



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAE) DE
TRAUMATOLOGÍA, ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”.

TÍTULO:
FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y SU
ASOCIACIÓN CON EL NIVEL DE SOLICITUD DE APOYO POR SALUD
MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE ORTOPEDIA.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
ORTOPEDIA

PRESENTA:
ITZALIA DAINZÚ NÚÑEZ NOLASCO

TUTOR DE TESIS:
DR. RUBÉN ALONSO AMAYA ZEPEDA

ASESORES PRINCIPALES:
DR. RUBÉN TORRES GONZÁLEZ
DR. MANUEL BARRERA GARCÍA
LIC. ESTELA LÓPEZ MARTÍNEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 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.

Tabla de contenido

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	4
II. RESUMEN	5
III INTRODUCCIÓN	6
IV MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN EL MÉDICO RESIDENTE	8
ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	11
V. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
VII. OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
VIII. HIPÓTESIS	17
IX. METODOLOGÍA	18
TIPO DE DISEÑO	18
UNIVERSO DE TRABAJO	18
SITIO	18
MUESTRA	18
CUADRO OPERACIONAL DE VARIABLES	19
PROCEDIMIENTO	19
DIAGRAMA DE FLUJO	22
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	23
RECURSOS HUMANOS	25
RECURSOS MATERIALES	25
X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	26
XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
XII. FACTIBILIDAD	28
XIII. FINANCIAMIENTO	28
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
XV. RESULTADOS	29
XVI. DISCUSIÓN	29
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	33
XVII. CONCLUSIONES	41
XVIII. REFERENCIAS	44

XIX. ANEXOS	44
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	49
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR	53
CARTA DE Vo.Bo. DEL JEFE DE SERVICIO/ DEPARTAMENTO/ DIRECCIÓN	54
DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA INVESTIGACIÓN	55

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Alumno autor del trabajo de Tesis:

ITZALIA DAINZÚ NÚÑEZ NOLACO

Médico Residente de cuarto año de la especialidad de Ortopedia, Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760, Teléfono: 553 176 91 41. Correo electrónico: itzalia2310@gmail.com

Tutor (a):

DR. RUBÉN ALONSO AMAYA ZEPEDA

Coordinador Clínico Nocturno Vespertino Hospital de Ortopedia, Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760, Teléfono: 553 176 91 41. Correo electrónico: ruben.amaya@imss.gob.mx, omen.amaya@gmail.com

Asesores principales:

DR. RUBÉN TORRES GONZÁLEZ

Director de Educación e Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760, Teléfono: 57473500 extensión 25582, 25583. Correo electrónico: ruben.torres@imss.gob.mx, rtorres.tyo@gmail.com

DR. MANUEL BARRERA GARCÍA

Jefe De División De Educación E Investigación En Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760, Teléfono: 57473500 extensión 25582, 25583. Correo electrónico: mani_baga@hotmail.com

LIC. ESTELA LÓPEZ MARTÍNEZ

Licenciada en Psicología adscrita, Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS. Av. Colector 15 S/N esquina Av. Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760, Teléfono: 57473500 extensión 25582, 25583. Correo electrónico: <estela8392@hotmail.com

II. RESUMEN

Antecedentes: El médico al enfermar tiende a mostrar dificultades para asumir el rol de paciente, principalmente al buscar ayuda para problemas de salud mental como en el Síndrome de Burnout; el cuál en México tiene una prevalencia del 33-42.8% en médicos cirujanos. Sin embargo, no se han estudiado las posibles barreras que los residentes de ortopedia presentan para no solicitar ayuda por salud mental.

Objetivo: Conocer la frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su asociación con el nivel de solicitud de apoyo por salud mental en médicos residentes de la especialidad de ortopedia de la Unidad Médico de Alta Especialidad (UMAE) de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Método: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal en residentes ortopedistas; a quiénes se les aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach, el cuestionario de percepción de la solicitud de apoyo mental y el cuestionario sociodemográfico. Se compararon las características sociodemográficas, severidad del burnout y nivel de solicitud de salud mental mediante pruebas descriptivas, comparativas y de correlación.

Resultados: La muestra incluyó 170 residentes ortopedistas, de los cuales 79% fueron hombres, edad promedio de 28.2 ± 2 años y 94% solteros. Se formaron 2 subgrupos: con Síndrome de burnout 70% (n=119), y 30% (n=51) sin el síndrome. Del subgrupo con Síndrome de Burnout el 22.3% presentó un grado bajo de severidad, 37.6% medio y 10% alto. Del mismo subgrupo solo el 15.9% (n=19) solicitó ayuda al Servicio de Salud Mental. La principal barrera para no buscar apoyo de salud mental fue la *Falta de tiempo personal* (87%), seguida por *Me preocupa la confidencialidad* (78%) y *Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional* (66%). Los factores estadísticamente significativos que contribuyeron a la No solicitud de apoyo de salud mental fueron: el estado civil (OR 2.4; IC 95%) y el pensar “*Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*” (OR 3.1; IC 95%).

Conclusiones: La prevalencia del Síndrome de Burnout en los residentes ortopedias del HTOR-DVFN fue del 70%(n=119), de los cuales el 84% (n=100) no solicitó apoyo por salud mental. No se encontró asociación entre la severidad del síndrome con la falta de solicitud por apoyo de salud mental. La barrera de no solicitud de apoyo a salud mental, estadísticamente representativa, fue el pensamiento de “*Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*”, el cual puede contribuir a la subestimación de los padecimientos mentales.

Términos MeSH: Síndrome de Burnout, salud mental, severidad, barrera de apoyo mental

III INTRODUCCIÓN

Los médicos pueden ser negligentes en lo que concierne a su autocuidado y estado de salud. Las investigaciones enfocadas al proceso salud-enfermedad en el personal médico señalan que los médicos trabajan a pesar de estar enfermos, toman menos días de incapacidad, se automedican y suelen consultar a colegas en lugar de acudir a una consulta médica formal; lo cual resulta contraproducente, especialmente cuando se trata de algún padecimiento psiquiátrico.(1–3) El reconocer la disfuncionalidad por el mismo médico es tarea difícil, así como lo es enfrentar y aceptar la realidad de la enfermedad psicológica y su estigma social.(3) Se ha reportado que existe mayor prevalencia de ansiedad, depresión, suicidio, alcoholismo y abuso de sustancias en los médicos en comparación con otros grupos ocupacionales.(3–5)

Durante las jornadas laborales el médico se enfrenta a situaciones de ansiedad, estrés y angustia secundarias a la necesidad de rescatar al paciente, frustración ante la progresión de la enfermedad, sentimientos de impotencia ante las pérdidas por enfermedades y el dolor que éstas generan, entre otras. (1,6)

En México los sistemas de salud se apoyan en buena medida en los médicos residentes, quienes al ingresar viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica.(4) La duración de la especialidad en Ortopedia es de 4 años, pudiéndose extender a 5 o más años si se realiza una subespecialidad.

Particularmente los residentes de ortopedia presentan varios estresores propios de la especialidad como la atención de pacientes poli traumatizados o en estado crítico, cirugías de urgencias las 24 horas y ayudar a la conservación de la vida, el salvamento de un miembro o la disminución de las complicaciones y secuelas que van a determinar el pronóstico y el grado de incapacidad residual del paciente traumatizado. Aunado a la alta demanda académica, constante actualización y el desarrollo de destrezas en la práctica clínico-quirúrgico.(7–10) Se requiere de mayor control mental y emocional que cualquier otra disciplina; y de carácter y empatía para compartir con el enfermo y su familia las horas de angustia, tristeza y dolor. El nivel de exigencia y responsabilidad es alto, por lo tanto trae como consecuencia el desgaste físico y mental.(11,12)

El Síndrome de desgaste profesional o de burnout se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, y una importante repercusión en el profesionalismo médico, sistema de salud y bienestar del paciente.(13) Estudios internacionales enfatizan la importante asociación entre este síndrome y el entorno laboral y de aprendizaje en el cual se desenvuelve el médico, siendo las horas de trabajo excesivas y poco agradables, la responsabilidad sobre la vida y la muerte, los sistemas de jerarquías profesionales inflexibles, la intolerancia a la inconformidad y la cultura generalmente “machista” algunas de las fuentes de estrés presentes en el ámbito médico.(14,15)

Su prevalencia en médicos residentes es del 25 al 75% dependiendo la especialidad y país.(16,17) En el 2020 en E.U. el 52% de 661 residentes ortopedistas estudiados presentaron Síndrome de burnout. Los factores independientes asociados con mayor frecuencia fueron cursar los primeros años de residencia, alto volumen de trabajo, incapacidad para acudir a citas médicas de revisión, falta de ejercicio, de apoyo entre residentes y de un programa de ayuda.(18)

La salud mental de los médicos residentes reviste de gran importancia al interior de las instituciones hospitalarias pues su mal rendimiento puede tener un impacto profundo en la atención del paciente, la seguridad y costo de la atención médica. Ante esta situación es importante estudiar la presencia del síndrome de desgaste profesional en nuestra población de médicos residentes ortopedistas e investigar sus limitantes a la solicitud de apoyo por salud mental.

IV MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN EL MÉDICO RESIDENTE

§ Percepción del estado de salud, comportamiento ante la enfermedad y uso de los servicios sanitarios

Durante su formación el médico residente asume responsabilidades derivadas de la práctica clínica, mientras experimenta una serie de transiciones personales como cambio del domicilio familiar, matrimonio, maternidad o paternidad. Esto, aunado a la carga de trabajo y las condiciones laborales, generan un alto nivel de estrés el cual puede conllevar al desarrollo de problemas en la salud.(19)

Con frecuencia el médico evita la adquisición del rol de paciente dando solución parcial al problema, o ignorándolo, demorando el proceso diagnóstico y/o dando pie a tratamientos inadecuados. Los posibles factores que influyen en la actitud del médico ante su propia salud son: sentirse con el conocimiento de experto ante la enfermedad que padecen, conocer los medios de diagnóstico y tratamiento, el ambiente y funcionamiento de los centros sanitarios y falta de apreciación de los límites de sus conocimientos.(20)

Los circuitos asistenciales que utilizan los médicos cuando se sienten enfermos suelen ser atípicos como: consultar de manera informal a colegas por los pasillos o por teléfono, solicitar información para una supuesta tercera persona en vez de referirse a uno mismo, no seguir los circuitos administrativos ordinarios, no seguir las indicaciones terapéuticas recibidas y auto-meducarse.(21)

Este comportamiento también se ha visto en médicos residentes. En Rhode Island, 41% de los médicos residentes no se realizan chequeos médicos, a pesar de que el 93% lo consideraba necesario. Argumentan la falta de tiempo como el motivo más frecuente. Tener médico familiar se asoció a una mayor adherencia a los programas de prevención. La ausencia de médico de familia era más frecuente en residentes de especialidades quirúrgicas, quienes reportaron más horas de trabajo y menos de descanso. Hubo una alta tasa de autoprescripción (52%) y de prescripción por parte de doctores diferentes del que tenían asignado (38%).(22)

El alto nivel de estrés y su persistencia a lo largo de la residencia parece tener relación directa con un peor estado de salud y una menor satisfacción vital.(23)

§ Solicitud de ayuda por problemas de salud mental

Cuando los médicos padecen problemas de salud mental la tendencia a ocultarlos es mayor a comparación con otras enfermedades, debido a la preocupación sobre la confidencialidad y el estigma social. En la última década se ha incrementado el número de estudios sobre salud y calidad de vida en los médicos residentes. Los principales temas estudiados han sido el Síndrome de burnout, trastornos del sueño, estrés, fatiga y estrategias de afrontamiento.(24)

Es habitual que los médicos residentes eviten solicitar asistencia cuando sospechan que padecen algún problema de salud, físico o mental. Dunn *et al* publicaron que los residentes tienden a evitar la solicitud de asistencia aun estando preocupados por su salud (26-43%), siendo más común en mujeres.(25)

Las razones que suelen mencionar los médicos residentes para no buscar atención médica son la falta de tiempo, preocupación por el estigma, reacción de sus colegas y temor a la falta de confidencialidad. En EUA 28.3% de residentes de medicina interna admitían haber ocultado información sensible (tipo social o sexual) a sus médicos, incluso siendo conscientes de que esto podía tener un impacto negativo en la calidad de la atención recibida.(26)

Uno de los estudios más extensos llevado a cabo en médicos residentes de España, con una muestra de 206, mostró que un 88.8% referían un estado de salud satisfactorio o muy satisfactorio y poco más del 40% acudían con un médico de cabecera. Un 14% afirmaban tener antecedentes psiquiátricos que habían requerido tratamiento, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos depresivos.(27)

Existen varios estudios dirigidos a la salud mental de los médicos residentes, sin embargo pocos tienen una muestra suficiente y que además incluyan residentes específicos de ortopedia. Los intentos de reducir la tasa del Síndrome de burnout y mejorar el bienestar entre los residentes ortopedistas parecen haber sido en gran medida ineficaces, puesto que en 10 años la frecuencia se ha mantenido; a diferencia del nivel de frecuencia en los residentes de medicina interna, el cual redujo un 15% en Estados Unidos. También es inquietante que menos del 10% de los residentes ortopedistas informaron haber buscado asistencia profesional para manejar el estrés crónico o la depresión relacionada con el trabajo.(18)

En el estudio publicado por Lichstein (2020) sugieren que esto se debe a un estigma generalizado y a la falta de apoyo de los programas de capacitación, pues más del 50% de los

médicos informan que dudan en buscar atención de salud mental por temor a las limitaciones en su práctica médica a futuro.(18) Una cultura que disuade el autocuidado es peligrosa, además de que los síntomas de agotamiento pueden interpretarse como pereza o falta de interés.

