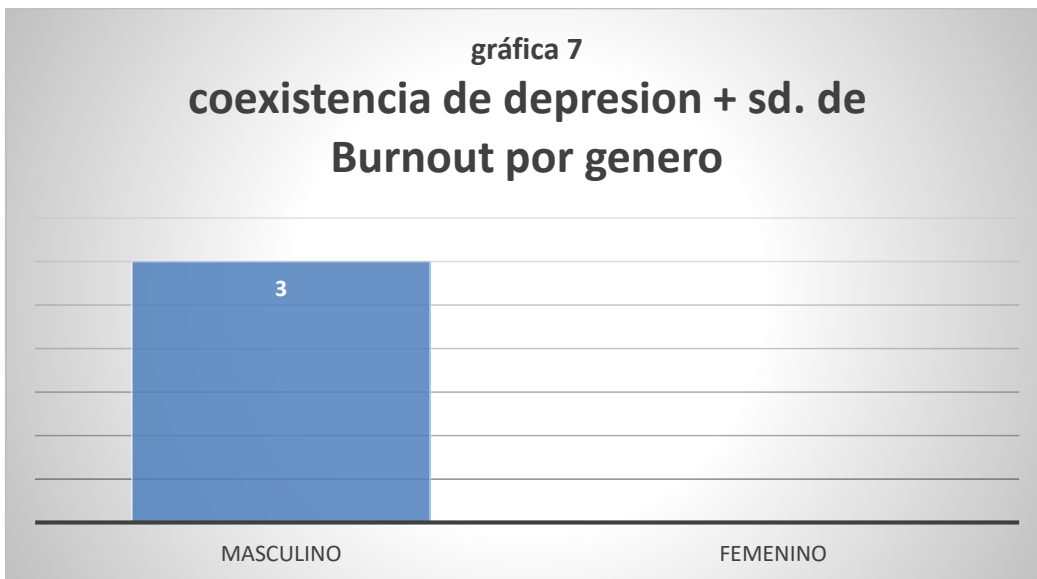
Antigüedad	Con Depresión	Con Sd. Burnout	Antigüedad	Con Depresión	Con Sd. Burnout
2-10 Años	19,7%	4,93%	2-10 Años	16	4
11-20 Años	6,1%	2,46%	11-20 Años	5	2
21-30 Años	1,23%	1,23%	21-30 Años	1	1
Mas De 30	0%	0	Más De 30	0	0

Según antigüedad (gráfica 5), la mayoría de los médicos con depresión se encuentran entre 2 y 10 años laborados (72.7%), 22.7% de 11 a 20 años laborados y 4.5% de 21 a 30 años, de ellos 22% han recibido tratamiento previo.

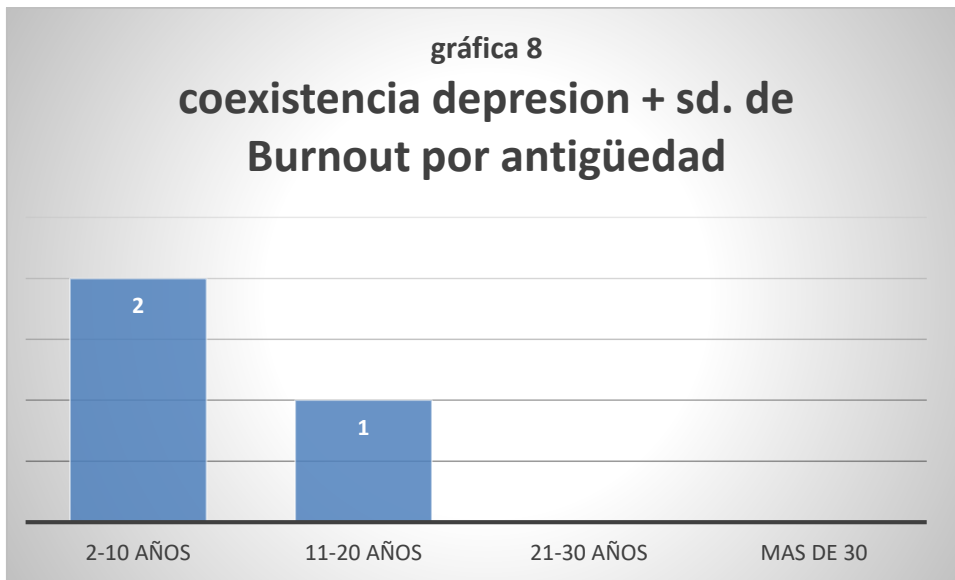
Con respecto al síndrome de Burnout es más frecuente en médicos con antigüedad de 2 a 10 años 4.93%, 2.46% de 11 a 20 años, 1.23% de 21 a 30 años y de los 7 médicos con sd de Burnout sólo 14.3% ha recibido tratamiento psiquiátrico previo.



