



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS PARA OPTAR A TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO GENERAL.

TEMA: Síndrome de Burnout asociado con Depresión en Médicos Residentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

AUTORES:

Br. Mario José Alvarado Nissing

Br. Kristhell Zulim Álvarez Hernández

TUTOR:

Dr. Alberto Berrios.

Profesor Titular.

UNAN-León.

**Lunes, 12 febrero 2018.
León, Nicaragua**

¡A la Libertad por la Universidad!

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

DEDICATORIA

A los residentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, por su amabilidad y disponibilidad hacia nosotros, y por el trabajo que realizan a diario con sus pacientes.

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por demostrarnos la manera de superar todos los obstáculos que se nos interpusieron en el camino. A nuestros padres, por ser la fuerza que nos impulsa a seguir adelante, y por su apoyo que nos ayudó a cumplir esta meta. A nuestros compañeros, que de una u otra manera colaboraron con nuestro estudio.

RESUMEN

El síndrome de Burnout o desgaste laboral, es una entidad que afecta a los médicos provocando agotamiento emocional y falta de deseos de superación; el estrés laboral puede conllevar el desarrollo de trastorno depresivo agregando una alteración del estado anímico que hace una disminución en la efectividad laboral de las personas que lo padecen. **Objetivo.** Analizar la correlación entre síndrome depresivo y síndrome de Burnout. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio de corte transversal analítico en médicos residentes del HEODRA. Se aplicó un cuestionario donde se recolectaron datos personales, historia clínica y laboral; además, el test de Maslach para síndrome de Burnout y el test de Beck para trastorno depresivo, se determinó la prevalencia de ambos y se asociaron a los factores de riesgo encontrados en los individuos. **Resultados.** Se evaluaron 108 residentes encontrando que la mayoría de ellos eran jóvenes entre 25-30 años, con una antigüedad laboral estimada de 13-24 meses, la prevalencia del síndrome de Burnout es de 29.6%, y la del trastorno depresivo es de 58.5%. Se encontró relación entre el síndrome de Burnout y el desarrollo de trastorno depresivo. El síndrome de Burnout se vio asociado a la especialidad de Cirugía, Anestesia y Pediatría, así como con las características individuales que se estudiaron. Por otro lado el trastorno depresivo se encontró asociado con el área de Cirugía, Pediatría y Medicina Interna, con los factores externos y el sexo femenino. **Conclusión.** El trastorno depresivo representa un problema grave para los residentes del HEODRA. El síndrome de Burnout representa un riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo en este grupo de personas. Estos síndromes se ven asociados a muchos factores de riesgo presente en los individuos estudiados.

Palabras claves: síndrome de Burnout, trastorno depresivo.

INDICE

I.	Introducción.....	01
II.	Antecedentes.....	02
III.	Justificación.....	03
IV.	Planteamiento del problema.....	04
V.	Hipótesis.....	05
VI.	Objetivos.....	06
VII.	Marco Referencial.....	07
VIII.	Material y Métodos.....	17
IX.	Análisis de los Resultados.....	23
X.	Discusión.....	25
XI.	Conclusión.....	27
XII.	Recomendaciones.....	28
XIII.	Bibliografía.....	29
XIV.	Anexos.....	31
	Anexo 1: Cuestionario individual.....	32
	Anexo 2: Test de Maslach.....	33
	Anexo 3: Test de Beck.....	34
	Anexo 4: Consentimiento informado.....	35
	Anexo 5: Tablas.....	36

I. INTRODUCCIÓN.

El trastorno depresivo mayor es hoy en día uno de los padecimientos psiquiátricos con mayor prevalencia a nivel mundial y repercute negativamente en el ámbito biológico, psicológico y social de quienes lo padecen. ^(1,2)

De acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV este trastorno se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios depresivos en los que al menos durante dos semanas se presenta el estado emocional caracterizado por: estado de ánimo depresivo, pérdida generalizada del interés o la percepción del placer en casi todas las actividades, acompañado por al menos otro cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, insomnio, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. ⁽²⁾ El episodio debe de ir acompañado de malestar clínicamente significativo o de deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo. ⁽³⁾

La depresión afecta a la vida laboral de las personas y condiciona la disminución en su efectividad en el trabajo que cuando se trata del personal médico pueden considerarse más severo ya que pueden presentar un mayor número de accidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión y los enfermos pueden ser atendidos con un déficit en la calidad y calidez que se merecen, lo cual repercute en el proceso de curación. ⁽⁴⁾

A mediados de la década de 1970, el psiquiatra H. Freudenberger describió el Síndrome Burnout o desgaste profesional, aunque no con tal nombre, sino como una enfermedad psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en instituciones cuyo objeto de trabajo eran las personas. ⁽⁵⁾

Se considera que las personas que realizan actividades que implican un mayor grado de estrés laboral son más susceptibles a padecer el trastorno depresivo el cual es uno de los padecimientos psiquiátricos con mayor prevalencia a nivel mundial (3-5%). Por ello se considera que los médicos residentes que se encuentran en entrenamiento en especialidades médicas que requieren su estancia durante varios años en unidades hospitalarias desarrollando trabajo clínico intensivo son sujetos con una alta probabilidad de presentar este fenómeno, por lo que hemos considerado importante evaluarlo en la cohorte de médicos residentes para tratar de evaluar y detectar a los posibles afectados, y de este modo intervenir con oportunidad tanto por la salud de los médicos como por la calidad de atención hacia los enfermos. ⁽⁶⁾