En el 2015 en E.U., Sanfey *et al.*, investigaron los comportamientos de búsqueda de ayuda y denuncia de 164 residentes de cirugía general frente a circunstancias estresantes. Destacan que los factores que obstaculizan la asistencia incluyen falta de tiempo y confidencialidad. Los residentes también temían que se les percibiera como “no ser lo suficientemente adecuados” para la especialidad de cirugía. Los factores que beneficiaron al médico residente a obtener asistencia incluyeron tener un consejero, cónyuge o director de programa comprensivo y saber que otros habían presentado una situación similar.(14) En un estudio reciente se constató que los jefes de docencia a menudo infravaloran las tasas de burnout existentes entre los residentes, lo que podría interferir en el apoyo que se proporcionan.(28)

El reconocimiento temprano del Síndrome de desgaste profesional se ve obstaculizado por la falta de asociación entre el bienestar y la competencia de los residentes.(29) Conforme aumenta la conciencia sobre este padecimiento se avanza hacia la prevención y el tratamiento. El primer paso de prevención es el reconocimiento de los síntomas y la observación entre los compañeros a los cambios de comportamiento.(14)

Los residentes quirúrgicos dependiendo el género adoptan diferentes estrategias para confrontar el Síndrome de desgaste profesional. Se dice ser difícil para los residentes identificar los signos de depresión, estrés y posible suicidio entre sus colegas, y en uno mismo.(14,30) Sanfey sugiere establecer un entorno que permita al residente buscar ayuda sin temor al ridículo y con la seguridad de la confidencialidad y respeto. También señala que los educadores deben tomar en consideración el género y fomentar el reconocimiento oportuno de síntomas y signos de agotamiento entre los residentes.(14)

En el estudio de Givens y Tjia, (2002), realizado en 194 estudiantes de medicina se encontró que el 24% padecía de depresión y 22% buscó el servicio de salud mental. Las barreras citadas con mayor frecuencia para el atención de salud mental incluían falta de tiempo(48%), preocupaciones sobre la confidencialidad, estigma, costo, miedo a la documentación en el expediente académico y miedo a una intervención no deseada.(31)

En el 2010, Guille *et al.*, llevo a cabo un trabajo similar en 654 médicos pasantes; de los cuales 42.5% padecían de depresión y 22.7% buscó ayuda por salud mental. Las barreras a la solicitud de los servicios de salud mental más citados fueron la falta de tiempo personal (91.5%), preferencia por manejar los problemas por su cuenta, falta de acceso y preocupaciones sobre la confidencialidad.(32)

El estudio más reciente (2017), por Aaronson *et al.*, se asemeja a los trabajos previamente citado. El estudio se llevó a cabo en 181 médicos residentes del Centro Médico McGaw de la Universidad Northwestern en Chicago con el objetivo de identificar las barreras de impedimento para buscar tratamiento en salud mental. Los investigadores concluyeron que 61% de los residentes referían requerir apoyo por psiquiatría, de los cuales 64% jamás había buscado ayuda. Las barreras más comúnmente reportadas fueron la falta de tiempo, de confidencialidad, preocupaciones sobre lo que otros pensarían y el costo.(33)

ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

En 1974, el psicoanalista Freudenberg notó que con el tiempo la mayoría de los trabajadores presentaban pérdida progresiva de la energía hasta el agotamiento, desmotivación para el trabajo y mostraban un distanciamiento y cinismo con los demás, a lo cual le acuñó el término de “burnout”.(34,35) En 1986 Maslach y Jackson, dieron la definición al Síndrome de burnout o desgaste profesional como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y un sentido reducido de realización personal en los sujetos que trabajan con otras personas de alguna manera.(34,36) Sin embargo, este padecimiento no solo se ha visto como producto de una crisis en el área laboral, sino como respuesta ante un estrés crónico y la tensión emocional persistente.

§ El Síndrome de Desgaste Profesional como un síndrome clínico

Ha sido descrito como una respuesta prolongada a los factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, determinado por las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. El agotamiento emocional está descrito como la sensación de no ser capaz de ofrecer más de sí mismo a nivel emocional; la despersonalización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad, cinismo y distanciamiento hacia el trabajo y los receptores del servicio prestado; y la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, se describe como la sensación de no llevar a cabo tareas de forma adecuada y de ser incompetente en el

trabajo.(37,38) En términos generales es la respuesta del organismo a la insuficiencia de las estrategias de afrontamiento que los individuos típicamente utilizan para manejar los factores de estrés en el trabajo.

La experiencia clínica y terapéutica resalta la necesidad de caracterizar los diferentes tipos de agotamiento con el fin de ajustar líneas de acción terapéutica para mayor eficacia. Faber propuso 3 perfiles del síndrome: frenéticos, sub-desafiados y gastados. El criterio de clasificación es el grado de dedicación que se refleja específicamente en la participación, indiferencia y negligencia, que son los métodos de lidiar con el estrés y frustración en el trabajo. Sin embargo, los individuos afectados pueden fluctuar entre los tres.(39)

§ Factores de riesgo

Maslach describe los principales 6 factores de riesgo; sin embargo refiere que las condiciones que llevan a un individuo a desarrollar el Síndrome de burnout se relacionan más con el ambiente laboral que a una cuestión propia del individuo (36):

1. Sobrecarga laboral.
2. Falta de control sobre el trabajo, el ambiente y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones y escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad o faltantes.
3. Insuficiente reconocimiento de la labor.
4. Sensación de injusticia por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
5. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo.
6. Conflicto de valores entre los personales y los de la organización.

En el 2016 Dimou *et al.*, realizó una revisión sistemática del Síndrome de burnout en cirujanos en la agrupa los factores de riesgo en: horas de trabajo y tiempo de ocio, edad y años de práctica, matrimonio e hijos, horas de trabajo nocturno, género y estatus financiero. El factor de mayor presentación fue la dificultad del equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

§ *Sintomatología asociada y fases evolutivas*

- **Psicosomáticos:** fatiga crónica, cefaleas, molestias gastrointestinales, diarrea, disminución de peso, hipertensión arterial, trastornos del sueño, etc.
- **Conductuales:** ausentismo laboral, dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas, tabaquismos elevado, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y temperamentales.
- **Emocionales:** distanciamiento afectivo con las personas a las que ha de atender, irritabilidad, dificultad de concentrarse por ansiedad, alteración en la memoria, razonamientos abstractos y elaboración de juicios.
- **Defensivos:** negar las emociones descritas y las que le resultan desagradables. Desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato del paciente. Uso del cinismo o menosprecio hacia aquellas personas para las que trabaja.

Fase 1 (estrés laboral): desequilibrio entre las demandas laborales y la capacidad de los recursos humanos, generando una situación de estrés agudo.

Fase 2 (exceso o sobreesfuerzo): el individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas, pero sólo es transitorio.

Fase 3 (enfrentamiento defensivo): aparece el síndrome con los componentes descritos.

Este síndrome es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento y su evolución clínica varía considerablemente. Se desconoce el porcentaje real de pacientes recuperados, incluso sigue siendo tema de debate lo que se entiende por recuperación. Hay pacientes que se recuperan hasta el punto de reanudar su actividad laboral, pero siguen experimentando diversos síntomas (periódicos o no), algunos con el tiempo se recuperan completamente y otros empeoran. La enfermedad suele seguir una evolución cíclica, alternándose períodos de relativo bienestar con los de enfermedad. La recuperación la define el propio paciente y tal vez no signifique una desaparición completa de los síntomas. Estudios revelan que la posibilidad de recuperación es del 31,4% durante los primeros cinco años de enfermedad y del 48,1% durante los primeros diez.

Es fundamental comprender la evolución clínica del Síndrome de Burnout a fin de facilitar la comunicación entre médico y paciente, evaluar posibles tratamientos y abordar asuntos referentes a seguros y discapacidad.(36)

§ Método diagnóstico

Maslach creó una escala diagnóstica y de tamizaje con una consistencia interna alta y fiabilidad cercana al 90%. El Inventario de Maslach Burnout (IMB) es considerada como el estándar de oro diagnóstico y se ha validado en personas que trabajan en el rubro de la salud y adaptada al español. Consta de 22 puntos distribuidos en 3 sub-escalas que miden las principales manifestaciones, considerando el desgaste profesional como una variable continua con diferentes grados de intensidad.(40)

§ Síndrome de desgaste profesional en el área de la salud

Las investigaciones realizadas durante los últimos 10 años indican que el burnout está en aumento como una amenaza grave para los profesionales de la salud, especialmente hacia los residentes. Una revisión sistemática enfocada a las investigaciones del Síndrome de burnout realizadas en médicos residentes, especialistas o generales durante el periodo 2012-2018 en Iberoamérica; mostró una alta prevalencia del 45.8% en los residentes. Las variables sociodemográficas más representativas fueron cursar el segundo y tercer año de residencia, ser extranjero y estar cursando una residencia médico-quirúrgica (anestesiología, cirugía general, ortopedia, ginecología y obstetricia y urología).(41)

Existen discrepancias respecto a las especialidades con mayor prevalencia de burnout. Algunos describen una tasa mayor de estrés laboral en las especialidades quirúrgicas, aunque esto no siempre se relaciona con un peor desempeño laboral o con niveles más elevados de depresión. La prevalencia es mayor en los programas de especialidad que implican un mayor número de horas de trabajo.(38)

En Grecia se estudiaron diferentes factores que podían relacionarse con el burnout, hallando asociación con la carga de trabajo, conflictos entre vida laboral y personal, falta de apoyo por parte del supervisor, autonomía y posibilidades de desarrollo profesional.(42) Aquí la importancia de las condiciones laborales y factores psicosociales negativos en el trabajo como la falta de apoyo social, e inadecuadas estrategias de afrontamiento, comunicación y sensibilidad.(41)

§ *Síndrome de desgaste profesional en la Especialidad de Ortopedia.*

Estados Unidos y Canadá han realizado recientes estudios enfocados a los médicos residentes de la especialidad de Ortopedia en el ámbito de la salud mental.(43) Reportando una alta vulnerabilidad para padecer el Síndrome de burnout, depresión y ansiedad principalmente.(18) La prevalencia de burnout en especialistas en ortopedia es del 30% al 40%. Los factores de riesgo psicosociales que presentan mayormente son “intensidad y complejidad del trabajo” y “exigencia emocional”. Las cuestiones administrativas, la creciente burocracia y el miedo a ser demandado son factores estresantes reportados por los especialistas en Ortopedia.(44)

Lichstein *et al.*, realizaron una encuesta a 661 residentes de ortopedia, 83% hombres, 15% mujeres; en sus resultados reportaron que el 52% padecía Síndrome de burnout y 13% depresión; el 7% refirió el uso de drogas y el 61% consumo de alcohol.(18) También se ha determinado que la edad y la experiencia de los médicos se relaciona con su susceptibilidad al desgaste emocional, y ambos aspectos determinan la congruencia entre percepción del ambiente y las condiciones reales de éste.(11)

Terrones-Rodríguez *et al*, estudió a 116 residentes de las especialidades de: anestesiología 16, cirugía 16, ginecología 23, medicina interna 9, medicina familiar 5, ortopedia 11, patología 9, radiología 7, pediatría 12 y 8 en urgencias del Hospital General de Durango en México. De la muestra recolectada se obtuvo una prevalencia del Síndrome de burnout de 89.66%, mayor a la reportada en la literatura universal.(45)

En el año 2010, se realizó un estudio transversal en una población de 90 residentes de ortopedia por el Dr. Pérez- Pérez en la UMAE TOR DVFN, Ciudad de México. Se estudió la prevalencia del síndrome de Burnout y los factores sociodemográficos asociados, resultando una prevalencia del 73.3% del cual el 69.7% cursaba el 2do año y únicamente se encontró asociación significativa con el sexo femenino en los residentes de 3er grado (p 0.046) en la dimensión de cansancio emocional.

V. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tiempo de formación de los médicos durante la especialidad además de ser formativo, supone la incorporación al mundo laboral y práctica clínica. El médico residente debe adquirir una gran cantidad de conocimientos y habilidades en un intervalo de tiempo relativamente corto, enfrentarse a la resolución de problemas y asumir responsabilidades derivadas de la práctica clínica, sin contar aún con la experiencia suficiente. Esto aunado a una alta carga de trabajo y al ambiente laboral en que se desempeña puede desencadenar un nivel de estrés crónico que con lleve al desarrollo de problemas de salud.

Hay pocos datos sobre el porcentaje de médicos que buscan atención psiquiátrica a lo largo de su formación. Se ha estudiado que existe un conflicto interno entre ser el profesional que cura, el experto que atiende a los enfermos y estar al mismo tiempo en la situación de paciente. Con frecuencia el médico trata de evitar la adquisición del rol de paciente, dando solución parcial al problema o ignorándolo

De acuerdo a la literatura revisada, México cuenta con menor cantidad de estudios del Síndrome de Burnout en residentes de ortopedia, y en menor medida de estudios asociados a solicitud de apoyo a salud mental. La UMAE TOR "DVFN" ha sido sede de más de 33 generaciones de especialistas en ortopedia, sin embargo a pesar del gran número de egresados no hay registro reciente de estudios dirigidos hacia la salud mental; específicamente del síndrome en cuestión. Actualmente el hospital cuenta con un aproximado de 187 residentes cursando la especialidad de ortopedia.

La relevancia de este estudio recae en las siguientes razones: en primer lugar se ha observado subjetivamente manifestaciones de síntomas de desgaste profesional en los médicos residentes de ortopedia; más no hay información veraz y científica en referencia a la existencia del Síndrome de Burnout, por lo que lo hace necesario diagnosticar. A medida que se diagnostique es importante conocer su frecuencia y asociación con el nivel de solicitud de ayuda a salud mental, para tomar las decisiones que le permitan a los directivos del hospital la directriz que conduzca a prevenir o atender en tiempo este síndrome. De igual manera repercutirá en una mejor atención profesional de los médicos residentes hacia los pacientes.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su asociación con el nivel de solicitud de apoyo por salud mental en médicos residentes de la especialidad de ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”?

VII. OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su asociación con el nivel de solicitud de apoyo por salud mental en médicos residentes de la especialidad de ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la frecuencia y la severidad del síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes de ortopedia mediante el Inventario de Burnout de Maslach.
- 2) Identificar los factores que limitan la solicitud de ayuda al Servicio de Salud Mental por los médicos residentes de ortopedia con diagnóstico de Síndrome de desgaste profesional, a través de la encuesta de Percepción de la Solicitud de Apoyo Mental.
- 3) Identificar si la severidad del Síndrome de desgaste profesional se asocia con la solicitud de apoyo por salud mental en médicos residentes de Ortopedia.

VIII. HIPÓTESIS

La frecuencia de Síndrome de Desgaste Profesional en médicos residentes de ortopedia es similar a la reportada en la literatura mundial; la severidad del Síndrome de Desgaste Profesional se asocia con el nivel de solicitud de apoyo al servicio de salud mental por médicos residentes de la especialidad de ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

IX. METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO

El estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se captó el mayor número de residentes de ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez.

SITIO

La investigación se llevó a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS. Calle Avenida Colector 15 s/n (Av. Fortuna) Esq. Av. Instituto Politécnico nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. Ciudad de México. C.P. 07760.

MUESTRA

**TAMAÑO DE MUESTRA*

Se estimó un tamaño de muestra de 78 residentes para detectar una frecuencia del 89.4% del Síndrome de desgaste profesional, con un intervalo de confianza del 95% basados en el artículo de Terrones-Rodríguez et al. en 116 residentes.(45)

**TÉCNICA DE MUESTREO*

No probabilístico.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN*

***CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

- *Ser médico residente de ortopedia del UMAE TOR “DVFN”*
- *Colaborar en la encuesta de forma voluntaria*

***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN*

- *Ser médico residente de ortopedia de otro hospital*
- *Negarse a participar voluntariamente en la encuesta*

***CRITERIOS DE ELIMINACIÓN*

- *Todas las encuestas que no sean debidamente llenadas*
- *Médicos residente que exprese solicitud no quiere seguir participando en la investigación.*

CUADRO OPERACIONAL DE VARIABLES

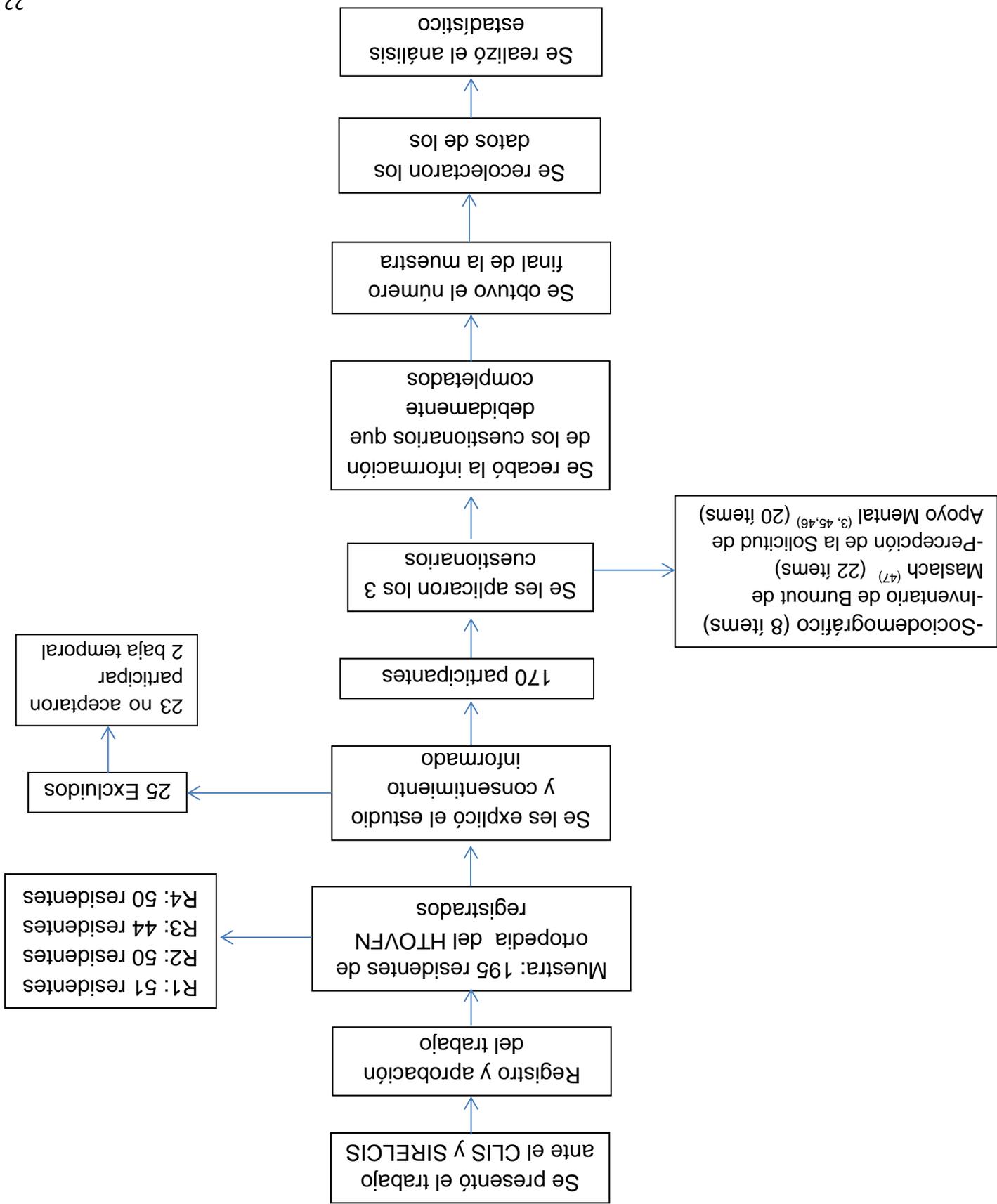
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Unidad de medición
Burnout	Respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales.	Mediante el Inventario de Burnout de Maslach (IMB) se medirán los factores dimensionales y sub-dimensiones del burnout	Cualitativa	Ordinal	Bajo Moderado Alto
Barreras para solicitar ayuda a salud mental	Factores que limitan al participante a solicitar ayuda a salud mental	Mediante el Cuestionario de percepción de la solicitud de apoyo mental	Cualitativa	Nominal	1 Propios de la persona 2 Acceso y sistema de la institución 3 Percepción hacia el terapeuta
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	El estado civil reportado por el sujeto mediante una encuesta	Cualitativa	Nominal dicotómica	Soltero Casado
Hijos	Descendiente directo de una persona	Presencia o ausencia de hijos reportada por el sujeto mediante una encuesta	Cualitativa	Nominal	Sí No
Tiempo de ingreso a la especialidad médica en Ortopedia	Tiempo transcurrido en años desde el ingreso hasta el estado actual al sistema de especialidades médicas por la UNAM	Años reportados en la especialidad por el sujeto mediante una encuesta	Cuantitativa	De razón	Primero Segundo Tercero Cuarto
Procedencia	Territorio donde se da el alumbramiento de la persona	Lugar de nacimiento reportado por el sujeto mediante una encuesta	Cualitativa	Nominal	Ciudad de México Provincia Extranjero
Compañero de vivienda	Persona con quien se vive y comparte una residencia	Compañero con quien se vive en misma casa reportado por el sujeto mediante una encuesta	Cualitativa	Nominal	Residentes Familia Pareja Solo Otro
Frecuencia con que realiza actividades recreativas	Tiempo libre o descanso de las ocupaciones habituales.	Número de horas que invierte de su tiempo libre al día.	Cuantitativa	De razón	< 2 hrs/día 2-4 hrs/día > 4 hrs/día

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Barreras para solicitar ayuda a salud mental	Propios de la persona	Grado de percepción de la persona a no tomar la decisión de buscar apoyo por salud mental influenciado por cuestiones inherentes al pensamiento o creencias propias ella	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de tiempo personal para buscar atención de salud:
			<ol style="list-style-type: none"> 5. Totalmente de acuerdo 4. De acuerdo 3. Moderadamente de acuerdo 2. Desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me preocupa lo que pensarían los demás. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupación de que "nadie podrá entender mis problemas" (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estigma del uso de los servicios de salud mental. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentir que "mis problemas no son importantes". (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentir que "usar los servicios significaría que soy débil". (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
	Acceso al sistema de salud mental	Grado de percepción del sujeto a no tomar la decisión de buscar apoyo por salud mental con respecto a la red de apoyo por parte de dirección del hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No creo que el tratamiento de salud mental (medicamento o terapia) me ayude. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me preocupa la confidencialidad.
			<ol style="list-style-type: none"> 5. Totalmente de acuerdo 4. De acuerdo 3. Moderadamente de acuerdo 2. Desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura de seguro deficiente o falta de finanzas personales. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo a una intervención no deseada. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo a la documentación en mi expediente académico. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para acceder a la atención y servicios de salud mental. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de disponibilidad de servicios de salud mental. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
	Percepción hacia el terapeuta	Grado de percepción del sujeto a no tomar la decisión de buscar apoyo por salud mental con respecto al personal de quién recibirán el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de información sobre cómo / dónde obtener servicios. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas culturales por parte de quién recibirá el tratamiento.
<ol style="list-style-type: none"> 5. Totalmente de acuerdo 4. De acuerdo 3. Moderadamente de acuerdo 2. Desacuerdo 1. Totalmente en desacuerdo 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas de identidad sexual por parte de quién recibirá el tratamiento. (Mismas opciones de respuesta que el ítem) 			
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de medicamentos previo a la psicoterapia. (Mismas opciones de respuesta que el ítem)

PROCEDIMIENTO

1. Se presentó el trabajo ante el comité local de investigación en Salud (CLIS) 3401 de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México, así como al comité de ética en investigación CONBIOÉTICA-09-CEI-001-20180122, mediante el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud (SIRELCIS) para su evaluación y dictamen obteniendo el número de registro R-2021-3401-062
2. Se les explicó a los participantes que el objetivo del trabajo es servir a la investigación realizada en la UMAE TOR “DVFN” sobre el desgaste profesional de los médicos residentes de ortopedia y la solicitud de apoyo a salud mental. Se les explicó el anonimato y confidencialidad de su participación.
3. Se le proporcionó a cada participante el consentimiento informado y posterior a su aprobación se les proporcionaron 3 cuestionarios: el Inventario de Burnout de Maslach(40), el Sociodemográfico y el de Percepción de la Solicitud de Apoyo Mental(31–33).
4. Se capturaron los resultados de los cuestionarios en formularios de Excel.
5. Se procesaron los datos obtenidos con el programa IBM-SPSS y se realizó el análisis de resultados.