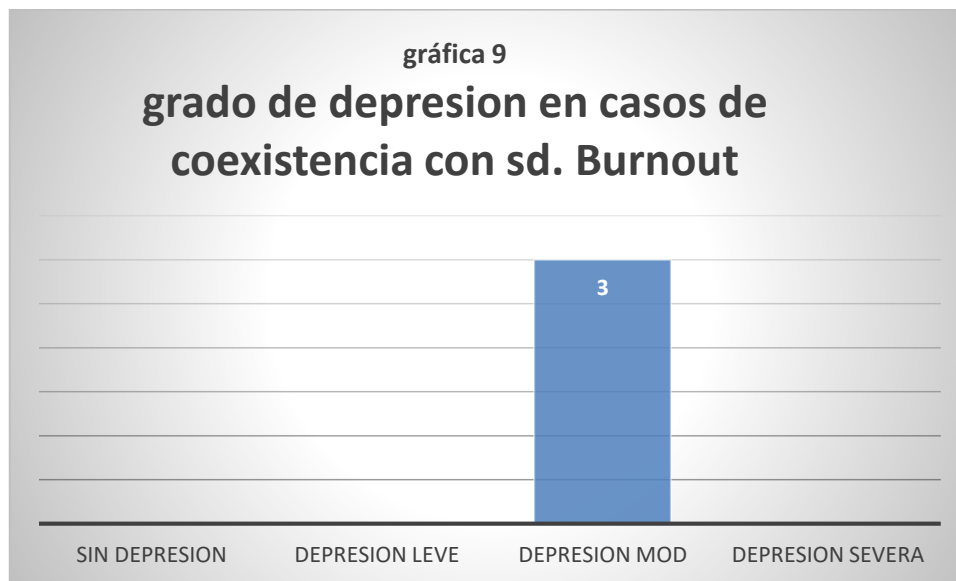
En los médicos en que coexiste sd de burnout y depresión 66.7% se encuentran entre 31-40 años, 33.3% de 41 a 50 años (gráfica 6).



En los casos donde coexiste sd. Burnout y depresión en este estudio 100% es en sexo masculino (gráfica 7)



En coexistencia de sd. Burnout y depresión 66.7% de ellos con antigüedad de 2-10 años y 33.3% de 11 a 20 años de antigüedad (gráfica 8).



El 100% de los casos donde coexiste depresión y síndrome de burnout se encuentran en depresión moderada (gráfica 9).

## DISCUSION

La prevalencia de depresión en México es de 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres, pero en área médica corresponde del 25 al 70%.

La prevalencia de síndrome de Burnout en médicos especialistas es del 51%.

En este estudio se encontró una prevalencia de depresión del 27% y 8.6% de prevalencia de sd. Burnout.

Tanto en burnout como en depresión, la edad más frecuente de prevalencia fue dentro del rango de 31 y 40 años, 25% (21 afectados).

Es más común en hombres, (20.1%) (se esperaba que la mujer fuera más vulnerable). Es más común en casados (22%).

La antigüedad laboral más frecuente observada fue: entre los 2 y 10 años de laborar en el Instituto, que corresponde a médicos relativamente nuevos.

