



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**ESTUDIO SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE, CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL
Y BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES DE PSIQUIATRIA EN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MEXICO.**

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA: Kenia Abigail Martínez Adame

Tutor teórico:

Dr. Ricardo Ríos Flores

Tutora metodológica:

Dra. María Elena Medina-Mora Icaza

Tutor externo:

Dr. Ismael Aguilar Salas

Ciudad Universitaria, CDMX, 2021.



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.

Contenido

1. Introducción	3
2. Marco Teórico	3
2.1. Desidealización traumática	3
2.2. Síndrome de desgaste emocional o Síndrome de Burnout.....	5
2.3. Psicopatología en población médica	7
1. Riesgo suicida en médicos.....	10
2. Estilo de vida saludable	11
2.1. Actividad física.....	12
2.2. Alimentación	13
2.3. Hábito de sueño	14
3. Resiliencia	14
3. Justificación	15
4. Planteamiento del problema a investigar.....	16
5. Hipótesis	16
6. Objetivo	17
6.1.General.....	17
7. Criterios.....	17
8. Variables	17
8.1 Clinimetrías	20
9. Población de estudio.....	22
10. Descripción de metodología y procedimiento	22
11. Análisis estadístico	24
12. Consideraciones Éticas	24
13. Cronograma de actividades	25
14. Resultados.....	
15. Conclusiones.....	
16. Bibliografía	26
Anexo	32
Anexo I. Cuestionario FANTASTIC (Estilo de vida)	32
Anexo II Cuestionario CVP-35	33
Anexo III. Escala MSL-HSS Burnout	36

AGRADECIMIENTOS

A Mario, Esther, Israel y Ulises

A Fernando Maximiliano I y Carlota Amelia

A la familia Ramones

A Osiel Fernández

A Melissa Flores

Pamparios

1. INTRODUCCIÓN

Desde las últimas décadas, ha aumentado la atención hacia el estado afectivo y la calidad de vida de los médicos residentes¹ pues es bien conocido que una buena parte del personal que realiza un curso de especialización ha presentado síntomas como cansancio físico y emocional, bajo sentido de realización personal, entre otros. Éstos desembocan en trastornos del afecto², pensamientos de muerte, ideación suicida o ha cometido intentos suicidas³. La evidencia⁴ muestra que en muchas ocasiones las obligaciones y responsabilidades a las que los médicos residentes son sujetos se ven malinterpretadas por la vulnerabilidad de su papel⁵. Aunado a esto, existe la pobre calidad de vida que lleva el mayor número de residentes: alta demanda asistencial, laboral, académica y el cansancio acumulado. Entonces la posibilidad de realizar alguna actividad lúdica o actividades que no pertenezcan al ámbito nosocomial, quedan reducidas.

Existe una creciente preocupación acerca de la calidad de vida⁶ y el síndrome de Burnout (Síndrome de “quemado”) ⁷ ya que se establece en el Código de Bioética para el personal de Salud que los médicos y demás personal de salubridad deberán tener a cargo sólo la cantidad de pacientes que les sea posible atender sin comprometer su salud.⁸

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Desidealización traumática

El término de residente, proviene del latín “*residens*”, empleado para nombrar a la persona que vive en un lugar determinado.

En México, bajo la presidencia de Manuel Ávila Camacho en 1942, se inauguró la Residencia de Posgrado en el Hospital General de la ciudad de México¹. Hace 50 años, dicho apelativo era usual, los médicos residentes vivían en el hospital –incluso en días no laborales-. Sin embargo, debido a la pobre viabilidad de la situación y lo poco saludable que resultaba para el personal médico se modificó dicho programa. Actualmente se denomina residente a aquel médico en formación de alguna especialidad médica en la cual dedica la mayor parte de su tiempo durante varios años.⁴

Durante la práctica clínica, el estatus del médico interno de pregrado (médico pasante y médico residente) es de estudiante. De acuerdo a Consejo, el médico en formación inicia la práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas de libros y maestros; no obstante, al integrarse a una institución el alumno, debe enfrentarse al modelo de la profesión médica que muchas veces se idealiza contra la realidad que se devela⁹. Así Guevara-Cuéllar apela el término “desidealización traumática”: situación que genera desilusión y frustración en el mencionado personaje, quien debe adaptarse y suele normalizar con el fin de ser aceptado dentro de la plantilla laboral.

De acuerdo con su estudio, 79.3% de los estudiantes manifestaron haber recibido abuso directo por parte de los docentes clínicos y 37.9% por parte del personal de enfermería¹⁰.

De acuerdo con Jiménez López, la principal fuente de insatisfacción en médicos residentes se relaciona con el ambiente laboral: demanda asistencial excesiva por la cantidad de trabajo (jornadas laborales de 36 horas cada tercer día), desempeñar actividades consideradas como impropias para su calidad de médicos (camillero, secretario, labores de enfermería), salario desproporcionado a sus actividades, el retraso de los pagos de la beca (ya que debido al tiempo dedicado al trabajo intrahospitalario resultaría imposible mantener un segundo empleo). Además factores como múltiples controles administrativos y el aumento de la expectativa de los pacientes contribuyen a

la percepción del aumento de la presión sobre el médico, a pesar de que los médicos actualmente pasan más tiempo con los pacientes equiparado con periodos anteriores^{2,11}. La presión que ejercen los pacientes mismos, quienes la información médica les es favorecida gracias al empleo de información en línea, ejerce presión en el médico que termina por desgastarlo².

De acuerdo al estudio realizado por Kuhn en 2006, los principales factores de estrés laboral de los médicos residentes pueden ser englobados en diversas categorías: físicos como jornadas largas de trabajo, tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño, ambientales como falta de cordialidad, respeto o reconocimiento, maltrato emocional como humillaciones públicas, organizacionales como instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, sistema de registro y apoyo insuficientes y personales como edad, sexo, historia familiar o experiencias personales.⁶

Por lo tanto, si el ambiente hospitalario –tanto social como laboral- rechaza al médico en formación, es difícil que éste en su papel de vulnerabilidad pueda sobrellevar dichos estresores, teniendo como única alternativa renunciar a la carrera o especialidad.⁹

2.2. Síndrome de desgaste emocional o Síndrome de Burnout

De acuerdo con la medicina del trabajo⁷, el estrés generado en el trabajo se puede dividir de la siguiente manera:

- Estrés laboral simple, sin otros componentes que la sobrecarga mental y la ausencia de gratificación.
- Trabajo traumático, por su propia naturaleza: contacto con enfermos en circunstancias especiales (terminales, críticos, etc.), toma de decisiones inmediatas en relación con la vida o la seguridad de otras personas, riesgo constante para la seguridad personal, etc.
- Desgaste profesional (burnout), en personas con escasa participación en la

organización de su trabajo, alta exigencia por parte de las personas a las que se atiende, etc.

- Acoso moral o psicológico en el trabajo, ocasionado por una o más personas aprovechando la propia organización empresarial (jerarquía).

En 1974, Freudenberger relacionó los estados de ansiedad y depresión con un estado al cual denominó como *burnout*, término que empleó como sinónimo de “estar quemado o consumido” dado que el personal tenía respuestas como pérdida de la ilusión, ausentismo laboral, conductas evitativas y renuncia. Notó que dichas características se presentaban en individuos de educación rígida, competentes, con capacidad de ejercer poder e inspirar confianza.¹² Podría resumirse como un cuadro que sugiere una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, manifestado por un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan agotamiento físico, psicológico, actitud fría y despersonalizada en las relaciones con los demás, sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar.¹³

Este síndrome se ve favorecido por diversos factores como sobrecarga laboral, presión en el trabajo, escasa autonomía, poca participación en la organización, indefinición de actividades, carencia de motivaciones laborales, falta de apoyo de altos mandos, recibir poco reconocimiento y salario bajo, entre otros.⁷ Cabe destacar que los acontecimientos a los que se enfrenta el médico, serán vividos a través de su afecto, estabilidad emocional, autosuficiencia, tendencia o no a tener ansiedad o desregulación emocional.⁹

De acuerdo a lo descrito por Gestalt, dicho síndrome no es padecido únicamente por los médicos sino educadores, cuidadores de personas con enfermedades crónico degenerativas, aquellos que realizan labores de atención al público en servicios burocráticos; puede resumirse a aquellos quienes mantienen actividades que requieren amplios conocimientos y concentración intelectual y al mismo tiempo,

quienes implican emociones intensas debido a que se desarrollan en empleos dirigidos hacia la interacción interpersonal.¹⁴ Debido a la complejidad del síndrome, brindar una solución certera es poco viable, sin embargo, se identifican factores tratables o abordables como la personalidad del individuo afectado, actuación sobre la propia respuesta afectiva, actitud personal ante la vida y el ambiente laboral del personaje.^{7,12}