DIAGRAMA DE FLUJO



INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

**ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA*

Fue de elaboración propia, consta de 8 ítems basados en los datos sociodemográficos laborales más relacionados con la susceptibilidad al desarrollo del Síndrome de burnout. Los datos recopilados fueron sexo, edad, grado de residencia, estado civil, presencia de hijos, procedencia, con quien habita y horas de ocio diario; se analizaron entre los grupos de sujetos con y sin diagnóstico de burnout. Se aplicó a través de la plataforma SurveyMonkey con un tiempo de duración de 1 a 2 minutos.

**ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE APOYO MENTAL*

Constó de 20 ítems, de los cuales 18 de ellos abarcaron las barreras más frecuentemente reportadas en la literatura como impedimentos al momento de solicitar atención al servicio de salud mental en profesionales de la salud. Las últimas dos preguntas fueron sobre si el sujeto en estudio está o ha recibido tratamiento por salud mental y en caso afirmativo dar las principales dos razones que lo motivaron a solicitar ayuda.

Los primeros 18 ítems se evaluaron mediante una escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Cada participante calificó en la escala Likert de 5 puntos el grado que consideró que cada elemento (ítem) les afectaría o impediría tomar la decisión de buscar apoyo por salud mental. Estos ítems se englobaron en Barreras en base al sujeto (falta de tiempo personal, estigmas, etc.), Barreras en base al sistema (confidencialidad, costos, etc.) y Barreras en base al terapeuta o psiquiatra (falta de sensibilidad a los problemas culturales, de identidad sexual, toma de medicamentos).

Una puntuación de cuatro a cinco se consideró como "factor limitante". Los ítems o factores limitantes relacionados con las posibles barreras a la solicitud de apoyo en profesionales médicos se recopilaron de estudios y encuestas realizadas por los autores Givens & Tjia, Constance Guille, *et al.*, y Aaronson, *et al.* (31–33) La aplicación de la encuesta fue través de la plataforma SurveyMonkey en un tiempo de 10 minutos.

**INVENTARIO DE MASLACH PARA BURNOUT*

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional Y la severidad del mismo. Se aplicó a través de la plataforma SurveyMonkey en un tiempo de 10 minutos.

Se midieron los 3 aspectos del síndrome:

- a. Sub-escala de agotamiento emocional: Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 ítems). Puntuación máxima 54
- b. Sub-escala de despersonalización: Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22 ítems). Puntuación máxima 30
- c. Sub-escala de realización personal: Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 ítems). Puntuación máxima 48.

Rangos de medida de la escala:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Cálculo de puntuaciones:

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

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total obtenido	Indicios de Burnout
Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20		Más de 26
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22		Más de 9
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21		Menos de 34

Valoración de puntuaciones:

Los valores de referencia

- Cansancio emocional: Bajo: 0-18, Medio: 19-26 y Alto: 27-54
- Despersonalización: Bajo: 0-5, Medio: 6-9 y Alto: 10-30
- Realización personal: Bajo: 0-23, Medio: 24-39 y Alto: 40-48

RECURSOS HUMANOS

Participación del siguiente personal médico:

- Investigador Responsable: Dr. Amaya Zepeda Rubén Alonso
- Tutor y asesor metodológico: Dr. Amaya Zepeda Rubén Alonso
- Conceptualización de la idea, análisis de datos e interpretación de resultados: Dr. Rubén Torres González
- Colaboradores: Dr. Manuel Barrera García, Lic Estela López Martínez

RECURSOS MATERIALES

- Equipo de cómputo
- Equipo telefónico móvil con acceso a internet
- Hojas blancas tamaño carta
- Calculadora.
- Impresora.
- Tóner para impresora.
- Uso de plataforma SurveyMonkey^{MR}
- Programa estadístico y Excel

X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Al final del periodo del 01 al 31 de mayo de 2021, los datos fueron recabados a través de la plataforma SurveyMonkey^{MR} se vaciaron en una base de datos de Excel y posteriormente se procesaron a partir del programa SPSS IBM. Las variables numéricas se expresaron con media y desviación estándar (DE) para aquellas con una distribución normal. Se utilizó la prueba no paramétrica de Kolmogorov-smirnov para evaluar la normalidad de las variables. Las variables categóricas se expresaron en número de observaciones y porcentajes (%). La muestra se estratificó de acuerdo a la severidad del Síndrome de Desgaste a través del Inventario de Burnout Maslach, las variables continuas se compararon con a prueba de *t* de student con una distribución paramétrica y con U de Mann Whitney para aquellas con una distribución no paramétrica, las variables categóricas se compararon con Ji cuadrada. Se consideraron como estadísticamente significativo con un valor de *p* igual o menor a 0.05. A través de un análisis de regresión logística se evaluó la contribución de la severidad del Síndrome de desgaste en la frecuencia de solicitud de apoyo al servicio de salud mental, el cual se expresó a través del Riesgo Relativo con un intervalo de confianza del 95%. Para la captura y análisis de la información se diseñó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS V20.

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, con base al título segundo, artículo 17, el trabajo se clasificó en categoría 1 (riesgo mínimo). Se les explicó los objetivos y en qué consistiría el estudio a cada participante, igualmente se les proporcionó un consentimiento informado. Su participación fue anónima y libre, bajo el principio bioético de autonomía. Así mismo, eran libres de retirarse del estudio si lo hubiesen deseado. La información obtenida fue manejada de manera confidencial y su acceso fue únicamente por el investigador para la realización del estudio científico con la finalidad de obtener información para ser aplicada a la ciencia médica y a la mejora en la formación de médicos residentes. Todos los datos se mantienen resguardados por el investigador y los participantes no podrán ser identificados en otros estudios, respetando con absoluta integridad su uso.

El estudio también se basó en los principios de bioética de: beneficencia, al actuar a favor del bienestar, buscando brindar una mayor atención de calidad; el principio de no maleficencia, promoviendo la prohibición de dañar o llevar a cabo acciones mal intencionadas; y el principio de justicia, trabajando y actuando equitativamente. También se aplicaron las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013, que guía a los médicos en las investigaciones médicas en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

El presente trabajo se presentó ante el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) 3401 de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México, así como ante el comité de ética en investigación CONBIOÉTICA-09-CEI-001-20180122, mediante el sistema de registro electrónico de la coordinación de investigación en salud (SIRELCIS) para su evaluación y dictamen obteniéndose el número de registro R-2021-3401-062.

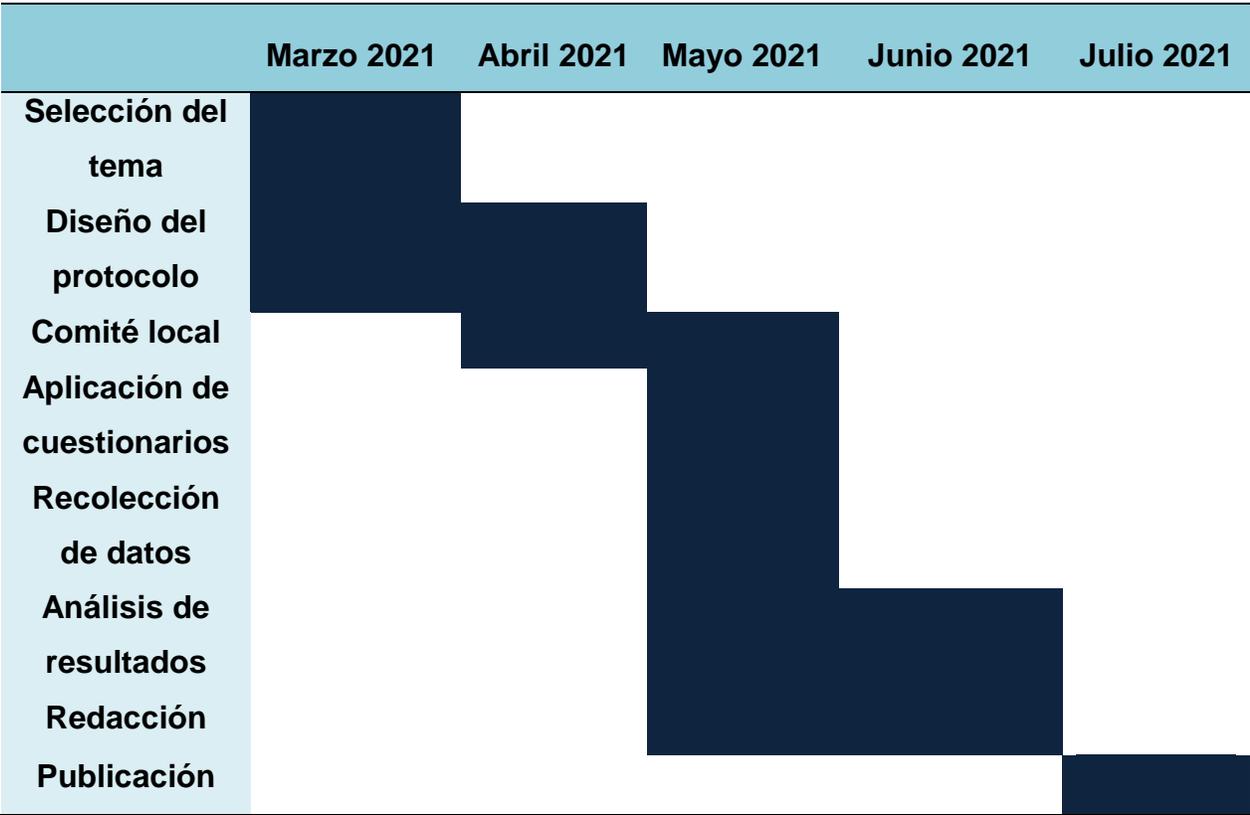
XII. FACTIBILIDAD

Fue un estudio factible debido a que en la UMAE de TOR “DVFN” dispuso la cantidad de población suficiente para llevarse a cabo, contando con la labor continua de los médicos residentes. La población fue de 170 residentes de ortopedia, incluidos todos los residentes del primer, segundo, tercero y cuarto año, mayor a la población estimada para obtener un intervalo de confianza del 95%.

