



UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALA”
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MÉDICOS
RESIDENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE
ALCALÁ. MARZO-SEPTIEMBRE 2018.**

(Trabajo especial de investigación como requisito parcial para optar al título de especialista
en ginecología y obstetricia)

TUTOR: Dra. Xiohath Morey

AUTOR: Dra. Mariannys Hernández

Cumaná, Noviembre 2018.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MÉDICOS
RESIDENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE
ALCALÁ. MARZO-SEPTIEMBRE 2018.**

(Trabajo especial de investigación como requisito parcial para optar al título de especialista
en ginecología y obstetricia)

Aprobado por:

TUTOR:

Dra. Xiohath Morey

JURADO PRINCIPAL:

JURADO PRINCIPAL:

Cumaná, Noviembre de 2018

INDICE

INDICE DE FIGURAS	i
INDICE DE TABLAS.....	ii
RESUMEN	iii
SUMMARY	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
METODOLOGÍA.....	5
Material y métodos	5
Universo	5
Muestra	5
Criterios de inclusión.....	5
Criterios de exclusión	5
Tipo de muestra	6
Técnica para el análisis de los resultados	6
Técnica e Instrumentos de recolección de datos	6
Análisis Estadístico	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIONES.....	23
RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
APENDICES	31
HOJAS DE METADATOS.....	37

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Distribución porcentual según la prevalencia del síndrome de burnout de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	9
Figura 2.- Distribución porcentual según la edad de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	11
Figura 3.- Distribución porcentual según el sexo de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	12
Figura 4.- Distribución porcentual según la convivencia de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	13
Figura 5.- Distribución porcentual según el año de residencia de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	14
Figura 6.- Distribución porcentual según satisfacción laboral de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	15
Figura 7.- Distribución porcentual según la especialidad de residencia de los médicos del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	16
Figura 8.- Distribución porcentual de la relación entre la depresión y síndrome de burnout en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	17
Figura 9.- Distribución porcentual de la dimensión del MBI (agotamiento emocional) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	18
Figura 10.- Distribución porcentual de la dimensión del MBI (despersonalización) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	19
Figura 11.- Distribución porcentual de la dimensión del MBI (realización personal) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.....	20

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución porcentual de las dimensiones del MBI de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.	10
---	----



Síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Marzo-septiembre 2018.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de burnout (SB), conocido síndrome de quemarse por el trabajo tiene tres dimensiones: 1) agotamiento emocional 2) despersonalización 3) realización personal. La depresión usualmente coexiste con SB y se superponen y comparten características psicósomáticas, conductuales y emocionales

Objetivo: Determinar el síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, marzo-septiembre 2018.

Material y Método: Se trató de un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal de cohorte transversal, que relaciona el síndrome de burnout con síntomas depresivos. La muestra estuvo conformada por 109 residentes que laboran en el HUAPA, durante el periodo, marzo-septiembre 2018.

Resultados: el 73,39% presentó SB, los que no presentaron SB fue un 26,61%. las dimensiones (MBI), se ubicó en un nivel alto tanto para el agotamiento emocional (55,96%) como para la despersonalización (69,72%) y a un nivel medio para la realización personal (40,37%). El grupo etario de 30 a 33 años presentó la mayor frecuencia, agrupando a un (66,06%) de los residentes. La mayor parte de los residentes fueron femeninos (64,2%). la mayoría de los residentes no vivían en pareja (64,2%). El año de residencia con mayor SB fue tercer año (34,86%). 94% de los residentes oscilaron entre “poco satisfechos” (46,79%) a “satisfechos” (46,79%). El síndrome es más frecuente en residentes de pediatría (41,37%), cirugía (31,03%) y ginecología-obstetricia (13,79%). se diagnosticó depresión en sus diversos niveles en casi un (69%). SB en sus tres dimensiones agotamiento emocional los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” 65% de la muestra y los niveles bajos de este con depresión “grave a muy grave” 75%. despersonalización, los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” de un 82 a un 89%. En el caso de realización personal los niveles bajos aumentan a medida que disminuye el grado de depresión.

Conclusiones: La prevalencia global del Síndrome de Burnout fue 73,39%. El Síndrome de Burnout desarrolla más riesgo de depresión en personas que sufren esta enfermedad que en los que no la padecen. En general se demuestra que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo alto, estadísticamente significativo, para desarrollar depresión.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Depresión, médicos residentes, características epidemiológicas.



Burnout syndrome and depressive symptoms in residents of the University Hospital
Antonio Patricio de Alcalá. March-September 2018.

SUMMARY

Introduction: The burnout syndrome (SB), known as burnout syndrome, has three dimensions: 1) emotional exhaustion 2) depersonalization 3) personal fulfillment. Depression usually coexists with SB and overlap and share psychosomatic, behavioral and emotional characteristics.

Objective: To determine the burnout syndrome and depressive symptoms in medical residents of the University Hospital Antonio Patricio de Alcalá in the city of Cumaná, March-September 2018.

Material and Method: It was a prospective, descriptive, longitudinal study of a transversal cohort, which related the burnout syndrome with depressive symptoms. The sample consisted of 109 residents who work in the HUAPA, during the period, March-September 2018.

Results: 73.39% presented SB, those who did not present SB was 26.61%. the dimensions (MBI), was located at a high level both for emotional exhaustion (55.96%) and for depersonalization (69.72%) and at a medium level for personal fulfillment (40.37%). The age group from 30 to 33 years old presented the highest frequency, grouping one (66.06%) of the residents. the majority of the residents were female (64.2%). the majority of residents did not live with a partner (64.2%). The year of residence with the highest SB was third year (34.86%), 94% of the residents ranged from "little satisfied" (46.79%) to "satisfied" (46.79%). The syndrome is more frequent in residents of pediatrics (41.37%), surgery (31.03%) and gynecology-obstetrics (13.79%). Depression was diagnosed at its various levels in almost one (69%). SB in its three dimensions emotional exhaustion high levels are more frequent in residents with depressions from "light" to "moderate" 65% of the sample and low levels of this with depression" serious to very serious "75%. depersonalization, levels highs are more frequent in residents with depressions from "light" to "moderate" from 82 to 89%. In the case of personal fulfillment, low levels increase as the degree of depression decreases.

Conclusions: The overall prevalence of Burnout Syndrome was 73, 39% The Burnout Syndrome develops more risk of depression in people who suffer from this disease than in those who do not. In general it is demonstrated that the Burnout Syndrome is a high risk factor, statistically significant, to develop depression.

Key words: Burnout syndrome, Depression, resident doctors, epidemiological characteristics.

INTRODUCCIÓN

La residencia es aquel periodo en el que se adquieren competencias para la práctica de una especialidad médica. Esta etapa requiere disponibilidad completa del médico y estará sometido constantemente a prueba, a disminución de horas de sueño, cansancio físico y distanciamiento de seres queridos, que puede ejercer efectos negativos en la salud mental de los residentes. El desgaste laboral y la interferencia negativa entre el trabajo y el hogar pueden jugar un papel importante en los problemas de salud mental de estos. Como resultado es una etapa de gran estrés y pueden contribuir a la aparición de síndrome de burnout (SB) y depresión. (1, 2, 3, 4, 5,6)

El síndrome de burnout (SB), conocido como síndrome de desgaste profesional y más recientemente como síndrome de quemarse por el trabajo. Fue definido como un cuadro de desgaste emocional y distanciamiento afectivo que se desarrolla en respuesta al estrés laboral sostenido, debido al fracaso de los mecanismos de adaptación ante determinadas situaciones. (7,8)

Según Maslach, el síndrome de burnout (SB) tiene tres dimensiones: 1) agotamiento emocional (el trabajo resulta ser abrumador y disminuye la capacidad de rendimiento del individuo); 2) despersonalización (el sujeto se desapega del trabajo surgen sentimientos de ineficacia) y 3) se percibe una pérdida de realización personal. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desequilibrio entre demandas y recursos, y especialmente en personas con expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante. (9,10,11)

Los factores de riesgo que se han encontrado relacionados con el síndrome de burnout son el estado civil soltero, profesión médica, el tener una situación laboral de contratado, ejercicio profesional mayor de 12 años, mayor número de trabajos fuera del hospital, baja remuneración e insatisfacción laboral. (12,13)

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia: Primero; es la provocación de estrés agudo debido al desbalance entre demandas laborales y los recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos. Segundo; el médico realiza un esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente por lo que puede

revertir. Tercero; aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos. Cuarto; el médico, en este caso, deteriorado física y psicológicamente puede ser un factor negativo tanto para la relación que ejerce con su paciente y para la recuperación de este. (14,15)

Numerosos estudios evidencian tasas de burnout entre 25% y 60% en un amplio espectro de especialidades. La prevalencia reportada de síndrome de burnout (SB) en médicos residentes es variable, entre 18% y 80,2%. En nuestro país la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de los postgrados del Hospital Central de Maracay y su relación con variables sociodemográficas y labores fue de 11,76%. (16,17)

La depresión es un trastorno mental frecuente; que tiene como característica principal una alteración del humor. Para fines particulares de este trabajo hablaremos de depresión en términos generales, sin incluir la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–IV). (18)

Algunas de las características de la depresión son: un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en muchas actividades. La depresión se acompaña de un malestar clínico significativo, en ocasiones crónico, de deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona. En algunas de éstas la depresión es leve y la actividad de la persona puede parecer normal, pero a costa de un gran esfuerzo. (19, 20)

En personas sometidas a situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como los médicos que laboran en un hospital, la frecuencia de depresión es 29%, siendo 47,5% en médicos residentes, con una frecuencia de síntomas depresivos entre 7% y 56%. Si el trastorno depresivo no se trata adecuadamente se tiende a la cronicidad e incrementa el riesgo de suicidio a seis veces mayor al de la población general. (21, 22, 23)

El síndrome de burnout (SB) y la depresión usualmente coexisten y se superponen y comparten características en común como: psicósomáticos (cefaleas, fatiga, insomnio, alteraciones menstruales, pérdida de peso), conductuales (agresión, violencia, ausentismo, abuso de alcohol) y emocionales (distanciamiento afectivo, irritabilidad, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, ironía, negación de emociones, evasión, sensación de tristeza, además las dos han demostrado su efecto negativo sobre el desempeño laboral y también su asociación con ideación suicida. Incluso la presencia de estrés y depresión

pueden exacerbar la percepción de despersonalización y cansancio emocional. (24, 25,26,27,28,29,30)

Cuando se inició el estudio de este síndrome se pensaba que sólo repercutía en el ámbito psicológico en los médicos, ahora se ha identificado que afecta en lo social, familiar, institucional, pero sobre todo en la salud física del profesional de salud que puede presentar síntomas cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales (gastritis, colitis, dolor abdominal) y alteraciones respiratorias. (31)

En médicos residentes se ha documentado en diversos estudios en todo el mundo una elevada prevalencia del síndrome. Por ello, puede considerarse como un efecto colateral al trabajo del médico residente, que puede disminuir su productividad, provocar disfunción personal y deteriorar la calidad en el cuidado del paciente. Adicionalmente, puede reducir la calidad de la educación del residente debido a la presencia de conductas amotivacionales y un bajo compromiso con su trabajo. (32,33)

Por lo expuesto anteriormente y por lo preocupante que resulta esta patología en los sistemas de salud, dada la importancia y repercusión que han tenido en el ámbito médico, tanto en su rama laboral como académica, ya que pueden tener efectos graves en la calidad de la atención de la salud, es necesario determinar el síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, en el periodo marzo-septiembre de 2018.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, marzo-septiembre 2018.

Objetivos Específicos:

1. Establecer la incidencia del síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.
2. Caracterización epidemiológica; edad, sexo, convivencia, año de residencia, servicio y grado de satisfacción en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.
3. Relación entre la presencia de síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.

METODOLOGÍA

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal de cohorte transversal, aplicado a residentes, con el fin de determinar el síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá periodo marzo-septiembre 2018.

Universo

Para este estudio, la población estuvo conformada por todos los residentes de los diferentes servicios del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Estado Sucre, durante el periodo marzo-septiembre 2018.

Muestra

Estuvo conformada por 109 residentes; 23 médicos residentes de ginecología y obstetricia, 15 residentes de cirugía general, 11 residentes de traumatología, 19 residentes de pediatría, 14 residentes de anestesiología, 4 residentes de medicina interna, 4 residentes de medicina crítica adultos, 3 residentes de nefrología, 11 residentes de emergenciológica, 3 residentes de psiquiatría, 2 residentes de imagenología, del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de Cumaná, Estado Sucre, durante el periodo marzo-septiembre 2018. Se contó con la renuncia de 4 residentes del servicio de ginecología y obstetricia en el transcurso del tiempo del proyecto.

Criterios de inclusión

- Médicos residentes cuya especialidad dure tres años o más.
- Haber aceptado participar en la investigación.
- Permanencia laboral de por lo menos 6 meses.

Criterios de exclusión

- Médicos residentes que tengan alguna especialidad médica y actualmente estén realizando una segunda o tercera especialidad.

- Médicos generales que estén haciendo internado rotatorio.
- Rechazar la participación en la investigación.
- Permanencia laboral menor de 6 meses.

Tipo de muestra

No probabilístico intencionado, por cuanto las unidades se eligieron en forma arbitraria, designando a cada una según características que resulten de relevancia.

Técnica para el análisis de los resultados

Análisis Bivariado: aquí se diseñan tablas cruzadas comparando categorías de una variable con otras.

Técnica e Instrumentos de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó directamente de los residentes, previo consentimiento informado de los mismos, a través de un cuestionario que incluye las variables epidemiológicas de los encuestados, las variables estudiadas fueron: grupo de edades, sexo, estado civil, año de residencia, satisfacción laboral, servicio; que responden a los objetivos de la investigación. Se utilizó una versión traducida y validada del instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), se tomaron en cuenta sus tres dimensiones: desgaste emocional, despersonalización y realización personal. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. Sub-escala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub-escala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Sub-escala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub-escala

mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto. Sub-escala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub-escala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto. Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

El punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la sub-escala de agotamiento emocional puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos. En la sub-escala de Despersonalización puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la sub-escala de realización personal funciona en sentido contrario a las anteriores; intervalos de 0 y 33 corresponde un bajo nivel, intervalos de 34 y 39 puntuaciones intermedias y alto nivel de 40 y 56.

Los síntomas depresivos y su umbral de severidad serán evaluados mediante la Escala de Hamilton para depresión, que estima la gravedad de los síntomas depresivos. Es una escala de 17 ítems que se clasifican según su severidad. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1,2,7,8,10,13); ansiedad (ítems 9-11); idea suicida (ítem 3); vitalidad (ítems 1,7,8,14) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir

los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: No depresión 0-7, Depresión Ligera/menor 8-13, Depresión Moderada 14-18, Depresión Grave 19-22 Depresión Muy grave >23.

Análisis Estadístico

Para delinear características de la muestra estudiada, se utilizaron estadísticas descriptivas sobre las variables recolectadas: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medias, desviaciones estándar, mínima y máxima para las cuantitativas. Se calcularon los promedios y frecuencias globales de los niveles del Maslach Burnout Inventory (MBI), así como de las dimensiones que lo integran. En base a esto se diagnosticó la presencia del Síndrome de Burnout en cada uno de los residentes de la muestra. Posteriormente se efectuaron pruebas de chi cuadrado para determinar si existían asociaciones entre el síndrome con la edad, sexo, convivencia en pareja, año de residencia del médico, satisfacción en la estadía en el HUAPA, servicio al que pertenece el residente y nivel de depresión del mismo. Esta última variable se diagnosticó mediante la escala de Hamilton. Las estadísticas se realizaron utilizando Statgraphic Plus 10.0 (Sokal&Rohlf 1980).

RESULTADOS

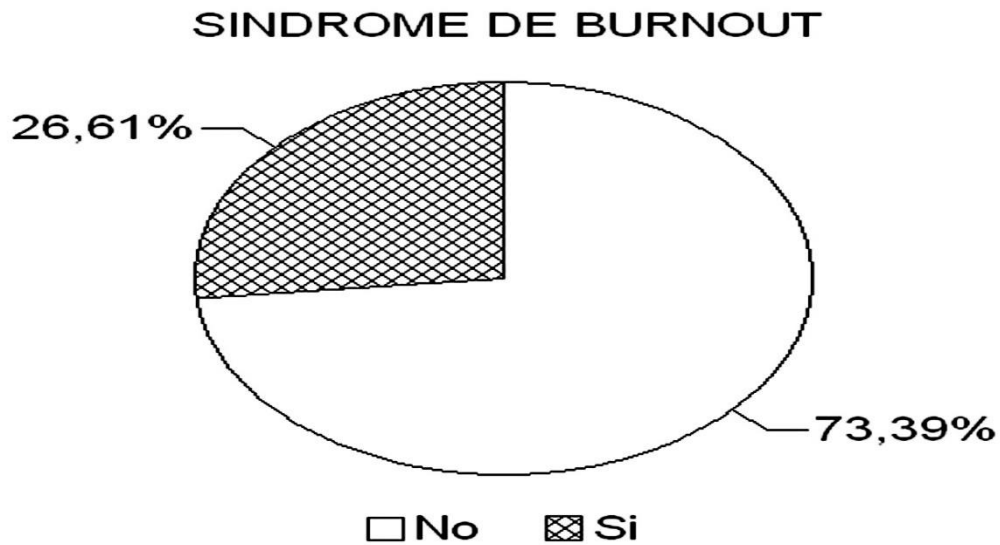


Figura 1.- Distribución porcentual según la prevalencia del síndrome de burnout de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 1, que muestra la distribución porcentual según la prevalencia del síndrome de burnout de los médicos residentes del HUAPA, según la presencia o no de síndrome de burnout, una vez aplicada la escala de MBI, podemos observar que el total de 109 residentes, el (73,39%) presentó SB, mientras que los que no presentaron SB fue un (26,61%).

Tabla 1.- Distribución porcentual de las dimensiones del MBI de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Variable	Media $\pm$ error est. (mínimo – máximo)	Frecuencia global de los niveles (Bajo/Medio/Alto)
Agotamiento Emocional	26,5 $\pm$ 1,23 (3 - 53)	29/19/61 (26,61/17,43/55.96%)
Despersonalización	12,5 $\pm$ 0,60 (3 - 30)	12/21/76 (11,01/19,27/69,72%)
Realización Personal	33,4 $\pm$ 0,66 (6 - 45)	45/44/20 (41,28/40,37/18.35%)

Análisis:

En la tabla 1, que muestra la distribución porcentual de las dimensiones del MBI de los médicos residentes del HUAPA. Desglosando las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI), se estableció que el promedio global se ubicó en un nivel alto tanto para el agotamiento emocional (55,96%) como para la despersonalización (69,72%) y a un nivel medio para la realización personal (40,37%). Esto es confirmado por los valores de frecuencia.

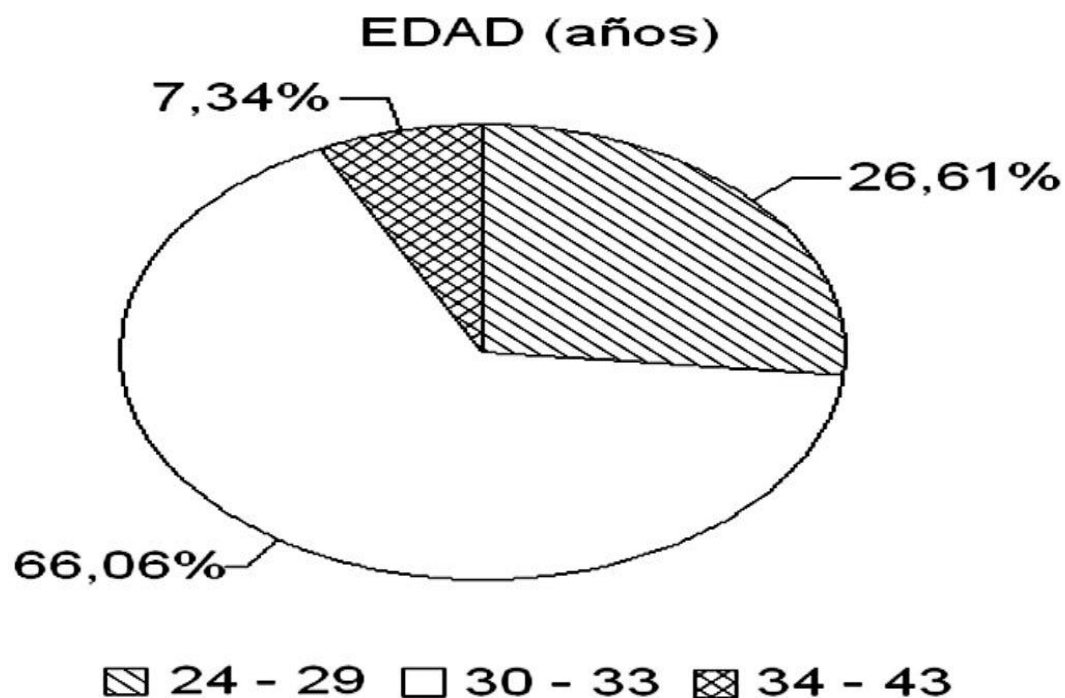


Figura 2.- Distribución porcentual según la edad de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 2, que muestra la distribución porcentual según la edad de los médicos residentes del HUAPA, se evidencia que la edad promedio de los residentes fue de 30 años, con un mínimo de 24 y un máximo de 43. El grupo etario de 30 a 33 años presentó la mayor frecuencia, agrupando a un (66,06%) de los residentes.

Este factor no tuvo asociación estadística con la presencia del SB ($p=0,1478$).

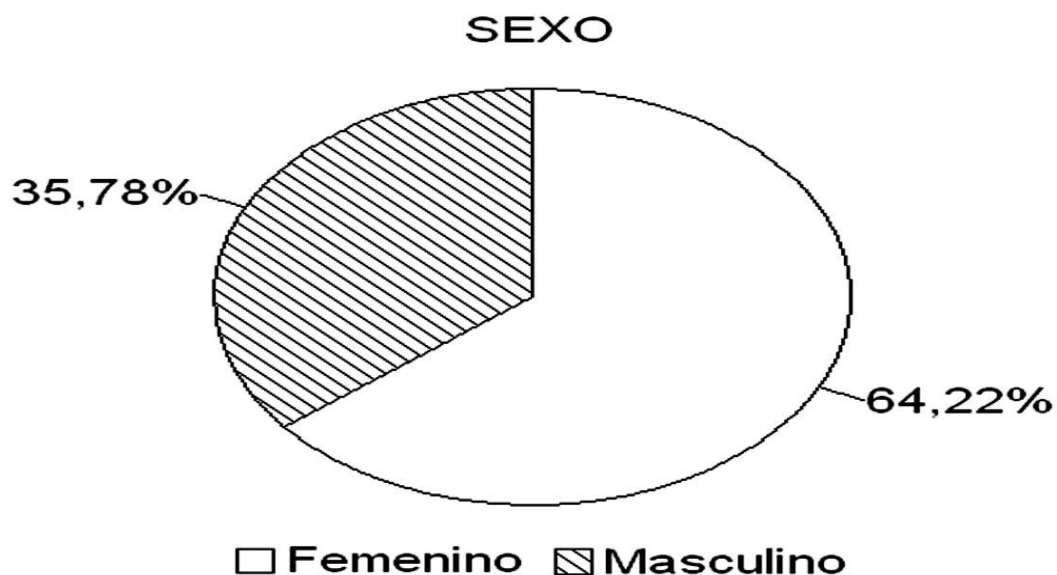


Figura 3.- Distribución porcentual según el sexo de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 3, que muestra la distribución porcentual según el sexo de los médicos residentes del HUAPA, la mayor parte de los residentes fueron femeninos (64,2%).

Este factor no tuvo asociación estadística con la presencia del SB ($p=0,0796$).



Figura 4.- Distribución porcentual según la convivencia de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 4, que muestra la distribución porcentual según la convivencia de los médicos residentes del HUAPA, la mayoría de los residentes no vivían en pareja (64,2%).

La convivencia en pareja mostró un efecto estadísticamente significativo, dándose con más frecuencia el síndrome en residentes solteros ($p = 0,0275$).

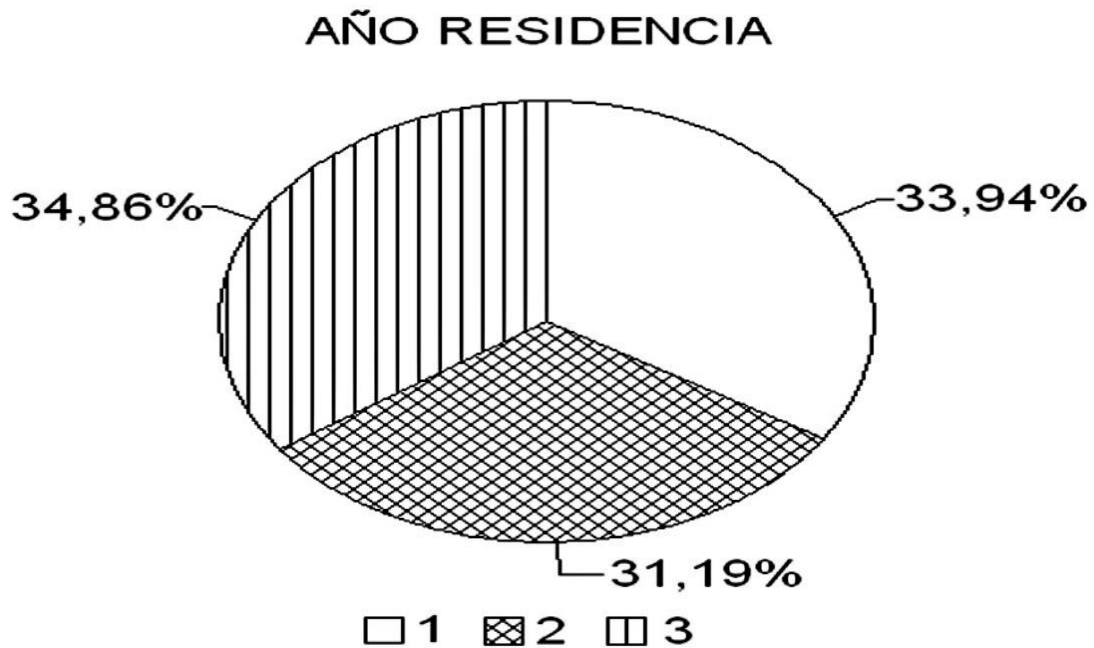


Figura 5.- Distribución porcentual según el año de residencia de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 5, que muestra la distribución porcentual según el año de residencia de los médicos residentes del HUAPA, de acuerdo con el año de residencia, las frecuencias fueron muy similares para los tres años. (33,9%) primer año, (31,19%) segundo año y (34,86%) tercer año.

Se demostró que los años de residencia son estadísticamente significativos, ya que el síndrome es más frecuente en el tercer año de la estadía ($p=0,0483$).

¿Qué tan satisfecho se siente de laborar durante ese periodo de tiempo en el HUAPA?

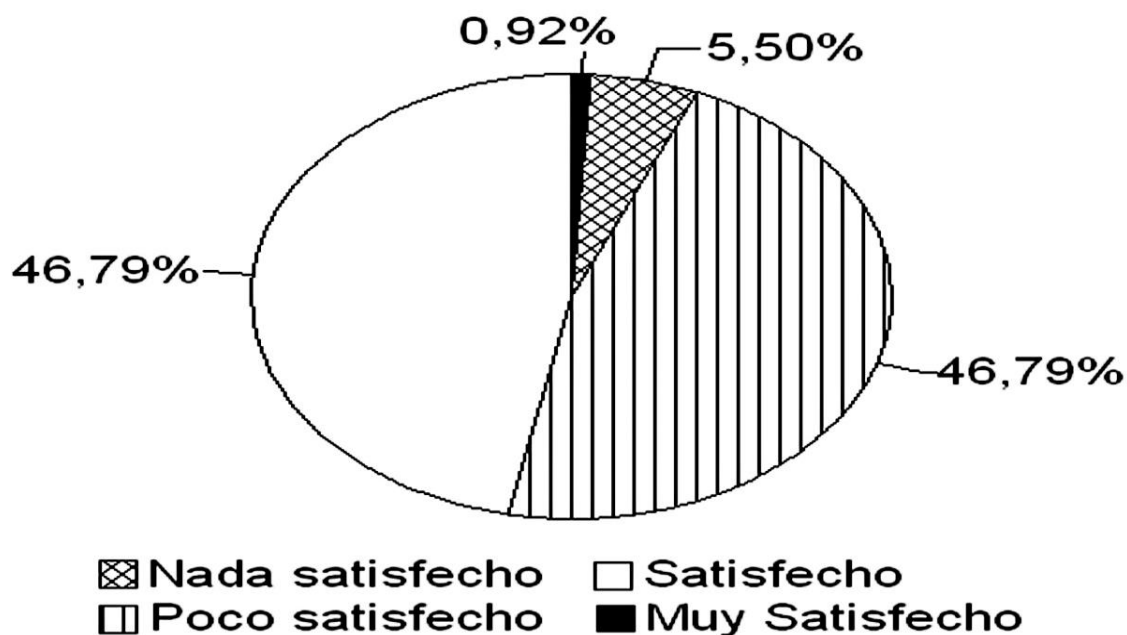


Figura 6.- Distribución porcentual según satisfacción laboral de los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 6, que muestra la distribución porcentual según satisfacción laboral de los médicos residentes del HUAPA, se evidenció que un 94% de los residentes oscilaron entre “poco satisfechos” (46,79%) a “satisfechos” (46,79%). En relación con el grado de satisfacción laboral, la frecuencia del síndrome es inversamente proporcional al grado de satisfacción, ocurriendo el síndrome con más frecuencia en aquellos residentes más insatisfechos con el trabajo lo que ejerce un efecto estadísticamente significativo ($p=0,0251$).

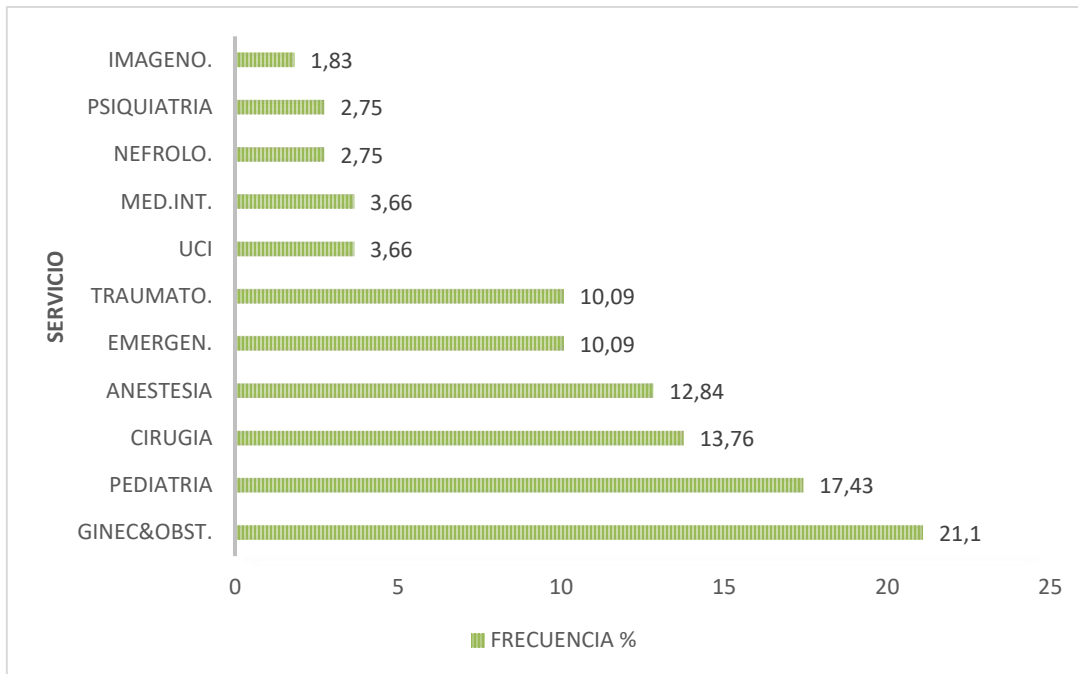


Figura 7.- Distribución porcentual según la especialidad de residencia de los médicos del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 7, que muestra la distribución porcentual según la especialidad de residencia de los médicos del HUAPA, la mayoría de los residentes provinieron de los servicios de ginecología-obstetricia (21,1%), pediatría (17,43%), cirugía (13,76%). El síndrome es más frecuente en residentes de pediatría (41,37%), cirugía (31,03%) y ginecología-obstetricia (13,79%), y en menor proporción en el grupo que abarca traumatología, imagenología, medicina interna, nefrología, psiquiatría y UCI.

La asociación estadística entre el síndrome de burnout y la especialidad de residencia se evidenció altamente significativa 99,9% ($p=0,0001$).

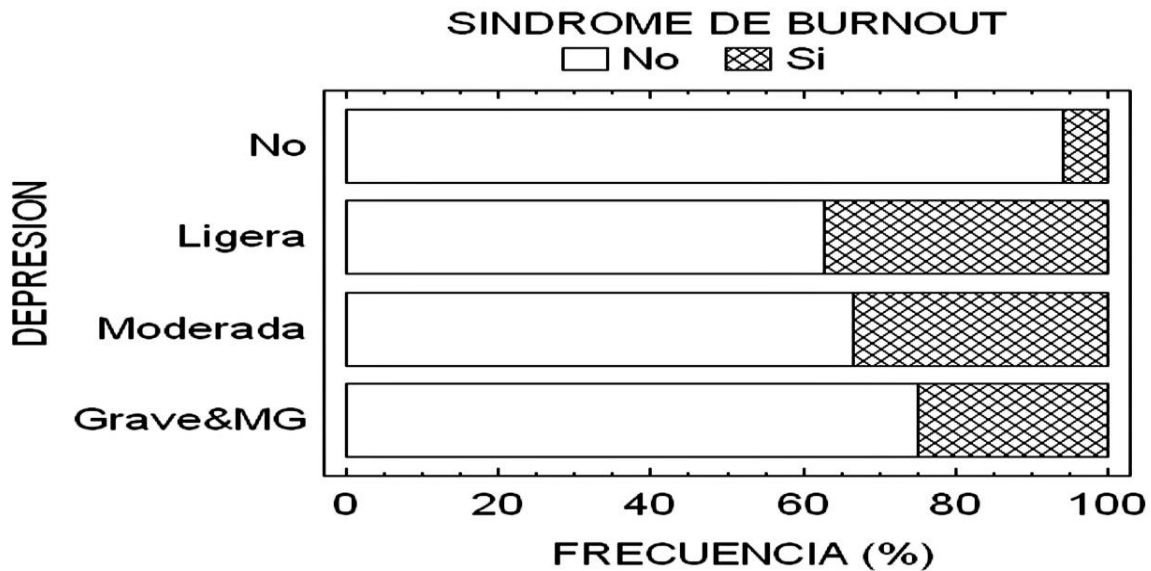


Figura 8.- Distribución porcentual de la relación entre la depresión y síndrome de burnout en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 8, se señala la distribución porcentual de la relación entre la depresión y síndrome de burnout en los médicos residentes del HUAPA, en relación con los resultados de los instrumentos Maslach Burnout Inventory (MBI) y la escala de Hamilton, se diagnosticó la presencia del Síndrome de Burnout en casi un (27%) de los residentes. El promedio del Hamilton fue de $9,5 \pm 0,36$, con un mínimo de 4 y un máximo de 26; se diagnosticó depresión en sus diversos niveles en casi un (69%) de los residentes. En relación con la depresión, es claramente observable que el síndrome es muy poco frecuente en pacientes sin depresión (5%), mientras que ocurre en porcentajes que oscilan entre un 25 a un 37% en aquellos pacientes que experimentan depresión en alguno de sus niveles. Existe una asociación estadística significativa al 95% entre en SB y la depresión ($p=0,0108$).

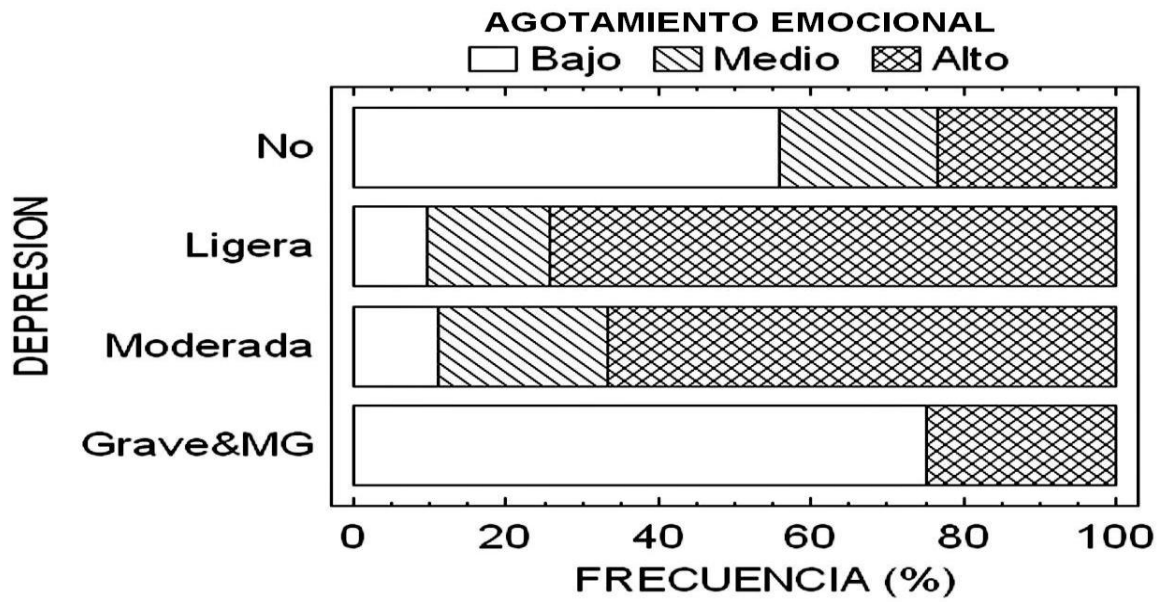


Figura 9.- Distribución porcentual de la dimensión del MBI (agotamiento emocional) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 9, se representa la distribución porcentual de la dimensión del MBI (agotamiento emocional) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Observamos que en el caso del agotamiento emocional, los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” (que cubre un 65% de la muestra). Predecible es la mayor frecuencia de los niveles bajos de agotamiento en residentes sin depresión (55,88%), pero se hace notable estos mismos niveles bajos en los cuatro residentes diagnosticados con depresión “grave a muy grave” (75%).

Se pudo establecer la existencia de asociaciones estadísticamente significativas al 99,9% con los niveles de depresión ($p=0,0001$).

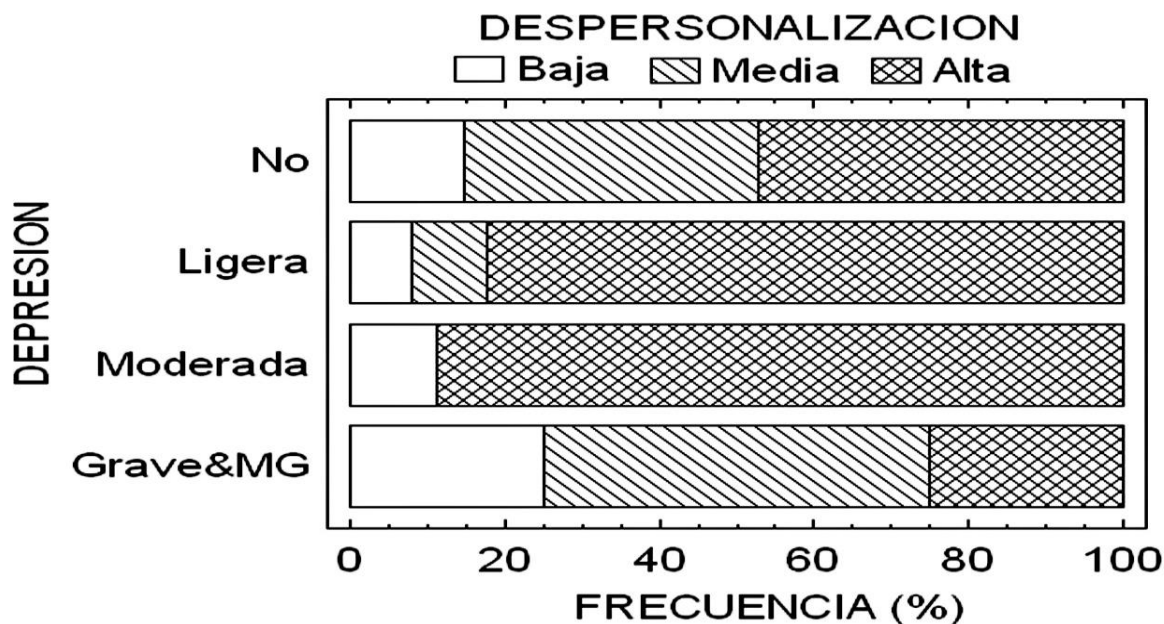


Figura 10.- Distribución porcentual de la dimensión del MBI (despersonalización) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 10, se representa la distribución porcentual de la dimensión del MBI (despersonalización) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. En el caso de la dimensión de la despersonalización, los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” (de un 82 a un 89%), mientras que los valores medios son más frecuentes (en un 50%), en los residentes diagnosticados con depresión “grave a muy grave”.

Se pudo establecer la existencia de asociación estadísticamente significativas al 99% con los niveles de depresión ($p=0,0026$).

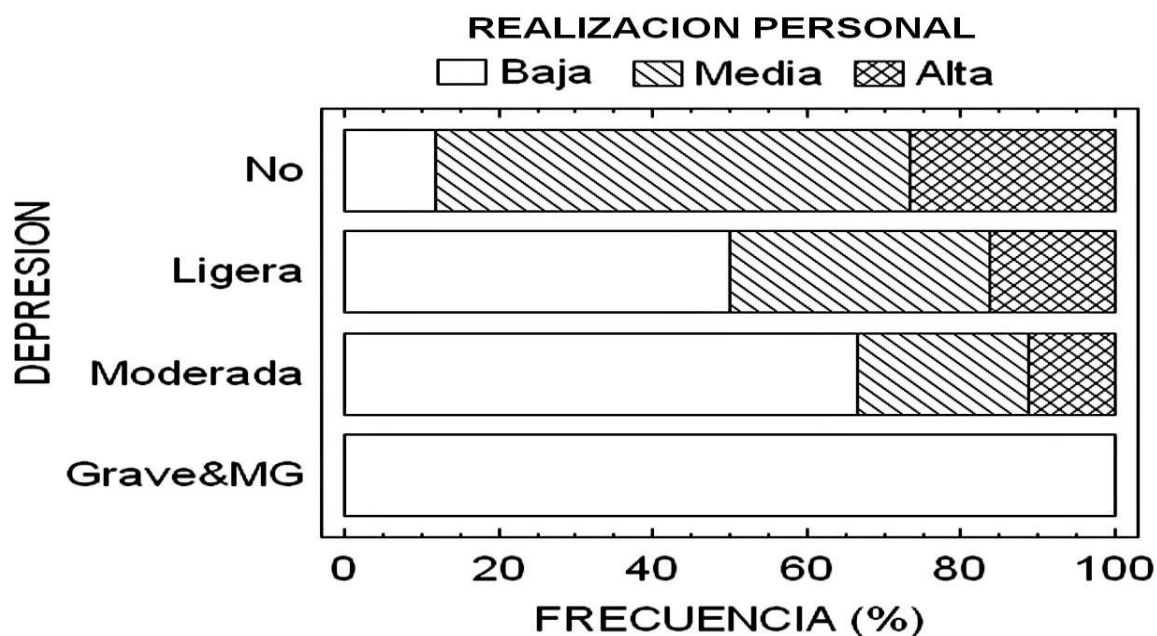


Figura 11.- Distribución porcentual de la dimensión del MBI (realización personal) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Marzo-septiembre 2018.

Análisis:

En la figura 11, se representa la distribución porcentual de la dimensión del MBI (realización personal) y su relación con los niveles de depresión en los médicos residentes del HUAPA. Los niveles bajos de realización personal aumentan a medida que disminuye el grado de depresión, así observamos en los no deprimidos (11,76%, 26,48%, 61,76%, respectivamente para los niveles bajo, medio y alto), los que presentaron depresión ligera (50%, 33,87%, 16,13%, respectivamente para los niveles bajo, medio y alto), mientras que los casos con depresión “grave a muy grave” los niveles medios y altos disminuyen hasta desaparecer (100%).

Se pudo establecer la existencia de asociación estadísticamente significativas al 99% con los niveles de depresión ($p=0,0011$).

DISCUSIÓN

Este estudio determina el síndrome de burnout (SB) y síntomas depresivos en médicos residentes del HUAPA, en Venezuela son pocos los estudios acerca del síndrome de

burnout en residentes a pesar de que este constituye un problema emergente dado los altos niveles de exigencia física, psicológica y social a la cual se encuentra sometidos el personal de salud. En nuestra investigación se presentó una prevalencia al síndrome de burnout del 73,39%, lo que coincide con el estudio realizado por Axayacalt G y col, donde el personal médico residente se ve afectado en un 76%; en contraposición con otros estudios en los cuales la prevalencia se observó de 31,4% y 18%. (34,35).

En relación con las dimensiones del MBI en nuestra muestra se encontró una mayor afectación en un nivel alto en la esfera de despersonalización 69,72%, seguido de la esfera de agotamiento emocional 55,96% y a un nivel medio para la realización personal 40,37%, siendo estos resultados compatibles con el estudio de Terrones JF y col. la mayor cantidad de residentes afectados en las tres esferas, alta despersonalización 54.31%, el agotamiento emocional alto es 41.38 %, y media realización personal 41.38 %. En contraposición De Azevedo Guido y col. al estudiar la presencia del síndrome de burnout en los residentes encontraron que el 65% presentó elevado agotamiento emocional; el 61,7% alta despersonalización, y el 30% baja realización personal, estando invertidas las dos primeras con respecto a nuestro estudio. (36, 37).

Se han descrito factores de riesgo para desarrollar el SB, entre los cuales se encuentran la edad; personas jóvenes, en este estudio el grupo etario que presento la mayor frecuencia fue el de 30 a 33 años, lo cual coincide con otro estudio realizado por Chacón JL, donde la mayoría de los residentes los ubico en los rango de 27 a 30 años. (38).

No se encontró asociación estadística entre SB y el sexo, lo que coincide con otros estudios que presentaron prevalencia mayor en las mujeres, pero sin asociación estadísticamente significativa con el caso de burnout. (39, 40, 41, 42).

La convivencia como factor de riesgo se encontró que el 64,2% no vivía en pareja observándose una significancia estadística, siendo similares al estudio de Guevara y col. donde la prevalencia fue mayor en solteros en el 58,6%; similar a lo encontrado por Martini y col. en el 2004. (43, 44).

El análisis por años de residencia demuestra una tendencia mayor en el tercer año de 34,86%, seguido de 33,9% para el primer año y 31,19% para el segundo año. Siendo

distintos a los resultados obtenidos en el estudio de Balcázar y col. donde existe una tendencia a que el síndrome disminuye a medida que progresa el nivel de residencia a pesar que con ello aumentan las responsabilidades, durante el primer año de residencia la frecuencia de este síndrome fue de 64%, en el segundo de 55%, seguido por el tercero con 24% de frecuencia. (45).

Según la satisfacción laboral, en este estudio se evidenció que un 94% de los residentes oscilaron entre “poco satisfechos” 46,79% a “satisfechos” 46,79%. En relación con el grado de satisfacción laboral, la frecuencia del síndrome es inversamente proporcional al grado de satisfacción, ocurriendo el síndrome con más frecuencia en aquellos residentes más insatisfechos con el trabajo lo que ejerce un efecto estadísticamente significativo. Lo cual coincide con el estudio realizado por Goitein y col. donde observaron que la insatisfacción laboral ocurre en un 40%, trayendo como consecuencias el deterioro de la salud mental; sus relaciones interpersonales y la insatisfacción del paciente y su desconfianza. (46).

La prevalencia que encontramos del síndrome de burnout en los residentes de diferentes especialidades, la mayoría de los residentes provinieron de los servicios de ginecología-obstetricia 21,1%, pediatría 17,43%, cirugía 13,76%. El síndrome es más frecuente en residentes de pediatría 41,37%, cirugía 31,03% y ginecología-obstetricia 13,79%; siendo estos resultados compatibles con el estudio realizado por Alvarez-Hernández y col. que se observó que pediatría encabeza la lista de afectados con un 44,2% seguido por cirugía con 29,1% y posteriormente ginecología con un 18%. (47,48).

En cuanto al síndrome de burnout y la prevalencia de síntomas depresivos, se diagnosticó su presencia casi un 27% de los residentes, se diagnosticó depresión en sus diversos niveles en casi un 69% de los residentes. Se aprecia una relación similar en el estudio de Mariños y col. hallaron que el 35% de los residentes presentaba SB, 60% de ellos tenía síntomas depresivos. (49).

Con respecto a la distribución de frecuencia del SB en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; y su relación con los niveles de depresión de la escala de Hamilton, observamos que en el caso del agotamiento emocional, los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada

65% de la muestra y los niveles bajos de este con depresión “grave a muy grave” 75%, estableciéndose asociación estadísticamente significativas al 99,9%.

En el caso de la dimensión de la despersonalización, los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” de un 82 a un 89%, mientras que los valores medios son más frecuentes en un 50%, en los residentes diagnosticados con depresión “grave a muy grave”. También se observa asociación estadística significativa al 99%.

En el caso de realización personal los niveles bajos aumentan a medida que disminuye el grado de depresión, se pudo establecer la existencia de asociación estadísticamente significativa al 99% con los niveles de depresión.

Pérez Cruz E, encontró asociación entre la presencia de Síndrome de Burnout y la depresión; considerando la exposición el SB y la consecuencia o resultado la depresión, que no indica que los que sufren de Síndrome de Burnout tienen un alto riesgo de desarrollar depresión en un 95%, lo que hace que la asociación sea estadísticamente significativa, no hay estudios que estimen la asociación entre depresión y SB y sus diferentes dimensiones para así poder compararlos, pero el resultado obtenido es válido desde el punto de vista estadístico. (50).

CONCLUSIONES

- El síndrome de burnout tuvo una alta prevalencia en nuestro estudio, con una mayor tendencia a la despersonalización.

- De las características epidemiológicas descritas en el estudio, la edad y el sexo no presentaron asociación estadística.
- El síndrome fue significativamente más frecuente en solteros que cursaban el tercer año de residencia.
- La frecuencia del síndrome es inversamente proporcional al grado de satisfacción, ocurriendo con más frecuencia en aquellos residentes más insatisfechos con el trabajo.
- Las especialidades más frecuentes a padecer el síndrome fueron pediatría, cirugía y ginecología-obstetricia.
- El síndrome de burnout en relación con la depresión, se observó significancia estadística.
- El síndrome de burnout presenta una triada, a mayor agotamiento emocional se genera mayor falta de realización personal.

RECOMENDACIONES

- A nivel individual se deben buscar estrategias encaminadas a minimizar los efectos del burnout, se debe pasar por detectar y atacar las fuentes generadoras de estrés.

- Es indispensable que el hospital de referencia dentro de su sistema general de riesgos laborales implemente planes para que tiendan al mejoramiento del clima organizacional, también se hace necesario el seguimiento de los casos que se hayan detectado con el síndrome de Burnout y se busquen mecanismos para la solución de problemas, en la asertividad y manejo a tiempo.
- Es imprescindible seguir con investigaciones de este síndrome no solo médicos residentes, ampliarlo en toda la institución, debido a que el clima laboral, se da en función del trabajo en equipo, que debe ser promovido siempre en cualquier institución.
- En las condiciones de trabajo, debe destacarse que el trabajador se puede valer de muchas herramientas de autoayuda que den paso a acciones, que contrarresten los efectos del estrés y se garantice, con una buena situación motivacional un comportamiento organizacional efectivo.
- Promover la realización de estudios sobre la incidencia y prevalencias del síndrome de burnout y síntomas depresivos para así tener estadísticas en nuestro país y realizar comparaciones de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Demerouti E, Niakas D, Zis P. Factors Associated with Mental Health Status of Medical Residents: A Model-Guided Study. *J Clin PsycholMedSettings*. 2015; 22(1):90-109.
2. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE. Effect of reducing interns weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med*. 2004; 351(18):1829-1837.

3. Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. Physician burnout is better conceptualised as depression. *Lancet*. 2017; 389 (10077): 1397-1398.
4. Montgomery A, Spânu F, Băban A, Panagopoulou E. Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burn Res*. 2015;2(2-3):71-79.
5. Upadaya K, Vartiainen M, Salmela K. From job demands and resources to work engagement, burnout, life satisfaction, depressive symptoms, and occupational health. *Burnout Research*. 2016; 45(8):541-549.
6. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, et al. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*. 2013; 3(4):101-108.
7. Arayago R, GonzálezA, LimongiM, Guevara H. Burnout syndrome in residents and anesthesiologists. *Salus*. 2016; 20(1): 13-21.
8. Gouveia P, Ribeiro M, Aschoff C, Gomes P, Silva N, Cavalcanti H. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2017;63(6):504-511.
9. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-451.
10. Llera J, Durante E. Correlation between the educational environment and burn-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(1):6-11.
11. Ratnakaran B, Prabhakaran A, Karunakaran V. Prevalence of burnout and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study. *J Postgrad Med*. 2016;62(3):157-161.
12. Iorga M, Socolov V, Muraru D, Dirtu C, Soponaru C, Ilea C, et al. Factors Influencing Burnout Syndrome in Obstetrics and Gynecology Physicians. *Biomed Res Int*. 2017, art. No 9318534.
13. de Paiva LC, Canário ACG, de Paiva China ELC, Gonçalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)*. 2017;72(5):305-309.

14. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influence of Personal, Professional and Cross-National Factors in Burnout Syndrome in Hispanic Americans and Spanish Health Workers. *Rev EspSaludPública*. 2013; 83: 215-230.
15. Gazelle G, Liebschutz J, Riess H. Physician Burnout: Coaching a Way Out. *J Gen InternMed*. 2015;30(4):508–513.
16. Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. Physician burnout is better conceptualised as depression. *Lancet*. 2017;389(10077):1397–1398.
17. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292(23):2880-2889.
18. Kurusis S, Ordaz M, Peña A, Aguirre J. Burnout en médicos residentes del Postgrado de Cirugía del Hospital Central de Maracay. *Rev electrónica de investigación y postgrado*. 2015; 4(2): 11- 24.
19. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Masson S.A, 1996.
20. Ladouceur, R. Distress among residents. *Can Fam Physician*. 2015; 61(2): 105–106.
21. JoulesN, WilliamsD, ThompsonA. Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open Journal of Depression*. 2014;3(3):89-100.
22. Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA, Mache S. Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ Open*. 2016;6(6):11369.
23. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-491.
24. Mariños A, Otero M, Málaga G, Tomateo J. Coexistence of Burnout syndrome and depressive symptoms in medical residents. Cross-sectional descriptive study at a general hospital in Lima, Peru. *Rev Med Hered*. 2012;22(4): 162-168.
25. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, EphgraveK, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med*. 2009;84(2):236-241.

26. Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med*. 2014;46(10):797-801.
27. Tyssen R, Vaghun P. Mental health problems among young doctors. *Harvard Rev Psychiatry*. 2014; 10:154-65.
28. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *EMJ*. 2015; 295:533.
29. Smith J, Denny W, Witzke D. Emotional impairment in internal Medicine House Staff. *JAMA*. 2013;255:1155.
30. Bellini L, Shea J. Mood change and empathy decline persist during 3 years of Internal Medicine training. *Acad Med*. 2013; 80: 164.
31. Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*. 2014;1(1):29-37.
32. Kim K, Lee S, Choi YH. Relationship between occupational stress and depressive mood among interns and residents in a tertiary hospital, Seoul, Korea. *Clin Exp Emerg Med*. 2015;2(2):117-122.
33. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, TarrésMC. Burnout syndrome among pediatricians. Bivariate and multivariate analysis. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(2):129-134.
34. Axayacalt G, Celis M, Moreno S, Farias F, Suárez J. Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*; 2006;11(4): 305-309.
35. Siu C, Yuen S, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Medical Journal*; 2012; 18:186-192.
36. Terrones JF, Cisneros V., Arreola J. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *RevMedInst Mex Seguro Soc*. 2016;54(2)242-8.
37. De Azevedo G, Marques R, Tonini G, De Oliveira B, Dias LF. Burnout syndrome in multiprofessional resident of a public university. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6):1477-1482.
38. Chacón JL. Síndrome de Burnout en Residentes del Hospital Roosevelt de Guatemala. *RevMedInt*. 2015;19(1):15.

39. Ortega C, López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin HealthPsicol.* 2004;4(1):137-160.
40. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal Sanitario hispanoamericano y español. *RevEsp Salud Pública* 2009; 83:215-230.
41. Escribá V, Artazcoz L, Pérez Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de Burnout en médicos especialistas. *GacSanit.* 2008;22(4):300-308.
42. Colon MY, Caraccioli YS, Pérez JG, Ortiz LR, Molina LI, López OV, Oliva MM, Galo LF, Antúnez SE, Zavala Galindo GL. Síndrome de Burnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales. *Rev. Fac. Cienc. Méd.* 2009;6 (1):26-34.
43. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle. RevMed Col.* 2004;35(4):173-174.
44. Martini S, Arfken, C, Chrurchill A. Burnout comparison among residents in different medical spacialties. *Academic Psychiatry.* 2014;28(3):240-242.
45. Balcázar LE., Montejo LF., Ramírez YL. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Aten Fam.* 2015; 22(4): 111-114.
46. Goitein L, Shanafelt T, Wipf J, Slatore C, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *ArchInternMed.* 2005;165 (22): 2601-2606.
47. Alvarez-Hernández G, Medécigo S, Ibarra C. Prevalencia de desgaste profesional en medicosresidentes de un hospital en el Estado de Sonora. *Bol Med Hosp Mex.* 2016; 67:45-51.
48. Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza M. Síndrome de burnout en la práctica médica. Artículo de revision. *MedInt Mex.* 2012; 28(6):579-584.
49. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudios descriptivos transversales en un hospital nacional de Lima. *RevMedHered.* 2011; 22(4):162-168.
50. Pérez Cruz E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *MedInt Mex.* 2006; 22:282-6.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALA”

POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

APENDICES

APENDICE A

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

ENCUESTA N°__

PARTE I: Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas.

Servicio:

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 1. ___ Medicina Interna | 5. ___ Nefrología | 9. ___ Imagenología |
| 2. ___ Cirugía General | 6. ___ Pediatría | 10. ___ Psiquiatría |
| 3. ___ Ginecología y Obstetricia | 7. ___ Traumatología | 11. ___ Emergenciología |
| 4. ___ Anestesiología | 8. ___ Medicina Critica adultos | |

Año de Residencia: ____

Edad: ____ Sexo: 1. M__ 2. F __

¿Cuál es su estado civil?:

1. Soltero
2. Casado
3. Conviviente
4. Divorciado
5. Viudo

¿Usted qué tan satisfecho se siente de laborar durante ese periodo de tiempo en el HUAPA?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Poco satisfecho
4. Nada satisfecho

APENDICE B

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

A continuación, tendrá que responder marcando con una “x” en los casilleros **del 0 al 6**, qué tan seguido se siente en las siguientes situaciones: Teniendo en consideración la frecuencia de:

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

APENDICE C

ESCALA DE HAMILTON

Encierre en un círculo la puntuación que corresponda a su respuesta. De acuerdo a su apreciación, ¿Ha sentido alguno de estos síntomas, en las últimas dos semanas?

1. Estado de ánimo deprimido

(Tristeza, llanto, retraimiento, melancólico, contenidos depresivos del pensamiento y pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros)

0. Ausente.

1. Ligero: Actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso de su estado de ánimo.

2. Moderado: Llanto ocasional; apatía; pesimismo; desmotivación.

3. Intenso: Llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.

4. Extremo: Llanto muy frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2. Sentimientos de culpa

0. Ausente.

1. Ligero: Autorreproches; teme haber decepcionado a la gente.

2. Moderado: Ideas de culpabilidad; sentimientos de ser mala persona, de no merecer atención.

3. Intenso: La enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece los sufrimientos que padece.

4. Extremo: Ideas delirantes de culpa, con o sin alucinaciones acusatorias.

3. Suicidio

0. Ausente.

1. Ligero: La vida no vale la pena de ser vivida.

2. Moderado: Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.

3. Intenso: Ideas o amenazas suicidas.

4. Extremo: Serio intento de suicidio.

4. Insomnio inicial (Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: Tarda en dormir entre media y una hora (menos de tres noches por semana).

2. Frecuente: Tarda en dormir más de una hora (tres o más noches seguidas por semana).

5. Insomnio medio (Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: Está inquieto durante la noche; si se despierta, tarda casi una hora en dormirse de nuevo (menos de tres noches por semana).

2. Frecuente: Está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse, debe puntuar 2 (tres o más noches seguidas por semana)

6. Insomnio tardío (Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: Se despierta antes de lo habitual (menos de dos horas antes; menos de tres días por semana).

2. Frecuente: Se despierta dos o más horas antes de lo habitual (tres o más días seguidos por semana).

7. Trabajo y actividades

0. Ausente.

1. Ligero: Ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinguir de la fatiga o pérdida de energía, que se puntúan en otro apartado.

2. Moderado: Falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (sí el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3. Intenso: Evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4. Extremo: Dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa gran estímulo para ello.

8. **Inhibición** (Lentitud de pensamiento y del lenguaje; peor capacidad de concentración; disminución de la actividad motora)

0. Ausente.

1. Ligera: Ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2. Moderada: Evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar a las preguntas).

3. Intensa: Entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos y al caminar.

4. Extrema: Estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9. **Agitación**

0. Ausente.

1. Ligera: Mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.

2. Moderada: Se mueve durante la entrevista; se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos.

3. Intensa: No puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4. Extrema: La entrevista se desarrolla “corriendo”, con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y “desatado”.

10. **Ansiedad psíquica** Aquí se incluyen muchos síntomas, tales como: tensión, incapacidad para relajarse o concentrarse, irritabilidad, preocupaciones sobre trivialidades (que no son rumiaciones depresivas), fobias, crisis de ansiedad, etc.

0. Ausente.

1. Ligera: Tensión subjetiva e irritabilidad.

2. Moderada: Tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3. Intensa: Actitud aprensiva evidente en la expresión y el lenguaje.

4. Extrema: Crisis de ansiedad observadas; la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea verbal o no verbal.

11. **Ansiedad somática** Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (pesadez de estómago, retortijones, diarrea, boca seca, flatulencia, diarrea, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, desmayos, sofocos, dolor o malestar precordial); respiratorios (hiperventilación, suspiros, ahogos, dificultad para respirar); aumento de la frecuencia urinaria; sudoración; tensión muscular, temblores, tinnitus; vértigos; visión borrosa; etc.

0. Ausente.

1. Ligera: Un solo síntoma o un síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema.

2. Moderada: Varios síntomas de distintos sistemas.

3. Intensa: Múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4. Extrema: Numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12. **Síntomas somáticos gastrointestinales**

0. Ausente.

1. Ligero: Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2. Intenso: Pérdida de apetito y no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales

0. Ausente.

1. Ligero: Fatigabilidad, pérdida de energía; pesadez en extremidades, espalda o cabeza; dorsalgias, cefalea, algias musculares.

2. Intenso: Fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales Pese a su dificultad, su evaluación debe intentarse siempre. Tomar nota de los cambios asociados claramente con la enfermedad.

0. Ausente o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1. Ligero: Descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2. Intenso: Pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15. Hipocondría Valorar el síntoma que aparece o aumenta asociado a la depresión.

0. Ausente.

1. Ligera: Alguna preocupación por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.

2. Moderada: Muy preocupado y atento a síntomas orgánicos; piensa que tiene una enfermedad orgánica.

3. Intensa: Fuerte convicción de padecer un trastorno orgánico que, para el paciente, justifica su situación actual (puede ceder temporalmente a la argumentación lógica); solicitud constante de ayudas, exploraciones, etc.

- Extrema: Ideas delirantes hipocondríacas.

16. Pérdida de introspección

0. Ausente: Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1. Ligera: Reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2. Intensa: Niega que esté enfermo.

17. Pérdida de peso En evaluaciones sucesivas, restar a la puntuación inicial 1 si gana 500 g/semana y 2 si gana 1 kg/semana).

0. Ausente.

1. Ligera: Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 g/semana o 2,5 kg/año (sin dieta).

2. Intensa: Pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior al kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

APENDICE D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, C.I _____;
Nacionalidad: _____; de _____ Años; domiciliado
en: _____, en pleno uso de mis facultades
mentales y por voluntad propia afirmo que se ha hecho de mi conocimiento de un trabajo
de investigación que se llevara cabo en el Hospital Universitario Antonio Patricio De
Alcalá el cual lleva por nombre: **SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ. MARZO-SEPTIEMBRE 2018.** Igualmente se
ha solicitado mi colaboración para contestar un cuestionario el cual es el instrumento de
trabajo donde se recogen la información para dicho estudio.

Además, se me informo que no se me realizara ningún procedimiento médico o
examen paraclínico, que este mismo no pone en riesgo mi salud e identidad, así mismo
estoy de acuerdo con contribuir con este estudio que tiene fines académicos para lo cual no
daré ni recibiré ningún beneficio económico.

Firma: _____

C.I: _____

Fecha: _____

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ. MARZO- SEPTIEMBRE 2018.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Dra. Mariannys Hernández	CVLAC	18.211.615
	e-mail	mariannyshcastillo@hotmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Síndrome de Burnout, Depresión, médicos residentes, características epidemiológicas.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Resumen (abstract):

Introducción: El síndrome de burnout (SB), conocido síndrome de quemarse por el trabajo tiene tres dimensiones: 1) agotamiento emocional 2) despersonalización 3) realización personal. La depresión usualmente coexiste con SB y se superponen y comparten características psicósomáticas, conductuales y emocionales

Objetivo: Determinar el síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná, marzo-septiembre 2018.

Material y Método: Se trató de un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal de cohorte transversal, que relaciona el síndrome de burnout con síntomas depresivos. La muestra estuvo conformada por 109 residentes que laboran en el HUAPA, durante el periodo, marzo-septiembre 2018.

Resultados: el 73,39% presentó SB, los que no presentaron SB fue un 26,61%. las dimensiones (MBI), se ubicó en un nivel alto tanto para el agotamiento emocional (55,96%) como para la despersonalización (69,72%) y a un nivel medio para la realización personal (40,37%). El grupo etario de 30 a 33 años presentó la mayor frecuencia, agrupando a un (66,06%) de los residentes. La mayor parte de los residentes fueron femeninos (64,2%). la mayoría de los residentes no vivían en pareja (64,2%). El año de residencia con mayor SB fue tercer año (34,86%). 94% de los residentes oscilaron entre “poco satisfechos” (46,79%) a “satisfechos” (46,79%). El síndrome es más frecuente en residentes de pediatría (41,37%), cirugía (31,03%) y ginecología-obstetricia (13,79%). se diagnosticó depresión en sus diversos niveles en casi un (69%). SB en sus tres dimensiones agotamiento emocional los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” 65% de la muestra y los niveles bajos de este con depresión “grave a muy grave” 75%. despersonalización, los niveles altos son más frecuentes en residentes con depresiones de “ligera” a “moderada” de un 82 a un 89%. En el caso de realización personal los niveles bajos aumentan a medida que disminuye el grado de depresión.

Conclusiones: La prevalencia global del Síndrome de Burnout fue 73,39% El Síndrome de Burnout desarrolla más riesgo de depresión en personas que sufren esta enfermedad que en los que no la padecen. En general se demuestra que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo alto, estadísticamente significativo, para desarrollar depresión.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Dra. Xiohath Morey.	ROL	C ☐ A ☒ T ☐ J ☐ A ☐ S ☐ U ☐ U ☐
	CVLAC	12.269.654
	e-mail	orismarmo@hotmail.com
	e-mail	
Dra. Diannerys Boada	ROL	C ☐ A ☐ T ☐ J ☒ A ☐ S ☐ U ☐ U ☐
	CVLAC	14.420.815
	e-mail	dicoboada@gmail.com
	e-mail	
Dra. Karla Rivero	ROL	C ☐ A ☐ T ☐ J ☒ A ☐ S ☐ U ☐ U ☐
	CVLAC	14.125.656
	e-mail	karlinarivero@hotmail.com
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2018	11	30
-------------	-----------	-----------

Lenguaje: **SPA**

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
P.G Hernandez-m.doc	Aplication/word

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo: Especialista

Área de Estudio: Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:30
JUAN A. BOLANOS CUMPELO
Secretario

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

Apartado Correos 094 / Telés: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

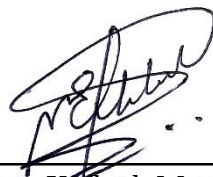
Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



Dra. Mariannys Hernández

Autor



Dra. Xioháth Morey.

Asesor