



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina

“Frecuencia de síndrome burnout en internos rotativos de medicina que presenten depresión, Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2020.”

Proyecto de investigación previo a
la obtención del título de médico.

Autores:

Pedro Mateo Alvarado Alvarado

CI: 0105437230

Correo electrónico: pedro.alvaradoa9@gmail.com

Andrés Fernando Robles Ordóñez

CI: 0104117734

Correo electrónico: andresfernqndo@gmail.com

Director

Dr. René Fernando Estévez Abad

CI: 0102157146

CUENCA – ECUADOR

23-octubre-2020



RESUMEN

ANTECEDENTES: la depresión es una entidad de carácter psicológico psiquiátrico, que se puede presentar como un conjunto de síntomas que afecta el estado de ánimo, y ocupa los primeros lugares de motivo de consulta en el área de psiquiatría; por lo general su presencia va de la mano con fuertes exigencias laborales, físicas, psicológicas y también académicas, lo que podría ser un factor desencadenante del síndrome burnout.

OBJETIVO GENERAL: determinar la frecuencia de síndrome de burnout en estudiantes del internado rotativo de medicina que presenten depresión en el Hospital José Carrasco Arteaga.

METODOLOGÍA: estudio de tipo descriptivo transversal. El universo de estudio fue los internos rotativos del Hospital José Carrasco Arteaga, correspondientes a la cohorte de septiembre del año 2019. Para este estudio se aplicó una encuesta sociodemográfica, el test de Hamilton y el formulario de Maslach Burnout Inventory validados. Una vez finalizada la recolección de datos se utilizó el programa SPSS Statistics versión 18, para el análisis estadístico de los resultados obtenidos.

RESULTADOS: el 63,3% de los participantes son mujeres, 77,2% tienen edades entre 22–25 años, 88,6% viven en zonas urbanas y el 60,8% provienen de Cuenca; 94,9% tiene una carga horaria semanal mayor a las 72 horas. El 81,0% de los participantes tienen depresión de los cuales el 31,3% presentan síndrome de burnout; 60,9% tienen un nivel alto de cansancio emocional, 70,3% nivel alto de despersonalización y 46,9% nivel bajo de realización personal. No hay relación estadísticamente significativa entre depresión y síndrome de burnout ($p: 0,164$).

CONCLUSIONES: el 81% de los internos de medicina tienen depresión, de estos el síndrome de burnout se presenta con una frecuencia del 31,3%; sin embargo, no existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y síndrome de burnout.

PALABRAS CLAVE: Estudiantes de medicina. Depresión. Síndrome de burnout.



ABSTRACT

BACKGROUND: depression is an entity of psychiatric and psychological nature, which can appear as a set of symptoms that affect mood, being a main reason for consultation in the psychiatrics' area; generally, the appearance of these symptoms is related with strong work, physical, psychological and academic demands, which could be a trigger for Burnout Syndrome.

GENERAL OBJECTIVE: to determine the frequency of Burnout Syndrome among students of the rotating medical internship who suffer depression at José Carrasco Arteaga Hospital.

METHODOLOGY: cross-sectional descriptive study. The universe of the study were the rotating interns of the medical career, who work at José Carrasco Arteaga Hospital, corresponding to the cohort of September 2019. For this study, was applied an interview, a sociodemographic survey, the Hamilton test and the Maslach Burnout Inventory scale validated. Once the data collection was finished, the SPSS Statistics version 18 program was used for the statistical analysis of the results.

RESULTS: 63.3% of the inmates are women, 77.2% are aged between 22-25 years, 88.6% live in urban areas and 60.8% come from Cuenca; 94.9% have a workload greater than 72 hours. 81.0% of the inmates have depression and 31.3% of these have Burnout Syndrome; 60.9% have a high level of emotional fatigue, 70.3% have a high level of depersonalization and 46.9% have a low level of personal fulfillment. There is no significant relationship between depression and burnout syndrome ($p: 0.164$).

CONCLUSIONS: 81% of the inmates have depression, while about 30% have Burnout syndrome; however, there is no statistical association between these two.

KEY WORDS: Medical students. Depression. Burnout syndrome.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ÍNDICE	3
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
CAPÍTULO I	14
INTRODUCCIÓN	14
Planteamiento del problema.....	14
Justificación	15
CAPÍTULO II.....	17
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
1. Depresión.....	17
1.1. Definición	17
1.2. Etiopatogenia	17
1.3. Epidemiología	18
1.4. Factores de riesgo.....	18
1.5. Depresión en estudiantes universitarios.....	19
1.6. Depresión en estudiantes de medicina.....	19
1.7. Tratamiento	20
2. Síndrome de Burnout.....	21
2.1 Definición.....	21
2.2 Etiología	21
2.3 Cuadro clínico	22
2.4 Diagnóstico	23
2.5 Tratamiento	23



CAPITULO III.....	24
OBJETIVOS.....	24
1. Objetivo general.....	24
2. Objetivos específicos.....	24
CAPITULO IV	25
DISEÑO METODOLÓGICO	25
1. Tipo de estudio.....	25
2. Área de estudio.....	25
3. Universo y muestra.....	25
4. Criterios de inclusión.....	25
5. Criterios de exclusión	25
6. Variables	25
6.1 Operacionalización de variables.....	25
7. Métodos, técnicas e instrumentos.....	26
8. Procedimiento	26
9. Proceso.....	26
10. Plan de tabulación y análisis.....	27
11. Aspectos éticos	27
CAPITULO V.....	28
RESULTADOS	28
CAPITULO VI	34
DISCUSIÓN.....	34
CAPITULO VII.....	41
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
CAPITULO VIII.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43



CAPITULO IX	48
ANEXOS	48
ANEXO 1: Oficio, autorización de aplicación de estudio	48
ANEXO 2: Consentimiento informado dirigido a los estudiantes	49
ANEXO 3: Encuesta sociodemográfica	52
ANEXO 4: Test de Hamilton	54
ANEXO 5: MBI (inventario de Burnout de Maslach)	57
ANEXO 6: Operacionalización de variables	60



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución de 79 internos de medicina según sexo, edad, residencia y procedencia. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.	28
Tabla N° 2. Distribución de 79 internos de medicina según rotación y carga horaria semanal de los internos rotativos. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.....	28
Tabla N° 3. Distribución de 64 internos de medicina con depresión según su nivel de severidad. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.....	29
Tabla N° 4. Distribución de 79 internos de medicina por presencia de depresión según rotación. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.....	30
Tabla N° 5. Distribución de 79 internos de medicina por depresión según presencia de síndrome de burnout. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.	31
Tabla N° 6. Distribución de 64 internos de medicina que presentan depresión según las características del síndrome de burnout. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.	31
Tabla N° 7. Distribución de 64 internos de medicina con depresión, por presencia de síndrome de burnout según variables sociodemográficas. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.....	32
Tabla N° 8. Distribución de 64 internos de medicina con depresión por presencia de síndrome de burnout según rotación y carga horaria. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.	33



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Distribución de 79 internos de medicina por presencia depresión según el test de Hamilton. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.	29
Gráfico N° 2. Porcentaje según ausencia o presencia del síndrome de burnout en internos de medicina que presenten depresión. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.....	30



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, PEDRO MATEO ALVARADO ALVARADO, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE SÍNDROME BURNOUT EN INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESIÓN, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020.”, de conformidad con el Art. 144 del CÓDIGO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de octubre de 2020

Pedro Mateo Alvarado Alvarado

CI: 0105437230



DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, PEDRO MATEO ALVARADO ALVARADO, autor del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE SÍNDROME BURNOUT EN INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESIÓN, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 23 de octubre de 2020

Pedro Mateo Alvarado Alvarado

CI: 0105437230



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, ANDRÉS FERNANDO ROBLES ORDÓÑEZ, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE SÍNDROME BURNOUT EN INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESIÓN, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020.”, de conformidad con el Art. 144 del CÓDIGO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de octubre de 2020

Andrés Fernando Robles Ordóñez

CI: 0104117734



DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, ANDRÉS FERNANDO ROBLES ORDÓÑEZ, autor del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE SÍNDROME BURNOUT EN INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESIÓN, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 23 de octubre de 2020

Andrés Fernando Robles Ordóñez

CI: 0104117734



DEDICATORIA

A mis padres, Teodoro Fernando Alvarado Contreras y Gina del Pilar Alvarado Polo, a mi hermana, Ana Carolina Alvarado Alvarado, quienes con mucho sacrificio y trabajo me han sabido guiar y han sido un ejemplo día a día para conseguir cada una de las metas que me he propuesto, y de igual manera me han apoyado en momentos buenos y malos y han sido la fuerza que me ha impulsado en cada una de mis caídas y victorias.

A todos mis seres queridos quienes siempre han estado presentes en este largo camino que apenas inicia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Fernando Estévez Abad, director de tesis y querido docente por su apoyo e incondicional guía durante este trabajo. A las autoridades del Hospital Regional José Carrasco Arteaga por abrirnos sus puertas para realizar esta investigación. A docentes y todos quienes conforman la Universidad de Cuenca por la formación profesional que me han brindado, y a toda mi familia y amigos quienes me han apoyado a lo largo de mi vida.

Pedro Mateo Alvarado Alvarado



DEDICATORIA

A mis padres, Ángel Robles Vega y Flor Ordóñez Ordóñez, a mis hermanos; Ángel y Alejandro. Quienes han sido un apoyo fundamental a lo largo de mi carrera, en los buenos y malos momentos, brindándome consejos y sabiduría para seguir adelante. Al resto de mi familia que han soportado un sin número de reuniones sin mi presencia, pero han sabido entender y apoyarme en este largo camino de sacrificios.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Fernando Estévez Abad director de tesis por su apoyo incondicional y su buena voluntad en todo el transcurso de la realización de este trabajo. A las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga por brindarnos su confianza y darnos el espacio para poder aplicar nuestra investigación. A todos los doctores que fueron parte de mi aprendizaje en la facultad. Finalmente, a la Universidad de Cuenca por acogerme y formarme como un profesional de la salud, alcanzando el objetivo principal de esta carrera.