II. ANTECEDENTES.

En el año 2010 se realizó en la ciudad de México un estudio en residentes de neurocirugía, psiquiatría y neurología para determinar la presencia de depresión y el nivel de esta debido al estrés al cual estaban sometidos dichos médicos, aplicando la escala de Maslach burnout inventory y el inventario de depresión de Beck. Se evaluaron a la entrada y posteriormente a los 6 y a los 12 meses encontrando un aumento en la sintomatología depresiva leve y agotamiento emocional significativo, sorpresivamente siendo los más afectados los residentes de psiquiatría. ⁽⁶⁾

En México, en el año 2006 se realizó un estudio analítico de corte transversal en médicos residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas, con una prevalencia de síndrome de Burnout de un 35% con predominio en el grupo clínico, se determinó que el síndrome de Burnout es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión ya que hasta el 46% de la población que padecía este síndrome desarrollaba sintomatología depresiva, siendo más afectado el sexo femenino. ⁽¹⁾

En México en el año 2010 se realizó un estudio transversal analítico para determinar si el síndrome de Burnout se encuentra asociado a depresión en el personal de enfermería de un hospital de alta resolución encontrándose una prevalencia de 15.07% de cansancio alto, 21.92% con valores alto de despersonalización y un 6.85% depresión grave. ⁽⁷⁾

En Nicaragua se realizó un estudio de corte transversal para estudiar la presencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras en el año 2007, cuyos resultados presentaron el doble de casos en el personal de enfermería que en los médicos, la dinámica de trabajo fue el factor más percibido como desfavorable. La relación antigüedad laboral-casos tuvo comportamiento inverso, entre el personal de enfermería, a más años labores más casos, y lo contrario entre los médicos. La mayor parte de casos fueron jóvenes y se encontraban casados, el sexo femenino fue más afectado en enfermeras y el masculino en médicos. ⁽⁸⁾

En el año 2008 otro estudio de Burnout en el personal asistencial del Hospital Roberto Calderón en la Ciudad de Managua; encontró una prevalencia de 92% de la población encuestada en grado moderado y alto de Síndrome de Burnout. ⁽⁹⁾

III. JUSTIFICACIÓN.

A pesar de la problemática que representa el síndrome de Burnout en trabajadores de la salud, y de los esfuerzos por estudiar esta problemática, los estudios en Nicaragua se dirigen únicamente a determinar prevalencias de síndrome de Burnout y todavía no existen investigaciones que brinden información de la correlación entre síndrome de Burnout y síndrome depresivo. Con este estudio se pretende establecer la relación entre síndrome de Burnout y Depresión, y de esta manera sentar bases para futuras investigaciones que implementen medidas ante esta problemática, que posiblemente afecta la calidad y calidez de los usuarios de servicios médicos Nicaragüenses.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La correlación del síndrome de Burnout y el síndrome depresivo aún se encuentra en estudio. Se ha observado que el estrés precede a los trastornos depresivos en aquellos sometidos a gran carga de trabajo. ¿Es el Síndrome de Burnout un predictor significativo para trastorno depresivo?

V. HIPÓTESIS.

Como resultado de nuestro estudio esperamos encontrar que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo para trastorno depresivo en Residentes de las diferentes especialidades médicas del Hospital HEODRA.

VI. OBJETIVOS.

1. Objetivo General.

Analizar la correlación entre Síndrome Depresivo y Síndrome de Burnout.

2. Objetivos Específicos.

- Determinar las características individuales en las personas en estudio.
- Establecer la prevalencia de síndrome de burnout y trastorno depresivo en personas en estudio.
- Identificar factores asociados a Síndrome de Burnout y Trastorno depresivo.

VII. MARCO TEÓRICO.

1. El desgaste profesional (Burnout) en profesionales de la Salud.

1.1 Delimitación conceptual.

El termino Burnout es descrito originalmente en 1974 por Fredeunberger, aunque no es hasta los estudios de Maslach y Jackson cuando realmente adquiere verdadera Importancia el estudio de este síndrome, desde un enfoque psicosocial. ⁽¹⁰⁾

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de Burnout, pero si un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta prolongada a los estresores emocionales e impersonales crónicos en el trabajo. Se ha conceptualizado como una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización. ⁽¹⁰⁾

En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que el Desgaste Profesional, entendido como proceso, asume una consecuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. ⁽¹⁰⁾

La perspectiva psicosocial se asume como la más coherente, al entender que el desgaste profesional se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson que se conceptualizan como:

Agotamiento emocional: es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. ⁽¹⁰⁾

Despersonalización: implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas. ⁽¹⁰⁾

Falta de realización personal en el trabajo: se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. ⁽¹⁰⁾

1.2 . Determinantes del desgaste profesional.

El estrés como variable antecedente, en la profesión de medicina está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de medicina está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc. ⁽¹¹⁾

En conclusión la profesión de medicina conlleva otras tres características que son factores de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, se puede encontrar los antecedentes en las variables de entorno socio profesional, organizacional, interpersonales e individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad y todo ello en el marco contextualizador del estrés laboral. ⁽¹¹⁾

Entorno socio- profesional, en los últimos años, en la profesión de enfermería ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que requieren redefinir los roles y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máximo cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional. ⁽¹¹⁾

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

Nivel Organizacional, en este destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada, que basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros. Los profesionales capacitados para el desarrollo de su actividad, gozan de una cierta independencia y control sobre la misma, que en el caso de medicina pasa a conjugar de una forma equilibrada las relaciones con el colectivo de enfermeras en lo que refiere a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas. Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol. Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral a la que se refiere Peiró como “el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”. Ello quiere decir que las actitudes y sentimientos de propio síndrome de Burnout pueden ser transmitidas entre los profesionales a través del mecanismo de modelado o aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral. ⁽¹¹⁾

