



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina



## Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

“Correlación entre los Síntomas de Ansiedad y  
Depresión con el Síndrome de *Burnout* en Residentes  
del Hospital Psiquiátrico ‘Fray Bernardino Álvarez’”.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Dr. Miguel Ángel Nieto Cardona  
AUTOR

Dra. Nashyiela Loa Zavala  
ASESOR TEÓRICO

Dr. Félix Armando Ambrosio  
Gallardo  
ASESOR METODOLÓGICO

Junio del 2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## ÍNDICE

1. Introducción . . . . .	1
2. Marco Teórico . . . . .	3
3. Método	
a. Justificación y Planteamiento del Problema . . . . .	13
b. Objetivos . . . . .	15
c. Hipótesis . . . . .	16
d. Variables . . . . .	17
e. Muestra . . . . .	18
f. Criterios de Selección . . . . .	19
g. Tipo de Estudio . . . . .	20
h. Instrumentos . . . . .	20
i. Procedimiento . . . . .	23
j. Consideraciones Éticas . . . . .	24
4. Resultados . . . . .	25
5. Discusión . . . . .	30
6. Conclusiones . . . . .	32
7. Referencias Bibliográficas . . . . .	33
8. Anexos. . . . .	35

***Lista de Tablas, Gráficas y Abreviaturas.***

<b>Tabla 1 (Características sociodemográficas)</b> .....	<b>25</b>
<b>Tabla 2 (Domicilio)</b> .....	<b>27</b>
<b>Tabla 3 (Residentes)</b> .....	<b>28</b>
<b>Tabla 4 (Esparcimiento)</b> .....	<b>29</b>
<b>Tabla 5 (Correlaciones)</b> .....	<b>30</b>
<b>Tabla 6 (Resultados por escalas)</b> .....	<b>32</b>
<b>Gráfica 1 (Lugar de procedencia)</b> .....	<b>26</b>

## **Resumen.**

**Contexto:** durante el entrenamiento médico se reconoce a la residencia médica como una de las etapas en la que se somete a un estrés importante, con cargas fuertes de trabajo, cambios en el estilo de vida, etc. Estas circunstancias, convierten a los médicos residentes en sujetos vulnerables a presentar, entre otras cosas, ansiedad, depresión y desgaste profesional.

**Objetivos:** conocer la frecuencia del síndrome de *burnout* y correlacionarlo con el grado de ansiedad y depresión entre los residentes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

**Material y Métodos:** estudio descriptivo, transversal, comparativo y correlacional que se realizó en 63 residentes de la especialidad médica en Psiquiatría con sede en el HPFBA y a quienes se les aplicó el Inventario Maslach para *Burnout*, la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg y un cuestionario con variables sociodemográficas.

**Resultados:** la muestra estuvo conformada por 63 sujetos; el 63.49% fueron mujeres y el 36.51% hombres; la edad promedio fue de 27.6 años. Del total de analizados, el 27% cursaban el primer año de la residencia, 27% el segundo año, 25% el tercer año y el 21% del cuarto. Se encontró un valor estadísticamente significativo para el puntaje de ansiedad en la escala de Goldberg entre las mujeres ( $F=3.75$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.057$ ). A la comparación de los distintos grados de residentes, en las subescalas de despersonalización del *burnout* y de ansiedad y depresión de Goldberg no se encontraron valores estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** en el presente estudio, fue notoria la presencia del Síndrome de *Burnout* y la de la subsescala de ansiedad entre los residentes y en particular en los de cuarto año.

**Palabras clave:** residentes, *burnout*, ansiedad, depresión.



## **1. INTRODUCCIÓN**

Dentro del mundo médico; la residencia se reconoce como una etapa del proceso de formación en la que se está expuesto a una cantidad importante de estrés. Trae consigo también un incremento en las obligaciones y responsabilidades para el médico en formación y, dado que somos entes biopsicosociales, pueden dar lugar a cambios trascendentales en el estilo de vida; tales como: cambio de domicilio, salida del núcleo familiar, separación ó inicio de la vida de pareja, menor cantidad de tiempo para dedicarlo al esparcimiento, mayor exigencia académica, etc. En diversos estudios (1-4, 7, 12, 19, 32), se da especial importancia a todos estos fenómenos que puedan afectar al médico residente durante su formación ya que, dichos factores, pueden llegar a jugar un papel importante en el desempeño laboral y, por ende, influirá en la práctica clínica de algún residente en cuestión.

El estrés, durante esta etapa de formación, puede ser el detonante ó el generador de cambios conductuales y afectivos que originan consecuencias adversas en el desarrollo de la vida personal, laboral y académica de los médicos. En especial la residencia médica en Psiquiatría nos interesa, dado que es el campo en el que actualmente trabajamos. De forma global, en los últimos años existe un creciente interés sobre el tema de la salud mental que involucra a los médicos residentes de Psiquiatría; en los Estados Unidos de América se encontró recientemente, que los residentes de Psiquiatría muestran un mayor nivel de carga de trabajo y de estrés al compararse con otros profesionales de la salud, así como un riesgo mayor para desarrollar problemas de salud mental (23). Particularmente



en nuestro hospital, se realizó un estudio en el 2008 en el que se concluye que existe una mayor proporción de residentes de psiquiatría que presentan síntomas psicológicos como alto grado de sensibilidad interpersonal, depresión, síntomas obsesivos – compulsivos y preocupaciones somáticas al compararse con la población abierta (22).

Adicionalmente, se sabe que el estrés es un condicionante importante para la génesis de trastornos afectivos en una población dada y, más particularmente, de sintomatología sugestiva de depresión y ansiedad. Debido a los cambios previamente expuestos en el estilo de vida de los médicos residentes; se ha encontrado evidencia que sugiere que las tasas de ansiedad y de depresión en médicos residentes es mayor que la población general (24). En Latinoamérica, también se han realizado estudios al respecto y se han encontrado frecuencias altas de aparición de síntomas depresivos significativos (25).