Andrés Fernando Robles Ordóñez



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Al ejercer la medicina nos encontramos en un campo lleno de sacrificios y esfuerzos continuos; sin duda requiere el máximo desempeño tanto físico, emocional, psicológico y social para poder brindar una atención de calidad a quien lo necesita. Pero el proceso para lograrlo y poder satisfacer las necesidades o cuidados de un paciente es arduo y laborioso, la vida del personal de salud se ve envuelta de un sin número de obstáculos que deben superar a lo largo de su formación para lograr el objetivo de calidad. Desde la formación académica los futuros médicos se exponen a momentos de gran impacto físico, psicológico y social. Las demandas académicas, la carga horaria, el estilo de vida, entre otros aspectos, juegan un papel importante en el desarrollo de su aprendizaje; así como también genera una ardua exigencia en todo sentido, más aún cuando el estudiante de medicina se enfrenta a prácticas clínicas en ambientes hospitalarios.

El interno rotativo de medicina en el campo médico hospitalario, ocupa el nivel asistencial más bajo, aunque su formación académica continua, se ve rodeado de la realidad sanitaria de su medio, integrándose a un arduo trabajo y tareas asistenciales y académicas que repercuten directamente en sus habilidades físicas, psicológicas y sociales. El campo de salud para el interno de medicina es un espacio difícil al cual debe enfrentarse y saber lidiar con las diferentes demandas que lo exige y que puede causar un daño a su calidad de vida, y que a largo plazo dan como resultado diferentes trastornos emocionales o psicológicos que afecten su objetivo primordial de dar una atención de calidad.

Planteamiento del problema

En el mundo la depresión afecta a uno de cada 15 adultos, y una de cada seis personas (16.6%) experimentará depresión en algún momento de su vida. La depresión puede ocurrir en cualquier momento, pero en promedio, aparece por primera vez desde la adolescencia hasta mediados de los 20 años siendo las mujeres más propensas que los hombres a padecerla. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad en todo el mundo (1).

En Ecuador, se registraron en el año 2015 un total de 2088 pacientes que fueron atendidos en establecimientos de salud por enfermedades depresivas, de los cuales un 64% de casos se



evidenció en mujeres. Según cifras arrojadas por el (INEC) en 2015 el 36,4% de casos se presentaron entre los 19 a 36 años (2).

La prevalencia de depresión en estudiantes de medicina es mayor que de la población general y de igual manera es más alta que la presentada por estudiantes de otras carreras (3).

Una salud mental adecuada en los estudiantes de tercer nivel es fundamental para el desarrollo de sus actividades diarias, por lo cual es preocupante sobretodo en la carrera de medicina que la prevalencia de la depresión sea alta; como se puede evidenciar en estudios realizados a estudiantes de medicina de otras universidades de Ecuador como en la Universidad Católica de Cuenca se obtuvo un resultado de prevalencia de depresión de 47,7% (4), en la Universidad del Azuay un 13,95% (5), y en la Universidad Central de Quito se obtuvo un 13,5% (6).

El síndrome burnout es un término utilizado para referirse al desgaste emocional ocasionado por el estrés laboral e institucional; hoy en día el síndrome de burnout es un claro ejemplo de como muchos internos de medicina y personal de salud son diagnosticados, debido a la extensa exigencia de trabajar bajo una gran presión y tener bajo su cuidado la vida de otros; aunque no esté reconocido en el DSM-5, en el año 2000 la OMS lo declaró como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del paciente (7).

El estudio realizado en el año 2016, por Jerson Villavicencio, se determinó que la prevalencia de síndrome de burnout fue entre 76% y el 85% entre internos y residentes de un hospital en Lima, evidenciando así un alto porcentaje de este problema(8).

Uno de los factores asociados al síndrome burnout más importante es la depresión, ya sea como consecuencia o como factor causal, es por esto que surge la interrogante:

Pregunta de investigación

¿Con qué frecuencia se presenta el síndrome de burnout en estudiantes del internado rotativo que tengan depresión en el Hospital José Carrasco Arteaga?

Justificación

Siendo los médicos residentes y los internos rotativos de medicina quienes presentan tasas más altas de prevalencia de síndrome de burnout llegando entre 76% a 85%, datos arrojados en un estudio realizado en un hospital en Lima-Perú (8), es de suma importancia tener en cuenta las duras jornadas de trabajo y todos los estresores crónicos que pueden ir acumulando los internos



tanto físicos y psicológicos, lo cual puede repercutir en la calidad y en el servicio que presta a sus pacientes, como a la hora de tratarlos.

Encontrarse en una buena condición de salud es de gran importancia para el estudiante de medicina, debido al constante aprendizaje y horarios intensos a los que son sometidos; se debe evitar factores que puedan ocasionar depresión, los cuales deterioran la vida extrauniversitaria, y dentro de la misma evitan que se adapten a diferentes cambios y a una buena adquisición de aprendizaje.

Uno de los factores asociados al síndrome burnout más importante es la depresión, ya sea como consecuencia o como factor causal (22); es por esto que, con este estudio buscamos encontrar con qué frecuencia se presenta el síndrome de burnout en estudiantes del internado rotativo que tengan depresión para así concientizar a las diferentes unidades de salud donde realizan sus prácticas asistenciales para que actúen de forma integral sobre el problema en las futuras cohortes de estudiantes.

Según las prioridades de investigación del ministerio de salud pública nuestro estudio se ubica dentro del área número 11 de investigación, (Salud mental y trastornos de comportamiento), tercera línea de investigación (Depresión y distimia) y por último sub líneas uno (Perfil epidemiológico), cuatro (Impacto psicosocial) y siete (salud ocupacional). Es por esto que se decidió realizar el siguiente estudio, creemos pertinente su desarrollo al tener mucha importancia las repercusiones psicológicas y físicas que puede traer consigo la depresión en los internos de medicina, y evaluar con qué frecuencia se presenta el síndrome de burnout en estudiantes del internado que presenten depresión.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. Depresión

1.1. Definición

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la depresión es una enfermedad común que afecta principalmente al estado de ánimo de la persona, además de interferir con su vida diaria, su capacidad en el ámbito laboral, el sueño, estudios, y placeres de la vida (9). Este trastorno de característica multifactorial a la larga puede desencadenar consecuencias graves para las personas que lo padecen, siendo lamentable el suicidio como uno de los desenlaces más fatales de la enfermedad.

La depresión es un trastorno psicológico-psiquiátrico que debe cumplir ciertos criterios específicos al momento de diagnosticarse. La Asociación Americana de Psiquiatría expone como referente mundial para el diagnóstico de enfermedades y trastornos mentales el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), este señala que la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo, es decir apatía, anhedonia, tristeza patológica, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar impotencia frente a exigencias de la vida, además de síntomas asociados como pensamientos recurrentes de muerte, falta de concentración y pérdida de peso (10).

La importancia de estos criterios, se basa en que deben existir al menos 5 de estos síntomas y presentarse de forma seguida por al menos 2 semanas, para establecer un diagnóstico (10).

1.2. Etiopatogenia

La depresión es de causa multifactorial, es decir abarca un conjunto de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos que intervienen de forma relacionada para desencadenarla. La OMS da a conocer que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto a factores ambientales y otros factores de riesgo. Algunos tipos de depresión se expresan en tipos de familias específicas; sin embargo, la depresión puede manifestarse en sujetos sin antecedentes familiares(1).

A nivel biológico, la depresión es el resultado de un déficit en el funcionamiento hormonal y neuroquímico normal. Los cambios hormonales que el cuerpo sufre pueden desencadenar episodios de depresión, ya sea al presentarse en el embarazo, semanas después del parto, por



problemas de tiroides, menopausia o incluso otros trastornos. Por otro lado, a nivel neuroquímico, el trastorno depresivo genera una alteración en neurotransmisores específicos como la serotonina, noradrenalina y dopamina. Según Leyla Guadarrama *et al.*, en su estudio realizado en la ciudad de México “*Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*” expresa que la depresión es causada por un déficit funcional de las monoaminas noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, sus receptores específicos implicados en un mal funcionamiento que lleva a diferentes tipos de alteraciones en el estado de ánimo que conlleva a una depresión, así mismo nos expone como los agentes antidepresivos se concentran en ejercer un efecto directo, facilitando la neurotransmisión monoaminérgica por medio del aumento de las monoaminas en las terminales sinápticas(11).

1.3. Epidemiología

Según la OMS la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el planeta. En su informe global sobre salud mental realizado en la ciudad de Ginebra en marzo de 2017, la OMS refiere una prevalencia de depresión en el mundo en varones de 1.9% y en mujeres el 3.2%. Esta organización estima que 300 millones de personas viven con depresión; afecta más a mujeres que a hombres y según el grupo etario afecta más a personas entre 60 y 64 años de edad. Por otro lado es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 a 29 años de edad (1).

En el Ecuador la depresión afecta más a las mujeres que a los varones en una proporción de 3 a 1. Según el INEC en el año 2015 en el país hubo un total de 2088 pacientes que fueron atendidos en establecimientos de salud por enfermedades depresivas, de los cuales un 64% de casos se evidencio en mujeres y el 36,4% de casos se presentaron entre los 19- a 36 años de edad (2).

1.4. Factores de riesgo

La depresión es un trastorno que en términos concretos no abarca factores específicos temporales para su desarrollo puntual, puede aparecer con o sin factores de riesgo y expresarse ya sea en edades tempranas o en el envejecimiento; entre los factores de riesgo tenemos físicos, psicológicos, genéticos y del entorno. De los cuales se pueden identificar los siguientes: trastornos físicos, antecedentes familiares, estrés, enfermedad mental, relaciones sociales, apoyo y entorno familiar, bajo autoestima, estatus económico, sexo, edad, consumo de sustancias como: tabaco, alcohol y otras drogas(4).