Relaciones interpersonales, las relaciones interpersonales sobre todo con los usuarios y los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de desgaste profesional. Por otro lado, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización, la excesiva identificación con los usuarios y los conflictos interpersonales con estos y sus familiares, tienen también una importante incidencia en la aparición del síndrome. ⁽¹¹⁾

Nivel individual, las características de personalidad van a ser una variable a considerar con relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de la medicina, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal en el trabajo. Si el médico no encuentra estrategias de afrontamiento efectivas, puede generar sentimientos de frustración e incluso culpar al usuario del fracaso personal. ⁽¹¹⁾

2. Consecuencias del desgaste profesional.

Maslach afirma que los profesionales de la salud al estar en interacción con los problemas psicológicos, sociales y/o físicos de los pacientes, son potencialmente más vulnerables al desgaste crónico, al desgaste emocional y finalmente al desgaste profesional. Los periodos prolongados del desgaste profesional tienen consecuencias perjudiciales a largo plazo, tanto a nivel individual, como a nivel organizacional. ⁽¹²⁾

Consecuencias para el individuo, desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral.

Según Gil- Monte y Peiró los efectos a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatros grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. Entre los que se destacan: sentimientos de soledad, aislamiento del sujeto, cambios bruscos de humor, dolor precordial, taquicardia, palpitaciones, fatiga, insomnio, jaqueca, entre otros. ⁽¹³⁾

En cuanto a las derivaciones sobre las relaciones interpersonales extra- laborales, Maslach señala que las repercusiones del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso separación. El agotamiento emocional les impide aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos, lo que puede incidir en gran medida en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el Burnout y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo. ⁽¹⁴⁾

Consecuencias para la organización, entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar: Disminución de la satisfacción laboral, elevación de absentismo laboral, abandono del puesto y organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, incremento en los conflictos interpersonales con compañeros de trabajo, supervisores y usuarios. ⁽¹⁴⁾

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

En todo caso, existe una relación directa entre Burnout y un mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo. Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan Burnout, mediante el aprendizaje por modelado. ⁽¹⁴⁾

3. Depresión.

3.1. Delimitación conceptual.

Desde el punto de vista de la psicopatología, la depresión corresponde a los trastornos del estado de ánimo; éstos a su vez tienen como característica principal una alteración del humor. Algunas de las características de los episodios afectivos son: un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en muchas actividades. ⁽¹⁵⁾

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. ⁽¹⁵⁾

3.2 Factores de Riesgo

3.2.1. Sexo.

La relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, igualándose fuera de este intervalo de edad. ⁽¹⁶⁾

3.2.2. Edad.

Existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo en los niños son más frecuentes las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención). ⁽¹⁶⁾

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

3.2.3. Genéticos.

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo. ⁽¹⁷⁾

3.2.4. Acontecimientos vitales.

Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Al ser acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales su potencial estresante va a estar en función de la cantidad de cambios que produzcan. Las emociones de tipo negativo que acompañan al estrés varían de acuerdo con las circunstancias del individuo y de la situación y de la agudeza o cronicidad del estrés. Ante el estrés agudo se tiende a experimentar ansiedad/miedo; cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. ⁽¹⁸⁾

3.2.5. Factores sociales.

Los factores sociales predisponentes son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos:

- Las experiencias de privación psicosensorial o de abusos y explotación extremos, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar.
- Otros muchos factores sociales predisponentes o de vulnerabilidad se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, vecindario con altos niveles de violencia, etc. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

3.2.6. Psicológicos.

Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o la falta de reforzadores positivos. Desde los años ochenta se han multiplicado los trabajos que desarrollan las tesis cognitivas según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir de esquemas cognitivos que facilitan la aparición de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro y uno mismo. ⁽²⁰⁾

3. 3. Factores etiológicos.

3.3.1. Biológicos.

3.3.1.1 Genéticos.

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo. ⁽²¹⁾

3.3.1.2. Factores neuroquímicos.

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de receptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio. ⁽²¹⁾

También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

3.3.1.3 Factores endocrinos.

Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. ⁽²¹⁾

3.3.1.4. Factores fisiológicos.

Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

3.3.1.5. Factores anatómicos.

Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo. ⁽²¹⁾

3.4 Clasificación de la depresión.

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-IV y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10. El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Dentro de los bipolares, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico. ⁽¹⁸⁾

Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto y, en cierto modo, el trastorno esquizoafectivo. ⁽¹⁸⁾

El trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas. ⁽¹⁸⁾

Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos, así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica. Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruina e hipocondría. ⁽²²⁾

La depresión mayor no melancólica constituye el grupo mayoritario de los episodios depresivos mayores y es probablemente indistinguible de la distimia en términos cualitativos. Muchos pacientes con depresión mayor no melancólica sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o trastornos de la personalidad comórbidos. Dentro de este grupo, clínicamente y quizás etiopatogénicamente heterogéneo, se dio el calificativo de depresión atípica a la presentada por pacientes que tenían una mala respuesta a los Antidepresivos tricíclicos en ensayos clínicos realizados en el ámbito hospitalario,

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

caracterizándose por síntomas como humor reactivo, cansancio tipo pesadez de brazos y piernas, aumento de apetito o de peso significativos, hipersomnias, hipersensibilidad al rechazo interpersonal y buena respuesta a los IMAO. A pesar de su nombre, no es una depresión atípica en el entorno ambulatorio. ⁽²²⁾

El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características (con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos) y el curso del trastorno (con o sin recuperación interepisódica). ⁽¹⁸⁾

El trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20-30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución. ⁽¹⁸⁻²³⁾

3.5 Criterios diagnósticos.

Para llegar al diagnóstico de Episodio depresivo o distimia es necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple los criterios CIE-10 (11) o DSM IV. ⁽¹⁸⁻²³⁾

- **F32.0 Episodio depresivo leve.**

Los síntomas más característicos son: Ánimo depresivo, Disminución de interés y de la capacidad de disfrutar, Aumento de la fatigabilidad.