2.3. Psicopatología en población médica

La existencia de un médico residente garantiza que los hospitales funcionen, pues representa una mano de obra económica. De acuerdo con los datos de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud en México¹⁵, en 2018 se ofertaron 8,736 plazas para las 27 diferentes especialidades con el fin de realizar una residencia médica en el país. La facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México desarrolló el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) el cual se encarga de evaluar los conocimientos adquiridos por parte del médico durante la residencia, sin embargo, los aspectos afectivos generalmente no son considerados al momento de las evaluaciones.¹⁶

De acuerdo con el DSM 5, un episodio depresivo se describe como un estado de ánimo bajo, pérdida de la capacidad hedónica durante al menos dos semanas acompañado por cambios en apetito, peso, sueño, actividad motriz, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. En 2015 Mata y cols, realizaron un meta-análisis y revisión sistemática acerca de la incidencia de los síntomas depresivos en médicos residentes, donde revisaron 31 estudios transversales y 23 longitudinales con una población total de 17,560 médicos residentes. Así 51% de los estudios emplearon herramientas de autoreporte para coleccionar la información, llegando a la conclusión que el 28.8% de los

galenos presentaron síntomas depresivos. Señalan a su vez que no existió una diferencia estadísticamente significativa entre depresión o síntomas depresivos en estudios longitudinales o transversales; tampoco hubo diferencia entre los primeros años como rotantes contra los médicos residentes de especialidades quirúrgicas o no quirúrgicas. Sugiriendo que se necesita seleccionar de forma rigurosa los instrumentos de medición de síntomas afectivos comentan que persiste un gran estigma respecto a las enfermedades mentales, lo cual afecta los resultados de los instrumentos.¹⁸

De Oliveira y cols, estudiaron a 1,508 médicos residentes de la especialidad de anestesiología. En el estudio los médicos que trabajaban más de 70 horas por semana tenían riesgo aumentado de presentar síntomas de depresión y burnout; 22% de la muestra presentaron trastorno depresivo mayor; asimismo, mencionaron que el 33% de los residentes con alto riesgo de depresión y Burnout, presentaron múltiples errores en la medicación, comparados con 0.7% en los de bajo riesgo.¹⁷

La ansiedad se define como una respuesta emocional que se presenta en situaciones interpretadas como amenazantes o peligrosas. Sus efectos son desgaste físico y emocional¹⁶.

Para cumplir de forma categórica un trastorno de ansiedad generalizada se deben cumplir criterios como ansiedad y preocupación excesiva con duración mínima de 6 meses en relación con actividades (como laborales o escolares), dificultad para controlar la preocupación a los que se suman síntomas cognitivos o físicos como dificultad para concentrarse, irritabilidad, fácilmente fatigado, tensión muscular, insomnio. Éstas son señales que causan malestar significativo y deterioro en cualquier ámbito de la vida de los pacientes¹⁹ como por ejemplo resolver problemas e interactuar con otras personas.

En 2011 Sepúlveda y Cols realizaron un estudio en 112 residentes de psiquiatría y segunda rama de la especialidad. Se observó que 24.1% presentaron trastorno de

ansiedad, de éstos 33.3% con síntomas leves, 59.3% con síntomas moderados y 7.4% con síntomas severos. Se destacó que a diferencia de lo encontrado en la literatura no se encontró asociación con el sexo, edad, estado civil, número de hijos pero sí entre la presencia de ansiedad y el grado que se cursa de la residencia. 35% y 40% de los residentes de primer y segundo año respectivamente presentaron ansiedad. Respecto a la severidad de los síntomas, se observó que para el primero, segundo y tercer año hubo predominio de síntomas moderados y severos.²⁰

En 2014, los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS mencionan que del 39% al 69.9% de los médicos residentes presentan ansiedad, con mayor prevalencia para los de segundo año.²

5. Riesgo suicida en médicos

"Teniendo tanto, ¿por qué podría un médico quitarse la vida? Central a la incredulidad es que uno de los principales dogmas de la vocación médica es preservar y proteger la vida. ¿No es por esto por lo que hombres y mujeres se hacen médicos?"

23

El suicidio se entiende actualmente como un fenómeno complejo que resulta de la interacción de una serie de factores biológicos, genéticos, psicológicos sociológicos y ambientales.²¹

En 2011, Shanafelt realizó un estudio en el cual concluyó que existe una elevada prevalencia (6.3%) de ideas de suicidio entre cirujanos americanos en los 12 meses previos, sin embargo, lo alarmante es que sólo el 26% de ellos buscaron ayuda psiquiátrica o psicológica, y el 60,1% rechazan buscar ayuda por temor de que pudiera afectar su licencia médica.²²

De acuerdo con lo descrito en el congreso mundial de la Asociación Psiquiátrica Americana, aproximadamente 300 a 400 médicos cometen suicidio cada año, eso es

una tasa de 28 a 40 por 100,000 o más del doble que la población general.²⁴ Existe una alta prevalencia (12%) de ideación suicida en médicos residentes durante su entrenamiento como especialista; cabe señalar que la prevalencia de ideación suicida es particularmente elevada en residentes de psiquiatría.³

En la revisión que realizaron Mingote et al, identificaron que los psiquiatras tienen una tasa más alta que los médicos residentes de otras especialidades y se constató que las médicas, especialmente las más jóvenes, tienen un riesgo tres veces mayor que las mujeres en general.²⁵ Existe evidencia²⁶ de que los médicos no suelen ser empáticos con aquellos colegas que solicitan ayuda, empleando alcohol, drogas o tendiendo al aislamiento en su lugar.^{25, 26}

La prevención del suicidio es la pieza clave para disminuir el porcentaje de médicos que cometen suicidio (número correspondiente a más del doble de acuerdo a la población general²⁴). Se han propuesto diversos programas con el fin de disminuir la incidencia de los suicidios, por ejemplo incluir en la currícula académica programas de atención a la salud mental en estudiantes e invitar a llevar un estilo de vida saludable, recalcando que cualquier intervención requiere que los médicos tengan la capacidad de creer que cualquiera, sin importar su estatus, puede presentar ideación o planeación suicida.²⁶

Cabe señalar que se ha estudiado la existencia de especialidades con mayor riesgo a realizar un intento suicida, por ejemplo, psiquiatría, anestesiología y cirugía.²⁷

6. Estilo de vida saludable

El término “estilo de vida” fue empleado por vez primera en 1979 por el escritor Alvin Toffler²⁸ haciendo referencia a la manera de comer, hacer ejercicio, descansar, comportarse con los demás; en sí, trabajar diversos aspectos de la forma de vivir. Un estilo de vida implica la decisión de un tipo de comportamiento, el cual influye en

mecanismos biológicos que conducen a la enfermedad o a la salud. ²⁹

Los diferentes aspectos del estilo de vida que resultan perjudiciales no se presentan de forma unitaria, llegando a coincidir y potenciarse entre ellos, sin embargo, pasa de forma similar en sentido contrario con el estilo de vida saludable, con lo que se demuestra la importancia de promover los hábitos saludables debido a su acción sinérgica ³⁰; se ha demostrado que un estilo de vida saludable mejora la expectativa de vida. ³¹

En los países desarrollados, el estilo de vida es uno de los condicionantes sobre el estado de salud de la población, el cual invariablemente influye en las tasas de mortalidad.³² De acuerdo a estudios longitudinales ^{33, 34} de conductas protectoras en el estilo de vida -ejemplificando el no fumar, actividad física recurrente, consumo moderado de alcohol (1 a 14 unidades semanales), tener alto consumo de frutas y verduras (según lo indicado por un nivel de vitamina C en plasma >50 mmol/l)- se evidenció una disminución en el riesgo de mortalidad conforme el número creciente de comportamientos positivos para la salud, respecto al estudio de Khaw y colaboradores.