Debido a lo anterior, es imprescindible la realización de estudios al respecto en nuestra población. En esta tesis se pretende estudiar síntomas afectivos de tipo depresivo y ansioso, en correlación con el *burnout* en una muestra de residentes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **Definición de *Burnout* ó Síndrome de Desgaste Profesional:**

En 1981, dos psicólogos sociales definieron el Síndrome de Desgaste Profesional entre un grupo de trabajadores en los que observaban que existían tres grupos de síntomas: cansancio emocional, despersonalización ó deshumanización y falta de realización personal. El concepto de “cansancio emocional” se refiere al *enganche* a un nivel emocional en el trabajo y que se ha asociado a la percepción subjetiva de falta de energía vital. La despersonalización ó deshumanización se refiere al desarrollo de sentimientos y comportamientos negativos con respecto a otras personas y que frecuentemente está asociado con la culpa hacia terceros de los problemas propios. Y, finalmente, el concepto de “falta de realización personal” se asocia a la tendencia a calificar negativamente las habilidades propias e involucra también pensamientos de infelicidad e insatisfacción (8, 20). Estas tres dimensiones pueden coexistir en diferentes grados cada una, haciendo al Síndrome de *Burnout* un constructo heterogéneo más que uno dicotómico.

Por otro lado es necesario puntualizar que el Síndrome de *Burnout* se diferencia de la depresión en que el *burnout* sólo involucra la relación de una persona con su propio trabajo; mientras que, la depresión afecta globalmente la vida de la persona en cuestión (9).

### **Estudios de Prevalencia de Síntomas Afectivos y *Burnout*:**

Varios estudios de corte transversal han tenido como objetivo el examinar la frecuencia de síntomas depresivos significativos entre los residentes médicos en los Estados Unidos de América, principalmente. Sin embargo, la proporción de residentes que presentan los síntomas del trastorno depresivo mayor tales como falta de energía, anhedonia, tristeza e irritabilidad, varían marcadamente entre dichos estudios, entre un 7 hasta el 49% (2). De igual forma, se sabe que tanto los estudiantes de medicina como los médicos residentes experimentan, además de depresión, el síndrome de desgaste profesional ó de *burnout* e incluso otras enfermedades mentales en una frecuencia de aparición mayor que la población abierta y que, además, se observa también un déficit en la salud mental durante el transcurso de los distintos entrenamientos médicos como el sistema de residencias (11).

De acuerdo a cifras de la OMS, la depresión afecta a 121 millones de personas en todo el mundo; en el año 2000, se identificó como una de las primeras causas de discapacidad mundial y se estima también que tan sólo el 25% de los afectados tienen acceso a un tratamiento efectivo (27). Existen cifras en Europa en las que se identifica que del 5 al 10% de los pacientes que acuden a la atención primaria de la salud de forma ambulatoria padecen de depresión y que del 10 al 14% de los pacientes hospitalizados sufren también de un trastorno depresivo mayor; sin embargo, dichas cifras son posiblemente menores a las reales pues se ha observado que generalmente, la depresión está subdiagnosticada (26). Diversos estudios realizados en diferentes países han demostrado que en general, los

médicos en formación tienen niveles altos de depresión, ansiedad y estrés durante sus entrenamientos (28, 29); y no solo eso, sino que la salud mental en dicha población empeora después del inicio en la escuela de medicina y que la situación va empeorando a lo largo del tiempo (28, 30, 31). En una revisión sistemática realizada entre estudios de ansiedad y depresión publicados entre 1980 y 2005 y que se realizaron en distintas universidades de Estados Unidos de América y de Canadá; se identificó que en la mayoría de los estudios se concluye que los médicos en formación tienen una prevalencia alta de depresión y ansiedad con niveles generales de malestar psicológico consistentemente más altos al compararse con sus pares en la población general y que, además, dichas tasas de depresión y ansiedad son más altas en los últimos años de los entrenamientos (32).

El Síndrome de *Burnout* es observable en prácticamente todo tipo de ocupaciones; sin embargo es más prevalente en las profesiones relacionadas con la asistencia y el servicio personalizados (8). Haciendo énfasis en esto, el Síndrome de *Burnout* tiene especial prevalencia en las carreras universitarias orientadas hacia el área de la salud; como la medicina, la enfermería y la odontología (8, 10). De este grupo de profesionales, destacan particularmente los médicos residentes debido a que la carga asistencial que soportan es elevada (5). En los Estados Unidos de América, se han observado rangos de aparición de este síndrome que van del 25 al 60% (10), aunque existen series que han reportado datos del 30 al 40% (12).

En un estudio realizado en médicos adscritos y residentes del HPFBA en el 2003 se encontró que todos ellos presentaron un grado bajo de burnout que se caracterizó por puntaje bajo en las subescalas de deshumanización (desrealización) y cansancio emocional y un puntaje promedio en la subescala de realización personal (33); cabe mencionar que la muestra fue pobre. Por otro lado, al tratar de medir la misma escala en residentes sólo del primer año de la especialidad en el mismo HPFBA durante el 2004, se encontró que el 57.9% calificó para sintomatología moderada y el 10.6% para severa, siendo mas frecuente en mujeres que en hombres (34). Y al tratar de comparar a los médicos residentes de psiquiatría con otras especialidades en una muestra mexicana (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) se encontró que los puntajes para residentes de psiquiatría eran mayores en el inventario de Maslach al compararse con otras especialidades; teniendo un mayor puntaje en la subescala de cansancio emocional (35).

No se encontraron estudios que midan la frecuencia de síntomas afectivos con escalas de depresión y ansiedad entre los residentes de Psiquiatría en México.

### **Factores Asociados a Síntomas Afectivos y *Burnout*:**

La sobrecarga asistencial a la que los médicos en formación están sometidos puede verse agravada, aún más, por la existencia de jornadas de trabajo de 32hr ó más en los hospitales de nuestro país; y que están conceptualizadas, tradicionalmente, como una guardia y aún más en aquellos hospitales donde se realizan, las ahora denominadas, guardias de compensación académica. En un estudio de corte transversal realizado entre médicos residentes de la ciudad de Washington se encontró que los estreses, más frecuentemente marcados como mayores, fueron el sueño inadecuado hasta en un 41%, las guardias de trabajo que con frecuencia son mayores a 24hr de duración hasta en un 40% y un inadecuado tiempo de esparcimiento en hasta un 42% (10); y, como es de esperarse también, el Síndrome de *Burnout* es inversamente proporcional a la satisfacción profesional (10, 13).

Como ya se mencionó previamente, los médicos de primer ingreso al sistema de residencias médicas en nuestro país y prácticamente, en casi todo el mundo se enfrentan con jornadas de trabajo prolongadas, pérdida de la autonomía, privación del sueño y situaciones emocionales extremas (1, 2) siendo esto último particularmente importante en la residencia médica de Psiquiatría. En la mayoría de los hospitales de segundo y tercer nivel de nuestro país, un médico residente, en promedio, debe laborar alrededor de 8 horas diarias más las guardias programadas que implican el trabajo vespertino y nocturno, prolongando así la jornada a 32 horas consecutivas y esto con una periodicidad de cada 72 horas.

Evidentemente, el cansancio físico y emocional, repercuten en el rendimiento de cada médico residente.

En un estudio realizado con médicos residentes de nuestro país, se encontró que las jornadas prolongadas de médicos residentes se asocian con una mayor proporción del Síndrome de *Burnout* y que los médicos quienes más frecuentemente presentaron dicho síndrome fueron los que se encontraban en especialidades quirúrgicas (13). Desafortunadamente, en nuestro país, aún no se han realizado estudios que identifiquen los riesgos del cansancio físico y psíquico fuera del ambiente hospitalario y que se observa en los médicos residentes que se someten a las guardias con las características previamente comentadas; sin embargo, en los Estados Unidos de América, se realizó una encuesta nacional entre médicos residentes y los resultados son alarmantes pues se observó que después de un período de guardia mayor a 24hr de forma continua existe un mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito y hospitalariamente, una mayor tendencia a cometer errores médicos aun cuando se realizan procedimientos previamente conocidos (21).

Asociado a la fatiga experimentada en el trabajo durante la residencia, el estado del ánimo y el humor empeoran; esto se ha demostrado en múltiples análisis que miden depresión, ansiedad y confusión en personas con privación del sueño. En algunos estudios se han utilizado índices psicológicos y emocionales; instrumentos que han demostrado también que los trabajadores con jornadas laborales prolongadas son más propensos a cometer errores en tareas repetitivas,

rutinarias y en las que requieren atención sostenida (14). La falta de sueño produce efectos sobre la realización de tareas muy similares a los de la intoxicación alcohólica: 24hr continuas de vigilia equivalen a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1%, lo que provoca además un descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción, en la memoria visual y el pensamiento creativo (15, 16).

Por otro lado, en una revisión de estudios prospectivos realizados en un período de 20 años se encontró que, durante la residencia médica, algunos factores como el género femenino, la personalidad neurótica y los errores médicos fueron los asociados con una prevalencia incrementada de depresión (4). Aunque, dichos resultados no han podido ser replicados por otros estudios similares pues los resultados obtenidos discrepan de los reportados en dicha población y, más aún, es difícil concluir con exactitud los datos pues cada uno de los estudios analizados tuvieron limitaciones significativas (4). Adicionalmente, muchos factores potencialmente importantes, como las horas de trabajo y el soporte social, no han sido bien explorados en la depresión entre médicos residentes.

Uno de los factores de riesgo fundamentales para el desarrollo del Síndrome de *Burnout* es el estrés crónico en el área laboral (8, 12, 20). Tal síndrome, aparece como una forma inesperada de expresión secundario a la tensión profesional. En 1976, Robert Karasek, propuso el modelo demanda-control-apoyo social en el que se plantean situaciones laborales en las que los estresores son



crónicos; analizando dicho modelo, el estrés laboral ocasiona *burnout* cuando las exigencias en el área laboral son elevadas, la autonomía individual es pobre y cuando el estrés del trabajo interfiere con la vida privada (20). En las evidencias preliminares observadas en un estudio de revisión, se sugiere también que la sobrecarga laboral excesiva con la posterior dificultad para hacer un balance en la vida personal y profesional, así como, el deterioro en el control, autonomía y entrega laborales contribuyen también al Síndrome de *Burnout* en médicos residentes (12).

#### **Asociación entre *Burnout*, Síntomas Afectivos y Desempeño Laboral:**

El Síndrome de *Burnout* puede llegar a ser el detonante de algún trastorno afectivo e incluso de ideación ó intento suicidas; esto constituye un motivo más de importancia para el reconocimiento del mismo. El suicidio es el extremo final de un estrés continuo personal y es crítico para las escuelas de medicina y organismos encargados de los médicos residentes identificar a los estudiantes con riesgo incrementado de suicidio con el objetivo de intervenir previo algún desenlace fatal (7). Muchos estudios multi-institucionales en los Estados Unidos de América han revelado que los estudiantes de medicina tienen sustancialmente una menor calidad de salud mental comparados con los pares de la misma edad en la población abierta y que el *burnout* afecta a más del 50% de los estudiantes de medicina estadounidenses.

En un estudio de cohortes realizado entre 7 escuelas de medicina en los Estados Unidos de América, con una población de 4287 estudiantes, se encontró que la ideación suicida en dicha población tuvo una relación significativa (todos con  $p < 0.02$ ) con el estrés personal (calidad de vida y síntomas depresivos) y el estrés profesional (*burnout*) (7). Así mismo, aunque la relación entre depresión e ideación suicida está bien reconocida; la asociación entre *burnout* y la ideación suicida no había sido previamente reportada y dicha relación es notable dado que el *burnout* parece ser la forma de estrés más común entre estudiantes de medicina (7).

En este mismo estudio, se concluye también que la asociación entre *burnout* e ideación suicida fue grande (de 2 a 3 veces el doble del riesgo) y satisfizo los requerimientos de temporalidad (el *burnout* precedió a la ideación suicida) y los criterios para reversibilidad (el riesgo de ideación suicida regresó a su estado basal con la recuperación del *burnout*) (7). Concluyendo entonces que, tanto los estudiantes de medicina como los médicos residentes tienen un mayor riesgo de presentar ideación y acto suicidas, tasas más altas de *burnout* y una menor calidad de vida al compararse con sus pares de la misma edad que desempeñan una actividad laboral distinta a la medicina.

Paradójicamente, se sabe también que, el personal médico (estudiantes y residentes) tienen menor probabilidad al compararse con la población general de recibir un tratamiento adecuado a pesar de que se es de esperarse que el acceso al tratamiento sea más sencillo (11).

Dyrbye y cols en 2010 y 2011 encontraron en dos estudios distintos que el Síndrome de *Burnout* se asocia también con una mayor frecuencia de reportes de errores médicos, un bajo puntaje en instrumentos que miden la empatía del médico, una tendencia a planificar un retiro laboral más tempranamente de lo esperado y también tienen un mayor grado de insatisfacción laboral; lo que ha sido asociado a su vez con satisfacción reducida por parte de los pacientes y una adherencia terapéutica menor por parte de éstos (12, 19).

En uno de los estudios de Dyrbye, quien se ha caracterizado por varias publicaciones sobre el tema y en distintas áreas laborales, se sugiere que los médicos quienes se encuentran en formación pueden fallar cuando intentan desarrollar una identidad profesional que estuviera acorde a las expectativas de la sociedad y la profesión; dichas fallas a su vez predicen una conducta poco profesional posterior una vez concluida la etapa formativa. Adicionalmente, los médicos en formación que cumplen criterios para el Síndrome de *Burnout* tienen menor probabilidad de tener una visión altruista respecto a lo que se considera la responsabilidad médica con la sociedad en general (19).

### **3. MÉTODO:**

#### **a) JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los residentes de Psiquiatría se encuentran expuestos a factores estresantes que favorecen el Síndrome de *Burnout* y con ello también síntomas depresivos y ansiosos que dificultan su desempeño profesional y puede afectarle también en otras áreas de su vida. Por lo tanto, es importante realizar un estudio para conocer la frecuencia de estos síndromes entre la población actual de residentes de nuestro hospital dado que no existen estudios previos que busquen justamente una correlación entre estos dos síndromes.

El realizar un estudio como este permite que posteriormente se puedan crear medidas preventivas ó de rehabilitación que mejoren la salud mental del personal médico. Con esto, se prevendrían complicaciones como el abuso de sustancias, intentos suicidas y se favorecería un mejor desempeño académico y laboral los cuales también repercutirían positivamente en la atención a los pacientes.

Considerando que en general el personal médico tiende recibir un tratamiento clínico inapropiado y retrasado; se considera de gran importancia el realizar un estudio que mida la frecuencia de *burnout* y de ansiedad y depresión entre la población de residentes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, así como la correlación entre ambos grupos de síntomas.

Se considera que el colectivo médico del área de psiquiatría tiene una menor calidad de salud mental; lo anterior se corrobora con las múltiples estadísticas que demuestran que sí existe una mayor proporción de ansiedad y depresión así como del consumo de sustancias en dicha población, entre otras circunstancias. Pensando en lo anterior, es de esperarse también que al estudiar conjuntamente ansiedad y depresión con la existencia del desgaste profesional, el resultado sea parecido. Esto tiene un impacto importante para el conocimiento y reconocimiento de dichas condiciones entre todo el personal médico, con el propósito, por ejemplo, de desarrollar mecanismos de identificación de estas condiciones y evitar así una repercusión importante sobre la propia salud mental y física del trabajador médico y, por ende, se incidiría sobre la calidad de la atención médica que reciben los pacientes. Laboralmente hablando, lo anterior se traduciría en mayor satisfacción en la calidad de atención que reciben los pacientes. Consecuentemente, se puede esperar también que el impacto sobre el desempeño laboral a corto y largo plazo sea reconocido para establecer estrategias a este nivel.

## **b) OBJETIVOS**

El **objetivo general** del presente estudio es conocer la frecuencia de *burnout* entre los residentes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y los factores asociados al mismo; así como correlacionar la información obtenida con el grado de ansiedad y depresión en dicha población.

Los **objetivos específicos** del presente incluyen:

- a) Describir la frecuencia del Síndrome de *Burnout* en los médicos residentes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- b) Detectar los factores sociales que podrían asociarse con la presencia de este síndrome.
- c) Identificar si hay diferencias en la frecuencia de presentación entre los años de la especialidad en Psiquiatría.
- d) Describir la frecuencia de ansiedad, depresión ó ansiedad y depresión en los médicos residentes del HPFBA.
- e) Detectar los factores sociales que podrían asociarse con la presencia de la sintomatología afectiva.
- f) Correlacionar las características del *burnout* y de las escalas de ansiedad y de depresión.

**c) HIPÓTESIS**

1. El Síndrome de *Burnout* es directamente proporcional al tiempo de estancia y grado durante la residencia.
2. A mayor tiempo de residencia hay mayor depresión.
3. A mayor tiempo de residencia hay mayor ansiedad.

**i) Ho**

1. El Síndrome de *Burnout* no es directamente proporcional al tiempo de estancia y grado durante la residencia.
2. A mayor tiempo de residencia no hay mayor depresión.
3. A mayor tiempo de residencia no hay mayor ansiedad.

**d) VARIABLES**

**i) Variables Dependientes.**

Inventario de Maslach para el *Burnout*.

Escala de Goldberg para Ansiedad y Depresión.

**ii) Variables Independientes.**

1. Año de residencia.
2. Número de guardias al mes.
3. Cuidador primario de un familiar enfermo.
4. Antecedentes personales patológicos.
5. Variables sociodemográficas.



**e) MUESTRA**

Se realizó el presente estudio tomando como población a los residentes de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de los cuatro años de residencia que desearan participar y firmar el consentimiento informado. Se captó un total de 63 sujetos tanto hombres como mujeres para la muestra final del estudio.

**f) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

**i) de Inclusión**

1. Género masculino ó femenino.
2. Médicos residentes del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**ii) de Exclusión**

1. Negativa a participar.
2. Residentes en período vacacional, en incapacidad médica ó en rotaciones externas a la sede.

**iii) de Eliminación**

1. Cuestionarios contestados por los residentes que lo hubieran hecho en el día posterior a una guardia para evitar el sesgo por cansancio físico ó psíquico de la guardia.
2. Cuestionarios incompletos ó sin firma en el consentimiento informado.

### **g) TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo, trasversal, comparativo y correlacional.

### **h) INSTRUMENTOS**

Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) el cual se considera como el estándar de oro valorar el *burnout* y el cual ha sido previamente validado al español (6).

Se trata de un cuestionario creado y validado por la Dra. Christina Maslach que valora las 3 esferas relacionadas con el *burnout*: cansancio emocional, despersonalización y desrealización personal. Consta de 22 ítems, cada uno de los cuales se valora con una escala del tipo Likert (en la que se pide que se especifique el grado de acuerdo ó desacuerdo con una afirmación, de 0-6 puntos); el inventario fue diseñado y validado entre los trabajadores de servicios humanos, incluyendo médicos residentes (20). De estos 22 ítems, 9 de ellos hacen referencia al cansancio emocional, 5 a la despersonalización y 8 a la desrealización personal. Siguiendo estos mismos criterios se define como la existencia de *burnout* cuando se obtiene una puntuación alta en las escalas de

cansancio emocional y/o despersonalización, y no se considera la escala de realización personal para este efecto por tratarse de una esfera muy influenciada por eventos ajenos al ámbito laboral. El resultado obtenido de las tres escalas constituye en sí un constructo continuo y particular que puede tener diferentes grados de intensidad. Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99 en la puntuación total; sin embargo, cada subescala recibe un puntaje particular y que está en relación con los puntajes normales para la población trabajadora por lo que, el resultado está categorizado como bajo, medio ó alto; de tal forma que, para la subescala del “cansancio emocional” se considera como nivel bajo un puntaje menor a 19, nivel moderado de 19 a 26 y un nivel alto con más de 26 puntos; para la subescala de “despersonalización”, un nivel bajo es aquel con puntaje menor a 6, el nivel moderado va de 6 a 9 puntos y un nivel alto es aquel mayor a 9 puntos y, finalmente, en la subescala de “desrealización personal” se considera como nivel bajo con un puntaje mayor a 39, un nivel moderado de 39 a 34 puntos y un nivel alto es aquel con un puntaje menor a 34 (20). Aunque no hay puntos de corte a nivel clínico para medir la existencia ó no de *burnout*, puntuaciones moderadas y altas en cansancio emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome (6).

Así mismo, se aplicó también la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) a la misma población previamente comentada y en la misma ocasión que la escala anterior.

La escala de Goldberg es un instrumento desarrollado desde 1988 a partir de la versión modificada de la *Psychiatric Assessment Schedule* con el objetivo de conseguir una entrevista de duración breve para utilizarse por facultativos no psiquiatras como instrumento de tamizaje; la versión al español ha sido validada desde el año de 1993 (17, 18). Está formada por dos escalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 9 ítems cada una, todos ellos con respuesta dicotómica (sí/no); se califica con una puntuación particular para cada escala recibiendo un punto por cada respuesta asertiva. Hace referencia sólo a las dos semanas previas a la aplicación de la misma.

Ambas subescalas están conformadas por 4 ítems iniciales de despistaje para identificar si existe ó no un caso probable y, luego, viene un segundo grupo de 5 reactivos que se contestan sólo cuando se obtienen respuestas afirmativas para las preguntas de despistaje (2 ó más en la subescala de ansiedad, 1 ó más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son igual ó mayor a 4 puntos para la escala de ansiedad e igual ó mayor a 2 puntos para la de depresión. Se considera que, entre mayor sea el puntaje para cada una de las escalas, mayor es la sensibilidad de detección de un caso. La elevación de los puntos de corte a mayor ó igual a 5 y mayor ó igual a 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad del 93% y sensibilidad del 74%) (18).

### ***i) PROCEDIMIENTO***

Se entregaron folders a los médicos residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que aceptaran voluntariamente participar. Cada folder contenía el Inventario de Maslach para *Burnout*, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg y el formato de consentimiento informado.

Posterior a contestar los cuestionarios a cada folder se asignó un número de folio, respetando la confidencialidad de los participantes. Así mismo, se verificó que las escalas estuvieran contestadas en su totalidad y que el consentimiento informado estuviera también firmado pues, de no ser así, no se asignó un número de folio.

Después se realizó el vaciado de la información para cada folio en una base de datos del programa Excel ® para posteriormente realizar el análisis estadístico a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 20.0.

## ***j) CONSIDERACIONES ÉTICAS***

Se diseñó un formato de consentimiento informado en el cual se especificó que la participación sería voluntaria y anónima; también se estableció en el mismo documento el tipo de participación que tendría el médico residente encuestado (que corresponde al llenado de las dos escalas). Así mismo, el consentimiento informado estuvo firmado por el investigador principal y dos testigos.

Se respetó la confidencialidad de los médicos residentes al no hacer pública la información personal contenida en las encuestas; así mismo, se respetó también la decisión de no contestar las mismas.

#### 4. RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por 63 sujetos de un total de 100 residentes; de los cuales 40 fueron del sexo femenino, lo que corresponde al 63.49%, y 23 del sexo masculino, lo que corresponde al 36.51% (Cuadro 1). La edad promedio fue de 27.6 años con un rango de 24 a 35 años de edad. De ellos, 55 (87.3%) son solteros, 5 (7.9%) están en unión libre y 3 (4.8%) se encuentran casados (Tabla 1).

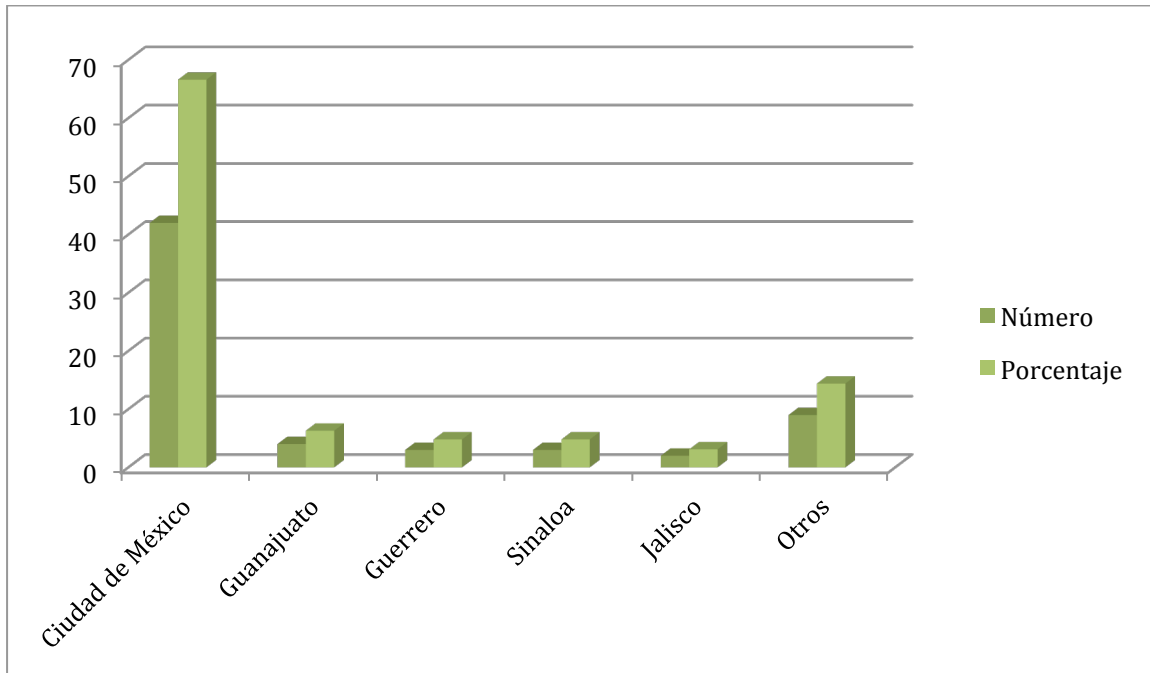
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>			
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	23	40	63
<b>Porcentaje</b>	36.5	63.5	100
<b>Estado Civil</b>			
<b>Soltero</b>	19	37	56
<b>%</b>	82.6	92.5	N/A
<b>Casado</b>	2	0	2
<b>%</b>	8.7	0	N/A
<b>Unión Libre</b>	2	3	5
<b>%</b>	8.7	7.5	N/A

Así mismo, 42 de los sujetos de muestra son originarios de esta ciudad, lo que corresponde al 66.6%; 4 (6.3%) son originarios de Guanajuato, 3 (4.8%) lo son de Guerrero, 3 (4.8%) lo son de Sinaloa, 2 (3.1%) lo son de Jalisco, 1 (1.6%) es de Coahuila, 1 (1.6%) de Chihuahua, 1 (1.6%) de Sonora, 1 (1.6%) de Puebla,



1 (1.6%) de Durango, 1 (1.6%) Colima, 1 (1.6%) de Baja California, 1 (1.6%) de Querétaro y 1 (1.6%) de Nuevo León (Gráfica 1).

**GRÁFICA 1 (LUGAR DE PROCEDENCIA):**



Se encontró también que, de la muestra, 30 (47.6%) de ellos viven con su familia, 12 (19.1%) viven con sus parejas, 1 (1.6%) vive con su pareja e hijo(s), 13 (20.6%) viven con amigos/conocidos y 7 (11.1%) viven solos (Tabla 2).

<b>DOMICILIO (VIVEN CON)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Familia</b>	30	47.6
<b>Pareja</b>	12	19.1
<b>Pareja e Hijos</b>	1	1.6
<b>Amigos/Conocidos</b>	13	20.6
<b>Solos</b>	7	11.1
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

El grupo de residentes estuvo formado de la siguiente manera: 17 (27%) de ellos corresponden a residentes del primer año, otros 17 (27%) corresponden a residentes del segundo año, 16 (25%) fueron residentes del tercer año y, finalmente, 13 (21%) de ellos fueron residentes del cuarto año de la especialidad (Tabla 3). Se eliminaron 7 cuestionarios debido a que las escalas no fueron contestadas en su totalidad. Respecto a la cantidad de guardias realizadas por mes, el 27% (17) realizan 8 guardias, otro 27% (17) realizan 8 guardias, 25% (16) realizan de 2-4 guardias por mes y un 21% (13) realizan de 2-3 guardias por mes (Tabla 3). En relación a las respuestas asociadas a lo que gusta más en el

sistema de residencia actual, se encontró que 8 (12.7%) no contestaron, 40 (63.5%) les gusta ayudar y entender a los pacientes psiquiátricos, 7 (11.1%) les gusta la relación con compañeros de trabajo y 7 más (11.1%) les gusta el aprendizaje y, finalmente, 1 (1.6%) respondió que le gusta todo en el sistema actual. 19 (30.3%) casos comentó que le disgustan los problemas con directivos, la burocracia, la enseñanza, la falta de apoyo y el no ser escuchados; 21 (33.35) contestó que no le gusta la sobrecarga de trabajo, las guardias, la presión, la responsabilidad y los problemas con los compañeros; 6 (9.5%) respondió que le disgusta la falta de recursos hospitalarios; 4 (6.3%) comentó que no le gustan situaciones asociadas a los pacientes como el estigma, el mal apego, que no tengan apoyos y la contratransferencia; otros 4 (6.3%) respondió que no le disgusta nada y 9 (14.3%) no contestó.

<b>RESIDENTES</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Guardias</b>
<b>1er año</b>	17	27	8
<b>2º año</b>	17	27	8
<b>3er año</b>	16	25	3
<b>4º año</b>	13	21	2.5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>5.3 *</b>

\* Media aritmética.

Se indagó también acerca de las actividades de esparcimiento ó el destino del tiempo libre: 19 (30.15%) respondieron que lo destinan a actividades recreativas, 18 (28.57%) destinan su tiempo a descansar, dormir ó ver televisión, 2 (3.17%) destinan su tiempo a ejercitarse, 13 (20.63%) destinan su tiempo a leer, 7 (11.11%) dedican su tiempo libre a asistir a fiestas ó salir y 4 (6.37%) no contestaron (Tabla 4).

<b>ESPARCIMIENTO</b>		
<b>Actividad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Recreación</b>	19	30.15
<b>Descanso</b>	18	28.57
<b>Ejercicio</b>	2	3.17
<b>Leer</b>	13	20.63
<b>Fiestas</b>	7	11.11
<b>Sin Respuesta</b>	4	6.37
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

## Correlaciones

<b>Subescala</b>	<b>Cansancio emocional (<i>burnout</i>)</b>	<b>Desrealización personal (<i>burnout</i>)</b>	<b>Despersonalización (<i>burnout</i>)</b>	<b>Ansiedad (Goldberg)</b>	<b>Depresión (Goldberg)</b>
Cansancio emocional ( <i>burnout</i> )	1	-.459	.591	.547	.645
Desrealización personal ( <i>burnout</i> )	-.459	1	-.402	-.518	-.570
Despersonalización ( <i>burnout</i> )	.591	-.402	1	.413	.552
Ansiedad (Goldberg)	.547	-.518	.413	1	.758
Depresión (Goldberg)	.645	-.570	.552	.758	1

Nota: todas las correlaciones tuvieron una significancia  $p < 0.0001$

Se observó que a mayor puntaje en la escala de cansancio emocional, se encontró menor puntaje de desrealización (-0.459); y, a mayor puntaje de desrealización hubo menor puntaje para ansiedad (-0.518) y para depresión (-0.57).

### **Análisis de Varianza**

Se encontró un valor de significancia estadísticamente importante para el puntaje de ansiedad al compararse con el sexo femenino ( $F=3.75$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.057$ ).

No hubo correlación entre el puntaje de las escalas con el estado civil ni con el tipo de personas con los que se comparte la vivienda.

Al comparar los puntajes por escala y por grado; se encontró que los residentes del primer año tuvieron una significancia importante en la subescala de cansancio emocional del *burnout* al compararse con los residentes del tercer año ( $p<0.005$ ). El puntaje en la subescala de realización personal tendió a ser menor en los residentes del cuarto año comparándose con los del tercero ( $p<0.59$ ). En las subescalas de despersonalización del *burnout* y ansiedad y depresión de Goldberg no se encontraron valores estadísticamente significativos al compararse los distintos grados de residentes (Tabla 6).

Subescala		Grado	Media
<i>Burnout</i>	Cansancio emocional	1	20.82
		2	17.47
		3	11.00
		4	21.15
	Realización personal	1	38.29
		2	39.76
		3	42.38
		4	37.00
	Despersonalización	1	3.06
		2	4.82
		3	2.38
		4	5.92
Goldberg	Ansiedad	1	3.71
		2	3.82
		3	3.88
		4	6.31
	Depresión	1	2.65
		2	2.06
		3	1.63
		4	3.46

Nota: Cansancio emocional ( $F=5.231$ ,  $gl=3$ ,  $p<0.003$ ) y Despersonalización ( $F=2.849$ ,  $gl=3$ ,  $p<0.045$ ).

De igual manera, existió evidencia estadísticamente significativa en la correlación de puntaje alto en todas las subescalas de *burnout* y de Goldberg con la existencia de antecedentes personales patológicos (psiquiátricos y no psiquiátricos); siendo 10 sujetos los positivos para esta condición, teniendo así que:

- cansancio emocional ( $F=6.462$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.014$ )
- realización personal ( $F=9.949$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.002$ )
- despersonalización ( $F=5.565$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.022$ )
- ansiedad ( $F=17.001$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.000$ )
- depresión ( $F=30.359$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.000$ ).

La condición de ser cuidador primario de algún familiar en primer grado con enfermedad crónica, arroja resultados significativos también con puntaje alto en todas las subescalas:

- cansancio emocional ( $F=15.331$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.000$ )
- realización personal ( $F=7.738$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.007$ )
- despersonalización ( $F=8.378$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.005$ )
- ansiedad ( $F=13.548$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.000$ )
- depresión ( $F=4.733$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.033$ )

sin embargo, la  $n$  en este rubro fue igual a 7 casos.



Finalmente, 26 de los sujetos de la muestra contestaron positivo hacia la ingesta de psicofármacos (36.5%), siendo los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina el tipo de fármaco más utilizado; estadísticamente significativo en todas las subescalas, excepto en la de cansancio emocional.

A continuación presentamos los resultados obtenidos:

- para la escala de realización personal ( $F=4.967$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.30$ )
- para despersonalización ( $F=6.658$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.012$ )
- para ansiedad ( $F=4.468$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.039$ ), y
- para depresión ( $F=10.091$ ,  $gl=1$ ,  $p<0.002$ ).

## 5. DISCUSIÓN

Las correlaciones hicieron notar que, mientras existe un puntaje alto en la escala de *burnout*, también hay un puntaje alto en la subescala de ansiedad de Goldberg; esto se puede equiparar a los resultados observados en estudios realizados en residentes del HPFBA (34) en que se observa que a mayor tiempo durante la residencia hay mayor *burnout*.

A pesar de que la muestra es estadísticamente significativa; se observó que hubo poca participación por parte de los residentes para responder los cuestionarios; lo que se manifestó al verificar que algunos (siete) eran entregados en blanco y otros tantos incompletos ó sin la firma del consentimiento informado.

Es probable que dicha falta de colaboración a responder los cuestionarios sea parte de las resistencias que, generalmente, los médicos tenemos para abordar temas sobre nuestra propia salud mental (3). Sin embargo, es notorio que la mayor participación de los residentes fue la propia de los del primero y del segundo años; lo que probablemente esté asociado a la tendencia de estos grupos de ser condescendientes a nivel jerárquico.

Lo anterior va de la mano con el hecho de que el 30.3% de los encuestados contestó que les disgustan los problemas con los directivos, la burocracia, la enseñanza, la falta de apoyo y el considerarse no escuchados.

Llama la atención que el grado de *burnout* global es mayor en residentes del cuarto año dentro del grupo de todos residentes, a diferencia de lo observado en otros estudios (5); esto probablemente esté asociado al transcurso de la carga de trabajo durante cuatro años, la presión social, personal y familiar del pronto cambio para una seguridad laboral, el mayor número de responsabilidades, etc.

Finalmente, gran cantidad de médicos residentes se encuentran en algún tratamiento con psicofármacos; es muy probable que dicha situación modifique los resultados de las escalas (en particular la de Goldberg pues los resultados fueron estadísticamente no significativos) pues la mayoría de los psicofármacos que se utilizan por los residentes son antidepresivos (ISRS, duales, moduladores). Considerando lo anterior, se origina la interrogante acerca de si los medicamentos utilizados son auto prescritos ó existe una tendencia a la búsqueda de ayuda especializada; por lo que consideramos que es importante la realización posterior de estudios al respecto.

## 6. CONCLUSIONES

Es necesario el diseño de algún procedimiento diagnóstico y/o terapéutico para los residentes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, como se ha hecho en otros países y universidades (26), ya que son de gran utilidad dichas intervenciones tempranas, incluso en psicoterapia breve para prevenir mayores alteraciones y mejorar la práctica médica.

En nuestro estudio, fue notoria la presencia del Síndrome de *Burnout* y la de la subescala de ansiedad entre los residentes por lo que es importante la identificación de los factores que pueden influir sobre el desarrollo de tales procesos psicopatológicos.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Duffy TP. Glory days: what price glory? *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc.* 2005;68(4):22-30.
2. Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med.* 1988;148(6):1428-1435.
3. Sen S, *et al.* A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(6):557-565.
4. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry.* 2002;10(3):154-165.
5. Fonseca M, *et al.* Residents, duties and burnout syndrome. *Rev Clin Esp.* 2010 May;210(5):209-15. Epub 2010 Apr 8.
6. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Sal Pub Mex.* 2002;44(1)33-40.
7. Dyrbye LN, *et al.* Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008;149:334-341.
8. Montero-Marin J, *et al.* Burnout syndrome among dental students: a short version of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Medical Education* 2011;11:103.
9. Maslach C, *et al.* Maslach Burnout Inventory Manual. 3<sup>rd</sup> ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pr; 1996.
10. Shanafelt TD, *et al.* Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136:358-367.
11. Schwenk TL, *et al.* Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA.* 2012;304(11):1181-1190.
12. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potencial threat to successful health care reform. *JAMA.* 2011;305(19).
13. Morales-López A, *et al.* Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(3):233-242.
14. Levey RE. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med.* 2001;76(2):142-150.

15. Rollinson DC, *et al.* The effects of consecutive night shifts on neuropsychological performance of interns in the emergency department; a pilot study. *Ann Emerg Med.* 2003;41(3):400-406.
16. Halbach MM, *et al.* Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1198-1201.
17. Goldberg D, *et al.* Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J.* 1988;97:897-899.
18. Montón C, *et al.* Escala de ansiedad y depression de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria.* 1993;12:345-349.
19. Dyrbye LN, *et al.* Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US Medical Students. *JAMA.* 2010;304(11):1173-1180.
20. Thomas, NK. Resident Burnout. *JAMA.* 2044;292:2880-2889.
21. Baldwin DC, *et al.* A national survey of residents' self-reported work hours: thinking beyond specialty. *Acad Med.* 2003; 78:1154-1163.
22. Mesa-Rios FJ, Muñoz Mdel C. Screening for psychopathology symptoms in Mexican psychiatry residents. *Acad Psychiatry.* 2011;35(6):370-372.
23. Zuardi AW, *et al.* Burden and stress among psychiatry residents and psychiatric healthcare providers. *Acad Psychiatry.* 2011;35(6):404-406.
24. Seritan A, *et al.* The state of medical student wellness: a call for culture change. *Acad Psychiatry.* 2012;36(1):7-10.
25. Waldman SV, *et al.* Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry.* 2009;33(4):296-301.
26. Michaud L, *et al.* Major depressive disorders in the general hospital: how to implement guidelines. *J Psychosom Res.* 2006; 60:455-459.
27. [www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
28. Baykan Z, *et al.* Depression, anxiety, an stress among last-year students at Erciyes University Medical School. *Acad Psychiatry.* 2012;36(1):64-65.
29. Guthre EA, *et al.* Psychological stress in medical students: a comparison of two very different university courses. *Stress Med.* 1997;(13):179-184.

30. Isra A, *et al.* Cognition and emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care.* 2009;(24):e1-e18.
31. Levine RE, *et al.* An evaluation of depressed mood in two classes of medical students. *Acad Psychiatry.* 2006;(3):235-237.
32. Dyrbye LN, *et al.* Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;(81):354-373.
33. Santiago López, Virgilio. *Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional en el psiquiatra: encuesta en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"*. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2003.
34. Reyna Olivera, Genaro. *Presencia del síndrome de desgaste profesional en residentes del primer año de psiquiatría en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"*. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2004.
35. Alcocer-Castillejos, Natasha Viviana. *Factores relacionados al síndrome de burnout y a la sintomatología psiquiátrica en residentes de diferentes especialidades médicas*. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2001.

## **8. ANEXOS**

Inventario de Maslach para *Burnout*, Cuestionario de Variables Epidemiológicas, Escala de Goldberg para Ansiedad y Depresión y Consentimiento Informado.

S	e		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							



## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Lugar de nacimiento:

Vives con: familia \_\_\_\_\_ pareja \_\_\_\_\_ pareja e hijos: \_\_\_\_\_  
amigos/conocidos \_\_\_\_\_ sólo \_\_\_\_\_

Año de residencia:

Número de guardias al mes:

Brevemente describe qué es lo que mas te gusta y lo que más te disgusta de tu trabajo:

Durante tu tiempo libre, prefieres dedicar tu tiempo a:

¿Has tenido alguna enfermedad importante? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuál(es) \_\_\_\_\_

¿Tienes algún familiar cercano con una enfermedad crónica/incapacitante del cual tú eres el cuidador principal ó de los principales?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tomas ahora ó has tomado algún psicofármaco?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_

## ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.  
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,  
versión española GZEMPP, 1993)

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD:

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN:

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA**

**Lugar y Fecha** \_\_\_\_\_ México, DF a 11 de mayo del 2012.

**Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:** \_\_\_\_\_ COMPARACIÓN ENTRE

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON BURNOUT EN LOS RESIDENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".

**Registrado ante el Comité Local de Investigación del:** \_\_\_\_\_ HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

**El objetivo del estudio es:**

ENCONTRAR LA RELACIÓN ENTRE ESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON LA DE BURNOUT

**Se me ha explicado que mi participación consistirá en:** \_\_\_\_\_ COMPLETAR CUESTIONARIOS

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante**

DR. MIGUEL ÁNGEL NIETO CARDONA. MÉDICO  
RESIDENTE

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Investigador Responsable.**

**Testigos**

\_\_\_\_\_  
DRA. PERLA PÉREZ  
RAMÍREZ.

\_\_\_\_\_  
DRA. SILVIA ESPÍNDOLA  
MORALES.

|

|