Al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de síntomas. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- **F32.1 Episodio depresivo moderado**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

- **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somático.

VIII.MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio de corte transversal analítico que se aplicó a los médicos residentes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA), para reconocer la prevalencia de síndrome de Burnout y trastorno depresivo, y determinar la relación entre síndrome de Burnout y trastorno depresivo. Este estudio se realizó en el periodo comprendido de Agosto – Noviembre del 2015 por estudiantes de VI año de la carrera de Medicina de la UNAN-León.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello ubicado en la ciudad de León. Aquí se brindan las atenciones que hospital de atención secundaria, consta con

- Área administrativa
- Biblioteca
- Aulas
- Cocina y comedor
- Sala de Emergencia
- Laboratorio Clínico
- Laboratorio de Imágenes
- Laboratorio de Patología
- Área de encamado (Ginecología, UMI, Cirugía, Ortopedia, Medicina Interna, UCI, UCIN, SCIN, Pediatría)
- Quirófano
- Labor y parto
- Morgue

Las diferentes áreas de encamados son atendidas por el personal de enfermería, médicos internos, médicos residentes de las diferentes especialidades y médicos de base, así como por los estudiantes de medicina y enfermería de la UNAN-León que rotan por las diferentes áreas.

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

POBLACION DE ESTUDIO

La población estudiada fueron 108 médicos residentes de las diferentes áreas de dicho hospital de un total de 113. Los residentes que fueron excluidos del estudio, cumplían los criterios de exclusión, o se encontraban en periodo de vacaciones en el momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- Turno medico el día anterior de la realización del estudio.
- Enfermedades psiquiátricas diagnosticadas.
- Enfermedades neurológicas diagnosticadas.
- Uso de tratamiento antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos.
- Pérdida reciente de algún familiar o amigo cercano.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

A los participantes se les aplicó un cuestionario comprendido de tres partes, en las que se incluyen una evaluación de su historia clínica laboral, y la aplicación del test de Maslach para síndrome de Burnout, y test de Beck para trastorno depresivo. Para proteger su privacidad se le asignó un código a cada individuo con el cual fue reconocido durante el estudio y el que sirvió para conocer sus resultados al término del estudio. Como encabezado se le solicitó al participante sus datos generales edad, sexo, especialidad médica y rango de residente.

La primera parte del cuestionario consta de una historia clínica donde se recoge información sobre antecedentes personales patológicos y no patológicos. La segunda parte es el test de Maslach, y la tercera parte el test de Beck, ambos evaluados mediante escala de Likert. Estos test fueron escogidos debido a su facilidad de comprensión y confiabilidad de los resultados, además de ser autos aplicables. (VER ANEXO 1, 2 y 3).

Previo al estudio se realizaron 15 pruebas pilotos a médicos internos para valorar la comprensión del mismo y tomar en cuenta la necesidad de realizar modificaciones que se ajustaran a la lingüística de los participantes.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El estudio se llevó a cabo en el periodo de Agosto-Noviembre de 2015. Los participantes fueron previamente avisados por sus superiores sobre la realización del trabajo.

El cuestionario se aplicó por área a primera hora de la mañana para evitar que los resultados fueran influenciados por la presión de trabajo del día, para favorecer la

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

intimidación del individuo y tener la capacidad de brindar una atención personalizada si era requerida por los participantes durante la aplicación del test. Para esto se redactó un cronograma sobre los días, hora, área seleccionada y cantidad de personas que serían atendidas.

PLAN DE ANALISIS

✓ Reducción de variables

- A. **Tiempo de trabajar:** se valoró la cantidad de tiempo en meses que lleva trabajando el individuo en el hospital. Para conocer si hay efecto entre el tiempo de trabajo y el desarrollo de los síndromes.
- B. **Especialidad médica:** es una variable donde se indica el área médica en que se desarrolla la persona estudiada para conocer qué área tiene mayor riesgo de padecer de alguno de los síndromes.
- C. **Grado en la escala de Beck:** se evaluó según el puntaje obtenido en dicho, para conocer si el paciente sufre o no de trastorno depresivo, y si lo padece conocer el grado de su depresión.
- D. **Grado en la escala de Maslach:** este indica según el puntaje obtenido en el test, el grado de severidad del síndrome de Burnout en que se encuentra.

El estudio evalúa entonces la relación entre la antigüedad de trabajo, la especialidad médica, y el desarrollo de ambos síndromes. Así como la prevalencia de cada uno de estos, y al final conocer en qué medida el síndrome de Burnout actúa como factor de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo. Todo esto a través de la medición de OR, Chi cuadrado, valor de P e intervalo de confianza del 95%.

✓ Evaluación de sesgos

Se tuvo en cuenta las siguientes probabilidades de sesgo:

- A. Falta de comprensión de las preguntas del cuestionario, y/o la escala utilizada.
- B. Presión para terminar por la necesidad de regresar a sus actividades laborales.
- C. Falta de privacidad.
- D. Confiabilidad de los datos suministrados.
- E. Participación de variables de exclusión.