XIII. FINANCIAMIENTO

No se requirió de financiamiento extra por las características del estudio, debido a que la UMAE de TOR “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” contó con los insumos necesarios.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



XV. RESULTADOS

Se invitaron a participar del 01 al 31 de mayo del 2021, a 195 médicos residentes del primer al cuarto grado del curso de especialización médica en Ortopedia de la UMAE de Traumatología y Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Ciudad de México. De los cuales 25 residentes no fueron incluidos por los siguientes motivos: 23 no aceptaron participar en el estudio y dos residentes por encontrarse de baja temporal de la residencia médica. Se obtuvo una muestra final de 170 residentes. **Ver Figura 1.**

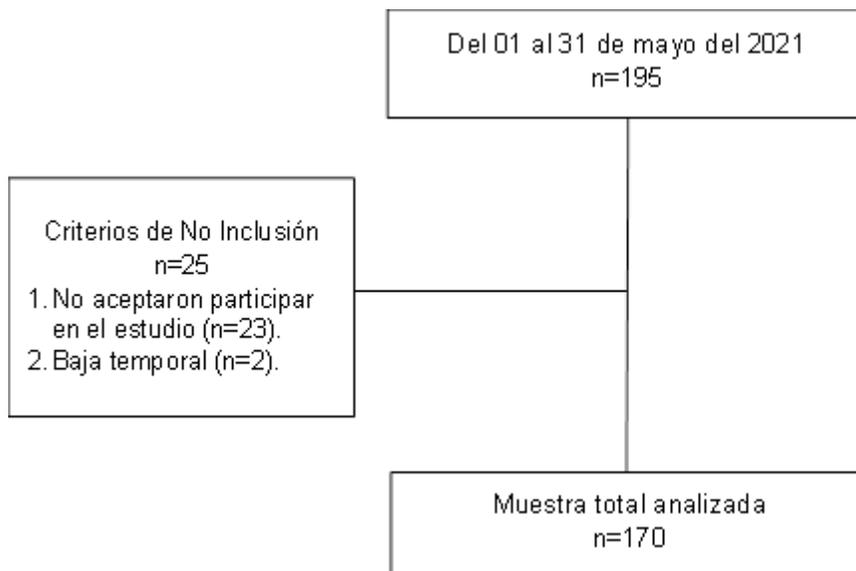


Figura 1. Enrolamiento de médicos residentes de Ortopedia en el estudio “Frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su Asociación con el Nivel de Solicitud de Apoyo por Salud Mental”.

En la tabla 1. Se muestran las características sociodemográficas de los encuestados. El sexo predominante fue el masculino en el 79% (n=134), la edad promedio fue de 28.2 ± 2.8 años y el 27% (n=46) de los residentes encuestados se encontraban en su primer año de especialidad, el 26% en el segundo año (n=45), el 19% en el tercer año (n=32) y el 28% en el cuarto año (n=47). El 67% (n=114) de los residentes proviene de algún estado de la república distinto a la Ciudad de México y solo el 3% (n=5) es extranjero. La mayoría de los residentes es soltero 94% (n=159) y el resto es casado, solo 5% (n=9) tiene hijos. La mayoría habita con otros médicos residentes 40% (n=68), seguido del 25.2% (n=43) que habitan solos, el 19.4% (n=33) habita con su familia, y el 15.2% (n=26) habita con su pareja. El tiempo de entretenimiento promedio fue de 2 ± 1.1 horas por día. **Ver Tabla 1.**

Tabla 1. Características sociodemográficas de 170 residentes de Ortopedia encuestados.	
Característica	n=170
Masculino, n (%)	134 (79)
Edad (años, \pm DE)	28.2 ± 2.8
Grado De Residencia, n (%)	
Primero	46 (27)
Segundo	45 (26)
Tercero	32 (19)
Cuarto	47 (28)
Procedencia, n (%)	
Otro Edo Rep. Mex..	114 (67)
Cd. de Méx	51 (30)
Extranjero	5 (3)
Estado Civil, n (%)	
Soltero	159 (94)
Casado	11 (6)
Con hijos, n (%)	9 (5)
Personas con quienes habitan, n (%)	
Otros Residentes	68 (40)
Solo	43 (25.2)
Familia	33 (19.4)
Pareja	26 (15.2)
Tiempo de Entretenimiento, h/día \pm DE	2 ± 1.1

Del total de la muestra, el 70% (n=119) de los residentes de Ortopedia encuestados presentaron Síndrome de Burnout al momento del estudio de acuerdo con el Inventario de Maslach. Ver Figura 2.

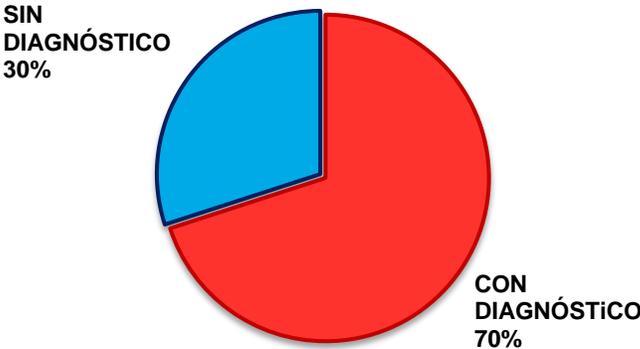


Figura 2. Frecuencia del Síndrome de Burnout por el Inventario de Maslach en residentes de Ortopedia.

En la Figura 3. Se muestran los diferentes grados de severidad del Síndrome de Burnout en el total de residentes de Ortopedia encuestados, 22.3% (n=38) presentaron un grado bajo, 37.6% (n=64) un grado medio y 10% (n=17) un grado alto, el resto no presentó Síndrome de Burnout.

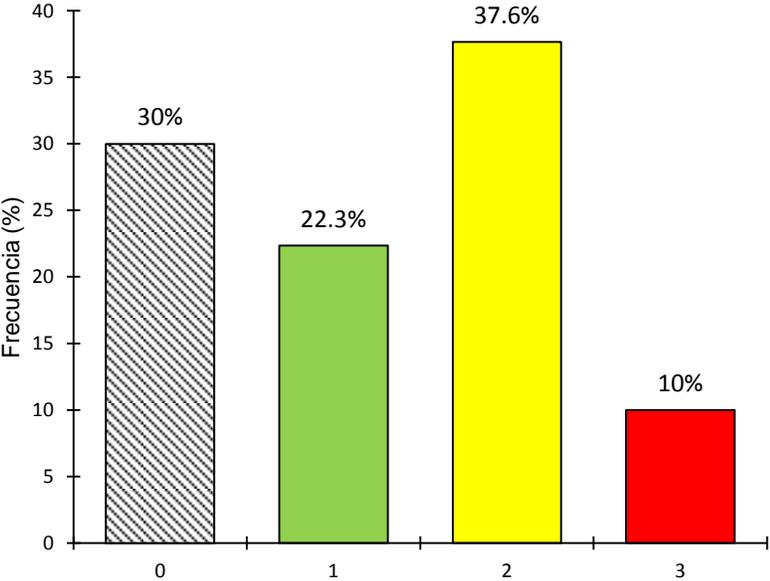


Figura 3. Severidad del Síndrome de Burnout en 170 médicos residentes de Ortopedia.

A continuación se muestra el porcentaje que presentó cada una de las tres dimensiones que componen al Síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D), Realización Personal (RP); obtenido a través del Inventario de Maslach y aplicado a 170 residentes de Ortopedia. En la dimensión de AE el 82.3% (n=140) mostró un nivel alto de desgaste, el 9.4% (n=16) un nivel medio y solo el 8.2% (n=14) un nivel bajo. El 87% (n=148) mostró un nivel alto de Despersonalización, el 11% (n=19) un nivel medio, y el 2% (n=3) un nivel bajo. Por último, el 21% (n=35) mostró un nivel alto de desgaste en su realización personal, el 75% (n=128) medio y el 4% (n=7) bajo. Ver Figura 4.

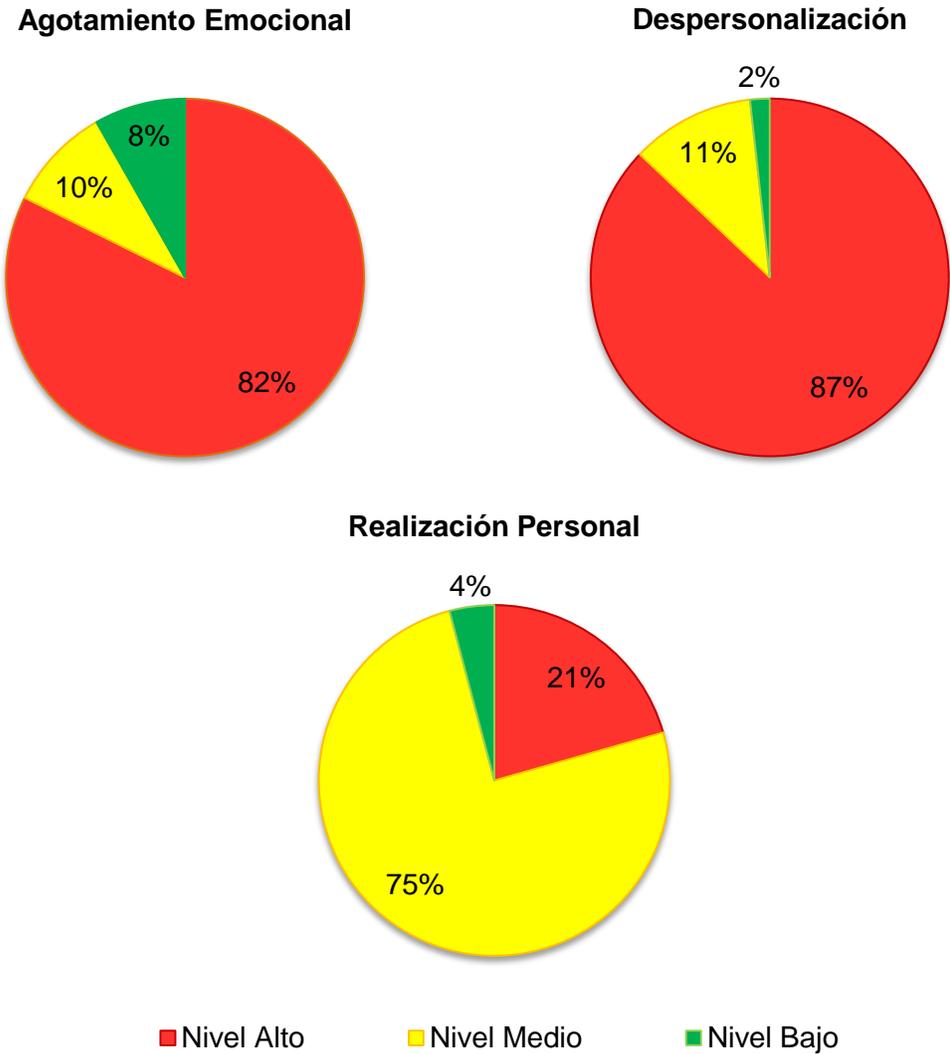


Figura 4. Severidad del Síndrome de Burnout por dimensiones en médicos residentes de Ortopedia.

Del total de los médicos encuestados con diagnóstico de Síndrome de Burnout por el Inventario de Maslach (n=119), solo el 15.9% (n=19) solicitó ayuda al Servicio de Salud Mental. **Ver Figura 5.**