1.5. Depresión en estudiantes universitarios

Los estudiantes universitarios se ven envueltos en un entorno de sumo estrés académico donde diferentes aspectos influyen en sus logros escolares, ya sea su carga horaria que predispone a que pasen un mayor tiempo en la universidad, como también el desenvolvimiento social y académico dentro de la institución, es decir su relación con docentes, compañeros y rendimiento académico. Todos estos aspectos llevan al estudiante a confrontar su día a día, dando como resultado éxitos o fracasos que se verán directamente reflejados en su bienestar físico y emocional (4).

Como ya se mencionó antes varios son los factores que pueden llevar a una depresión en estudiantes universitarios, solo basta con tener un medio desfavorable o incómodo para el estudiante (malos tratos por parte de docentes, compañeros, etc.) para que poco a poco se empiece a desarrollar un deterioro académico que genere un estado de auto decepción y el estado de ánimo se deteriore. Los estudiantes que optan por carreras difíciles (medicina, arquitectura, ingeniería civil, derecho entre otras) tienen una mayor predisposición a padecer de este trastorno que la población en general, ya sea por su carga horaria o mayor exigencia laboral que implica alteraciones en su ciclo sueño-vigilia (4) (5).

1.6. Depresión en estudiantes de medicina

Los profesionales de salud están envueltos en un entorno de acción sumamente ajetreado; las situaciones a las que tiene que enfrentarse cada día por la integridad y bienestar de otras personas o de su entorno familiar es estresante, a tal punto de poner en riesgo su salud mental. Los estudiantes de medicina comienzan a experimentar estos acontecimientos desde el inicio de su formación, es decir, a medida que cursan su carrera las obligaciones y responsabilidades van aumentando y el entorno al que se involucran exige cada vez más su conocimiento y desenvolvimiento ante situaciones académicas en aulas o centros de salud donde realizan sus prácticas. Todo esto pone en evidencia que el médico desde su formación ya se enfrenta a situaciones que ponen en riesgo su salud mental, y que seguirá experimentándolas a lo largo de su profesión siendo un factor para desencadenar un trastorno depresivo (6).

Lisa S. Rotenstein *et al.* (12), Boston, 2016 a través de un metaanálisis publicado en la revista JAMA; estudió a 122.356 alumnos de medicina en 43 países, donde evidenció que la depresión está presente en el 27,2 % de estos estudiantes en el mundo y que la ideación suicida prevalece en un 11,1 %, que comparados con las cifras de la OMS están por encima del valor promedio 8% de prevalencia de depresión en personas jóvenes.



Schwenk *et al.*(13), en su estudio realizado en la Universidad de Michigan, encontró una prevalencia del 15% de depresión moderada a severa (graves consecuencias en mantener una calidad de vida normal) en estudiantes de medicina. Evidenció también que las mujeres tenían un doble riesgo de padecer depresión que los hombres. Además, que estudiantes de años superiores, fueron los que presentaron más ideaciones suicidas en su estudio.

Uno de los principales problemas asociados con la depresión en estudiantes de las carreras de medicina es la búsqueda de ayuda. El mismo estudio de la Universidad de Michigan evidenció que los estudiantes que se encuentran deprimidos no buscan ayuda profesional debido a que sienten que sus compañeros tomarían sus opiniones profesionales menos en serio, y que sus profesores cuestionarían sus habilidades en el campo (13).

1.7. Tratamiento

Como ya mencionamos, la depresión es un complejo trastorno que involucra factores genéticos, neurofisiológicos y psicosociales; las opciones terapéuticas justamente se centran en abordar y solucionar dichos factores, estos incluyen, psicoterapia, psicofármacos, terapia electroconvulsiva. Los fármacos antidepresivos a pesar de tener diferentes mecanismos de acción, convergen en un fin común, la regulación de los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina y dopamina) el incremento de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica aumenta su disponibilidad y permite lograr una regulación a la baja de receptores post-sinápticos así como un daño en su sensibilización, logrando cambios adaptativos en estos receptores, generando la expresión de genes y factores neurotróficos que permite la sinaptogenesis (14).

Los efectos secundarios aparecen dentro de los primeros días después de haber comenzado el tratamiento, debido al aumento de neurotransmisores específicos que genera el fármaco administrado, mientras que el efecto clínico y terapéutico de mejoría de los síntomas depresivos aparecen de 1 a 4 semanas tras iniciar el tratamiento; todo esto debido a los cambios adaptativos que se deben generar en los receptores (14).

Los fármacos antidepresivos en la actualidad tienen un efecto modesto en la remisión sintomática del trastorno; se ha evidenciado que la terapia combinada (psicoterapia + farmacoterapia) genera un mayor efecto y logra mejor eficacia en la depresión, que solamente la terapia farmacológica.



La farmacoterapia está indicada para todos los niveles de severidad de depresión y no hay una superioridad evidente entre los antidepresivos existentes; la elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del médico tratante, condiciones del paciente y antecedentes de respuesta a tratamiento previo. Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor de recaptura de serotonina (ISRS) debido a su mayor tolerabilidad y menores efectos secundarios que otros antidepresivos. La meta del tratamiento es acabar con todos los síntomas y restablecer el funcionamiento normal en la persona. Se debe mantener la misma dosis con la que se obtuvo el efecto, durante todo el tratamiento; su duración será de 8 a 12 meses posterior a obtener una remisión en un primer episodio. Habrá que considerarlo de manera indefinida cuando el paciente presenta un estado depresivo con duración superior a un año, o dos o más episodios durante los últimos 5 años (15).

2. Síndrome de Burnout

2.1 Definición

La definición más aceptada hoy en día es la de C. Maslach, en el año 1986 en la Universidad de Berkeley, California; lo considera como una respuesta inadecuada frente al estrés laboral crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño laboral (16). Todo esto se asocia a un enfrentamiento inadecuado ante las exigencias psicológicas del trabajo, que terminan alterando de forma progresiva la calidad de vida de quien lo padece, dando como resultado una mala prestación de servicios.

El agotamiento emocional se refiere a no poder expresar una empatía afectiva debido al cansancio mental, físico y psicológico de la persona, dando como resultado el hecho de pensar en no poder seguir adelante en su desempeño; por otra parte la despersonalización hace hincapié al distanciamiento emocional con las personas que trabaja y el desarrollo de actitudes de cinismo de carácter negativo hacia las personas que brinda su trabajo; por último la disminución del desempeño laboral se genera por la frustración de sentirse inútil en desarrollar sus tareas, debido al agotamiento o saturación de sus habilidades (8).

2.2 Etiología

Este síndrome se presenta con más frecuencia en aquellos puestos de trabajo que están relacionados al cuidado de terceros, por ejemplo: docentes, personal de salud o personas que trabajan en atención al cliente. El estrés se describió como un componente importante en el desarrollo del síndrome, pero en la actualidad se reconoce como un proceso multicausal y complejo, que a más del estrés están involucradas otras variantes como sobrecarga laboral,



crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones socioeconómicas, pobre orientación profesional y aislamiento (17).

2.3 Cuadro clínico

El cuadro clínico del síndrome de Burnout gira en torno a sus tres componentes principales (agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño laboral) es así que puede seguir la siguiente secuencia (18):

- Etapa 1: existe un desbalance entre demandas laborales y recursos materiales y humanos, de tal forma que los primeros sobrepasan a los segundos, dando como resultado una situación de estrés agudo.
- Etapa 2: con el fin de adaptarse a las arduas demandas en su entorno laboral, el individuo realiza un sobre-esfuerzo, pero esto solo de forma transitoria (hasta este punto el cuadro es reversible).
- Etapa 3: aparece el cuadro de síndrome de Burnout con los componentes descritos.
- Etapa 4: el individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro, en vez de ser una ayuda, para los destinatarios de los servicios.

Existen varias manifestaciones clínicas que podemos considerar como signos de alarma y que tienen suma importancia en la presentación del síndrome, estos son: ansiedad, miedo, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), cambios de la personalidad, culpabilidad, ira, adicciones, cambios en los hábitos de higiene, cambios en la alimentación generando pérdida o ganancia de peso y trastornos del sueño (18).

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles (7):

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.



2.4 Diagnóstico

Para el diagnóstico y como ayuda científica, la psicóloga Cristina Maslach y el psicólogo Michael Leiter crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI, 1986) este formulario de recolección de datos nos ayuda a determinar el grado de afectación en cada uno de sus tres componentes o ejes fundamentales. Este formulario tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional (18).

2.5 Tratamiento

En cuanto al tratamiento y prevención, no se tiene una terapia farmacológica que ayude directamente a tratar el síndrome, el enfoque terapéutico es multimodal y va directamente relacionado a desarrollar estrategias para modificar y controlar sentimientos y pensamientos acorde a los tres componentes fundamentales del síndrome de burnout, el profesional de salud o estudiantes de medicina deben buscar siempre el mayor equilibrio emocional y personal (18). La dirección para el tratamiento del síndrome de burnout debe ser guiada en base a la gravedad del mismo. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz, Munchen (19), en su trabajo de 2016, el tratamiento debe concentrarse en tres factores: alivio del estrés, recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte y por último la vuelta a la realidad, esto en términos más simples es el dejar a un lado las ideas de perfección. Si la manifestación del síndrome de burnout es grave, el tratamiento recomendado es con antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia (20).



CAPITULO III

OBJETIVOS

1. **Objetivo general**

- Determinar la frecuencia de síndrome de burnout en estudiantes del internado rotativo de medicina que presenten depresión en el Hospital “José Carrasco Arteaga”.

2. **Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- Establecer la prevalencia de depresión en los estudiantes del internado de medicina.
- Determinar la frecuencia del síndrome burnout en los estudiantes del internado de medicina que presenten depresión.



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal.

2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, situado en la calle camino a Rayoloma y Autopista Cuenca-Azogues, en la ciudad de Cuenca.

3. Universo y muestra

Universo: se utilizó el total de estudiantes matriculados en el internado rotativo de la carrera de medicina que realizan prácticas asistenciales en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, correspondientes a la cohorte de septiembre 2019, los cuales corresponden a un total de 79 internos de medicina.

4. Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en el internado rotativo de la carrera de medicina, cohorte septiembre 2019 – agosto 2020 que hayan cumplido sus prácticas asistenciales por lo menos 6 meses en el Hospital “José Carrasco Arteaga”.
- Internos rotativos de medicina que hayan firmado el consentimiento informado y que estén de acuerdo con colaborar de forma voluntaria con esta investigación.

5. Criterios de exclusión

- Estudiantes del internado rotativo de medicina con diagnóstico de depresión establecido previo al inicio del internado, y en tratamiento.
- Internos rotativos de medicina que no se encuentren cumpliendo con sus prácticas asistenciales-docentes al momento de recolección de datos.

6. Variables

Las variables estudiadas son: edad, sexo, residencia, procedencia, rotación (pediatría, ginecología, cirugía, clínica), carga horaria semanal, depresión (no deprimido, leve, moderada, severa y muy severa), síndrome de burnout.

6.1 Operacionalización de variables

Revisar Anexo Nro.6.



7. Métodos, técnicas e instrumentos

- Método: observacional.
- Técnica: entrevista estructurada.
- Instrumento: se elaboró un formulario de recolección de datos con las variables sociodemográficas establecidas para este estudio, se aplicó el test de Hamilton para identificar presencia o ausencia de depresión y se aplicó el formulario de Maslach para determinar la presencia o ausencia del síndrome de burnout.

8. Procedimiento

- Autorización: mediante un oficio emitido por la dirección de escuela de medicina de la Universidad de Cuenca, dirigido al director de investigación del Hospital “José Carrasco Arteaga”, se obtuvo la autorización para realizar el estudio en las instalaciones del Hospital “José Carrasco Arteaga” (Anexo 1).
- Recolección de datos: se aplicó la entrevista estructurada para la obtención de datos de manera presencial a cada uno de los estudiantes del internado rotativo de medicina en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, a quienes se les dio a conocer todo el procedimiento y el destino final de los datos mediante el consentimiento informado (Anexo 2).
- Supervisión: esta investigación estuvo supervisada en todo momento por el director del estudio, el Dr. Fernando Estévez Abad.

9. Proceso

La recolección de datos se inició en el mes de junio de 2020 de forma presencial, explicando a cada uno de los estudiantes del internado los objetivos de la investigación y se les entregó el consentimiento informado, dándoles a conocer que el estudio es plenamente voluntario y bajo el anonimato. Una vez aceptada la participación, se explicó a cada participante que los formularios de recolección de datos deberán ser respondidos en base a su experiencia del internado sin influencia de la pandemia que se suscitó por COVID-19. Aclarado esto se entregó el formulario de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 3); posterior a esto se les aplicó el test de Hamilton (Anexo 4), tomándose el tiempo necesario para desarrollarlo y sin presión alguna, este test fue heteroaplicado a cada uno de los estudiantes de la población de estudio. Una vez finalizada esta etapa, a los estudiantes que presentaron depresión por medio del test de Hamilton se les aplicó el formulario de Maslach Burnout Inventory (Anexo 5) que, de igual forma, debía ser respondido de manera clara y sincera.



10. Plan de tabulación y análisis

Para la tabulación de los datos y el análisis estadístico de los mismos se utilizó el programa SPSS Statistics versión 18. Se aplicó tablas descriptivas y comparativas con frecuencias y porcentajes de las diferentes variables de estudio. se aplicó un análisis relacional a partir de tablas de contingencia y el análisis Chi Cuadrado entre las variables, utilizando un índice de confianza de 95%.

11. Aspectos éticos

Se solicitó, por medio de un oficio dirigido al director de investigación del Hospital “José Carrasco Arteaga”, la autorización correspondiente para poder aplicar la investigación dentro de las instalaciones de la unidad de salud y con los internos de dicho hospital. Para dicha aprobación fue necesario adjuntar, una copia del protocolo aprobado, el documento de aprobación por el departamento de bioética de la universidad y el oficio de aprobación de protocolo emitido por el consejo directivo de la Universidad de Cuenca.

Se mantuvo la completa confidencialidad basándose en los siguientes métodos: código numérico, la exclusividad de los datos de este trabajo son propios del mismo y por último una vez obtenida nuestra calificación de titulación los datos serán eliminados y destruidos de toda base virtual y física.

Se presentó un documento de consentimiento informado a cada estudiante que mostró interés en participar en la investigación, en el que se dio a conocer todo el proceso de investigación y la consideración de guardar sumamente la integridad de sus datos recolectados.

La realización del estudio estuvo financiada por los investigadores responsables de la misma y, por último, los autores declaran no tener conflictos de intereses.



CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla N° 1. Distribución de 79 internos de medicina según sexo, edad, residencia y procedencia. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	29	36,7%
	Femenino	50	63,3%
Edad	22 a 25 años	61	77,2%
	26 años o más	18	22,8%
Residencia	Urbano	70	88,6%
	Rural	9	11,4%
Procedencia	Cuenca	48	60,8%
	Otra ciudad	31	39,2%
Total		79	100,0%

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

En la tabla 1, se puede observar que el 63,3% de los participantes del estudio pertenecen al sexo femenino, mientras que el 36,7% son del sexo masculino; un 77,2% tienen de 22 a 25 años de edad; el 88,6% viven en zonas urbanas y el 60,8% provienen de la ciudad de Cuenca.

Tabla N° 2. Distribución de 79 internos de medicina según rotación y carga horaria semanal de los internos rotativos. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Rotación	Pediatría	20	25,3%
	Ginecología	19	24,1%
	Cirugía	19	24,1%
	Clínica	21	26,6%
Carga horaria semanal	Mayor a 72 horas	75	94,9%
	Menor a 72 horas	4	5,1%
Total		79	100,0%

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

En la tabla 2, se puede apreciar que el 26,6% de los internos rotativos de medicina se encuentran en clínica, mientras que un 25,3% se ubican en pediatría; sin embargo, la población de estudio tiene una distribución, aproximadamente, equitativa entre las áreas de pediatría, ginecología,

cirugía y clínica con representación de un cuarto del total de la población de estudio para cada una. Por otra parte, el 94,9% de los internos rotativos tienen una carga horaria semanal mayor a las 72 horas.

Gráfico N° 1. Distribución de 79 internos de medicina por presencia depresión según el test de Hamilton. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.



Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

Según el gráfico 1, 64 internos que representa el 81,0% del total la población de estudio, presentan depresión de acuerdo con el test de Hamilton.

Tabla N° 3. Distribución de 64 internos de medicina con depresión según su nivel de severidad. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Nivel de Depresión (Hamilton)	Frecuencia	Porcentaje
Depresión ligera/menor	39	60,9%
Depresión moderada	16	25,0%
Depresión severa	6	9,4%
Depresión muy severa	3	4,7%
Total	64	100,0%

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.



Según la tabla 3, de los 64 internos rotativos que presentan depresión, el 60,9% tienen un nivel de depresión ligera/menor, en tanto que el 25,0% presentan depresión moderada, un 9,4% depresión severa y un 4,7% depresión muy severa.

Tabla N° 4. Distribución de 79 internos de medicina por presencia o ausencia de depresión según rotación. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

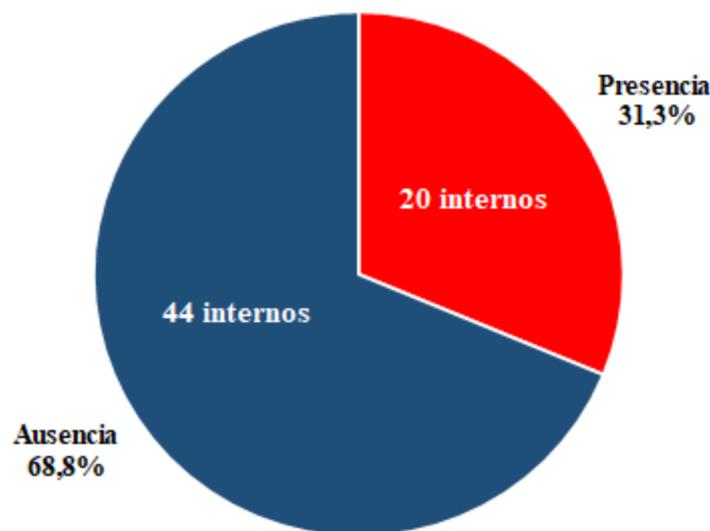
Rotación	Hamilton (Depresión)				Total
	Sí (presencia de depresión)		No (ausencia de depresión)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Pediatría	18	90,0%	2	10,0%	100,0%
Ginecología	18	94,7%	1	5,3%	100,0%
Cirugía	13	68,4%	6	31,6%	100,0%
Clínica	15	71,4%	6	28,6%	100,0%
Total	64		15		79

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

Según la tabla 4, presentan depresión el 90,0% de los internos de pediatría, 94,7% de ginecología, 68,4% de cirugía y en el 71,4% de clínica.

Gráfico N° 2. Porcentaje según ausencia o presencia del síndrome de burnout en internos de medicina que presenten depresión. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.



Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.



Según el gráfico 2, de los 64 internos de medicina que tienen depresión, 20 internos correspondientes al 31,3% presentan el síndrome de burnout.

Tabla N° 5. Distribución de 79 internos de medicina por depresión según presencia de síndrome de burnout. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Hamilton (Depresión)	Síndrome de Burnout				Total		p-valor chi cuadrado (0,05)
	Presencia		Ausencia		Frec.	Porc.	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.			
Sí (presencia de depresión)	20	31,3%	44	68,8%	64	100,0%	0,164
No (ausencia de depresión)	2	13,3%	13	86,7%	15	100,0%	
General	22	27,8%	57	72,2%	79	100,0%	

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

Al analizar la tabla 5, entre el síndrome de burnout y la presencia de depresión según el test de Hamilton, se observa que de los 64 internos que presentan depresión, un 31,3% manifiestan síndrome de burnout; por otra parte, entre quienes no presentan depresión el 13,3% presentan el síndrome de burnout; hay una coexistencia del síndrome de burnout con síntomas depresivos del 25,3% (20 de los 79 participantes de la población de estudio). El p-valor de chi cuadrado es de 0,164, lo cual es mayor que 0,05, por lo que no existe asociación estadística significativa entre el síndrome de burnout y la presencia de depresión en el grupo de internos rotativos.

Tabla N° 6. Distribución de 64 internos de medicina que presentan depresión según las características del síndrome de burnout. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Dimensión	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Cansancio Emocional	Bajo	8	12,5%
	Medio	17	26,6%
	Alto	39	60,9%
Despersonalización	Bajo	6	9,4%
	Medio	13	20,3%
	Alto	45	70,3%
Realización Personal	Bajo	30	46,9%
	Medio	27	42,2%
	Alto	7	10,9%
Total		64	100,0%

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.



De acuerdo con los resultados de la tabla 6, de los internos de medicina que tienen depresión, el 60,9% tienen un nivel alto de cansancio emocional, el 70,3% tienen un nivel alto de despersonalización y el 46,9% presentan un nivel bajo de realización personal.

Tabla N° 7. Distribución de 64 internos de medicina con depresión, por presencia de síndrome de burnout según variables sociodemográficas. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Variable	Categorías	Síndrome de Burnout				Total	
		Presencia		Ausencia		Frec.	Porc.
		Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Sexo	Masculino	7	31,8%	15	68,2%	22	100,0%
	Femenino	13	31,0%	29	69,0%	42	100,0%
Edad	22 a 25 años	15	31,3%	33	68,8%	48	100,0%
	26 años o más	5	31,3%	11	68,8%	16	100,0%
Residencia	Urbano	17	30,9%	38	69,1%	55	100,0%
	Rural	3	33,3%	6	66,7%	9	100,0%
Procedencia	Cuenca	13	34,2%	25	65,8%	38	100,0%
	Otra ciudad	7	26,9%	19	73,1%	26	100,0%

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

En la tabla 7 se presenta la distribución de internos rotativos con depresión según la presencia del síndrome de burnout, según lo cual se tiene que el 31,8% de los hombres y el 31,0% de las mujeres presentan el síndrome de burnout; en cuanto a la edad, el 31,3% de los internos de 22 a 25 años y el 31,3% de aquellos con 26 años o más tienen burnout.

El 30,9% de quienes viven en zonas urbanas y el 33,3% de los que viven en zonas rurales tienen síndrome de burnout, mientras que esta condición se presenta en el 34,2% de los que provienen de Cuenca y en el 26,9% de los que provienen de otra ciudad.



Tabla N° 8. Distribución de 64 internos de medicina con depresión por presencia de síndrome de burnout según rotación y carga horaria semanal. Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca – 2020.

Variable	Categorías	Síndrome de Burnout				Total	
		Presencia		Ausencia		Frec.	Porc.
		Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Rotación	Pediatría	5	27,8%	13	72,2%	18	100,0%
	Ginecología	7	38,9%	11	61,1%	18	100,0%
	Cirugía	4	30,8%	9	69,2%	13	100,0%
	Clínica	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%
Carga horaria Semanal	Mayor a 72 horas	19	31,1%	42	68,9%	61	100,0%
	Menor a 72 horas	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%

Fuente: base de datos.

Elaborado por: Pedro Alvarado y Andrés Robles.

En la tabla 8, se puede apreciar que, de los internos con depresión el síndrome de burnout se encuentra presente en el 27,8% de los internos de pediatría, 38,9% de ginecología, 30,8% de cirugía y 26,7% de clínica; mientras que, respecto a la carga horaria, se observa burnout en el 31,1% de quienes trabajan más de 72 horas semanales y en el 33,3% de quienes trabajan menos de 72 horas a la semana.



CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio descriptivo de una población de estudio conformada por 79 internos de medicina del Hospital “José Carrasco Arteaga” de Cuenca, en los cuales se analizó la prevalencia de depresión según el test de Hamilton y, en quienes presentan depresión, la frecuencia del síndrome de burnout y sus dimensiones.

Según las características sociodemográficas de la población de estudio, se encontró que el 63,3% de los participantes pertenecen al sexo femenino y 36,7% son del sexo masculino. En el estudio realizado por Borda Pérez *et al.*(26), acerca del síndrome de burnout en una muestra de 55 internos del Hospital Universidad del Norte en Colombia, el 50,1% de los participantes de la muestra eran del sexo femenino y 49,1% masculino, el 52,8% tenían edades entre 23 y 25 años, lo cual representó una población más equilibrada en género. Terrones-Rodríguez *et al.*(27) realizaron un estudio acerca del síndrome de burnout en 116 médicos residentes del Hospital General de Durango, México, donde el 43,1% eran mujeres y el 56,9% hombres.

El 77,2% de los internos de medicina tienen de 22 a 25 años de edad; este resultado concuerda con las edades más frecuentes de la población estudiantil universitaria. Asimismo, un 88,6% de los internos del estudio viven en zonas urbanas y el 60,8% provienen de la ciudad de Cuenca, lo que es consistente con la ubicación del centro de estudios y que la ciudad de Cuenca tiene la mayor concentración poblacional de la provincia del Azuay por ser su capital.

El conjunto de internos de medicina que participaron en el estudio se encuentran distribuidos de manera, aproximadamente, equitativa entre las áreas de pediatría, ginecología, cirugía y clínica, a razón de un 25% en cada una de estas. Esto puede ser explicado por la intención de cubrir con los internos de medicina las áreas disponibles durante sus prácticas en el establecimiento de salud, con el objeto de que su rotación le permita a cada uno adquirir un mínimo de experiencia en estas áreas.

Se encontró que el 94,9% de los internos rotativos tienen una carga horaria semanal mayor a las 72 horas. Esto representa un gran porcentaje de estudiantes internos que se encuentran sometidos a largas jornadas de trabajo continuo, lo que influye en la capacidad de respuesta, nivel de atención y concentración, trayendo como consecuencia una alta predisposición al



riesgo de depresión y cansancio, lo cual también puede ser perjudicial para los pacientes que están bajo su cuidado (24).

Al respecto, se puede hacer mención de la Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes del Ecuador (29), donde se especifica claramente que el personal médico de postgrado y los internos rotativos no deben ser forzados a participar en jornadas extendidas de trabajo, siendo la prioridad de estos las actividades asistenciales, de aprendizaje y las académicas; además, esta norma indica que el descanso es obligatorio, en especial cuando se han cumplido las horas máximas de carga horaria.

Por otra parte, en el contexto de prevalencia de depresión, en el presente estudio se observó que 8 de cada 10 internos rotativos de medicina del Hospital “José Carrasco Arteaga” de Cuenca presentaron depresión en 2020. Esta cifra es superior a la encontrada por Mariños *et al.*(32), quienes observaron que el 38,6% de los médicos residentes presentaron depresión; asimismo, en el estudio de Salvagni *et al.*(33), referente a niveles de ansiedad y depresión entre residentes de salud multidisciplinarios, se encontró que el 28% de los médicos residentes presentaban depresión.

En otro estudio realizado por la facultad de ciencias médicas de la universidad de Cuenca, Solórzano *et al.* (4), observaron que la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina en la Universidad Católica de Cuenca fue del 47.7%. La educación médica es comúnmente de larga duración y se acompaña de una inmensa presión académica que conduce al estrés, la depresión y el agotamiento; en la literatura científica se ha informado de una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina que oscila entre el 10,2% y el 71,2% (34).

Además, en el presente estudio se observó que la prevalencia de depresión fue mayor en internos de medicina del sexo femenino con un 65.6%. algo similar, encontraron Matoza y Brenda Jara (21) en su estudio acerca de la prevalencia de la depresión en estudiantes de medicina, donde el mayor porcentaje de depresión fue en el sexo femenino con un 34,85%. Estas diferencias podrían deberse a distintas escalas utilizadas para la evaluación, diferentes áreas de estudio, diferentes entornos académicos en las facultades de medicina y otros métodos de estudio.

Por otra parte, los internos de medicina deben aprender a enfrentar las exigencias del cuidado de pacientes enfermos y, en algunos casos, muy cercanos a la muerte, lo cual es parte inherente a la práctica médica. En este sentido, Mian *et al.*(31), indican que para la mayoría de los



residentes y estudiantes de medicina, aprender a lidiar con el drenaje emocional es uno de los desafíos tácitos.

Prianka *et al.*(34) resaltan que la depresión no es informada por la mayoría de las personas que la padecen y se presenta con síntomas físicos inespecíficos; se estima que menos de una cuarta parte de estos casos se diagnostican correctamente, mientras que muchos se tratan con medicamentos de dudosa eficacia.

La depresión es un trastorno que provoca pérdida de interés por la vida, tristeza, falta de energía, disminución de la concentración, alteración del sueño, disminución o aumento del apetito, dolores físicos ambiguos como dolores de cabeza, dolor de espalda y trastornos digestivos, además de deterioro de las relaciones personales y sociales (35). De acuerdo con Prianka *et al.*(34), los estudiantes y residentes de medicina tienen tasas aún más altas de depresión, lo cual es un desafío común relacionado con el estrés que perjudica la calidad de vida y la satisfacción laboral, en tanto que también predispone a los afectados a adquirir enfermedades médicas generales.

Con respecto a la frecuencia del síndrome de burnout en internos de medicina que presentan depresión, se encontró que el 31,3% de los internos rotativos de medicina que tienen depresión del Hospital “José Carrasco Arteaga” presentan síndrome de burnout. Borda Pérez *et al.*(26) encontraron una prevalencia global del síndrome de burnout del 9,1%, de igual forma Goñi *et al.*(23), realizaron un estudio en la ciudad de Montevideo, los resultados que se obtuvieron en dicho estudio fue que el 14,7% de los estudiantes internos presentó síndrome burnout. Estos resultados representan cifras inferiores a las encontradas en el presente estudio

Un valor similar al del presente estudio fue el encontrado por Carrillo-Córdova *et al.*(24), quienes investigaron la depresión y el síndrome de burnout en residentes de urología de un hospital de tercer nivel, donde el 33% presentó el síndrome de burnout.

Brito *et al.* (25), en su estudio realizado en dos hospitales de Cuenca, dan a conocer que la prevalencia del síndrome de burnout en internos y residentes fue del 41,03%; y de forma independiente, en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” fue del 43,6% y en el “José Carrasco Arteaga” del 37,3%; mientras que Terrones-Rodríguez *et al.*(27) observaron que el síndrome de burnout se encontró presente en el 89,7% de los médicos internos, siendo mayor esta prevalencia respecto a este estudio; similar al estudio de Vilchez-Cornejo *et al.*(36) al estudiar el síndrome de burnout en médicos residentes de la Amazonía peruana, encontraron que el 80% padecía del síndrome del quemado.



Por su parte, Mariños *et al.*(32) estudiaron la coexistencia entre el síndrome de burnout y síntomas depresivos en una muestra de 84 médicos residentes de un hospital de la ciudad de Lima, Perú, encontrando que el síndrome de burnout se presenta en el 54,9% de los médicos residentes. Aún más bajo fue la prevalencia del síndrome de burnout encontrada por Hussain *et al.*(37), en su estudio sobre la evaluación del burnout en los médicos residentes de cirugía de un hospital privado en Karachi, Pakistán, en el cual este síndrome se presentó en el 41,9% de los médicos internos.

Una cifra alta fue encontrada por Arayago *et al.*(38), en su estudio acerca del síndrome de burnout en médicos anestesiólogos y residentes, donde el 73,3% de los residentes y el 64,1% de los anestesiólogos presentaron síndrome de burnout.

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se estima que el 40% de los psiquiatras tienen agotamiento profesional; por otra parte, la medicina de emergencia puede llegar hasta un 60%, mientras que los médicos generales, la tasa de prevalencia es del 40% al 60% (39). Según Navines *et al.*(40), el burnout en los médicos residentes oscila entre el 30% y el 70%, según la especialidad, sin embargo concluyen que una estimación prudente para la frecuencia del síndrome de burnout en internos es de un 40%.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación indican que los internos de medicina presentan una gran exposición a factores estresantes dentro de su ámbito laboral, que al mismo tiempo es educativo, al cual deben responder oportunamente con el fin de obtener las calificaciones y aprobaciones necesarias para culminar sus estudios universitarios satisfactoriamente, por lo que realizan esfuerzos más allá de lo estrictamente laboral, ocasionando un alto nivel de cansancio físico, mental y emocional, lo cual va en detrimento de sus capacidades y responsabilidades, lo que impacta directamente en su rendimiento personal y profesional (41).

Es importante, por lo tanto, encontrar medidas que ayuden a mitigar los efectos del cansancio laboral y evitar la depresión en los internos de medicina. En este sentido, Rodríguez Garza *et al.*(41) refieren que se ha podido demostrar la función y utilidad del apoyo social dentro del ámbito académico, lo cual actúa como un potenciador del logro individual y desempeño conjunto de los estudiantes, dado que ayuda al afrontamiento de los estresores que son propios del ambiente en que se desenvuelven y genera mayores posibilidades de reducir el impacto del estrés.



El sueño es muy importante para la salud psicológica, ya que ocupa un tercio de la vida, por lo que es necesario el descanso después de la exposición a largas jornadas de trabajo. Por otra parte, Al-Houqani *et al.*(42) aseveran que se ha propuesto el ejercicio físico como un tratamiento complementario, ya que puede ayudar a mejorar los síntomas residuales de la depresión y prevenir las recaídas. En opinión de Amir *et al.*(39), el agotamiento y la depresión se pueden minimizar potencialmente si los estudiantes pueden vivir de acuerdo con sus valores, a pesar de los factores estresantes.

Respecto a la distribución por dimensiones del síndrome de burnout, en el estudio se encontró que entre los internos con depresión el 60,9% presenta un nivel alto de cansancio emocional, 70,3% presentan niveles altos de despersonalización y el 46,9% presentan un nivel muy bajo de realización personal. Borda Pérez *et al.*(26) observaron niveles altos de agotamiento emocional en el 41,8% de los internos, niveles altos de despersonalización en el 30,9% y realización personal baja en el 12,7%, los cuales son valores más bajos que los encontrados en el presente estudio. Por su parte, Terrones-Rodríguez *et al.*(27) encontraron que el 41,4% de los internos presentan agotamiento emocional alto, el 54,3% refieren niveles altos de despersonalización y el 41,4% niveles bajos de realización personal, reportando porcentajes más aproximados a los de esta investigación.

En el estudio de Vilchez-Cornejo *et al.*(36) se encontró que en la sub escala de agotamiento emocional solo el 6,7% mostró un agotamiento emocional alto, el 96,7% presentó un nivel alto de despersonalización y el 23,3% mostró un bajo nivel de autorrealización. En el estudio realizado por Amir *et al.*(39), se encontró que más del 60% de los participantes sufren de niveles moderados a altos de agotamiento emocional, más del 80% indicó despersonalización al mismo nivel de gravedad y casi todos los participantes no están satisfechos con sus logros personales, lo que lleva a una prevalencia del síndrome de burnout por encima del 70%, lo cual es considerablemente alto.

De acuerdo con Cantos Alcívar (43), el personal de la salud siempre se encuentra vulnerable a padecer estrés laboral y, por consiguiente, se expone a un alto riesgo de sufrir el síndrome de fatiga crónica. Cuando se presenta el estrés laboral y llega a niveles de fatiga e incluso depresión, el afectado puede experimentar conflictos internos y externos, altos niveles de irritación, afectación de sus relaciones personales y familiares, entre otros. La autora hace énfasis en que el personal médico tienen una mayor probabilidad de experimentar desgaste profesional, debido a la dinámica del trabajo.



Asimismo, según Chandra y Chaure (44), el síndrome de burnout es una experiencia relacionada con el agotamiento físico, emocional y mental, causado por la participación a largo plazo en situaciones que son emocionalmente exigentes y que se expresa en la pérdida de la capacidad o el interés por hacer algo, por lo que es muy frecuente su aparición en lugares con altos niveles de estrés como lo son los centros hospitalarios.

En esta investigación se encontró una coexistencia entre el síndrome de burnout y síntomas depresivos del 25,3%. Por su parte, Mariños *et al.*(32) encontraron que la coexistencia entre el síndrome de burnout y síntomas depresivos fue del 32,9%, una cifra relativamente más alta que la del presente estudio. En este sentido, se puede apreciar que entre un cuarto y un tercio del personal de salud se exponen al riesgo de sufrir depresión y burnout a la vez, lo que es perjudicial para su desempeño, así como para su salud física y mental.

En el estudio no se encontró asociación estadística significativa entre el síndrome de burnout y la presencia de depresión, dado que el p-valor de chi cuadrado fue de 0,164, superior a 0,05. Por el contrario, en el estudio de Mariños *et al.*(32) encontraron que existe asociación estadística significativa entre las dimensiones del síndrome de burnout y la presencia de depresión, con valores p inferiores a 0.001 para la relación con cansancio emocional y despersonalización, mientras que el valor p fue de 0.008 entre depresión y realización personal.

Juan y Juan (45) realizaron una investigación en Taiwán basada en diversos estudios que revelaron un alto nivel de burnout entre los médicos residentes, cuyo estrés se debió principalmente a la situación laboral, la presión emocional y las demandas de los pacientes.

En el presente estudio se encontró que el síndrome de burnout se presentó más en hombres que en mujeres con depresión con un 31.8%. Por el contrario, Koinis *et al.*(46), encontraron que las doctoras y enfermeras sufren de depresión con más frecuencia que los hombres, por lo que los autores afirman que este hallazgo refleja el comportamiento de la población de mujeres en general y que son más susceptibles de padecer depresión que los hombres.

En este estudio el síndrome de burnout se evidencio en una frecuencia porcentual igual entre las edades de 22 a 25 años y mayor a 26 años. Por último, se obtuvo que el síndrome de burnout está presente más en internos rotativos que tienen depresión que viven en zonas rurales con un 33,3%. En general, se aprecia que sin importar la variable sociodemográfica del análisis los internos de medicina que sufren depresión presentan a su vez el síndrome de burnout en una frecuencia cercana al 30%, con excepción de los que viven en Cuenca o fuera de ella, quienes



aparentemente presentan una diferencia notable, siendo así una mayor presencia del síndrome de burnout en internos que viven en la ciudad de Cuenca.

Amir *et al.* (39) destacan que hay otros factores que contribuyen al agotamiento, como lo es la autopercepción de la salud de los estudiantes, el optimismo y la motivación con respecto a sus estudios, la exposición constante a los pacientes enfermos y la muerte de los mismos, así como también las rutinas de estudio agotadoras.

El síndrome de burnout y la depresión son entidades distintas y separadas, aunque pueden compartir varias características cualitativas; el burnout puede conducir a una actitud negativa generalizada hacia la vida y, en este sentido, comparte características comunes con la depresión. Burnout es más que depresión, un fenómeno multidimensional, pero, a diferencia de la depresión, restringido al ámbito laboral, mientras que la depresión es un síndrome clínico libre de contexto y caracterizado por atribuciones más globales (32).