Se realizó seguimiento de 11 años: aquellos que obtuvieron puntaje mayor a cuatro tuvieron una cuarta parte del riesgo de mortalidad de aquellos que obtuvieron un puntaje de cero, equivalente a una diferencia de 14 años de edad cronológica.³³ Asimismo, en el estudio realizado por Harrington y colaboradores se demuestra la asociación “entre mejor salud autoevaluada, mejor salud mental y peso corporal saludable y a la inversa”; aquellos con menores conductas saludables, percibían que su salud en general era más pobre, con mayores tendencias a tener depresión y peso corporal superior y mayor propensión a ser diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular. ³⁴

6.1. Actividad física

Se ha demostrado que el realizar ejercicio físico de forma frecuente presenta beneficios a largo plazo³⁵, asimismo, hay evidencia que sugiere que un estilo de vida sedentario puede ser un factor de predicción de la mortalidad aún mayor que los factores de riesgo establecidos como fumar, hipertensión y diabetes³⁶; por lo que el Colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda realizar 30 minutos de ejercicio moderado –intenso al menos 5 días a la semana-, con la finalidad de mejorar tanto la salud física como mental.³⁷

La inactividad física representa el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad (6% de defunciones a nivel mundial), aumentando a su vez la prevalencia de enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer) y de sus factores de riesgo (hipertensión, hiperglucemia y sobrepeso)³⁸.

En el pasado se creía que el beneficio del ejercicio a nivel cerebral se debía solamente para aumentar el flujo cerebral y por tanto aumentaban los nutrientes y oxígeno requeridos por las neuronas, sin embargo, en la actualidad se sabe que el ejercicio mejora el funcionamiento de las neuronas pues interviene en el proceso de excitación y plasticidad sináptica ³⁹. Cuando una persona hace ejercicio, se sintetizan múltiples sustancias como hormonas, neurotransmisores, neurotrofinas. ^{39, 40}

6.2. Alimentación

La Organización Mundial de la Salud sugiere que la dieta saludable consiste en limitar la ingesta de ácidos grasos saturados y trans, azúcares libres y sal, al tiempo que aumentar la ingesta de frutas, verduras, legumbres, nueces y granos enteros. ³⁸ La Dieta Mediterránea se define como el consumo de vegetales, frutas, aceite de oliva, ingesta moderada de vino en las comidas, abundante pescado, poca cantidad de carne roja y consumo bajo a moderado de lácteos. En su estudio, Sánchez y

colaboradores observaron que actividad tanto física como social es igual de importante como la dieta mediterránea para disminuir el riesgo de depresión; cuando estas características se conjugan, el riesgo relativo para presentar un episodio depresivo se redujo a 50%.⁴¹ Una dieta vegetariana, baja en grasa, y la dieta mediterránea se enlistan entre los regímenes alimenticios más usados para mantener un adecuado estado de salud en las cuales la pérdida de peso no es la meta principal sino beneficios a largo plazo.^{42, 43}

6.3. Hábito de sueño

Se ha documentado que el sueño saludable es un promotor de la salud⁴⁴; se ha vinculado una pobre calidad y cantidad de sueño con enfermedades como hipertensión, enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes.⁴⁵

Generalmente, los pacientes quienes presentan síntomas depresivos se quejan de pobre rendimiento de sueño, refiriendo posteriormente fatiga y somnolencia diurna excesiva; de acuerdo al metaanálisis realizado por Baglioni y cols en donde se evaluó de forma cuantitativa si el insomnio constituye un predictor de depresión, se valoró que los sujetos no deprimidos con insomnio, presentan el doble de riesgo para desarrollar un episodio depresivo, en comparación con aquellos que no tienen dificultades para dormir, con la teoría del insomnio en la regulación de las emociones, lo cual podría ayudar a explicar por qué el insomnio conduciría a la depresión.⁴⁶

7. Resiliencia

En física, resiliencia se describe como la capacidad de un objeto para regresar a su estado habitual después de someterse a diversos estresores como temperatura, presión, alteraciones en el volumen ⁴⁷. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia de la lengua española se define como "capacidad humana de asumir con

flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas".⁴⁸

La Asociación Americana de Psicología, define resiliencia como “el proceso de adaptarse bien ante la adversidad, trauma, tragedia o fuentes significativas de estrés”⁴⁹, cabe señalar la gran complejidad que supone involucrar factores biológicos, sociales y culturales para valorar cómo una persona responde a situaciones estresantes con el fin de determinar si la resiliencia se trata de un rasgo, proceso o resultado.⁵⁰ La falta de uniformidad en conceptos, propicia a adoptar un enfoque binario para describir si la resiliencia está presente o no.⁴⁹

Probablemente, la definición más global es la propuesta por Masten et al, describiendo “se refiere a la capacidad de un sistema dinámico para adaptarse con éxito a las perturbaciones que amenazan la viabilidad, la función o el desarrollo de ese sistema”⁵¹

3. JUSTIFICACIÓN

Aún es escasa la literatura que aborda la relación existente entre la formación del médico residente, la autopercepción respecto su desempeño y el estilo de vida que éste lleva debido a las exigencias que la educación como especialista demandan; el síndrome de Burnout y la pobre satisfacción de los médicos con su entorno laboral se traducen en productividad de menor calidad, inherentemente se asocia a síntomas afectivos que incluso llegan a poner en riesgo la vida de los galenos.

Según las cifras arrojadas en los estudios sobre síndrome de Burnout y trastornos del estado de ánimo en médicos residentes, es sobresaliente en aquellos quienes estudian la especialidad de Psiquiatría; en lo cual radica la importancia en estudiar dicha población, por lo que la presente investigación se centrará en aquellos quienes laboran en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México con la intención de evidenciar si existe alguna relación entre estilo de vida, estresores laborales y

síndrome de burnout.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

Al menos una tercera parte de los médicos que sean aceptados en el programa de residencias médicas pueden poner en riesgo su salud mental con fines adaptativos hacia el nosocomio, de acuerdo a lo investigado, 20 a 40% de los mismos pueden desarrollar algún trastorno del afecto o síndrome de burnout.

Debido a los riesgos a la salud de los médicos y la responsabilidad que éstos tienen sobre la salud de terceros, la presente investigación se plantea con el objetivo de conocer cuántos médicos mantienen estilo de vida saludable, cuántos presentan estresores laborales y la frecuencia de burnout.

Como quedó asentado previamente, la escasa información sobre el estilo de vida, estresores laborales de los médicos residentes de psiquiatría es evidente, además de no conocer si estas variables tienen relación con el síndrome de burnout, por lo que el presente trabajo busca conocer estas variables de dicha población.

Es escasa la información relevante acerca de las diferencias en calidad de vida entre médicos residentes de diferentes generaciones lo cual brinda interés en el presente estudio.

5. HIPÓTESIS

Habrá asociación inversa entre estilo de vida saludable y calidad de vida profesional con la presencia de Burnout en los médicos residentes de la especialidad de psiquiatría de hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

6. OBJETIVO

6.1. General

Estudiar si existe una relación entre el estilo de vida, calidad de vida profesional y

burnout en médicos residentes de psiquiatría en hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

6.2. Específico

- a. Describir características sociodemográficas de los médicos residentes de los diferentes años en curso.
- b. Describir el estilo de vida de los médicos residentes.
- c. Describir calidad de vida profesional de la población.
- d. Comparar los niveles de calidad de vida profesional, estilo de vida y burnout entre los diferentes grados de la residencia en psiquiatría.

7. CRITERIOS

- De inclusión: Médicos que se encuentren inscritos en el programa de especialidad de Psiquiatría General en el hospital psiquiátrico de tercer nivel de la Ciudad de México durante el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2021.
 - De exclusión: No existen criterios de exclusión.
- De eliminación: Aquellos cuestionarios que no estén llenos de forma íntegra.

8. VARIABLES

Variabl e	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición o Categorías de variables
Género	Identificación como género masculino o femenino	De acuerdo con la respuesta en la encuesta: Masculino o Femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco	De acuerdo con la respuesta en la encuesta: si tiene pareja o no la tiene	Cualitativa	Nominal	Con pareja o sin pareja
Año de Residencia	Año de residencia que actualmente se encuentra cursando	De acuerdo con la respuesta en encuesta: el año de residencia que actualmente está cursando	Cuantitativa	Escala Discreta	Año de residencia que cursa actualmente
Burnout	El estado que involucra fatiga física y emocional el cual disminuye la calidad de atención hacia los pacientes	El instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) consta de 22 preguntas y usa una escala tipo Likert de 7 puntos donde 1 significa que no hay afectación y 7 significa máxima afectación	Dependiente	Nominal	Puntaje mínimo de 22 y máximo de 154 (véase clinimetrías)
Calidad de vida profesional	Bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante y la capacidad percibida para afrontarlas	El CVP35 consta de 35 preguntas empleando una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 indica afectación mínima y 5 afectación máxima.	Independiente Cuantitativa	Intervalo	Puntaje mínimo de 35 y máximo de 175 puntos (véase clinimetrías)
Estilo de vida	Actividades realizadas por el ser humano	La encuesta consta de 25 preguntas calificadas por una escala tipo Likert donde 0 indica sin afectación y 2 máxima afectación	Independiente Cualitativa	Ordinal	Puntaje máximo de 50 (véase clinimetrías)

1. Clinimetrías

- Burnout

El síndrome de Burnout se ha conceptualizado como un proceso que ocurre entre los profesionales que trabajan hacia personas, o bien, están dentro del área de servicios humanos. El fenómeno es definido como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que se atiende), tener un alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo), además de contar con una alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo).

A raíz de los trabajos de C. Maslach y S. Jackson fue que se determinó el instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), el cual fue validado para la población mexicana en 2004 y emplea 22 cuestionamientos subdividido en 3 subescalas anteriormente mencionadas: baja realización personal (8 preguntas), despersonalización (5 preguntas) y cansancio emocional (9 preguntas).⁵³

De acuerdo con las subescalas del instrumento MBI-HSS, el puntaje que indica indicios de burnout en cansancio emocional deberá ser mayor a 26, para la despersonalización será un puntaje mayor a 11 y para la realización personal menor de 34; es decir, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de burnout.⁵³

De manera general, el puntaje obtenido mediante el instrumento de MBI-HSS definirá el riesgo que se tiene de padecer burnout: 7 a 51 puntos indican que no existe riesgo de padecer el síndrome, de 52 a 102 puntos significa que existe una tendencia a padecerlo, mientras que puntajes mayores a 103 indican un diagnóstico certero del

síndrome.

- Calidad de vida profesional

Los recursos humanos dentro del área de salud son el elemento más valioso de la organización puesto que servirán para alcanzar los objetivos de manera eficiente y eficaz; sin embargo, existen factores inherentes a las organizaciones que afectan el comportamiento y desempeño laboral del capital humano. La calidad de vida profesional se relaciona con el equilibrio entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida por el personal para lograr afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en el ámbito profesional, familiar y personal. En las organizaciones sanitarias, la calidad de vida profesional es un objetivo en sí mismo y, a su vez, un elemento imprescindible para la obtención del resto de los objetivos por lo cual se debe medir y supervisar.

El instrumento CVP 35 fue validado en México en 2008, consta de 35 interrogantes las cuales presentan tres dimensiones: apoyo directivo (13 preguntas), carga de trabajo (11 preguntas) y motivación intrínseca (10 preguntas), además de una sola pregunta sobre la percepción de calidad de vida profesional. Tal instrumento fue validado a través de la Secretaría de Salud en Tlaxcala, México en 2017.⁵⁴

De acuerdo con el puntaje obtenido del CVP 35 se podrán identificar 3 niveles: más de 143 puntos indican buena calidad de vida profesional, de 70 a 142 puntos reflejan una calidad de vida profesional regular, mientras que menos de 69 puntos establecen una mala calidad de vida profesional.

- Estilo de vida saludable

El instrumento FANTASTIC contiene 25 interrogantes que cubren 9 dominios diferentes donde se consideran los componentes físicos, psicológicos y sociales del

estilo de vida. Esta herramienta fue validada en 2000 para la población mexicana y presenta cinco niveles de calificación sobre el estilo de vida (≤ 19 puntos = existe peligro, 20 a 29 puntos = malo, 30 a 34 puntos = regular, 35 a 42 puntos = bueno, 42 a 50 puntos = excelente). Los resultados serán interpretados de la siguiente manera: “excelente” indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud; “bueno” indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud; “regular” indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos, “malo y existe peligro” indican que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.⁵²

9. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los médicos residentes de hospital psiquiátrico de tercer nivel en la Ciudad de México inscritos en el curso de especialidad médica en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2021. Cabe resaltar que originalmente se estimaban alrededor de 20 médicos por grado de residencia (80 en total).

10. DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

El presente estudio se considera transversal pues se realizó la medición en una sola ocasión, limitándose a un momento concreto. Además, se considera un estudio observacional pues sólo se midieron las variables consideradas y de asociación debido a que se trató únicamente de estimar la magnitud de la relación entre dos fenómenos, empleándose un muestreo a conveniencia.

Se reclutaron a los residentes que se encontraban realizando la especialidad médica de psiquiatría en hospital psiquiátrico de tercer nivel, invitándolos a participar por medio del correo electrónico generacional respectivo. Es de suma importancia señalar que en la institución se cuenta con un correo electrónico de cada grado académico, el cual es empleado para intercambio de información académica y facilitar

la comunicación entre médicos residentes y jefes de servicio.

Se envió por correo electrónico el texto donde se explicaba el propósito de la investigación, la importancia de su participación, además de la liga electrónica para la página donde se encontraba tanto la carta de consentimiento informado como las encuestas.

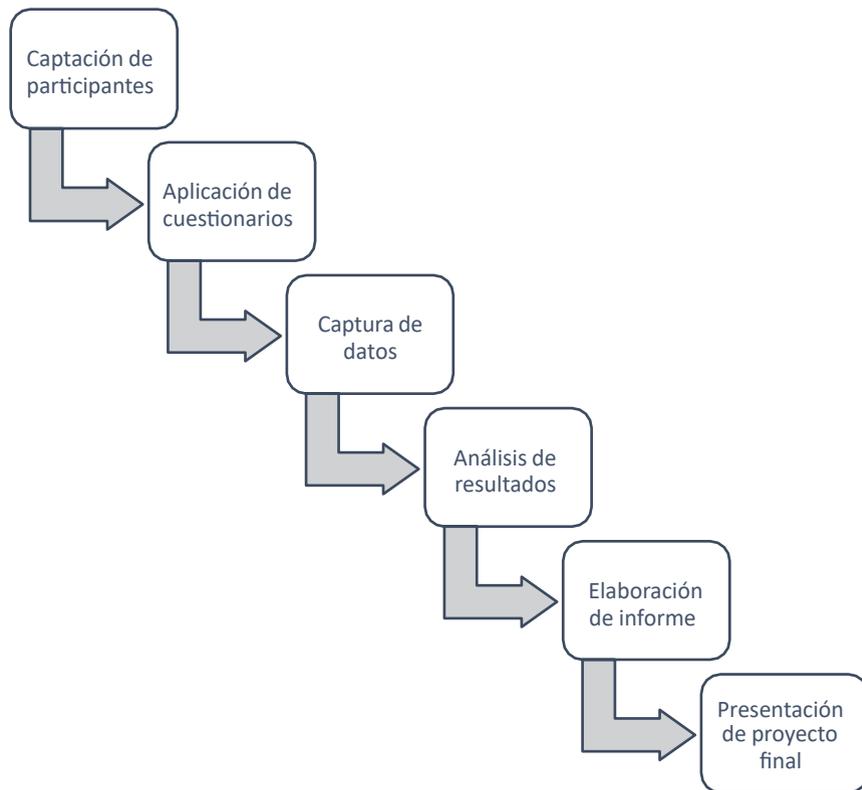
En el consentimiento informado se estableció de forma clara y concisa las cláusulas de confidencialidad y protección de datos de los participantes; al iniciar la participación, se les asignó automáticamente un folio numérico para el resguardo en la base de datos, la cual fue almacenada en una computadora de uso institucional protegida con contraseña cuyo acceso quedó restringido únicamente para la investigadora principal del presente estudio. En caso de desear participar, cada uno de los residentes pulsaba el botón de “aceptar”.

La encuesta se realizó a través de la aplicación de internet Google Forms, en formato auto-aplicado. Finalmente y como un beneficio directo a los participantes, se agregó una liga al término de la encuesta donde se podía acceder a material con sugerencias para mejorar la calidad de vida.

Figura 1. Diagrama de descripción del procedimiento

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales. Adicionalmente se realizó un análisis de confiabilidad de cada instrumento por medio del estudio de alfa de Cronbach. Para las pruebas de hipótesis de comparación entre grupos se utilizó la prueba de Chi (x²) y la T de Student para muestras independientes. Para este análisis se utilizó el [23]



programa SPSS versión 25.

El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación inició únicamente hasta después de obtener la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

El proyecto se realizó siguiendo los lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, 1964). Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Investigación sin riesgo.

Esta investigación se consideró como un estudio de riesgo mínimo. El consentimiento, además de voluntario, será informado y se podrá retirar en cualquier

momento de la investigación. Solo participaron los médicos que aceptaron participar con consentimiento informado.

De acuerdo con el informe Belmont (1979) se cumplieron los siguientes principios básicos de investigación:

- Respeto por las personas o principio de autonomía, cuya aplicación práctica es la obtención del consentimiento informado.
- Beneficencia u obligación de proteger a las personas y asegurar su bienestar. Este principio así enunciado incluye, el denominado por Beauchamp y Childress, principio de “no-maleficencia”, basado en el principio hipocrático “*primun non nocere*”.
- Justicia, referida a la justicia distributiva. Es decir, el reparto equitativo de las cargas y los beneficios para todos los miembros de una clase similar de personas.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Julio 2019	Noviembre 2019	Marzo 2020 a Marzo 2021	Marzo 2021	Abril 2021
Entrega del anteproyecto	X				
Dictamen por el Comité de tesis y Comité de ética		X	X		
Captación de participantes			X	X	
Concentración de datos			X	X	X

Análisis de resultados				X	X
Elaboración del informe final y entrega de proyecto					X

14. RESULTADOS

Originalmente, la población de estudio se estimaba de 20 médicos residentes por cada año de residencia en la especialidad de Psiquiatría, es decir, 80 médicos. Sin embargo, de acuerdo con las encuestas realizadas se obtuvieron datos de 64 residentes. Asimismo, ajustando la población de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación del proyecto, se eliminaron 7 encuestas ya que no fueron contestadas de manera íntegra, por lo que el resultado de la población resultó ser de 57 (n=57).

De acuerdo con el proyecto realizado, los datos sociodemográficos obtenidos se pueden describir de la siguiente manera: para la variable de género, el 61% corresponde a residentes femeninas, mientras que el 39% restante corresponde al género masculino. Asimismo, para el estado civil, el 83% de los encuestados indicaron ser solteros, por su parte, el 10% de los encuestados afirmó estar casado, mientras que el 7% restante indicó encontrarse en unión libre. En cuanto al año de residencia médica, el 32% de la población se encuentra en el primer año, 23% en el segundo, 28% en el tercero y 17% en el cuarto año de residencia. Todo lo anteriormente descrito puede visualizarse de mejor manera en las figuras 2, 3 y 4.

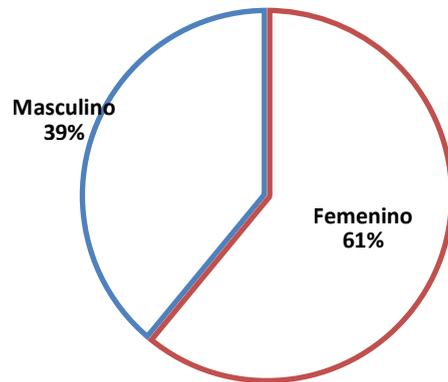


Figura 2. Porcentaje de frecuencias en base a género (n=57)

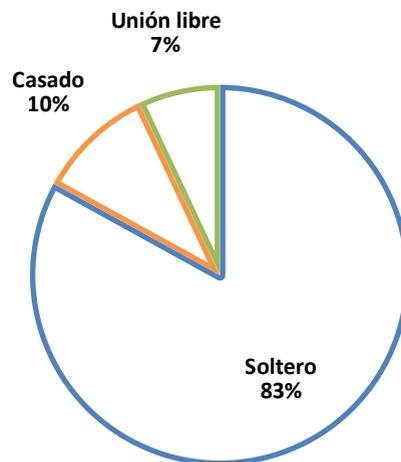


Figura 3. Porcentaje de frecuencias en base a estado civil (n=57)

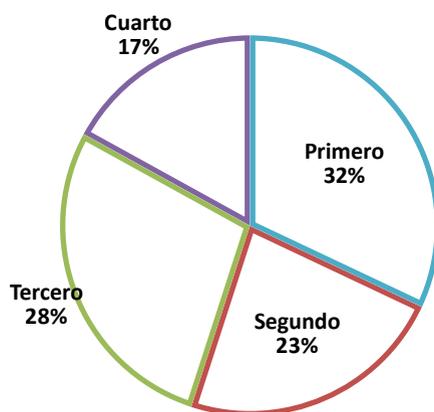


Figura 4. Porcentaje de frecuencias en base a año de residencia (n=57)

Al momento de analizar el estilo de vida que tienen los residentes de Psiquiatría por medio del instrumento FANTASTIC (figura 5) se logró identificar lo siguiente: 7% de la población tiene un estilo de vida excelente, 44% cuenta con un estilo de vida bueno, el 14% es regular, mientras que el 28% pertenece a la clasificación de estilo de vida malo y 7% cuenta con un estilo de vida peligroso donde existen múltiples factores de riesgo.

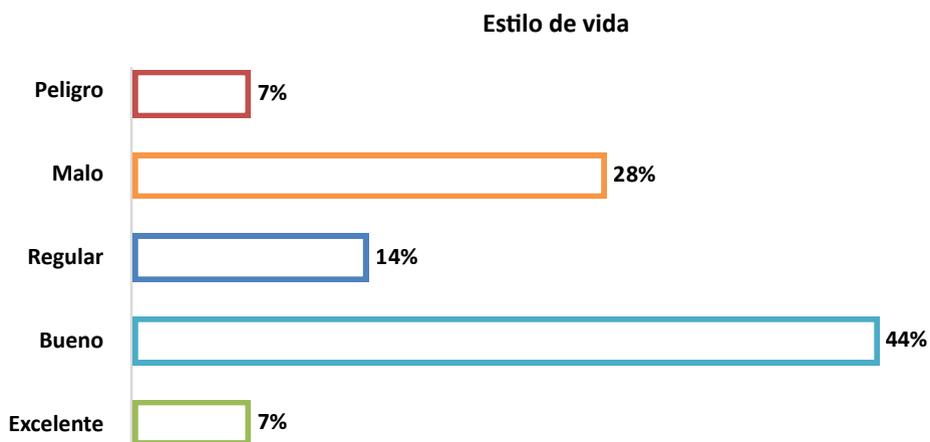


Figura 5. Estilo de vida de acuerdo con el FANTASTIC (n=57)

Por su parte, el análisis de calidad de vida profesional que se efectuó por medio del CVP35 (figura 6) identificó que sólo el 2% de la población estudiada contaba con una calidad buena, mientras que el 98% restante se encuentra identificado con una calidad regular.

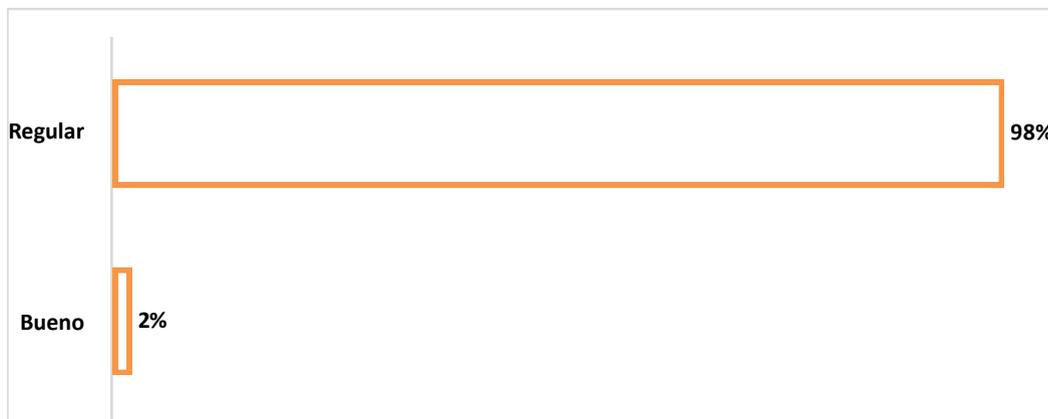


Figura 6. Calidad de vida profesional de acuerdo con el CVP35 (n=57)

En cuanto a síndrome de burnout determinado mediante la herramienta de MBI-HSS, se decidió inicialmente identificar cada una de las subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), donde se registraron los siguientes resultados (figura 7): el 93% de la población estudiada se encuentra con cansancio emocional alto, el 7% restante se encuentra con cansancio emocional a un nivel medio. Por su parte, el 72% de la población indica un nivel alto de despersonalización, 12% indica un nivel medio y el 16% restante afirma tener un nivel bajo. A su vez, sólo un 19% de la población investigada reporta realización personal alta, un 25% a nivel medio y el 56% restante un nivel bajo de realización.

Finalmente, se procedió al análisis generalizado para determinar indicios del síndrome de burnout (figura 8) obteniendo que el 61% de la población se encuentra con tendencias a padecerlo, mientras que el 39% restante se considera ya con un diagnóstico de este.

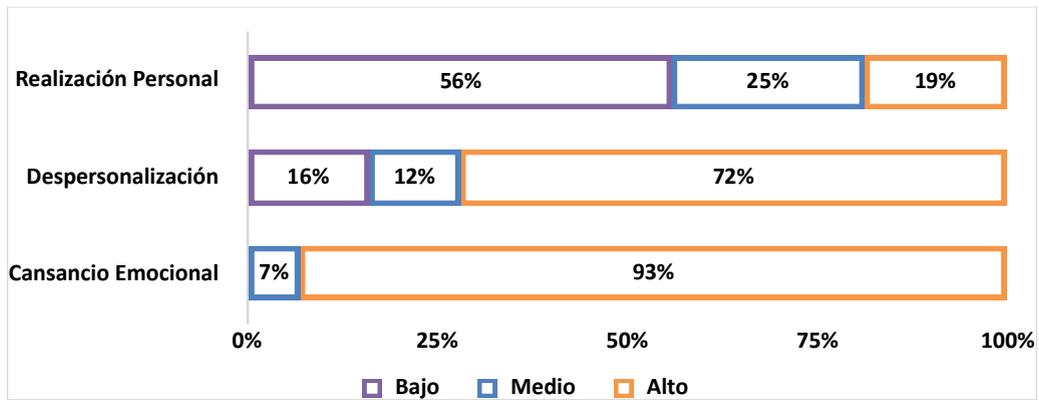


Figura 7. Subescalas de burnout de acuerdo con la herramienta de MBI-HSS (n=57)

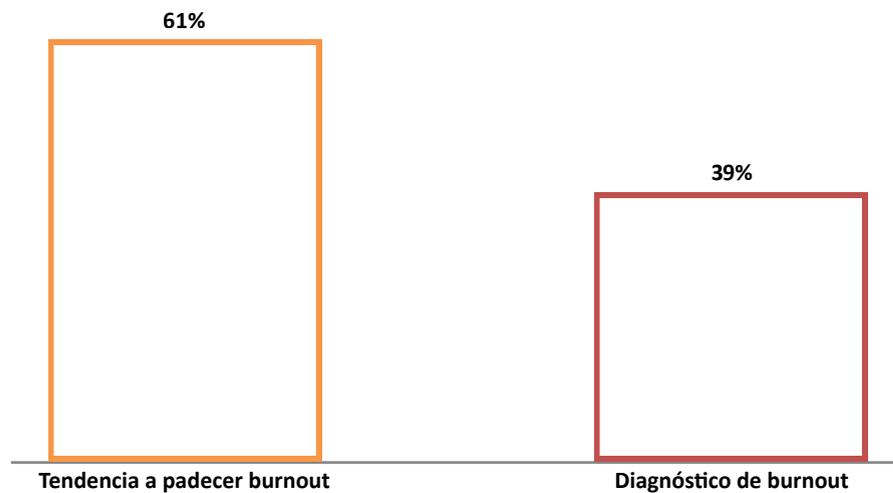


Figura 8. Indicios del síndrome de burnout de acuerdo con el MBI-HSS (n=57)

La confiabilidad total de los instrumentos MBI-HSS y FANTASTIC evaluados fue de 0.84 en ambos casos, mientras que para la herramienta de CVP35 fue de 0.83, según α de Cronbach. De esta manera, podemos señalar que la consistencia interna de cada uno de los cuestionamientos de cada instrumento de medición utilizado así como cada uno de los dominios medidos por alfa de Cronbach fue mayor a 0.75 por lo que se consideran como instrumentos aceptables y objetivos para un correcto análisis estadístico.

Para cumplir con el objetivo de la comparación de calidad de vida profesional, estilo de vida y síndrome de burnout entre los diferentes grados de residencia de la población médica

encuestada, la información recabada se describe en las siguientes tablas:

Tabla 1. Distribución de población de acuerdo con año de residencia para cada instrumento.

	Año de residencia del encuestado	Síndrome de Burnout	Estilo de Vida	Calidad de Vida Profesional
1	N	18	18	18
	Media	2.28	3.00	2.00
	Desviación Estándar	0.461	1.085	0.000
2	N	13	13	13
	Media	2.38	3.31	2.08
	Desviación Estándar	0.506	1.182	0.277
3	N	16	16	16
	Media	2.31	3.38	2.00
	Desviación Estándar	0.479	1.088	0.000
4	N	10	10	10
	Media	2.70	2.90	2.00
	Desviación Estándar	0.483	1.287	0.000

Tabla 2. Distribución de población de acuerdo con el año de residencia para calidad de vida.

	Año de residencia del encuestado	Frecuencia	Porcentaje
1	Regular	18	100.0
	Bueno	0	0.0
2	Regular	12	92.3
	Bueno	1	7.7
3	Regular	16	100.0
	Bueno	0	0.0

4	Regular	10	100.0
---	---------	----	-------

Tabla 3. Distribución de población de acuerdo con el año de residencia para burnout.

Año de residencia del encuestado		Frecuencia	Porcentaje
1	Tendencia a padecer Burnout	13	72.2
	Diagnóstico de Burnout	5	27.8
	Total	18	100.0
2	Tendencia a padecer Burnout	8	61.5
	Diagnóstico de Burnout	5	38.5
	Total	13	100.0
3	Tendencia a padecer Burnout	11	68.8
	Diagnóstico de Burnout	5	31.3
	Total	16	100.0
4	Tendencia a padecer Burnout	3	30.0
	Diagnóstico de Burnout	7	70.0
	Total	10	100.0

Tabla 3. Distribución de población de acuerdo con el año de residencia para estilo de vida.

Año de residencia del encuestado		Frecuencia	Porcentaje
1	Existe peligro	2	11.1
	Malo	4	22.2
	Regular	4	22.2
	Bueno	8	44.4
	Total	18	100.0
2	Existe peligro	1	7.7
	Malo	3	23.1
	Regular	1	7.7
	Bueno	7	53.8
	Excelente	1	7.7
	Total	13	100.0
3	Malo	5	31.3
	Regular	2	12.5
	Bueno	7	43.8
	Excelente	2	12.5
	Total	16	100.0
4	Existe peligro	1	10.0
	Malo	4	40.0
	Regular	1	10.0

Bueno	3	30.0
Excelente	1	10.0
Total	10	100.0

Asimismo, de acuerdo con las pruebas estadísticas elaboradas con el programa de SPSS (chi cuadrada y T de student) para comparación de los grupos de población (año de residencia) respecto a los resultados de los instrumentos (síndrome burnout, calidad de vida profesional y estilo de vida) se obtuvo lo siguiente:

En la prueba de chi cuadrada para el síndrome de burnout se observa que la significación asintótica bilateral es de 0.14, (es decir >0.05), por lo que se acepta la hipótesis nula donde se refiere a que la variable de año de residencia respecto a la variable burnout son independientes entre sí. Por lo tanto, el síndrome de burnout puede presentarse o no, independientemente del año de residencia del grupo encuestado y no hay relación entre sí.

Por su parte, en la prueba de chi cuadrada para estilo de vida saludable, se observa que la significación asintótica es de 0.87.

Finalmente, la prueba de chi cuadrada para calidad de vida profesional registró un valor de significación asintótica de 0.33, por lo que igualmente se acepta la hipótesis nula donde se refiere a que el año de residencia respecto a la variable de calidad de vida profesional son independientes entre sí. Por tanto, la calidad de vida profesional puede ser una u otra, independientemente del año de residencia del grupo encuestado y no hay relación entre sí.

Discusión

El interés a estudiar el síndrome de Burnout en médicos residentes de Psiquiatría se debe a esta falsa concepción que “debido a que saben salud mental, *no pueden agotarse; teniendo tanto, ¿por qué podría un médico quitarse la vida? Central a la incredulidad es que uno de los principales dogmas de la vocación médica es preservar y proteger la vida. ¿No es por esto por lo que hombres y mujeres se hacen médicos?*”²³

Impresionaría que persiste esta visión arcaica de “omnipotencia y omnisapiencia” del personal médico, sin embargo si se le mira de forma más objetiva, realmente los médicos residentes son aquellos con mayor vulnerabilidad pues se mantienen en condición de alumnos, médicos y funcionarios públicos con un gran vacío legal entre tales títulos.

No se ha encontrado un estudio con las mismas características en la literatura, pues generalmente se estudia a residentes de otras especialidades.

Es evidente la precariedad de literatura que involucren las variables: “médicos residentes de Psiquiatría, año de residencia, estilo de vida, calidad de vida profesional y su relación con el síndrome de Burnout” motivo por el cual el presente estudio resulta relevante pues permite conocer cómo afecta la situación laboral en la calidad de vida de los médicos residente, aunado a identificar tangiblemente que los médicos residentes laborando diariamente en el hospital durante una pandemia, presentan síntomas claros de Síndrome de Burnout -; cabe destacar que el presente estudio no contempló las variables “ansiedad” “depresión” “pandemia” “contingencia ambiental” sin embargo era imposible anticipar el desarrollo epidemiológico nacional.

Se destaca respecto al estilo de vida saludable que menos de la mitad presenta buen estilo de vida, mientras tanto el 7% cuenta con factores de riesgo para mantener mal estilo

de vida; sobre la relación entre estilo de vida saludable es independiente del año de residencia del grupo encuestado.

A diferencia de lo hipotético, la variable de año de residencia es independiente de la calidad de vida profesional lo cual se relaciona con el agotamiento emocional, insatisfacción de logro y despersonalización, lo cual puede derivarse en consecuencias poco productivas hacia el cuidado del paciente.

Acerca de los componentes del síndrome de Burnout, más del 90% de las personas estudiadas se encuentran con cansancio emocional alto, el 72% de la población indica un nivel alto de despersonalización; a su vez, sólo un 19% de la población investigada reporta realización personal alta, lo que contrasta con 56% restante un nivel bajo de realización.

Dicha información es de suma importancia, pues de acuerdo a la literatura ⁵⁵, no fueron evidentes las dimensiones de despersonalización o insatisfacción personal. ⁵⁶

En otros estudios, la prevalencia del Síndrome de Burnout se ha reportado en 40% del personal médico ⁵⁶, lo cual contraste con los resultados del presente estudio donde el 61% de la población se encuentra con tendencias a padecerlo, mientras que el 39% restante se considera ya con un diagnóstico de este.

15. CONCLUSIONES

El Burnout es un síndrome con mayor prevalencia el cual es resultado de estrés situacional (laboral o académico), el cual con frecuencia causa despersonalización, disminución en la satisfacción personal; se sabe que las personas más propensas a presentarlo son aquellas que se dedican a la salud -no obstante, afecta a otras profesiones-; tomando en cuenta estas subcategorías, se ha asociado que las personas que presentan fatiga emocional también cuentan con niveles elevados de ansiedad y disminución en la habilidad para comunicarse, con el subsecuente aislamiento social.

Es posible que sea resultado de la sobreexigencia laboral, pobres recursos emocionales y

debido a ello es categorizado como un padecimiento ocupacional, no se deben descartar los aspectos orgánicos consecuencia a ello como fatiga, dolor crónico, apetito disminuido e ingesta de alimentos de pobre calidad, tensión muscular; no se puede ignorar el hecho que el agotamiento y fatiga crónica puede ser normalizado con consecuencias a largo plazo como disminución del estado de ánimo y energía, desapego laboral, exacerbación de minusvalía laboral.

Es importante señalar la importancia de la prevención de esto y las formas de intervenir a tiempo. Para esto se ha llegado a estas conclusiones concisas.

- Recomendar la creación de un departamento de atención y asistencia médica para residentes que esté alerta de los signos más latentes del síndrome de Burnout.
- Establecer protocolos de acercamiento entre los médicos adscritos y grupos de seguimiento integrados por residentes de todos los niveles.
- Plantear la creación de una agenda con actividades extracurriculares por parte de los hospitales e institutos donde se agende, de acuerdo a las rotaciones de los médicos residentes, convivencias deportivas, lúdicas o culturales, con el fin de romper la rutina en un posible caso de Burnout.
- Desmitificar la idealización de la profesión médica desde la facultad de medicina.
- Orientar al médico durante su paso por la residencia para manejar todos los factores estresores.
- Brindar atención constante por parte de un departamento de cuidado y atención al residente que observe las actividades y las reacciones que tiene éste durante su labor, con el fin de evitar el Burnout.
- Monitorear los aspectos afectivos durante las evaluaciones de los médicos durante la residencia.
- Deshacer el estigma sobre la salud mental entre los médicos durante su preparación, para que no tengan el conflicto de expresar su situación en la residencia.

- Procurar, durante la formación académica, la empatía entre colegas médicos cuando exista una solicitud de ayuda o cuando se detecten síntomas depresivos o autodestructivos.
- Aclarar que cualquier médico, sin importar su estatus, puede presentar ideas suicidas.
- Rememorar individual y colectivamente la condición humana existente del médico como un ser sociable y susceptible al entorno y sus características. Todo ello en virtud y beneficio de los pacientes a los que atiende.

Estos resultados resultan útiles para desarrollar estrategias que asistan a mantener una buena calidad de vida y buena salud mental

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Quijano-Pitman. *Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias, historia y filosofía de la medicina*. Gac Méd Méx 1999, Vol. 135 No. 1

2. Jiménez-López, Arenas-Osuna, Ángeles-Garay. *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico*. 2015 Rev Med Inst Mex Seguro Soc.
3. Van der Heijden, Frank, Dillingh, Gea, Bakker, Arnold and Prins, Jelle. '*Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout*'; Arch Suicide Res. 2008;12(4):344-6
4. Rodríguez Weber, Federico Leopoldo, & Ramírez Arias, José Luis. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? Acta médica Grupo Ángeles, 2016 14(3), 183-184.
5. Kesselheimas, K. Residents: *¿Workers or students in the eyes of the law?* New Engl. Journal Med 2011; 364 (8): 697-699
6. Kuhn I. *Síndrome de desgaste profesional*. Frecuencia, factores de riesgo, comorbilidad en residentes de hospital de tercer nivel. Tesis de la especialidad de pediatría México: Hospital Infantil de México "Federico Gómez" (2006)
7. M. Castellano Arroyo y J.J. Díaz Franco. *Estrés laboral. Burnout. Trabajo a turnos. Acoso en el trabajo (mobbing)*. En *Tratado de medicina del trabajo 2007* (455-468). Barcelona, España: Elsevier.
8. *Código de bioética para el personal de salud*. Comisión Nacional de Bioética:2002
9. Consejo y Chapela et al. *Ética y poder: formación de residentes e internos*. Revista médica del IMSS,2005 volumen 43, número 1.
10. Guevara-Cuéllar, Botero-Restrepo, Borrero-Castro et al. *Prevalencia de abuso y factores asociados en una escuela de medicina colombiana*. Universidad del Valle, Facultad de Salud Colomb Med. 2011
11. *Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities*. JAMA 2003 20; 290(7):941-6.
12. Freudenberger, H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 1974 30, 159-165.

13. Maslach C., and Jackson S. *The measurement of experience of burnout*. J Soc Occup Behavior 1981; 2: pp. 99-113.
14. Gestalt Otero. (2003). *Riesgos laborales del personal sanitario*. Madrid, España: Mc GrawHill interamericana.
15. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Secretaría de Salud, Gobierno de la República.
16. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A. *Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México*. Junio 2019, de Aten Fam 2014 21 (4): 109- 112.
17. De Oliveira, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida M et al. *The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees*. Junio 2019 de Anesth Analg.2013; 117 (1): 192-93.
18. Mata DA, Ramos MA, Bansal et al. *Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and metaanalysis*. JAMA. 2015; 314:2373-2383
19. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC

20. Sepulveda- Vildosola, Romero – Guerra, Jaramillo- Villanueva L. *Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel*. Bol Med Hosp Infant Mex; 2012, 69 (5): 347- 54
21. Myers MF. *Physician suicides leave many victims in their wake*. Winnipeg Free Press, October 2018.
22. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. *Special report: suicidal ideation among American surgeons*. Archives Surgery 2011, 146 (1): 54-62.
23. Myers, Gabbard, *The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*, American Psychiatric Pub, 20 feb. 2009 - 252 páginas
24. Anderson P. *Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession*, May 07, 2018, *American Psychiatric Association (APA)*, recuperado de <https://www.medscape.com/viewarticle/896257>
25. Mingote Adán, José Carlos, Crespo Hervás, Dolores, Hernández Álvarez, Matilde, Navío, Mercedes, & Rodrigo García-Pando, Consuelo *Prevención del suicidio en médicos*. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2013, 59(231), 176-204
26. Schernhammer ES, Colditz GA. *Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis)*. Am J Psychiatry 2004; 161(12): 2295302.
27. Lange BM, Fung EYK, Dunning DG. *Suicide rate in the dental profession: Fact or myth and coping strategies*. *Dent Hypotheses* 2012; 3(4): 164-8.
28. Elswick S, O´ Donnell L, Dinon N, Rippe JM. *Incorporating lifestyle medicine into a large health care system: The Orlando health experience*. Am J Lifestyle Med. 2011;5:192–9, <https://www.researchgate.net/publication/254075184>

29. Garcia-Toro, Ibarra, Roca, *Los hábitos saludables conllevan efectos antidepresivos*, Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) 2013
30. Hyman MA, Ornish D, Roizen M. *Lifestyle medicine: Treating the causes of disease. Altern Ther Health Med.* 2009;15:12–4.7.
31. *World Health Organization. The World report on ageing and health.* 2015.
32. Marquez DX, Bustamante EE, Blissmer BJ, Prohaska TR. *Health promotion for successful aging. Am J Lifestyle Med.* 2008;3:12–9
33. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al. *Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med* 2008;5:e12.
34. Harrington, Perry, Lutomski, Fitzgerald, *Living longer and feeling better: healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland European Journal of Public Health*, Volume 20, Issue 1, February 2010, Pages 91–95,
35. Ross R, Blair SN, Arena R, *Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation.* 2016;134(24):e653.
36. Willis BL, Gao A, Leonard D, Defina LF, Berry JD , *Midlife fitness and the development of chronic conditions in later life. Arch Intern Med.* 2012;172(17):1333.
37. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, et al. *Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal,*

- and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise.* Med Sci Sports Exerc. 2011;43:1334–59
38. OMS | *Inactividad física: un problema de salud pública mundial*, 2015
39. Pereira AC, Huddlestone DE, Brickman AM, Sosunov AA, Hen R, McKhann GM. *An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus.* Proceedings of the National Academy of Sciences USA 104:5638-43, 2007.
40. Young SN. *How to increase serotonin in the human brain without drugs.* 2007. Journal of Psychiatry Neuroscience 32:394-99
41. Sánchez-Villegas A, Ruíz-Canela M, Gea A, Lahortiga F, Martínez-González MÁ. *The association between the mediterranean lifestyle and depression.* Clin Psychol Sci 2016;4:1085–93
42. Graham A Colditz, MD, DrPH '*Healthy diet in adults*', 2017
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en
43. Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y, Pan A, Willett WC, Rimm EB, Hu Association of Changes in Diet Quality with Total and CauseSpecific Mortality. PubMed. N Engl J Med. 2017;377(2):143.
44. Dalmases, M. Benítez, I. Sapiña-Beltran, E., 2019 *Impact of sleep health on self-perceived health status*, Scientific Reports volume 9, Article number: 7284
45. von Ruesten, A., Weikert, C., Fietze, I. & Boeing, H. (2012). *Association of sleep duration with chronic diseases in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Potsdam study.* PloS One 7, e30972

46. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U. 2011 *Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. Journal of Affective Disorders* 135:10-19
47. Gooch J.W. Resiliency. (2007) *Encyclopedic Dictionary of Polymers*. Springer, New York, NY
48. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario
49. Southwick, Bonanno, Masten et al, 2014, *Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives*. 10.3402/ejpt.v5.25338. European journal of psychotraumatology
50. Pietrzak R. H, Southwick S. M. *Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. Journal of Affect Disorders*. 2011;133(3):560–568.
51. Masten A. S. *Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist*. 2001;56(3):227–238. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.227
52. J.M. López-Carmona et al. *Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial, Atención Primaria*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Vol. 26. Núm. 8. 15 de noviembre 2000.
53. R GIL-MONTE, Pedro. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México, [S.l.]*, v. 44, n. 1, p. 33-40, ene. 2002. ISSN 1606-7916

54. HERNÁNDEZ-VICENTE, Irma Alejandra et al. Validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en hospitales públicos de Tlaxcala. Salud Pública de México, [S.l.], v. 59, n. 2, mar-abr, p. 183-192, mar. 2017. ISSN 1606-7916.
55. CIGARRO, Vázquez, Perla Adriana, sustentante; Experiencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de la Ciudad de México 2018
56. COLON, CARACCIOLI, MOLINA et al. Síndrome de Burnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales; 2009; Rev. Fac. Cienc. Méd. 6 (1):26- 34

Anexo

Anexo I. Cuestionario FANTASTIC (Estilo de vida)

	0	1	2
La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Doy y recibo afecto	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Ejercicio activo 30 minutos	3 veces/semana	2 veces/semana	Rara vez
Relajación y disfrute del tiempo libre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Alimentación equilibrada	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Desayuno diariamente	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

Consumo exceso de azúcar, sal, grasas, comida chatarra	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Peso ideal	Sobrepeso hasta 4 kg	Sobrepeso hasta 8 kg	Mas de 8 kg
Consumo de tabaco	Ninguno	Pipa	cigarros
Consumo de drogas (prescritas y sin prescribir)	Rara vez	3 a 6/día	Mas de 6/día
Café, té, refrescos	Menos de 3/día	3 a 6/día	Mas de 6/día

Promedio de consumo	Menos de 2 bebidas	2 bebidas	Mas de dos bebidas
Bebe alcohol y conduce	Nunca	Rara vez	frecuentemente
Bebe 7 a 9 hrs por noche	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de veces	Algunas veces
Episodios de estrés importante el año pasado	Ninguno	1 a 2	3 o más
Sensación de urgencia o impaciencia	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Competitividad y agresividad	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Sentimientos de ira y hostilidad	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Pienso de manera positiva	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Siento ansiedad y preocupación	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
depresión	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Satisfacción con el trabajo	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Buenas relaciones con quienes le rodean	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

Anexo II Cuestionario CVP-35

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que has experimentado ciertos hechos en las cuatro últimas semanas.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

	Nunca	Raramente	Lo normal	Frecuentemente	Siempre
Satisfacción con el tipo de trabajo					
Cantidad de trabajo que tengo					
Satisfacción con el sueldo					

Posibilidad de promoción					
Reconocimiento de mi esfuerzo					
Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo.					
Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo					
Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo					
Motivación(ganas de esforzarme)					
Apoyo de mis jefes					
Apoyo de mis compañeros					
Apoyo de mi familia					

Ganas de ser creativo					
Posibilidad de ser creativo					
Desconecto al acabar la jornada laboral					
Recibo información de los resultados de mi trabajo					

Conflictos con otras personas de mi trabajo					
Falta de tiempo para mi vida personal					
Incomodidad física en el trabajo					

Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito					
Carga de responsabilidad					
Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto					
Tengo autonomía o libertad de decisión					
Interrupciones molestas					
Estrés (esfuerzo emocional)					
Capacitación necesaria para hacer mi trabajo					
Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual					
Variedad en mi trabajo					

Mi trabajo es importante para la vida de otras personas					
Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas					
Lo que tengo que hacer queda claro					

Me siento orgulloso de mi trabajo					
Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud					
Calidad de vida de mi trabajo					
Apoyo de los compañeros (si tienen responsabilidad)					

Anexo III. Escala MSL-HSS Burnout

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados.

	Nunca (1)	Pocas veces a lo año (2)	Una vez al mes o menos (3)	Una o pocas veces al mes (4)	Una vez a la semana (5)	Unas pocas veces a la semana (6)	Todos los días (7)
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							

Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
---	--	--	--	--	--	--	--

Tengo facilidad para comprender como se sienten los demás							
---	--	--	--	--	--	--	--

Creo que estoy tratando a los demás como objetos impersonales							
Siento que trabajar todo el día supone esfuerzo y me cansa							
Creo que trato con mucha eficacia los problemas							
Siento que mi trabajo me está desgastando							
Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los demás							

Me he vuelto m á s insensible con la gente desde que ejerzo la profesión							
--	--	--	--	--	--	--	--

Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
---	--	--	--	--	--	--	--

Me siento con mucha energía en mi trabajo							
Me siento frustrado/a en mi trabajo							
Creo que trabajo demasiado							
No me preocupa realmente lo que les ocurra a los demás							
Trabajar directamente con pacientes me produce estrés							
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con los demás							

Me siento motivado después de trabajar e n contacto con pacientes							
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades							
En mi trabajo trato l o s problemas emocionalm en te con mucha calma.							
Creo que los demás me culpan de algunos de s u s problemas							