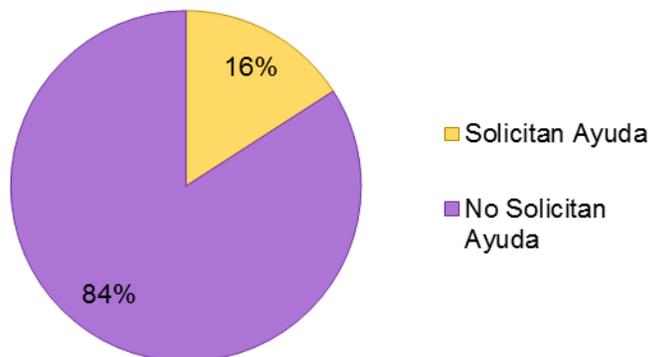
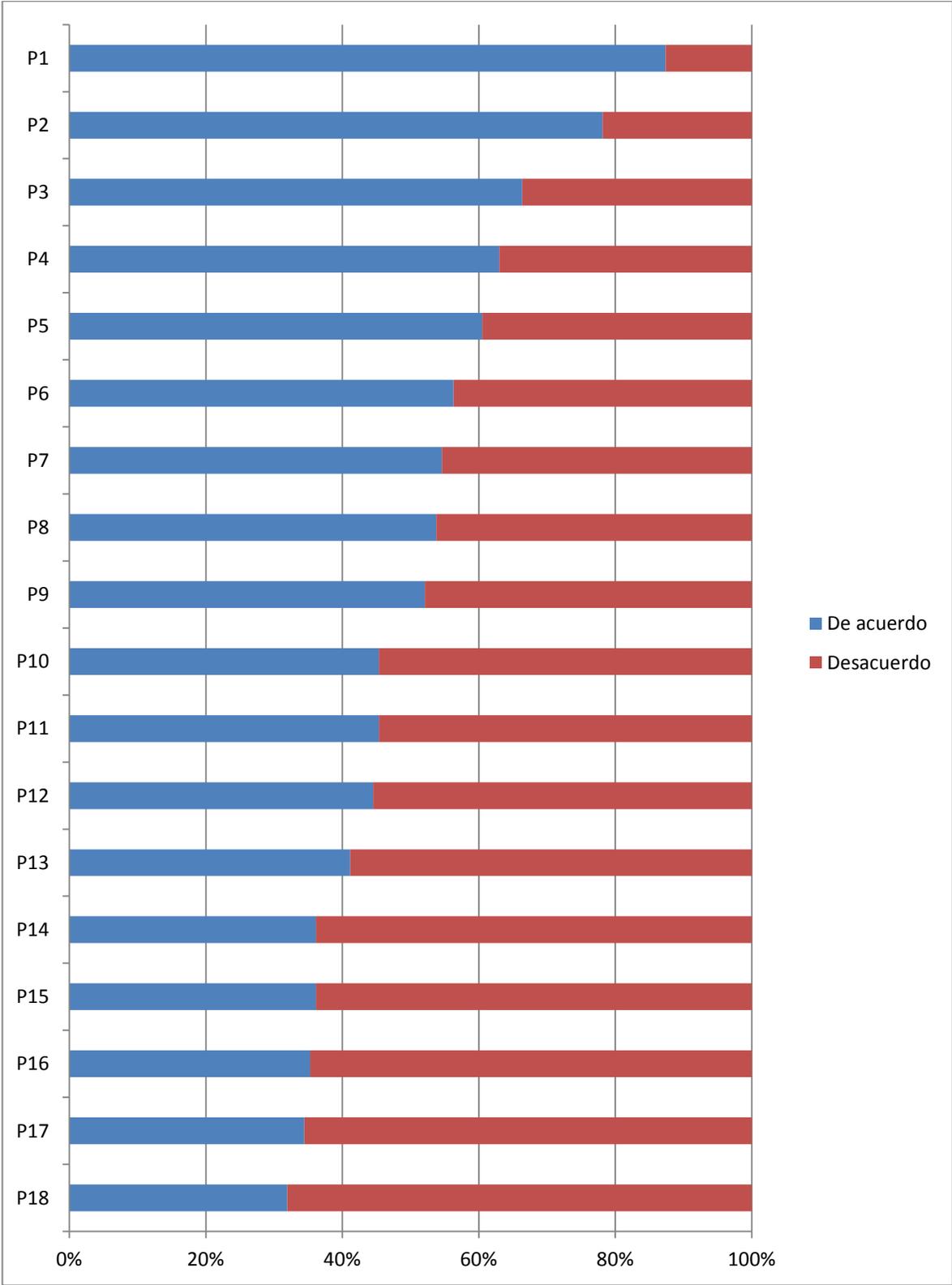


Figura 5. Porcentaje de médicos residentes de Ortopedia con Síndrome de Burnout que solicitan ayuda al Servicio de Salud Mental.

La figura 6 representa la frecuencia de “De acuerdo” y “Desacuerdo” de las 18 Barreras para la solicitud de apoyo de salud mental referidas por los 119 residentes de Ortopedia con Síndrome de Burnout. La barrera con mayor porcentaje de “De acuerdo” fue la *Falta de tiempo personal para buscar atención de salud* con un 87% (n=104), seguida con el 78% (n=93) por *Me preocupa la confidencialidad* y el 66% (n=79) con *Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*. Las barreras con mayor porcentaje de “Desacuerdo” fueron: el 68% (n=81) con *Sentir que “usar los servicios significaría que soy débil”*, el 66% (n=78) con *No creo que el tratamiento de salud mental (medicamentos o terapia) me ayude* y el 65% (n=75) con *Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas de identidad sexual*. **Ver Tabla 2 y Figura 6.**

Tabla 2. Resultados de la encuesta Percepción de la Solicitud de Apoyo Mental aplicada a 119 residentes de Ortopedia con Síndrome de Burnout.

Pregunta	De acuerdo n (%)	Desacuerdo n (%)
1. Falta de tiempo personal para buscar atención de salud	104 (87)	15 (13)
2. Me preocupa la confidencialidad	93 (78)	26 (22)
3. Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional	79 (66)	40 (34)
4. Falta de disponibilidad de servicios de salud mental	75 (63)	44 (37)
5. Dificultad para acceder a la atención	72 (61)	47 (39)
6. Me preocupa lo que piensan los demás	67 (56)	52 (44)
7. Estigma de la atención de la salud mental	65 (55)	54 (45)
8. Cobertura de seguro deficiente o falta de finanzas personales	64 (54)	55 (46)
9. Falta de información sobre cómo o dónde obtener servicios	62 (52)	57 (48)
10. Miedo a una intervención no deseada	54 (45)	65 (55)
11. Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas culturales	54 (45)	65 (55)
12. Preocupación de que “nadie podrá entender mis problemas”	53 (45)	66 (55)
13. Miedo a la documentación en el expediente académico	49 (41)	70 (59)
14. Sentir que “mis problemas no son importantes”	43 (36)	76 (64)
15. Toma de medicamentos previo a la psicoterapia	43 (36)	76 (64)
16. Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas de identidad sexual	42 (35)	77 (65)
17. No creo que el tratamiento de salud mental (medicamentos o terapia) me ayude	41 (34)	78 (66)
18. Sentir que “usar los servicios significaría que soy débil”	38 (32)	81 (68)



En la Tabla 3. Se presentan los factores que se estudiaron como limitantes de la solicitud de ayuda al servicio de salud mental en los residentes de ortopedia con Síndrome de Burnout (n=119). Se observó que el 96% (n=100) de los residentes que no solicitan ayuda al servicio de salud mental están solteros vs el 7% (n=1) de los residentes que si solicitaron ayuda ($p<0.05$).

El segundo factor estadísticamente significativo fue la premisa “*Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*”, la cual se presentó en el 73% (n=70) de los residentes con Síndrome de Burnout que no solicitaron ayuda por salud mental vs el 6% (n=40) de los residentes que si solicitaron ayuda ($p<0.05$). El grado de severidad del síndrome de Burnout, así como resto de los factores, no presentó una asociación estadísticamente representativa con la falta de solicitud de ayuda al servicio de salud mental.

Tabla 3. Identificación de factores que limitan la solicitud de ayuda al Servicio de Salud Mental en 119 residentes de Ortopedia con Síndrome de Burnout.			
Característica	Solicitan ayuda n=15	No solicitan ayuda n=104	Valor de p
Masculino, n (%)	10 (66.7)	79 (76.0)	0.67
Edad (años, ± DE)	27.8 ± 3.5	28.2 ± 2.6	0.89
Grado De Residencia, n (%)			
Primero	5 (33)	30 (29)	0.95
Segundo	5 (33)	29 (28)	0.89
Tercero	1 (7)	19 (18)	0.29
Cuarto	4 (27)	26 (25)	1.0
Procedencia, n (%)			
Cd. de Méx.	8 (53)	33 (32)	0.19
Otro Edo Rep. Mex.	7 (47)	68 (65)	0.27
Extranjero	0 (0)	3 (3)	1.0
Estado Civil, n (%)			
Soltero	1 (7)	100 (96)	<0.0001
Casado	14 (93)	4 (4)	<0.0001
Con hijos, n (%)	0 (0)	3 (3)	1.0
Personas con quienes habitan, n (%)			
Otros Residentes	3 (20)	42 (40)	0.14
Familia	5 (33)	19 (18)	0.37
Pareja	4 (27)	15 (14)	0.48
Solo	3 (20)	28 (27)	0.78
Tiempo de Entretenimiento, h/día ± DE	1.9 ± 1.0	1.9 ± 1.1	0.70

Continúa Tabla 3...

Severidad del Síndrome de Burnout, n (%)			
Bajo	5 (7)	33 (15)	1.0
Medio	9 (60)	55 (53)	0.06
Alto	1 (33)	16 (32)	0.50
Encuesta de percepción de la solicitud de apoyo mental. n=119			
“De acuerdo”, n (%)			
1. Falta de tiempo personal para buscar atención de salud	13 (87)	91 (88)	1.0
2. Me preocupa la confidencialidad	11 (73)	82 (79)	0.88
3. Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional.	6 (40)	73 (70)	0.04
4. Falta de disponibilidad de servicios de salud mental	9 (60)	66 (63)	1.0
5. Dificultad para acceder a la atención y servicios de salud mental	9 (60)	63 (61)	1.0
6. Me preocupa lo que piensan los demás	8 (53)	59 (57)	1.0
7. Estigma del uso de los servicios de salud mental	10 (67)	55 (53)	0.44
8. Cobertura de seguro deficiente o falta de finanzas personales	10 (67)	54 (52)	0.40
9. Falta de información sobre cómo o dónde obtener los servicios de salud mental	6 (40)	56 (54)	0.45
10. Miedo a una intervención no deseada	7 (47)	47 (45)	1.0
11. Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas culturales	9 (60)	45 (43)	0.34
12. Preocupación de que “nadie podrá entender mis problemas”	10 (67)	43 (41)	0.10
13. Miedo a la documentación en el expediente académico	9 (60)	40 (38)	0.19
14. Sentir que “mis problemas no son importantes”	8 (53)	35 (34)	0.24
15. Toma de medicamentos previo a la psicoterapia	7 (47)	36 (35)	0.54
16. Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas de identidad sexual	6 (40)	36 (35)	0.90
17. No creo que el tratamiento de salud mental (medicamentos o terapia) me ayude	4 (27)	37 (36)	0.68
18. Sentir que “usar los servicios significaría que soy débil”	6 (40)	32 (31)	0.68

En la Tabla 4. Se describe el riesgo relativo de las variables que se asociaron a la falta de solicitud de apoyo por salud mental en los residentes de ortopedia que padecen Síndrome de Burnout. Siendo que el estado civil: soltero presenta un riesgo de 3.1 veces más de no solicitar apoyo por salud mental, con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Así mismo el pensar que “Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional” tiene un riesgo de 2.4 veces más de no solicitar apoyo por salud mental en los residentes de ortopedia con Síndrome de Burnout, con un IC del 95%.

Tabla 4. Riesgo Relativo de las variables asociadas con la falta de solicitud de apoyo por salud mental en médicos residentes de Ortopedia con Síndrome de Burnout			
Variable	Riesgo Relativo (RR)	RR Límite inferior (95%)	RR Límite superior (95%)
Estado civil: Soltero	3.1	1.1	8.4
“Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional”	2.4	0.4	12.8

XVI. DISCUSIÓN

Mundialmente la frecuencia del síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes es elevada, independientemente de la especialidad y año en el que estén inscritos. Afectando a uno de cada 3 de forma importante y uno de cada 10 de forma severa con matices de irreversibilidad.⁽⁸⁾ Con frecuencia el médico evita la adquisición del rol de paciente dando solución parcial al problema, o ignorándolo, demorando el proceso diagnóstico y/o dando pie a tratamientos inadecuados.⁽²⁰⁾ Cuando padecen problemas de salud mental la tendencia a ocultarlos es mayor, debido a la preocupación sobre la confidencialidad y el estigma social.⁽²⁴⁾ Por lo cual, es de suma relevancia conocer la frecuencia del Síndrome de burnout y su asociación con el nivel de solicitud de apoyo por salud mental en los residentes de ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los residentes de ortopedia del actual estudio fue del 70%, similar a lo publicado por otros autores. En el 2010 Pérez, H. reportó una prevalencia del 73.3% (n=51) en médicos residentes de ortopedia de la UMAE TOVFN; lo cual refleja que deben mejorarse las estrategias de prevención y dar mayor facilidad de acceso a la atención del servicio de salud mental. Otros autores han reportado un índice menor del 30 al 40% en médicos ortopedistas, pero superior al 50% en médicos residentes.^(44,46)

Respecto al nivel de severidad del Síndrome de desgaste profesional, obtenido mediante el Inventario de Burnout de Maslach; del actual estudio el grado que presentó mayor incidencia fue el *Medio* con un 37.6% (n=64), seguido del grado *Bajo*, 22.3% (n=38); y *Alto*, 10% (n=17).

Dos de las tres dimensiones que componen al síndrome de desgaste profesional tuvieron un comportamiento semejante al de estudios previos, siendo así que la Despersonalización y el Agotamiento emocional presentaron un porcentaje elevado del nivel *Alto*, con un 82.3% (n=140) y 87% (n=148) respectivamente. Por el contrario, el nivel de severidad con mayor proporción de la Realización personal fue el *Medio* con el 75% (n=128); distinto a lo descrito en la literatura, el cual suele presentarse con un nivel *Bajo*.⁽⁴⁷⁾ En base a estos resultados, nuestra población refleja, principalmente, un alto porcentaje de desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad, cinismo y distanciamiento hacia el trabajo y pacientes; seguido de la sensación de no ser capaz de ofrecer más de sí mismo a nivel emocional. Sin embargo, al presentar un

nivel *Medio* de Realización personal implica que aún hay sensación de satisfacción y no se alcanza la máxima sensación de no llevar a cabo tareas de forma adecuada ni de sentirse incompetente en el trabajo por completo.