En el 100% de los casos donde coexisten depresión y sd. de Burnout el grado de depresión es moderado.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en médicos de primer contacto es de 27%, dentro del rango esperado, la prevalencia de sd de Burnout en médicos de primer contacto es de 8.6%, por debajo de lo esperado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución más grande y más noble del país, cubriendo gran parte de la atención de los mexicanos, dentro de su normativa, busca calidad en la atención, dispone de excelentes médicos, y realiza programas de capacitación y concientización al personal, sin embargo la depresión y el sd de Burnout están presentes en personal de área médica, con niveles de afectación y repercusiones variables como mal trato al paciente, errores médicos, pérdida de interés, apatía, desmotivación, e incluso el riesgo de suicidio en el personal por depresión.

Es importante identificación oportuna del síndrome en poblaciones con factores de riesgo directamente asociadas a la carga de trabajo, tiempo de exposición y presencia de otra psicopatología (ansiedad y depresión), además de elaborar programas para tomar acciones preventivas en relaciones laborales, liderazgo, trabajo en equipo, habilidades directivas, condiciones laborales apropiadas, brindar reconocimiento, para mejorar el clima organizacional, sin presiones excesivas, y entonces proporcionar bienestar físico, social y emocional a los trabajadores, y que esto conlleve a fortalecer los servicios de salud y brindar una atención con calidad de excelencia, calidez y seguridad.

Propuestas de mejora incluye grupos Balint, prevención primaria, pero sobretodo identificación oportuna.




## REFERENCIAS

1. Díaz Bambula F, Gómez I. Research on burnout from 2000 to 2010 in Latin p America. *Psicología desde el Caribe*. 2016;33(1): 113-131.
2. Carrillo R, Gómez K, Espinoza I. Síndrome de burnout en la práctica médica: *Med Int Mex*. 2012;28(6):579-584.
3. Álvarez A, Arce M, Barrios A. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2005;141:27-28.
4. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*. 2014;1(2):82-89.
5. Velásquez L, Colín R, González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*. 2013;149:183-195.
6. Plata M, Flores L, Hernández O. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011;16(3):157-162.
7. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez M, López-Palmer D. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*. 2017;6(22):75-79.
8. Hernández J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;29(2):103-110.
9. Aldrete M, Meza C, González R, Contreras M, Pérez J. Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Cienc Trab*. 2015;17(52).
10. Castillo I, Orozco J, Alvis L. Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 2015;47(2):187-192.
11. Terrones J, Cisneros V, Arreola J. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(2):242-8.
12. Facultad de Medicina UNAM [Internet]. *Facmed.unam.mx*. 2017 [cited 23 May 2017].
13. Ferestín C. NUEVAS CONSIDERACIONES SOBRE BURNOUT O SINDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT). Buenos Aires; 2009.
14. Palmer Y, Prince R, Medina M, López D. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*. 2017;6(22):75-79.
15. Jiménez J, Osuna J, Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(1):20-8.

16. Rosales J, Gallardo R, Conde J. Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2005;10(1):23-35.
17. Betancourt, M., Rodríguez, C. and Escobar, I. (2008). Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Elsevier*, 15(5), pp.147-152.
18. Hernández, R., López, J. and Flores, R. (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Fuente*, 3(8), pp.28-32.
19. Latorre, J., Navarro, B. and Parra, M. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Rev Clin Med Fam*, 5(1).
20. Wagner, F., Sanchez, S. and Gonzalez, C. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1).
21. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A (2014). Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *ATEN FAM* . 21(4). 109-112

# ANEXOS

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b> <b>Y POLITICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b> <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>(ADULTOS)</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Nombre del estudio: Patrocinador externo (si aplica): Lugar y fecha: Número de registro: Justificación y objetivo del estudio:	Síndrome de Burnout y Depresión Médicos de Primer Contacto No Aplica noviembre-Diciembre 2018 Pendiente
Procedimientos: Posibles riesgos y molestias:	Se realizaran Encuestas de opción múltiple Se trata de un estudio con mínimo o ningún Riesgo para el participante
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información obtenida, nos dará un diagnostico situacional y nos permitirá brindar un plan de acción Nos comprometemos a brindar información en caso de detección de síndrome de burnout o depresión y a brindar información sobre tratamientos actuales que pudieran ser ventajosas para el paciente
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si no desea participar, puede retirarse en el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	La información se reportará de manera general, es decir, se eliminará cualquier dato que le pudiera identificar a usted, Todos los datos serán registrados directamente en una base de datos y solo los investigadores responsables podrán tener acceso a los mismos mediante claves de seguridad
En caso de colección de material biológico (si aplica): <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dra. Berenice Brissett Flores Ramírez matricula 99208623 Umf66, Rio Pilón 100, Pueblo Nuevo, Apodaca, Nuevo León Tel. 8116830254
Colaboradores:	Dra. Raquel Villarreal Gómez. Dr., Luis Eduardo Martínez Méndez, Dra. Janet Soltero Esparza
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comiteeticainv.imss@gmail.com">comiteeticainv.imss@gmail.com</a>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de encuestador
Testigo 1  Nombre, firma y parentesco	Testigo 2  Nombre, firma y parentesco
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio <b>Clave: 2810-009-013</b>	

## ENCUESTA DATOS GENERALES

NOMBRE:(OPCIONAL) \_\_\_\_\_  
 CONSULTORIO \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

### EDAD

- 1) 28-30años
- 2) 31-40años
- 3) 41-50años
- 4) 51-60años

GENERO 1) MASCULINO 2) FEMENINO.

ESTADO CIVIL 1) SOLTERO 2) CASADO 3) UNION LIBRE 4) VIUDO 5) DIVORCIADO

### ANTIGÜEDAD

- 1) 2-10 años
- 2) 11-20años
- 3) 21-30años
- 4) 31años o mas

ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA (DEPRESION, ANSIEDAD O ENFERMEDAD BIPOLAR) 1) SI 2) NO

### ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>  - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	0 1 2 3 4
<b>Sentimientos de culpa</b>  - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	0 1 2 3 4
<b>Suicidio</b>  - Ausente	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida</li> <li>- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir</li> <li>- Ideas de suicidio o amenazas</li> <li>- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Insomnio precoz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No tiene dificultad</li> <li>- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño</li> <li>- Dificultad para dormir cada noche</li> </ul>	0 1 2
<p><b>Insomnio intermedio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</li> <li>- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</li> </ul>	0 1 2
<p><b>Insomnio tardío</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</li> <li>- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li> </ul>	0 1 2
<p><b>Trabajo y actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</li> <li>- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</li> <li>- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad</li> <li>- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palabra y pensamiento normales</li> <li>- Ligero retraso en el habla</li> <li>- Evidente retraso en el habla</li> <li>- Dificultad para expresarse</li> <li>- Incapacidad para expresarse</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Agitación psicomotora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna</li> <li>- Juega con sus dedos</li> </ul>	0 1

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juega con sus manos, cabello, etc.</li> <li>- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</li> <li>- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</li> </ul>	2 3 4
<b>Ansiedad psíquica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>- Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</li> <li>- Expresa sus temores sin que le pregunten</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Ligera</li> <li>- Moderada</li> <li>- Severa</li> <li>- Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.</li> <li>Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos generales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</li> </ul>	0 1 2
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Débil</li> <li>- Grave</li> </ul>	0 1 2
<b>Hipocondría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Preocupado de sí mismo (corporalmente)</li> </ul>	0 1

- Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	2 3
<b>Pérdida de peso</b>  - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	0 1 2
<b>Introspección (insight)</b>  - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo	0 1 2

### CUESTIONARIO DE MASLACH

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados :

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.  
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

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	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION

EDAD		
GENERO		
ESTADO CIVIL		
ANTIGÜEDAD		
ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO		
RESULTADO CUESTIONARIO MASLACH		
RESULTADO ESCALA DE HAMILTON		