Outhoff (47), afirma que los antidepresivos son tratamientos recomendados de primera línea para la depresión mayor moderada y grave, independientemente de la causa percibida, así como para la depresión de cualquier gravedad que haya persistido durante dos o más años como trastorno depresivo persistente; en tanto que, la elección del antidepresivo depende de factores individuales y farmacológicos como la tolerabilidad y la seguridad relativa en caso de sobredosis.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES

El estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de síndrome de burnout en estudiantes del internado rotativo de medicina que presenten depresión en el Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, para lo cual se encuestó a la totalidad de internos de medicina, pertenecientes a las rotaciones de pediatría, ginecología, cirugía y clínica, los cuales fueron un total de 79.

La mayoría de internos de medicina son del sexo femenino, tienen de 22 a 25 años de edad, viven en zonas urbanas y provienen de la ciudad de Cuenca. Asimismo, los internos están distribuidos, aproximadamente, de forma equitativa entre las áreas de pediatría, ginecología, cirugía y clínica a razón de un 25% en cada una, y el 94,9% cumplen cargas horarias de más de 72 horas semanales.

De acuerdo con el test de Hamilton, 8 de cada 10 internos de medicina presentan depresión, de los cuales el 60,9% presentan un nivel de depresión ligera/menor, 25% presentan depresión moderada, un 9.4% de depresión severa y 4.7% tienen depresión muy severa, estos últimos dos sumados representan un 14.1% de internos de medicina con niveles de depresión altos.

Se determinó que el síndrome de burnout se encuentra presente en el 31,3% de los internos que tienen depresión; mientras que, en cuanto a las dimensiones del síndrome de burnout, 60,9% tienen un nivel alto de cansancio emocional, 70,3% tienen un nivel alto de despersonalización y el 46,9% presentan un nivel bajo de realización personal.

Se evidenció que, sin importar la variable sociodemográfica del análisis, los internos de medicina que tienen depresión presentan a su vez el síndrome de burnout en una frecuencia cercana al 30%, con excepción de los que viven en Cuenca o fuera de ella, quienes aparentemente presentan una diferencia notable que pueden ser debido a otros factores sociodemográficos que no fueron evaluados en este estudio pero que podrían ser objeto de análisis e investigaciones posteriores.



RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos realizar las siguientes recomendaciones:

La mayoría de los internos rotativos presentan depresión ligera o menor, es decir que se encuentran en una fase en la que se podría prevenir consecuencias mayores por medio del apoyo psicosocial y la intervención de sus áreas de salud ocupacional.

Se recomienda que los establecimientos de salud tengan en cuenta la salud tanto física como mental no solo de los pacientes, sino también la del personal de salud como los internos de medicina que ejercen a diario sus funciones bajo una ardua exigencia física, mental y social, con el fin de mantener una armonía con su entorno laboral, con el interés hacia su trabajo y realización personal, logrando mejorar sus prácticas médicas y así cumplir los objetivos de aprendizaje establecidos para un interno de medicina.

El síndrome de burnout al ser una entidad que puede afectar seriamente a diversos profesionales de la salud, incluyendo al personal interno de medicina, es de gran importancia, en primer lugar, concienciar acerca de la existencia de la enfermedad y asumir que la misma está presente para que en segundo lugar se pueda realizar acciones que promuevan la educación sanitaria asertiva en relación con este síndrome

Se deberían poner en práctica métodos de difusión a la población en general acerca de las orientaciones necesarias para disminuir el impacto del estrés y el cansancio extremo en los establecimientos de salud, con el fin de lograr una mayor productividad y reducir el impacto de los agentes estresores sobre la salud.

Se recomienda para la prevención de la depresión y del síndrome de burnout en los internos de medicina el desarrollo de un mejor programa de capacitación para mejorar su bienestar, mediante la gestión adecuada de la autonomía, una fuerte relación social y el tiempo de sueño y descanso fuera del trabajo.



CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2017 [citado 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Infografía acerca de la Depresión [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
3. Fouilloux Morales C, Barragán Pérez V, Ortiz León S, Jaimes Medrano A, Urrutia Aguilar ME, Guevara-Guzmán R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. Salud mental [Internet]. 2013;36(1):59-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n1/v36n1a8.pdf>
4. Solórzano Bernita RE. Prevalencia de depresión y factores asociados en los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, 2014 [Tesis de Maestría]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015.
5. Cordero García JD, Pacheco Pacheco DH. Prevalencia de la ansiedad, depresión y alcoholismo en estudiantes de Medicina, facultad de medicina Universidad del Azuay [Tesis]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad del Azuay; 2010.
6. Dueñas Disotuar Y. Depresión y estrés en estudiantes de tercer semestre de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) [Internet]. 2010;35(1):60-1. Disponible en: http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1064/1066
7. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2015;32(1):1-6. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
8. Villavicencio Castro J. Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015 [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Depresión [Internet]. 2017 [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es
10. Parekh R. What Is Depression? [Internet]. American Psychiatric Association. 2017 [citado 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>



11. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2006;49(2):66-72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
12. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal B, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36.
13. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA*. 2010;304(11):1181-90.
14. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [Internet]. 2017;60(5):7-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [Internet]. México: Secretaría de Salud. CENETEC; 2015 p. 64. Report No.: IMSS-161-09. Disponible en: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
16. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it Time to Consider the “Burnout Syndrome” A Distinct Illness? *Front Public Health* [Internet]. 2015;3(158):1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459038/>
17. Escobar P. Síndrome de Burnout: 14 signos de agotamiento laboral [Internet]. 2016 [citado 3 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/15033-sindrome-de-burnout-14-signos-de-agotamiento-laboral>
18. Jiménez L. Síndrome de Burnout. *BOTICA*. 2014;(28):1-3.
19. Hillert A, Marwitz M. *Die Burnout-Epidemie*. München: C.H.Beck; 2006. 336 p.
20. Carrillo-Esper R, Gómez Hernández K, Espinoza de los Monteros Estrada I. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*. 2012;28(6):579-84.
21. Matoza C, Jara B. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la UNIDA; Asunción - Paraguay, año 2016. *Revista Unida Científica*. 2017;1(1).
22. Fontes de Oliva Costa E, Andrade Santos S, Rodrigues de Abreu Santos AT, Vieira de Melo E, Matos de Andrade T. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics* [Internet]. 2012;67(6):573-80. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-59322012000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Goñi M, Danza Á, Urgoiti M, Durante E. Correlación entre clima educativo y síndrome de burnout en practicantes internos de la carrera de Doctor en Medicina de Uruguay. *Revista Médica del Uruguay* [Internet]. 2015;31(4):272-81. Disponible en:



http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902015000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Carrillo-Córdova LD, Carrillo-Córdova JR, Carrillo-Esper R, Garduño-Arteaga ML. Prevalencia de depresión y síndrome de burnout en residentes de urología de un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Urología*. 2018;78(2):105-11.
25. Brito Vera JP, Cabrera Medina HR, Cedillo Bailón JP. Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011 [Tesis]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2012.
26. Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E, Berdejo Pacheco H, Racedo Rolón K, Ruiz Sará J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte* [Internet]. 2007;23(1):43-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81723106.pdf>
27. Terrones-Rodríguez JF, Cisneros-Pérez V, Arreola-Rocha J de J. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2016;54(2):242-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745149016.pdf>
28. Mantilla-Falcón LM, Galarza-Galarza JC, Zamora-Sánchez RA. La inserción de la mujer en la educación superior ecuatoriana: caso Universidad Técnica de Ambato. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)* [Internet]. 2017;13(2):12-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1341/134154501002.pdf>
29. Ministerio de Salud Pública, Consejo de Educación Superior. Norma Técnica para Unidades Asistenciales Docentes [Internet]. Acuerdo Ministerial 4604 jun 23, 2015 p. 28. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Modificaci%C3%B3n-Norma-T%C3%A9cnica-UADS.pdf>
30. Wassif GO, Gamal-Eldin DA, Boulos DNK. Stress and Burnout among Medical Students. *Journal of High Institute of Public Health* [Internet]. 2019;43(3):190-8. Disponible en: https://jhiphalexu.journals.ekb.eg/article_63794_e9d34f74fffbde1f94cd59f0b7980.pdf
31. Mian A, Kim D, Chen D, Ward WL. Medical Student and Resident Burnout: A Review of Causes, Effects, and Prevention. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention* [Internet]. 2018;4(4:094):1-8. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-4-094.pdf>
32. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Médica Herediana* [Internet]. 2011;22(4):162-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3380/338038904003.pdf>
33. Salvagni Rotta D, Pinto MH, Garcia Lourenção L, Regina Teixeir P, Gianini Gonzalez E, Gazetta CE. Anxiety and depression levels among multidisciplinary health residents. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2016;17(3):372-7.



34. Prianka M, Sonali S, Kumar MN, Kanti ST, Indira D, Amitava C. Evaluation of Major Risk Factors Related to Depression Among Medical Students of NRS Medical College. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2014;3(4):911-7.
35. Khodadadi E, Hosseinzadeh M, Azimzadeh R, Fooladi M. The relation of depression, anxiety and stress with personal characteristics of nurses in hospitals of Tabriz, Iran. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(5):140-8.
36. Vilchez-Cornejo J, Romaní-Ojeda L, Ladera-Porta K, Marchand-Gonzales M. Burnout Syndrome in Physicians of a Hospital in the Peruvian Amazon. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2019;19(4):60-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/en_a10v19n4.pdf
37. Hussain F, Rehman S ur, Habib S, Rafay M, Farhad A. Assessing Burnout in Surgical Resident in a Private Tertiary Care Hospital. *Surgery: Current Research*. 2019;9(2.329):1-5.
38. Arayago R, González Á, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Salus* [Internet]. 2016;20(1):13-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375946213004.pdf>
39. Amir E, Kumari S, Olivetta U, Mansoor M. Burnout and Depression among Medical Students at Historically Black Colleges and Universities (HBCU) Hospital System. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*. 2018;4(151):1-3.
40. Navines R, Olive V, Ariz J, Lopez J, Tortajada M, Varela P, et al. Stress and Burnout During the First Year of Residence Training in a University Teaching Hospital: Preliminary Date. *Dual Diagnosis: Open Access*. 2016;1(3:17):1-4.
41. Rodríguez Garza M del R, Sanmiguel Salazar MF, Muñoz Muñoz A, Rodríguez Rodríguez CE. El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista Iberoamericana de Educación* [Internet]. 2014;66:105-22. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie66a07.pdf>
42. Al-Houqani F, Al-Mukhaini A, Al-Kindi R. Prevalence of Depression among Oman Medical Specialty Board (OMSB) Residents. *Oman Medical Journal*. 2020;35(2:e116):1-5.
43. Cantos Alcívar GJ. Síndrome de fatiga crónica en el personal de la salud en hospitales. *Chronic of fatigue syndrome in the health staff of hospitals*. *Revista San Gregorio*. 2019;(33):136-46.
44. Chandra A, Chaure A. Depression and Burnout: A Cross Sectional Study in Internship Students of Our Tertiary Care Hospital. *International Journal of Current Advanced Research*. 2019;8(3):17959-61.
45. Juan Y-C, Juan C-W. How to Prevent Burnout in Medical Residents: Literature Review. *American Journal of Biomedical Science and Research*. 2019;5(2):151-4.
46. Koinis A, Elpida S, George C, Michael K, Sotirios F, Greta W, et al. Risk of Psychiatric Morbidity among the Medical and Nursing Staff of a Greek Public General Hospital.



Journal of Depression and Anxiety [Internet]. 2014;4(1):1-9. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/risk-of-psychiatric-morbidity-among-the-medical-and-nursing-staff-of-a-greek-public-general-hospital-10.41722167-1044-169.pdf>

47. Outhoff K. Depression in doctors: A bitter pill to swallow. South African Family Practice. 2019;61(sup1):S11-4.



CAPITULO IX

ANEXOS

ANEXO 1: Oficio, autorización de aplicación de estudio



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas

**Dirección de Escuela de
Medicina**

Oficio No. 20-DEM-CTT-20
Cuenca, 10 de junio de 2020

Señor Doctor

Marco Rivera Ullauri

**Coordinador General de Investigación del Hospital José Carrasco
Arteaga** Ciudad.

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, Pedro Alvarado Alvarado y Andrés Robles Ordoñez, puedan acceder a realizar encuestas a los internos, con la finalidad de recopilar información que requieren para el desarrollo de su trabajo de investigación, cuyo tema es: FRECUENCIA DE SINDROME BURNOUT EN INTERNOS ROTATIVO DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESION, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020, La investigación estará dirigida por el Dr. Fernando Estévez A. Mgt., docente de la Facultad.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco y suscribo.

Atentamente,

Dr. José Roldán Fernández

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA



ANEXO 2: Consentimiento informado dirigido a los estudiantes

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DEL INTERNADO ROTATIVO DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESION EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020."

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Pedro Mateo Alvarado Alvarado	0105437230	Universidad de Cuenca
	Andrés Fernando Robles Ordoñez	0104117734	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hospital José Carrasco Arteaga. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, "Frecuencia del síndrome de burnout en estudiantes del internado rotativo de medicina que presenten depresión en el Hospital José Carrasco Arteaga. " Cuál será su participación en el estudio y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El internado de medicina hoy en día exige habilidades físicas, psicológicas y sociales a pleno para desenvolverse en un ambiente hospitalario en donde se ocupa el nivel jerárquico as bajo, siendo vital para su formación académica. Es por eso que el arduo trabajo día a día del interno rotativo lo lleva a estar envuelto en varias situaciones de compromiso para el bienestar de otros generándole múltiples cambios emocionales. Tanto la depresión como el síndrome de burnout son dos tipos de trastornos que se pueden presentar ante estas situaciones de manera aislada o en conjunto, generando un deterioro y bajo desempeño laboral que puede conducir a diferentes tipos de desenlaces que afecten a la salud tanto física, psicológica y social, es por esto que hemos decidido realizar este estudio ya que creemos pertinente su realización al tener mucha importancia las repercusiones que puede traer consigo estos dos trastornos.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es encontrar con qué frecuencia estudiantes del internado rotativo del Hospital José Carrasco Arteaga presenten síndrome de burnout conjuntamente con depresión

Descripción de los procedimientos



Este estudio ira destinado a todos los estudiantes del internado rotativo que estén matriculados en la cohorte de septiembre de 2019 del Hospital José Carrasco Arteaga. La recolección de datos se iniciará en el mes de junio de 2020, explicando a los estudiantes del internado los objetivos de la investigación y se les entregara el consentimiento informado, dándoles a conocer que el estudio es plenamente voluntario y bajo el anonimato. Una vez aceptada la participación, se explicará a cada participante que los formularios de recolección de datos deberán ser respondidos en base a su experiencia del internado sin in fluencia de la pandemia que se suscitó por COVID-19. Aclarado esto se entregará el formulario de recolección de datos sociodemográficos; posterior a eso, se aplicará el test de Hamilton, tomándose el tiempo necesario para desarrollarlo y sin presión alguna. Una vez finalizada esta etapa, a los estudiantes que presenten depresión por medio del test de Hamilton se les aplicará el formulario de Maslach Burnout Inventory que, de igual forma, debe ser respondido de manera clara y sincera.

Riesgos y beneficios

Riesgos: existen mínimos riesgos de cambios emocionales o pensamientos negativos de cómo va a repercutir en su vida laboral estos trastornos.

Beneficios: es posible que directamente este estudio no traiga beneficios hacia usted. Pero la finalidad de esta investigación, es recolectar la suficiente información y generar un beneficio a los demás.

Otras opciones si no participa en el estudio

Usted tiene la libertad de participar o no en el estudio.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comuníquese con Pedro Mateo Alvarado Alvarado al siguiente número de teléfono 0995752049 envíe un correo electrónico a pedro.alvaradoa9@gmail.com



Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieron el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



ANEXO 3: Encuesta sociodemográfica

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

FRECUENCIA SINDROME BURNOUT EN INTERNOS ROTATIVOS DE MEDICINA QUE PRESENTEN DEPRESION,
HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, 2020.

AUTORES:

PEDRO MATEO ALVARADO ALVARADO

ANDRES FERNANDO ROBLES ORDOÑEZ

DIRECTOR:

DR. FERNANDO ESTEVEZ ABAD

Sexo:

M	F
----------	----------

Edad

--

Residencia

Urbano	Rural
---------------	--------------

Procedencia

Cuenca	Otra ciudad
---------------	--------------------

Rotación

Pediatría	
Ginecología	
Cirugía	
Clínica	



Carga horaria semanal	Mayor a 72 horas	Menor a 72 Horas
--------------------------	------------------	------------------

ANEXO 4: Test de Hamilton

**ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños
Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
 - No deprimido: 0-7
 - Depresión ligera/menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
 - Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
Sentimientos de culpa	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	0 1 2 3 4
Suicidio	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	0 1 2 3 4
Insomnio precoz	
<ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	0 1 2
Insomnio intermedio	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	0 1 2
Insomnio tardío	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	0 1 2
Trabajo y actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	0 1 2 3 4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
<ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	0 1 2 3 4
Agitación psicomotora	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	0 1 2 3 4

 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
<p style="text-align: center;">Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que esta deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3



ANEXO 5: MBI (inventario de Burnout de Maslach)

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

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

- 0= NUNCA.
- 1= POCAS VECES AL AÑO.
- 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
- 3= UNAS POCAS VECES AL MES.
- 4= UNA VEZ A LA SEMANA.
- 5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.
- 6= TODOS LOS DÍAS.

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	0	1	2	3	4	5	6
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo							
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado							
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender							
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales							
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender							
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando							



R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo								
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente								
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente								
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo								
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo								
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo								
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente								
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa								
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo								
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender								
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo								
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades								
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada								
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas								

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

D. DESPERSONALIZACIÓN

R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

La subescala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo;

la subescala de despersonalización ("despersonalization") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención;



La subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

MÉTODOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME BURNOUT.

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

- Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- Despersonalización 5,10,11,15,22
- Realización Personal 4,7,9,12,17,18,19,21

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.



ANEXO 6: Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador		Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de aplicación del estudio	Tiempo en años	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la aplicación de la entrevista estructurada	1	22 a 25 años
				2	26 a 40 años
Sexo	Características fenotípicas que diferencia a hombres de mujeres.	Fenotipo	Caracteres externos sexuales de un individuo	1	Hombre
				2	Mujer
Residencia	Lugar geográfico en el que una persona vive o habita de forma permanente.	Geográfica	Respuesta provista por el estudiante durante la entrevista.	1	Urbano
				2	Rural
Procedencia	Lugar geográfico de donde nace la persona.	Geográfico	Cedula de identidad	1	Cuenca
				2	Otras Ciudades
Rotación	Practica asistencial en un determinado servicio clínico-quirúrgico que cursa actualmente en el ambiente hospitalario.	Áreas hospitalarias	Respuesta provista por el estudiante durante la entrevista	1	Pediatría
				2	Ginecología
				3	Cirugía
				4	Clínica
Carga Horaria Semanal	Tiempo empleado para cumplir con un conjunto de prácticas y labores clínicas asistenciales-docentes, y actividades académicas en un horario establecido.	Tiempo empleado	Respuesta provista por el estudiante durante la entrevista	1	Mayor a 72 horas.
				2	Menor a 72 horas.
Depresión	Trastorno mental, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Presencia o ausencia	Test de Hamilton	1	Sí
				2	No
Tipo de depresión	Se clasificara de acuerdo al test de Hamilton, interpretando los parámetros	Gravedad de depresión	Test de Hamilton	1	No deprimido
				2	Depresión leve



Variable	Definición	Dimensión	Indicador		Escala
	cumplidos en cada sección del mismo.			3	Depresión moderada
				4	Depresión severa
				5	Depresión muy severa
Síndrome burnout	Síndrome caracterizado por la triada de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño laboral.	Presencia o ausencia	Test de Maslach	1	Sí
				2	No