Referente a la tasa de solicitud de ayuda al servicio de salud mental, se demostró que el 84% (n=100) de los residentes de ortopedia con síndrome de burnout no han solicitado apoyo de este servicio; siendo menos del 16% (n=19) los residentes quienes sí lo han hecho. Lo cual concuerda con estudios anteriores que reportan que < 65% de la población médica acude a su consulta regular de atención primaria, lo que sugiere una tendencia preocupante hacia no buscar atención médica preventiva.⁽³³⁾ La mayoría de los estudios muestran que las barreras que experimentan los médicos se agravan en quienes padecen problemas de salud mental. Así mismo el auto-tratamiento y la atención informal es común entre el gremio; un estudio reciente mostró que dos tercios de los médicos finlandeses con problemas de salud mental se habían tratado a sí mismos como el único tipo de atención.⁽⁴⁶⁾

Las Barreras que limitan la solicitud de ayuda al servicio de salud mental se subdividieron en 3 dimensiones: Propios de la persona, Acceso al sistema de salud mental y Percepción hacia el terapeuta. Las barreras que presentaron un porcentaje mayor al 60% fueron:

1. “Falta de tiempo personal para buscar atención de salud” (87%)
2. “Me preocupa la confidencialidad” (78%)
3. “Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional” (66%)
4. “Falta de disponibilidad de los servicios” (63%)
5. “Dificultad para acceder a la atención” (61%)

Correspondiendo las barreras número 1 y 3 a la dimensión “Propio de la persona”; y la 2, 4 y 5 a la dimensión de “Acceso al sistema de salud mental”; semejante a los resultados obtenidos en los pocos estudios que se han realizado a estudiantes de medicina, médicos internos de pregrado y médicos titulados para Identificar los factores limitantes para la solicitud de ayuda salud mental.^(31–33)

Los factores estudiados que se identificaron como limitantes de la solicitud de ayuda al servicio de salud mental con una $p < 0.05$ fueron: el ser soltero y el pensar “*Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*”. El presentar Síndrome de burnout y ser soltero tiene un RR del 2.4 mayor

para no solicitar ayuda por salud mental que alguien con síndrome de burnout no soltero. Y el presentar Síndrome de Burnout y pensar “*Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*” tiene un RR del 3.1 mayor para no solicitar ayuda por salud mental, ambos con un IC del 95%. Con respaldo en la literatura descrita el hecho de no tener pareja se mostró con mayor frecuencia en los sujetos con Burnout, coincidiendo con Gutiérrez, et al. en 2006, Esquivel, et al. en 2007 y Castañeda-Aguilera en 2019. Entre las principales barreras citadas con mayor frecuencia para no solicitar ayuda por otros autores han sido: falta de tiempo y confidencialidad.^(31–33,46)

Existe una alta tendencia de los médicos residentes a subestimar su estado de salud mental, lo que aumenta el riesgo a no solicitar apoyo por psiquiatría o psicología. El reconocimiento temprano del agotamiento se ve obstaculizado por la falta de asociación entre el bienestar y la competencia de los residentes. Conforme aumenta la conciencia sobre el estrés en la residencia es un paso importante hacia la prevención y el tratamiento. Es necesario establecer un entorno que permita al residente buscar ayuda sin temor al ridículo y con la seguridad de confidencialidad y respeto, trabajar en la autopercepción de los residentes, su falta de voluntad para buscar ayuda y la importancia del liderazgo en el establecimiento de un entorno de apoyo.

Por último, se evaluó la contribución de la severidad del Síndrome de Burnout con la frecuencia de solicitud de apoyo al servicio de salud mental, la cual no tuvo una asociación estadísticamente representativa.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro de las limitaciones que encontramos en nuestro estudio, podemos mencionar que al ser un estudio de percepción existe la posibilidad de sesgo de respuesta; dado que algunas de las principales preocupaciones con respecto a la solicitud de apoyo de salud mental fueron la confidencialidad y la falta de tiempo, las cuales podrían disuadir a una persona de completar esta encuesta con total veracidad y sinceridad. Otra limitante del estudio a considerar, es el método de aplicación de las encuestas de modo no presencial, desconociendo si se realizó durante la guardia, preguardia, postguardia o vacaciones lo cual puede influir al momento de resolver el IMB. De igual forma faltó considerar entre las variables el hábito de sueño y estatus económico de los sujetos estudiados.

Basados en los resultados obtenidos se destaca la alta prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes de ortopedia y su elevada tasa de no solicitar apoyo por salud mental, siendo esto sumamente preocupante. Se propone implementar medidas que promuevan la solicitud al servicio de salud mental en base a las principales barreras que presentaron mayor frecuencia. De igual modo se plantea que a futuro se realicen mayores investigaciones dirigidas a determinar posibles factores protectores del síndrome de desgaste profesional, así como técnicas de afrontamiento y resiliencia en los residentes de ortopedia. Todo esto dentro de un contexto más amplio realizándose las correspondientes pruebas en dos periodos diferentes de tiempo; previo y posterior a la implementación de las estrategias que impulsen la atención de salud mental en los médicos residentes de ortopedia; todo ello nos ampliaría la perspectiva que hay hacia la solicitud de ayuda a salud mental de los médicos residentes.

Del mismo modo, los residentes deben esforzarse por fomentar el apoyo entre sus compañeros, cultivar la responsabilidad personal y abogar por sí mismos o por sus compañeros cuando se enfrenten a desafíos. Los programas académicos también deben educar a los residentes sobre el agotamiento, enfocarse en el volumen equitativo de trabajo, fomentar el acceso al mantenimiento de la salud y alentar a los que se encuentran en los primeros años de la especialidad.

XVII. CONCLUSIONES

La frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional en residentes ortopedistas de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” fue del 70% (n=119) similar a lo descrito en la literatura. De los cuales el 22.3% presentó un grado bajo de severidad, 37.6% grado medio y 10% alto. No obstante, el grado de severidad del síndrome de Burnout no presentó una asociación estadísticamente representativa con la falta de solicitud de ayuda al servicio de salud mental. La principal barrera señalada para no buscar apoyo fue la *Falta de tiempo personal* (87%), seguida por *Me preocupa la confidencialidad* (78%) y *Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional* (66%). Los factores estadísticamente significativos que contribuyeron a la No solicitud de apoyo de salud mental fueron: el estado civil (OR 2.4; IC 95%) y el pensar “*Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional*” (OR 3.1; IC 95%).

XVIII. REFERENCIAS

I.

1. Gonzales E, Pérez E. Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud. *Psicol Iberoam* [Internet]. 2011;19(2):67–77. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440008>
2. Marco-Gómez B, Pérez-Alvárez CAG-R. El proceso de enfermar de los médicos y sus consecuencias en el profesionalismo. *Acta Bioeth*. 2018;24(2):199–210.
3. Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. *Health (Irvine Calif)*. 2012;16(1):3–18.
4. Gaona Valle L, Consuelo Estrada J, Tomp Osnaya E, Rizo Amezcuita J. La importancia de la salud en los médicos residentes y su relación con la calidad y seguridad del paciente. *Conamed*. 2018;3(18):15–8.
5. Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I, Valdez-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Publica Mex*. 2004;46(4):326–32.
6. Lebares CC, Guvva E V., Ascher NL, O’Sullivan PS, Harris HW, Epel ES. Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2018;226(1):80–90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.010>
7. Driesman AS, Strauss EJ, Konda SR, Egol KA. Factors Associated With Orthopaedic Resident Burnout: A Pilot Study. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;28(21):900–6.
8. Strauss EJ, Markus DH, Kingery MT, Zuckerman J, Egol KA. Orthopaedic Resident Burnout Is Associated with Poor In-Training Examination Performance. *J Bone Jt Surg - Am Vol*. 2019;101(19):e102.
9. Faivre G, Kielwasser H, Bourgeois M, Panouilleres M, Loisel F, Obert L. Burnout syndrome in orthopaedic and trauma surgery residents in France: A nationwide survey. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018;104(8):1291–5.

10. Simons BS, Foltz PA, Chalupa RL, Hylden CM, Dowd TC, Johnson AE. Burnout in U.S. military orthopaedic residents and staff physicians. *Mil Med*. 2016;181(8):835–9.
11. Chan K, Petrisor B, Bhandari M. Emotional intelligence in orthopedic surgery residents. *Can J Surg*. 2014;57(2):89–93.
12. Bustamante-Ogando JC, Rosas-Vargas R, Barcelata-Eguiarte B, Vázquez-Rivera M, Espinosa-Garamendi E. Evaluación psicológica de los médicos aceptados al posgrado de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría TT - Psychological evaluation of applicants accepted into Pediatrics Residency Program at Instituto Nacional de Pediatría. *Acta pediátrica México* [Internet]. 2014;35(3):202–11. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000300005&lang=en%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n3/v35n3a5.pdf
13. Dimou FM, Eckelbarger D, Riall TS. Surgeon burnout: A systematic review. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2016;222(6):1230–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.022>
14. Sanfey H, Fromson JA, Mellinger J, Rakinic J, Williams M, Williams B. Residents in distress: An exploration of assistance-seeking and reporting behaviors. *Am J Surg* [Internet]. 2015;210(4):678–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.05.011>
15. Van Vendeloo SN, Godderis L, Brand PLP, Verheyen KCPM, Rowell SA, Hoekstra H. Resident burnout: Evaluating the role of the learning environment. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1–8.
16. Prins JT, Gazendam-donofrio SM, Tubben BJ, Heijden FMMA Van Der, Wiel HBM Van De, Hoekstra-weebers JEHM. stress Burnout in medical residents : a review. 2007;788–800.
17. Aguilar-nájera O, Zamora-nava LE, Grajales- G, Valdovinos-díaz MÁ, Téllez-ávila FI, Zamora-nava LE, et al. Prevalence of burnout syndrome in gastroenterologists and endoscopists : results of a national survey in Mexico. *Postgrad Med* [Internet]. 2020;00(00):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1707486>

18. Lichstein PM, He JK, Estok D, Prather JC, Dyer GS, Ponce BA, et al. What Is the Prevalence of Burnout, Depression, and Substance Use among Orthopaedic Surgery Residents and What Are the Risk Factors? A Collaborative Orthopaedic Educational Research Group Survey Study. *Clin Orthop Relat Res*. 2020;478(8):1709–18.
19. Vargas-Terrez BE, Moheno-Klee V, Cortés-Sotres JF, Heinze-Martin G. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investig en Educ Médica*. 2015;4(16):229–35.
20. Braquehais MD, Bel MJ, Montejo JE, Arteman A, Bruguera E, Casas M. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. *Rev Esp Med Leg [Internet]*. 2012;38(3):107–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.05.003>
21. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: A systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):501–8.
22. Gupta G, Schleinitz MD, Reinert SE, McGarry KA. Resident physician preventive health behaviors and perspectives on primary care. *R I Med J (2013)*. 2013;96(5):43–7.
23. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians: Prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;82(1):31–8.
24. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):81–90.
25. Dunn LB, Green Hammond KA, Roberts LW. Delaying care, avoiding stigma: Residents' attitudes toward obtaining personal health care. *Acad Med*. 2009;84(2):242–50.
26. Palabindala V, Foster P, Kanduri S, Doppalapudi A, Pamarthy A, Kovvuru K. Personal health care of internal medicine residents. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2012;1(4):8864.
27. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio Sobre La Salud De Los

Residentes De Cataluña. Fund Galatea. 2009;48.