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

Variable	Concepto	Indicador	Valores
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día actual.	Se expresa en años	De 25-30 años De 31-35 años Mayor de 35
Sexo	Mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en masculina y femenina.	Género	Masculino Femenino
Tiempo de antigüedad	Tiempo que lleva la persona en HEODRA	Se expresa en meses	2-12 meses 13-24 meses 25-36 meses 37-48 meses
Especialidad medica	Es la rama de la medicina en la que el participante se encuentra especializando	Se expresa en tipo	Ginecoobstetricia Cirugía General Cirugía Plástica Medicina Interna Ortopedia Pediatria Patología Radiología Anestesiología
Antecedentes Personales patológicos	Enfermedades crónicas transmisibles o no transmisibles con las que curse el médico.	Evaluación Global	Ausencia Presencia
Antecedentes de patologías psicológicas	Enfermedades del Sistema Nervioso que el medico haya tenido previamente.	Evaluación Global	Ausencia Presencia
Antecedentes personales no patológicos	Evaluación de los hábitos del médico.	Evaluación Global	Ausencia Presencia
Factores externos	Estos incluyen: deudas económicas, problemas familiares y/o laborales, plan de dieta actual, la muerte de algún familiar o amigo cercano 3 meses antes de realizado el estudio.		

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

Síndrome de Burnout	Se mide mediante el Test de Maslach, para reconocer la presencia del síndrome.	Valoración global.	Ausencia Presencia
Trastorno depresivo	Se mide mediante el Test de Beck, para reconocer la presencia del trastorno, y el grado de gravedad de este si está presente.	Valoración Global. Se expresa en grados	Ausencia Ligero trastorno emocional Depresión clínica borderline Depresión moderada Depresión grave Depresión extrema

Consideraciones éticas

Consentimiento informado: Se explica lo que contendrá el consentimiento lo que se escribirá para mantener el respeto a las personas.

Los participantes del estudio fueron debidamente informados acerca de la investigación que realizamos, explicándole la manera en que íbamos a recolectar los datos y si cabe la posibilidad que presente alguna molestia durante el proceso se les aclarara que su colaboración en el estudio es totalmente voluntaria y que goza con el derecho de desistir en algún momento de la investigación si así lo desea. Finalmente explicamos los beneficios que podría brindarle esta evaluación para su desempeño en el trabajo y realización de actividades diarias. Se les proporcionó una hoja de consentimiento para la participación que debía leer, aprobar y si tenían alguna duda se les aclaraba en el momento.

Confiabledad de los datos: Para proteger la identidad de los participantes, utilizamos un código para cada uno y un cuaderno aparte donde anotamos el código con su respectivo nombre y apellido, al cual solo nosotros tuvimos acceso. Los datos personales obtenidos se guardaron en una archivadora en la casa de uno de los autores, siendo un lugar seguro con acceso restringido, donde solo nosotros teníamos acceso tomando toda clase de medidas preventivas para que nadie divulgue los datos obtenidos y proteger la dignidad de las personas.

Conducta de los casos: Al final del estudio se entregó los resultados a cerca de los test que se le aplicaron, y se les proporcionó información acerca de cómo corregir o mejorar sus estilos de vida.

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con la realización de este estudio de tipo corte transversal analítico a 108 Residentes del Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello, encontramos que la mayoría de los trabajadores son jóvenes (74.1%), con edades entre 25-30 años, con predominio de el sexo femenino (51.9%). La mayoría tiene un antigüedad de trabajo de 13-24 meses (33%), distribuidos de la siguiente manera en las diferentes especialidades: Ginecobstetricia 25.9%, Pediatría 21.3%, Medicina interna 15.7%, Anestesia 12.8%, Cirugía 11.1%, Ortopedia 10.2%, Patología 3.7% (ver tabla N° 1).

Según la Historia clínica laboral se encontró la presencia de patología crónicas en el 15.7%, no se evidenció presencia de patologías del Sistema Nervioso; se descubrió que el 41.7% tiene antecedentes personales no patológicos, y una presencia de factores externos en la mitad de individuos (50.9%) (Ver tabla N° 2)

La prevalencia de Síndrome de Burnout es de un 29.6%, con mayor presencia en el área de Ginecobstetricia (7.56%), y sin presencia de casos en el departamento de Patología (Ver tabla N° 3). Se encontró que el área del síndrome más afectada fue el agotamiento emocional en un 56.5% de los casos (Ver Tabla No. 4)

Se encontró una prevalencia de Síndrome depresivo de 58.8%, padeciendo la mayoría de los casos un ligero trastorno emocional (39.8%). (Ver tabla N° 5). El área de menor prevalencia fue Patología, y el área de mayor prevalencia Pediatría. (Ver tabla N° 6)

Se encontró que hay relación entre la presencia de síndrome de burnout y el desarrollo de trastorno depresivo mayor, con alta significancia clínica y estadística. (Ver tabla N° 7).

Se relacionó el área de trabajo con la presencia de Síndrome de Burnout, para conocer que áreas presentan riesgo de desarrollo de este síndrome, encontrándose que el área de Cirugía, Pediatría y Anestesia son las que representan un riesgo para los individuos estudiados. (Ver tabla N°8). Así mismo se encontró que presentar una enfermedad crónica, antecedentes no patológicos (alcoholismo, tabaquismo, etc.), factores externos, ser del sexo femenino, tener una edad mayor de 30 años y tener una antigüedad en el trabajo mayor de 24 meses pueden ser causas que conlleven al desarrollo de este síndrome (Ver Tabla N°9)

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

La presencia de trastorno depresivo también se relaciono con el área de trabajo, obteniendo que las áreas de Cirugía, Pediatría y Medicina Interna presentan un riesgo para el desarrollo de este problema (Ver tabla N°10). También se reconoció que los factores sociales, como era de esperarse pueden presentar un riesgo para este grupo de individuos, así como también pertenecer al sexo femenino (ver tabla N°11).

X. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que la población de estudio eran Hombres y mujeres jóvenes comprendidos entre los 26- 35 años, quienes desempeñan trabajo de lunes a viernes, con turnos cada 4 días en un Hospital de referencia, todo esto llevado a cabo e interactuando con personas a diario.

Dentro de los factores de riesgos asociados a Depresión encontramos Patologías crónicas, Factores externos como problemas familiares, deudas económicas, consumo de sustancias como tabaco, alcohol. Como limitante del estudio se encontró la falta de accesibilidad de los Residentes todo esto condicionado por la fuerte carga de trabajo que tienen día a día.

En este estudio la prevalencia de Síndrome de Burnout fue de un 29.6% el cual comparado con un estudio que se realizó en México en Residentes de Anestesia es menor, puesto que en este se encontró una prevalencia de un 44%. Por otro lado es consistente con un Estudio realizado por estudiantes de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Unan Managua en León, Nicaragua en el cual se encontró una prevalencia de un 34%.

Se encontró una prevalencia de trastorno depresivo de 58.8% el cual era mucho mayor que un estudio que se realizó en Médicos residentes del Hospital Juárez de México, el cual mostraba una prevalencia de 16.04% y en el cual las áreas de mayor prevalencia eran Medicina interna (4.9%) y Pediatría (2.4%) mostrando similitud parcial con nuestro estudio en el cual los más afectados eran Pediatría (15%) y Anestesia (15%). En este mismo estudio realizado en México se encontró una prevalencia de Depresión Leve predominante entre los Residentes que mostraban Trastorno depresivo, el cual concuerda con nuestro estudio en el cual encontramos una presencia de ligero trastorno emocional de 39.8%.⁽⁴⁾

Se encontró asociación entre Síndrome de Burnout y Trastorno depresivo encontrándose que el Presentar Síndrome de Burnout es un factor de riesgo para desarrollar Trastorno depresivo, el cual es consistente con otros estudios realizados, uno que se realizó en Lima reporto que el 32,9% de los residentes con SBO tenían síntomas depresivo y otro estudio realizado en México el cual además de encontrar Síndrome de Burnout encontró algunas patologías como factor de riesgo para desarrollar trastorno depresivo al igual que lo encontrado en nuestro estudio.⁽¹⁾

El ser mujer representa un factor de riesgo para desarrollar tanto síndrome de Burnout como trastorno depresivo el cual concuerda con otros estudios realizados en México. Se encontró además que ser mayor de 30 años y la antigüedad mayor de 24 meses está asociado con Síndrome de Burnout, factores significados encontrados también en el estudio realizado en México en personal de enfermería.⁽⁷⁾

XI. CONCLUSIÓN

- ✓ El trastorno depresivo representa un serio problema para los residentes del HEODRA.
- ✓ El síndrome de Burnout representa un riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo en los individuos.
- ✓ Pertenecer al área de Cirugía, Medicina Interna y Pediatría presentan un riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo. Con respecto al síndrome de Burnout, Cirugía y Anestesiología presentan riesgo para su desarrollo.
- ✓ El desarrollo del síndrome de Burnout se relaciona con la presencia de cualquier factor citado en las características individuales. La presencia de factores externos y pertenecer al sexo femenino parecen estar ligadas al desarrollo de trastorno depresivo.

XII. RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir las siguientes medidas para la disminución de la prevalencia de los síndromes en estudio.

- ✓ Exponer los resultados obtenidos a la dirección del hospital, al docente coordinador y al representante de los médicos residentes.
- ✓ Hacer un plan de acción junto con las autoridades antes mencionadas que incluya:
 - Exponer los resultados del estudio a los médicos residentes y entregar los resultados de sus test.
 - Brindar atención psicológica a los casos severos de depresión.
 - Brindar charlas por parte del personal de salud mental a los médicos residentes sobre: el concepto, cuadro clínico, consecuencias y prevención de ambos síndromes.
 - Enseñar a los docentes métodos de mejoramiento de la relación entre ellos y sus alumnos, y las maneras en que ellos pueden ayudar en este plan de acción.
 - Crear un grupo de apoyo conformado por médicos residentes y un psicólogo.
 - Realizar actividades sociales: excursiones, paseos en grupo, creación de clubes de deportes, etc.
 - Crear un lugar dentro del hospital donde los médicos residentes puedan descansar y recrear en sus momentos libres.
 - Reestructuración de la forma de trabajo que disminuya la carga laboral y el aumento del tiempo libre.
 - Realizar un estudio que reconozca la causa de la presencia de ambos síndromes en la institución.
- ✓ Una vez puestas en práctica estas medidas, se recomienda la realización de un estudio que reconozca el avance de estas enfermedades en el tiempo y la eficacia de las medidas empleadas.

Referencia Bibliográfica:

1. Pérez CE. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en Médicos residentes. *Med Int Mez.* 2006;22:282-6.
2. Asociación estadounidense de psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Washington, D.C: Asociación Estadounidense de psiquiatría; 1994.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001. p. 29-30.
4. Rosales JJ, Gallardo CR, Conde MJ. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas.* 2005;001(10):25-36.
5. Monte GP, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.
6. Velásquez Pérez, Colín- Piana, González González, Afrontando la residencia médica: Depresión Y Burnout. *Gaceta Médica de México,* 2013; 1 (149); 183-195.
7. Trejo- Lucero, Torres-Pérez, Valdivia-Chávez, Asociación entre síndrome de Burnout y Depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de alta especialidad en un estado de México. *Investigación Materno infantil,* 2011; 3 (1): 44-47
8. Ávila Hernández L, Síndrome de burnout como factor de riesgo para la depresión en médicos residentes y médicos adscritos de la especialidad en urgencias médico quirúrgicas del hospital general villa [Tesis doctoral] México DF, México. Hospital General Villa, 2011.
9. Latino, G. Síndrome de Burnout en personal asistencial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. 2008. UNAN- Managua.
10. Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Malasch Burnout Inventory Manual.* Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
11. Peiró. J. M. (2004) El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica,* 3, 179- 186.
12. Moreno- Jiménez B., Garrosa E. Rodríguez Carvajal, R y Morante, M.E. (2003) El desgaste profesional o Burnout en los profesionales de oncología. *Boletín de psicología,* 79, 7-20. ISSN 0212- 8179
13. Gil- Monte, P.R y Peiró, J.M. Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.
14. Moreno- Jiménez, B., Garrosa, E., Rodríguez- Carvajal, R. y Morante, M.E. (2003). El desgaste profesional o Burnout en los profesionales de Oncología. *Boletín de psicología,* 79, 7-20. ISSN 0212- 8179.

15. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgos asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 1997; 26 (1): 23-35.
16. Pedreira Massa J.L. Protocolo de abordaje de los trastornos afectivos en la infancia desde los servicios de Atención Primaria. *Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria*. ELA. 1995. Madrid.
17. Haro J M, Palacina, C, Vilagut G, e.a. y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51
18. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 2002.
19. Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1976;11:213-8.
20. Beck A., Rush J., Shaw B. y Emery G. *Terapia cognitiva de la Depresión*. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1979
21. Gelder M, Gath D, Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. 3ª ed. Oxford: University Press, 1993.
22. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Trastornos del humor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.
23. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor; 1992.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: _____

Especialidad médica: _____

Edad: ____

Sexo: ____

Estado Civil: _____ No. Hijos: _____

Parte 1

▪ Antecedentes patológicos personales

- Enfermedades Crónicas

Especifique: _____

- Enfermedad Psiquiátrica

Especifique: _____

▪ Antecedentes personales no patológicos

- Alcohol

- Tabaquismo

- Drogas

- Medicación actual

Especifique: _____

- Ha tenido la perdida de algún ser querido en los últimos 3 meses?

- Tiene usted algún tipo de deuda económica?

- Tiene algún tipo de problema familiar o en el trabajo?

- Está sometido a algún plan de dieta?

ANEXO 2

TEST MASLACH

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

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

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

ANEXO 3

TEST BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, marque la de valor más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones antes de efectuar la elección.

- A. 0. No me siento triste
 - 1. Me siento triste
 - 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

- B. 0. No me siento especialmente desanimado con respecto al futuro
 - 1. Me siento desanimado respecto al futuro
 - 2. Siento que no tengo nada que esperar
 - 3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran

- C. 0. No me siento fracasado
 - 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - 2. Cuando uno mira hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso
 - 3. Me siento una persona totalmente fracasada

- D. 0. Las cosas me satisfacen como antes
 - 1. No disfruto de las cosas tanto como antes
 - 2. Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas
 - 3. Estoy satisfecho o aburrido de todo

- E. 0. No me siento culpable
 - 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 - 3. Me siento culpable constantemente

- F. 0. No creo que este siendo castigado
 - 1. Me siento como si fuese a ser castigado
 - 2. Espero ser castigado
 - 3. Siento que estoy siendo castigado

- G. 0. No estoy decepcionado de mí mismo
 - 1. Estoy decepcionado de mí mismo
 - 2. Me da vergüenza de mí mismo
 - 3. Me detesto

- H. 0. No me considero peor que cualquier otro
 - 1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 - 2. Continuamente me culpo por mis faltas
 - 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

- I. 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - 2. Desearía suicidarme
 - 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad

- J. 0. No lloro más de lo que solía llorar
 - 1. Ahora lloro más que antes
 - 2. Lloro continuamente
 - 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

- K. 0. No estoy más irritado de lo normal en mi
 - 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - 2. Me siento irritado continuamente
 - 3. No me irrito absolutamente nada por la cosas que antes solían irritarme

- L. 0. No he perdido el interés por los demás
 - 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
 - 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 - 3. He perdido todo el interés por los demás

- M. 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 - 1. Evito tomar decisiones más que antes
 - 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - 3. Ya me es imposible tomar decisiones

- N. 0. No creo tener peor aspecto que antes
 - 1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
 - 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mis aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - 3. Creo que tengo un aspecto terrible

- O. 0. Trabajo igual que antes
 - 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 - 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 - 3. No puedo hacer nada en absoluto

- P. 0. Duermo tan bien como siempre
 - 1. No duermo tan bien como antes
 - 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 - 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

- Q. 0. No me siento más cansado de lo normal
 - 1. Me canso más fácilmente que antes
 - 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada

- R. 0. Mi apetito ha disminuido
 - 1. No tengo tan buen apetito como antes
 - 2. Ahora tengo mucho menos apetito
 - 3. He perdido completamente el apetito

- S. 0. He perdido poco peso o no he perdido nada
 - 1. He perdido más de 2 1/2kg
 - 2. He perdido más de 4kg
 - 3. He perdido más de 7kg

- T. 0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
 - 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 - 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

- U. 0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 - 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 4
Consentimiento informado

Somos estudiantes de VI año de Medicina de la UNAN –León, y estamos realizando un trabajo para reconocer de qué manera el síndrome de Burnout actúa como actor desencadenante de trastorno depresivo mayor.

Le pedimos 30 minutos de su tiempo para contestar un cuestionario donde se le harán preguntas sobre su estilo de vida y estado emocional. Le aseguramos que la información que usted nos brinde es estrictamente confidencial, y en ningún momento usaremos su nombre en los resultados del estudio.

Si usted tiene alguna inquietud sobre el estudio puede avocarse con nosotros y con gusto contestaremos sus preguntas.

Al firmar este consentimiento, usted está aceptando lo anterior descrito y el sometimiento al cuestionario. Recuerde que la participación es voluntaria y se puede retirar del estudio en cualquier momento.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Investigadores:

- Mario Alvarado Nissing
- Kristhell Alvares Hernández

ANEXO 5

Tabla N° 1

Características generales de los Residentes del HEODRA. N=108		
Variable		Porcentaje
Edad	25-30 años	74.1%
	31-35 años	25.0%
	Mayor de 35	0.9%
Sexo	Masculino	48.1%
	Femenino	51.9%
Antigüedad de trabajo	1-12 meses	29.6%
	13-24 meses	33.3%
	25-36 meses	27.8%
	37-42 meses	9.3%
Especialidad Médica	Ginecoobstetricia	25.9%
	Cirugía	11.1%
	Medicina Interna	15.7%
	Ortopedia	10.2%
	Pediatría	21.3%
	Patología	3.7%
	Anestesia	12.8%

Tabla N° 2

Factores de riesgo encontrados en la historia clínica- laboral N=108	
Factor de riesgo	Porcentaje
Patologías Crónicas	15.7%
Patologías del sistema nervioso	0%
Antecedentes personales no patológicos	41.7%
Factores externos	50.9%

Tabla N° 3

Prevalencia de Síndrome de Burnout en personas en estudio. N: 108	
Presencia	29.6%
Ginecobstetricia	7.56%
Cirugía	7.55%
Medicina Interna	5.4%
Ortopedia	3.2%
Pediatría	6.5%
Patología	0%
Anestesia	4.3%
Total	29.6%

Tabla N° 4

Componentes del Síndrome de Burnout afectados. N=108	
	%
Agotamiento emocional	56.5%
Despersonalización	48.1%
Falta de realización personal	49.2%

Tabla N° 5

Prevalencia de Síndrome depresivo en Residentes del HEODRA. N= 108	
Prevalencia	58.8%
Ligero trastorno emocional	39.8%
Depresión Clínica Boderline	5.6%
Depresión moderada	7.4%

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

Tabla N° 6

Prevalencia de Trastorno depresivo en diferentes áreas del Heodra. N=108	
Ginecobstetricia	12.4%
Cirugía	3.46%
Medicina Interna	11.43%
Ortopedia	4.11%
Pediatría	15.46%
Patología	1.05%
Anestesia	5.17%

Tabla N° 7

Síndrome de Burnout asociado a trastorno depresivo en Médicos residentes. N=108			
	OR	Valor de P	IC
Síndrome de Burnout	2.57	0.52	1.07-6.1

Tabla N° 8

Área laboral como factor de riesgo para Síndrome de Burnout. N=108			
	O.R	Valor de P	I.C
Ortopedia	0.87	0.85	0.21-3.55
Medicina Interna	0.98	0.98	0.31-3.01
Ginecoobstetricia	0.73	0.53	1.27-1.94
Pediatría	0.80	0.67	1.28-2.26
Cirugía	3.97	0.22	1.15-13.66
Anestesia	1.06	0.92	0.30-3.7
Patología	1.43	0.19	1.26-1.62

Tabla N° 9

Características individuales como factor de riesgo para Síndrome de Burnout. N=108			
	OR	Valor de P	I.C
Enfermedades Crónicas	2.45	0.08	0.85-7.16
Antecedentes no patológicos	1.12	0.77	0.49-2.60
Factores externos	1.62	0.255	0.70-3.75
Sexo Femenino	1.07	0.86	0.47-2.46
Edad >30 años	1.4	0.39	0.60-3.57
Antigüedad laboral >24 meses	2.1	0.07	0.93-5.04

Tabla N° 10

Área laboral como factor de riesgo para trastorno depresivo. N=108			
	O.R	Valor de P	I.C
Ortopedia	0.47	0.25	0.13-1.72
Medicina Interna	1.79	0.28	0.61-5.26
Ginecobstetricia	0.58	0.22	0.24-1.39
Pediatría	1.92	0.17	0.73-5.00
Cirugía	3.00	0.10	0.76-11.76
Anestesia	0.51	0.27	0.15-1.69
Patología	0.28	0.24	0.02-2.78

Tabla N° 11

Características individuales como factor de riesgo para trastorno depresivo. N=108			
	OR	Valor de P	I.C
Enfermedades Crónicas	0.76	0.60	0.27-2.15
Antecedentes no patológicos	0.60	0.28	0.30-1.41
Factores externos	1.8	0.12	0.84-3.8
Sexo Femenino	1.06	0.86	0.50-2.27
Edad >30 años	0.93	0.87	0.40-2.15
Antigüedad laboral >24 meses	0.98	0.96	0.44-2.14

Síndrome de Burnout asociado a Depresión en Médicos Residentes del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.