28. Holmes EG, Connolly A, Putnam KT, Penaskovic KM, Denniston CR, Clark LH, et al. Taking Care of Our Own: A Multispecialty Study of Resident and Program Director Perspectives on Contributors to Burnout and Potential Interventions. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2017;41(2):159–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-016-0590-3>
29. West CP, Shanafelt TD, Cook DA. Lack of association between resident doctors' well-being and medical knowledge. *Med Educ*. 2010;44(12):1224–31.
30. Veldenz HC, Scott KK, Dennis JW, Tepas JJ, Schinco MS. Impaired residents: identification and intervention. *Curr Surg*. 2003;60(2):214–7.
31. Givens JL, Tjia J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Acad Med*. 2002;77(9):918–21.
32. Guille C, Speller H, Laff R, Epperson CN, Sen S. Utilization and Barriers to Mental Health Services Among Depressed Medical Interns: A Prospective Multisite Study. *J Grad Med Educ*. 2010;2(2):210–4.
33. Aaronson AL, Backes K, Agarwal G, Goldstein JL, Anzia J. Mental Health During Residency Training: Assessing the Barriers to Seeking Care. *Acad Psychiatry*. 2018;42(4):469–72.
34. Servizio FC. Job stress models for predicting burnout syndrome : a review. *Ann Ist Super Sanità*. 2016;52(3):443–56.
35. Güler, Yılmaz, Serkan Şengül ZK, Çalış H. Burnout syndrome should not be underestimated. *Rev ASsoc Med Bras*. 2019;65(11):1356–60.
36. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjoberg L, Groene GJ De, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union : an exploratory study. 2018;160–5.
37. Rodrigues H, Id RC, Gonc AK, Medeiros L, Gurgel K. Burnout syndrome among medical

- residents : A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;1–17.
38. Sweileh WM. Research trends and scientific analysis of publications on burnout and compassion fatigue among healthcare providers. *J Occup Med Toxicol*. 2020;15(23):1–10.
 39. Montero-Marín J, García-Campayo J, Mera DM, Del Hoyo YL. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol*. 2009;4(1):1–17.
 40. Dávila FA, Nevado N. Validación de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud. *Educ Med*. 2016;17(4):158–63.
 41. Cobo Molina N, Álvarez Mena J, Parra Osorio L, Gómez Salazar L, Acosta Fernández M. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Diálogos de saberes*. 2019;(50):39–60.
 42. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in medical residents: A study based on the job demands-resources model. *Sci World J*. 2014;2014.
 43. Gosselin MM, Alolabi B, Dickens JF, Li X, Mesfin A, Miller AN, et al. Cross-Sectional Survey Results on Mental Health Among Orthopedic Surgery Residents Across North America. *J Surg Educ*. 2019;76(6):1484–91.
 44. Travers V. Burnout in orthopedic surgeons. *Orthop Traumatol Surg Res* [Internet]. 2020;106(1):S7–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.04.029>
 45. Francisco J, Jesús J De. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(2):242–8.
 46. Sochacki KR, Dong D, Peterson L, McCulloch PC, Harris JD. The Measurement of Orthopaedic Surgeon Burnout Using a Validated Wearable Device. *Arthrosc Sport Med Rehabil* [Internet]. 2019;1(2):e115–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2019.09.004>
 47. Moreno RMC. Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico FRay Bernardino Álvarez de la generación 2002-2006. [Mexico]; 2006.

XIX. ANEXOS

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

**INVENTARIO DE MASLACH PARA BURNOUT*

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

- A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL
- D. DESPERSONALIZACIÓN
- R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

**ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA*

- 1. Sexo:**
 - a. Masculino
 - b. Femenino
- 2. Edad:**
 - a. 20 – 25 años
 - b. 26 – 30 años
 - c. 29 – 35 años
 - d. >36 años
- 3. Estado civil**
 - a. Soltero
 - b. Casado
- 4. Hijos**
 - a. Sí
 - b. No
- 5. Grado de residencia**
 - a. Primero
 - b. Segundo
 - c. Tercero
 - d. Cuarto
- 6. Procedencia:**
 - a. Ciudad de México
 - b. Provincia
- 7. Habita con:**
 - a. Otros residentes
 - b. Familia
 - c. Pareja
 - d. Solo
 - e. Otro
- 8. Horas de ocio diario**
 - a. < 2 hrs día
 - b. 2 – 4 hrs día
 - c. >4 hrs día

**ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE APOYO MENTAL*

1. Indiquen el Nivel De Acuerdo en una escala de 5 puntos que va desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo de posibles preocupaciones que podrían afectar tu decisión de buscar apoyo de salud mental, si alguna vez necesitaras estos servicios.
- Falta de tiempo personal para buscar atención de salud
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Me preocupa la confidencialidad.
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Me preocupa lo que pensarían los demás
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Preocupación de que "nadie podrá entender mis problemas"
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Estigma de la atención de la salud mental
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Sentir que "mis problemas no son importantes"
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Es pasajero, no creo requerir de ayuda adicional
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Cobertura de seguro deficiente o falta de finanzas personales
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - Miedo a una intervención no deseada.
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

- Sentir que "usar los servicios significará que soy débil"
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Miedo a la documentación en el expediente académico
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Dificultad para acceder a la atención
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Falta de disponibilidad de servicios
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas culturales.
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Preocupación por la falta de sensibilidad a los problemas de identidad sexual
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- No creo que el tratamiento de salud mental (medicamentos o terapia) me ayude.
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Falta de información sobre cómo / dónde obtener servicios
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- Toma de medicamentos previo a la psicoterapia
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Moderadamente de acuerdo
 - d) Desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

2. ¿Has recibido o estás en algún tratamiento por salud mental?

- a) Sí
- b) No

En caso de ser afirmativo la pregunta previa ¿cuáles consideras que fueron las principales dos razones que influyeron en ti de solicitar o aceptar apoyo por salud mental? En caso de ser negativa la pregunta escribe una X.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su Asociación con el nivel de Solicitud de Apoyo por Salud Mental en Médicos Residentes de Ortopedia.				
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica				
Lugar y fecha:	Ciudad de México				
Número de registro:					
Justificación y objetivo del estudio:	El Síndrome desgaste profesional es un padecimiento secundario a un estrés crónico que condiciona que los trabajadores a un desempeño no adecuado y a su vez es un factor predisponente de ausentismo laboral y deserción. Por lo que es relevante conocer su frecuencia y relación con el nivel de solicitud de apoyo por salud mental en los médicos residentes de ortopedia				
Procedimientos:	Se me explicó que se me aplicarían 3 cuestionarios auto-aplicables de 15 a 20 minutos de duración en total.				
Posibles riesgos y molestias:	Se me informó que los posibles riesgos y molestias son nulos.				
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me explicó que con mi contribución ayudaré a detectar los puntos clave a trabajar para reforzar positivamente las condiciones de formación de los residentes respecto a su salud mental.				
Participación o retiro:	Se me informó que mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, libre, anónima y no tendré ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación. Si acepto participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no me lo solicite, pudiendo informar o no las razones de mi decisión, la cual será respetada en mi integridad.				
Privacidad y confidencialidad:	Se me explicó que la información obtenida será utilizada únicamente por el investigador para la realización de un estudio científico con la finalidad de obtener información que pueda ser aplicada a la ciencia médica y a la mejora de formación de médicos residentes. Mis datos serán confidenciales, resguardados y no podrán ser identificados en otros estudio. Se respetará con absoluta integridad el uso de mis datos personales de acuerdo a la ley DOF 05-07-2010, del IFAL vigente.				
Autorizo el estudio:	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autoriza.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autorizo.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Si autoriza.	<input type="checkbox"/>	No autorizo.
<input type="checkbox"/>	Si autoriza.				
<input type="checkbox"/>	No autorizo.				

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Rubén Alonso Amaya Zepeda

Colaboradores: Itzalia Dainzú Núñez Nolasco, Rubén Torres González, Manuel Barrera García, Estela López Martínez

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a la investigadora principal Itzalia Dainzú Núñez Nolasco Médico Residente de 4to año de la Especialidad de Ortopedia, Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", IMSS. Av Colector 15 S/N esquina Av Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A Madero, CP 07760, Teléfono 57473500 ext 25689, correo electrónico itzalia2310@gmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México



Ciudad de México a 24 de mayo de 2021.

Carta de aceptación de tutor y/o investigador responsable del proyecto

Nombre del Servicio/ Departamento

División de Educación en Salud de la UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"

Nombre del/La Jefe de Servicio/ Departamento:

Dra. Elizabeth Pérez Hernández

Por medio de la presente con referencia al "Procedimiento para la Evaluación, Registro, Seguimiento y Modificación de Protocolos de Investigación en Salud presentados ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud" Clave 2810-003-002; Así como en apego en la normativa vigente en Materia de Investigación en Salud, Declaro que estoy de acuerdo en participar como tutor de trabajo de investigación del/a Alumno(a) **Itzalia Dainzú Núñez Nolasco** del curso de especialización médica en Ortopedia, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, vinculado al proyecto de investigación titulado:

Frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su Asociación con el Nivel de Solicitud de Apoyo por Salud Mental en Médicos Residentes de Ortopedia

En el cual se encuentra como investigador/a responsable el/la:

Dr. Rubén Alonso Amaya Zepeda

Siendo este/a el/la responsable de solicitar la evaluación del proyecto, así como una vez autorizado y asignado el número de registro, informar al comité local de investigación en salud (CLIS) correspondientemente, respecto al grado de avance, modificación y eventualidades que se presenten, durante el desarrollo del mismo en tiempo y forma.

Nombre y firma autógrafa del/ la tutor/a

Dr. Rubén Alonso Amaya Zepeda

Nombre y firma del/la Investigador/a responsable:

Dr. Rubén Alonso Amaya Zepeda

Para el investigador responsable: Favor de imprimir, firmar, escanear el documento; posteriormente desde su bandeja como investigador responsable en SIRELCIS, se cargará en anexos. Hacer llegar la original al secretario del CLIS correspondiente.

Eje Fortuna (Colector 15) s/n Casi Esq. Av. Instituto Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, C. P. 06770, CDMX. Tel. (55) 57473500
www.imss.gob.mx

CARTA DE Vo.Bo. DEL JEFE DE SERVICIO/ DEPARTAMENTO/ DIRECCIÓN



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación
"Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México



Ciudad de México a 24 de mayo de 2021.

Carta de Visto Bueno y Apoyo del Jefe de Departamento

Nombre del Servicio / Departamento:

División de Educación en Salud UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"

Nombre del Jefe de Servicio / Departamento:

Dra. Elizabeth Pérez Hernández Jefa de la División de Educación en Salud UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"

Por medio de la presente con referencia al "Procedimiento para la Evaluación, Registro, Seguimiento y Modificación de Protocolos de Investigación en Salud, presentados ante el Comité Local de Investigación en Salud" Clave 2810-003-002; así como en apego a la normativa vigente en Materia de Investigación en Salud, declaro que estoy de acuerdo en participar en el desarrollo del trabajo de tesis de/la Alumno/a **Itzalia Dainzú Núñez Nolasco** del curso de especialización médica en Ortopedia avalado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, vinculado al proyecto de investigación llamado: Frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su Asociación con el Nivel de Solicitud de Apoyo por Salud Mental en Médicos Residentes de Ortopedia

En el cual se encuentra como investigador/a responsable:

Dr. Rubén Alonso Amaya Zepeda

Siendo este/a el/la responsable de solicitar la evaluación del proyecto, así como una vez autorizado y asignado el número de registro, informar al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) correspondientemente, respecto al grado de avance, modificación y eventualidades que se presenten, durante el desarrollo del mismo en tiempo y forma.

Nombre y firma autógrafa del/ la tutor/a:

Dr. Rubén Alonso Amaya Zepeda

Vo. Bo. Del/la Jefe/a del servicio / Departamento

Nombre y firma a Autógrafa:

Dra. Elizabeth Pérez Hernández

Vo. Bo. Del/la Jefe/a de División/Subdirector/Director

Nombre y Firma autógrafa:

Dra. Fryda Medina Rodríguez

Para el investigador responsable: Favor de imprimir, firmar, escanear el documento; posteriormente desde su bandeja como investigador

responsable en SIRELCIS, se cargará en anexos. Hacer llegar la original al secretario del CLIS correspondiente.
Eje Fortuna (Colector 15) S/n. Casi Esq. Av. Instituto Politécnico Nacional, Edif. Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, C. P. 06770, CDMX. Tel. (55) 57473500
www.imss.gob.mx

DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3401**.

Unidad Médica de Alta Especialidad De Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación Dr. Victorio de la Fuente Narváez

Registro COFEPRIS **17 CI 09 005 092**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 001 2018012**

FECHA **Martes, 13 de julio de 2021**

Dr. Rubén Alonso Amaya Zepeda

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Frecuencia del Síndrome de Desgaste Profesional y su Asociación con el nivel de Solicitud de Apoyo por Salud Mental en Médicos Residentes de Ortopedia** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3401-062

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. Fryda Medina Rodriguez

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3401

Impresión

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL