



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación entre Síndrome de Burnout y Depresión en Médicos Residentes
de la Universidad Ricardo Palma

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTORA

Bautista Ticona, Jessica Melliza

ORCID: 0009-0004-3626-8727

ASESOR

Hernández Patiño, Rafael Iván

ORCID: 0000-0002-5654-1194

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de la autora

Bautista Ticona, Jessica Melliza

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 71215098

Datos de asesor

Hernández Patiño, Rafael Iván

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09391157

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, JESSICA MELLIZA BAUTISTA TICONA, con código de estudiante N° 202113177, con DNI N° 71215098, con domicilio en Avenida Aramburú 231 Departamento 202, distrito San Isidro, provincia y departamento de Lima, Lima, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residencia Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

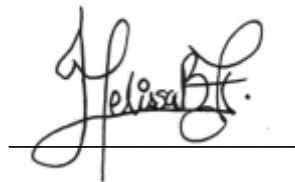
El presente Proyecto de Investigación titulado: "ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Hernández Patiño Rafael Iván, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc.; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 8% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 02 de Mayo de 2024



Firma

JESSICA MELLIZA BAUTISTA TICONA

DNI 71215098

Asociación entre Síndrome de Burnout y Depresión en Médicos Residentes de la Universidad Ricardo Palma

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia

Trabajo del estudiante

1%

4

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

biblioteca.utec.edu.sv:8080

Fuente de Internet

1%

6

dx.doi.org

Fuente de Internet

1%

7

repositorio.uandina.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Activo		

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.4 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	2
1.4.1 General.....	2
1.4.2 Específicos	2
1.5 JUSTIFICACIÓN	3
1.6 DELIMITACIÓN.....	4
1.7 VIABILIDAD	4
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	5
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	5
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	5
ANTECEDENTES NACIONALES.....	8
2.2. BASES TEORICAS	10
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	19
2.4. HIPOTESIS	21
CAPITULO III. METODOLOGIA	23
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	23
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
3.3.1 POBLACIÓN	23
3.3.2 MUESTRA	23
3.3.3 SELECCIÓN DE MUESTRA.....	24
Criterios de inclusión	24
Criterios de Exclusión.....	24
3.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	24
3.4.1 VARIABLES	24
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	33
MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	34
CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE – 9 (PHQ-9).....	37
3.6. PROCESAMIENTO Y PLAN DE ANALISIS DE DATOS.....	39
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	39

CAPITULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	40
4.1. RECURSOS.....	40
4.2. CRONOGRAMA	40
4.3. PRESUPUESTO.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS.....	50
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	50
ANEXO 2 : CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
ANEXO 3. FORMULARIO DE GOOGLE FORMS “ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES”	53

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Se ha reconocido que la introducción diaria de nuevas enfermedades plantea desafíos al personal de salud, y dentro de ellas incluyen a las mismas que el propio personal de salud pudiese padecer condicionado por el estrés laboral al que pueden ser sometidos.

Durante las últimas décadas se ha observado y descrito la existencia de “Síndrome de Burnout conocido también como Síndrome del quemado” dentro del personal de salud, donde el impacto del estrés laboral varía de un personal a otro, provocando diversas consecuencias para la salud que van desde enfermedades mentales hasta enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas y reproductivas(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó el síndrome del quemado como un riesgo laboral, ya que puede influir negativamente en la calidad de vida de los empleados (2).

Actualmente para la Organización Panamericana de la salud (OPS), la depresión es un trastorno prevalente y cada vez más extendido que altera significativamente el funcionamiento cotidiano de las personas, perjudicando su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Se reconoce que la depresión posee un carácter multifactorial, donde surge de la amalgama de elementos genéticos, bioquímicos, ambientales y psicológicos que ejercen un impacto directo en quienes la padecen (3).

La capacitación de los médicos residentes en nuestra nación puede variar entre 3 y 5 años, en el transcurso de los cuales se consolida el conocimiento específico de cada especialidad de manera exhaustiva. Durante este período de capacitación, se presentan numerosas situaciones que generan estrés, por ejemplo, la carga de trabajo diaria y los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas mentales, así como no contar con horarios establecidos, algunas veces deficiente trato por parte de superiores, situaciones poco favorables con los pacientes que no colaboran por temor, enojo o arraigos culturales, que dentro de una línea de tiempo

pueden provocar un agotamiento emocional, despersonalización del médico o un reducido rendimiento personal, que puede afectar el desenvolvimiento de los médicos residentes, que pueden afectar finalmente en la calidad de atención en salud , tanto el percibido por el paciente como por el personal de salud.

Es por ello, que con la motivación de aportar en la investigación y en la mejora de la salud mental de los médicos residentes se plantea el presente proyecto con la intención de determinar la relación de asociación entre el Síndrome de Burnout y la Depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma en 2022.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe una asociación entre el Síndrome de Burnout y la Depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma durante el Año 2022?.

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La línea de estudio se enfoca en la especialidad de Salud Mental y Salud Ocupacional que pertenece a la décima prioridad nacional 2019-2023. Y dentro de las Líneas de Investigación de la Universidad Ricardo Palma se encuentra en el área de Medicina, número 10 de Salud Mental.

1.4 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.4.1 General

Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y la depresión en los médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.

1.4.2 Específicos

- Determinar si la elección de la especialidad es un factor asociado al desarrollo del Síndrome de Burnout y la depresión en los médicos residentes.
- Determinar si es que la sede hospitalaria donde se realiza la formación académica puede ser un factor de riesgo para desarrollar síntomas del Síndrome de Burnout en médicos residentes.
- Estipular si la edad contribuye como factor de riesgo para manifestar síntomas del Síndrome de Burnout y Depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.

- Determinar si el sexo es un factor de peligro para la expresión de síntomas del Síndrome de Burnout y Depresión en médicos residentes pertenecientes a la Universidad Ricardo Palma.
- Establecer si el estado civil es un factor relacionado al desarrollo del Síndrome de Burnout y la depresión en los médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.
- Concluir si el lugar procedente es un factor relacionado a la expresión de síntomas del Síndrome de Burnout y depresión en médicos residentes.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Dentro de la formación académica de un personal médico, el programa de residencia es una fase crucial e intensiva dentro de la carrera profesional de los mismos (4). Durante esta fase, este grupo demográfico debe adaptarse a los cambios en su salud física y mental, que pueden ser causados por la sobrecarga laboral u otras circunstancias que puedan encontrar durante su especialización académica.

El agotamiento es un problema frecuente de salud mental entre los estudiantes de medicina. Puede causar altos niveles de estrés y angustia emocional, lo que quizás podría conducir al génesis y brote de patologías de índole mental como trastornos depresivos o síndrome de ansiedad. La enfermedad en cuestión tiene un efecto adverso notable en el bienestar psicológico de los médicos, así como en la prestación de atención rápida y tratamiento oportuno a los pacientes. Esto, a su vez, impacta directamente la conexión médico-paciente y el desempeño del médico.

Se ha observado que en nuestro país es necesario fortalecer la investigación acerca del impacto del síndrome de Burnout asociado a las patologías de salud mental, principalmente con la depresión, que al no ser diagnosticada y tratada a tiempo puede tener efectos negativos en la vida como ideación e intentos suicidas a corto, mediano o largo plazo, creando una nueva dificultad en nuestro sistema de salud, que convalence de médicos especialistas actualmente.

Siendo este el motivo, en que el trastorno depresivo es una de las patologías de salud mental más frecuente y con mayor impacto de negatividad sobre la actividad de las personas según la OMS, se genera una necesidad de

investigar y determinar la asociación entre el síndrome de Burnout y depresión en esta población de estudio.

1.6 DELIMITACIÓN

Se trabajará con la población médicos residentes activos de la Institución Universitaria Ricardo Palma durante el año 2022.

1.7 VIABILIDAD

Es un proyecto viable, puesto que se solicitará la participación voluntaria de los médicos residentes matriculados en la Universidad Ricardo Palma, se cuenta con los medios económicos para llevarlo a cabo.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Carranza-Lira S, Et al(5). En su estudio de 2020 llevado a cabo en México , "Prevalencia de depresión y síndrome de Burnout en residentes de Obstetricia y Ginecología", Residentes de Ginecología y Obstetricia" (5), en residentes de obstetricia y residentes de ginecología .Se ejecutó una investigación prospectiva, observacional, transversal y descriptiva. El estudio incluyó 28 estudiantes. Durante el segundo año, la mayoría de los residentes experimentaron depresión de leve a moderada, posteriormente, se observó un estado de depresión leve en el tercer año, seguido de un nuevo período de depresión menor en el cuarto año. Se demostró que la influencia del "síndrome de Burnout" era mayor entre los residentes en su segundo y tercer año de residencia. Se halló un coeficiente rho igual a 0,591; $p < 0,001$, entre el síndrome de burnout y la depresión.

Appiani F.J, et al(6), es un estudio del año 2020 " Incidencia de estrés, síndrome de burnout, depresión y ansiedad entre médicos de un hospital en tiempos de pandemia COVID-19"(6) con población argentina; un estudio observacional, transversal que se realizó dos meses luego de la entrada en vigor de la cuarentena en el país. Participaron 440 médicos; de ellos fueron 302 (68,63%) quienes completaron la encuesta de Maslach, 305 médicos dieron respuesta al cuestionario de estrés de Wolfgang (69,38%) y un total de 241 participantes (55%) completaron la escala de medición de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS). El estrés prevaleció con 93,7%, el síndrome de burnout estuvo presente con 73,5%, la ansiedad y la depresión también estuvieron presentes con un 44% y 21,9%, respectivamente. No se halló correlación entre la frecuencia de los síntomas y la elección de la especialidad médica, pero la prevalencia de agotamiento, ansiedad y depresión fue significativa en los residentes y el personal médico que realizaban sus funciones en el área de urgencias y emergencias.

Pokhrel NB et al(7), en la investigación " Depresión, ansiedad y cansancio en estudiantes de medicina y residentes de una escuela de medicina en Nepal: investigación transversal"(7), que se realizó en el año 2020. En el que se eligieron aleatoriamente para esta investigación transversal a 651 estudiantes y residentes de medicina en el periodo de diciembre de 2018 a febrero de 2019. Donde la

prevalencia global de burnout (48,8%; IC 95% 44,9-52,7) y ansiedad (45,3%; IC 95% 41,4-49,2) fue superior a la de depresión (31%; IC 95% 27,5-34,7). Los síntomas de depresión y de agotamiento se observaron con mayor prevalencia entre los médicos residentes en comparación con los estudiantes de medicina (agotamiento: 64,5 % frente a 37,6 %, valor de $P < 0,0001$; depresión: 33,7 % frente a 29,1 %, valor de $P 0,21$). Pero los alumnos de pregrado tuvieron niveles más elevados de ansiedad en comparación con los de segunda especialidad (46,3% versus 43,96%, valor $P 0,55$).

Nishimura Y. et al (8), en el estudio que se realizó entre Abril del 2017 a Marzo del 2018, titulado "Factores relacionados con el agotamiento en médicos residentes de Japón", el tipo de estudio fue observacional, transversal. Se encontró que, en total, que 39 participantes de un total de 76 (51%) respondieron las encuestas que se realizaron en Abril de 2017, así en Octubre de 2017 respondieron un total de 27 encuestas de 76 (36 %) y finalizando en Marzo de 2018 participaron 21 residentes de 76 encuestas (28 %). De los participantes encuestados se encontró que para el ítem de agotamiento fueron el 18% (7/39) para las encuestas realizadas en Abril del 2017, en el mes de Octubre del 2017 fue el 22% (6/27) y el último mes de Marzo de 2018 se hallaron el 33,3% (7/21). Siendo así que tuvo fuerte correlación con el grado de depresión los síntomas de agotamiento emocional ($r = 0.615$, $p < 0.001$; $r = 0.706$, $p < 0.001$; $r = 0.601$, $p < 0.01$). La jornada laboral diaria promedio no se asoció significativamente ni con la despersonalización ni con el agotamiento emocional ($\beta = 0.156$, $p = 0.343$ para agotamiento emocional; $\beta = 0.061$, $p = 0.711$ para despersonalización).

Williford ML et al(9), en el estudio "Comparison across multiple institutions of resident and faculty perceptions of burnout and depression during surgical training" realizaron un estudio transversal donde se usó encuestas anónimas únicas para residentes y asistentes que se administraron a través de una plataforma basada en la web. En este estudio respondieron un total de 92 residentes y 55 asistentes. Cincuenta y ocho de 77 residentes con respuestas completas (75%) cumplieron con los criterios de agotamiento y 30 de 76 (39%) cumplieron con los criterios de depresión. De aquellos con agotamiento, 28 de 58 (48 %) tenían un riesgo elevado de depresión ($P = 0,03$). Nueve de 77 residentes (12%) tuvieron ideación suicida en las últimas 2 semanas. La mayoría de los residentes (40 de 76

[53 %]) estimó correctamente que más del 50 % de los residentes tenían burnout, mientras que solo 13 de 56 asistentes (23 %) estimaron correctamente esta prevalencia ($p < 0,001$). Cuarenta y dos de 83 residentes (51%) y 42 de 56 asistentes (75%) subestimaron la verdadera prevalencia de depresión ($P = 0,002$). Sesenta y seis de 73 residentes (90 %) y 40 de 51 asistentes (78 %) identificaron las mismas 3 barreras principales para buscar atención para el agotamiento: incapacidad para tomarse un tiempo libre para buscar tratamiento.

Brunsborg KA et al(10), en el estudio “Association between depression and burnout in pediatric resident physicians and detrimental medical errors on inpatient services”, un estudio de cohorte prospectivo de 2011 a 2013 en siete centros médicos académicos pediátricos en los Estados Unidos y Canadá. Donde un total de 388/537 (72%) médicos residentes completaron las encuestas MBI-HSS y HANDS. Setenta y seis (20%) y 178 (46%) médicos residentes dieron positivo para depresión y agotamiento, respectivamente. La detección positiva de depresión se asoció con una tasa 3,0 veces mayor de errores perjudiciales (razón de tasas de incidencia = 2,99 [IC del 95 %: 1,40-6,36], $p = 0,005$). Lamentablemente, ni el agotamiento ni la depresión se han asociado estadísticamente significativo con errores nocivos, no nocivos o totales.

Zhang, Y. et al(11), en el estudio “Encuesta sobre agotamiento laboral y depresión en programas estandarizados de capacitación en residencia en China.”, un estudio transversal que se realizó entre todos los residentes del Departamento de Medicina Interna del Hospital de Medicina de la Unión de Pekín en agosto de 2017. Obtuvo que 159 residentes que completaron la encuesta, de los cuales 69 se habían graduado de facultades de medicina de 8 años y 90 de facultades de 5 años, la tasa de agotamiento laboral fue del 62,2 % (100/159) y la tasa de depresión fue del 28,3 % (45/159). Las tasas de agotamiento laboral y depresión en los residentes que completaron diferentes años de capacitación no mostraron diferencias significativas. La tasa de agotamiento laboral fue significativamente mayor entre los graduados de facultades de medicina de 5 años (76,7 %) que entre los de facultades de 8 años (44,9 %, $p < 0,001$). La prueba de chi-cuadrado realizada por Pearson demostró una conexión estadísticamente significativa entre la depresión y el agotamiento laboral ($p < 0,001$).

ANTECEDENTES NACIONALES

Rodríguez C.S(12), en su tesis observacional, analítica, transversal, titulada “El síndrome de Burnout como un riesgo vinculado a la depresión en internos y médicos residentes del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en 2017” (12), tuvo un total de 120 participantes seleccionados del grupo objetivo. El 35% eran médicos residentes y el 65% eran estudiantes de internado médico. De la población total, el 40,8% padecía depresión y el 57,5% dio positividad para el síndrome de burnout. Se encontró que el síndrome de burnout presentaba un odds ratio (OR) de 2,7 en relación con la aparición de depresión. En concreto, el OR fue de 3,5 para el sexo femenino y de 2,4 para las áreas quirúrgicas.

Huarcaya J. et al(13), llevado a cabo en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis Nicasio Sáenz de Lima”, el estudio “Efecto del síndrome de burnout y factores sociodemográficos en niveles de depresión en médicos de un hospital general”(13), fue una investigación observacional, transversal, correlacional. Donde aplicaron a 145 participantes que eran médicos residentes, El Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) son dos herramientas de evaluación de uso frecuente.

Según los resultados, el 27,6% de los participantes presentaron síntomas depresivos leves, 13,8% síntomas moderados y 5,5% síntomas bastante graves. La prevalencia del síndrome de burnout fue 9,65%. Se observó una correlación positiva entre la puntuación total del PHQ-9 y la puntuación total del MBI ($\rho = 0,711$, $P < 0,01$). Para investigar la relación entre la puntuación global del PHQ-9 y las variables vivir solo, satisfacción personal, estado civil soltero y cansancio emocional, se realizó un análisis de regresión múltiple. La puntuación total del PHQ-9 se incluyó como variable explicativa en el análisis.

Chilquillo V. et al(14), en 2018 con la investigación "Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima - Perú" con un estudio transversal, analítico y observacional. Contaron con 252 médicos, quienes conformaron la población de estudio. La muestra fueron 150 médicos, 23 de ellos (15,3%) obtuvieron hallazgos compatibles con síndrome de Burnout. Un alto grado de cansancio emocional fue experimentado por 65 médicos encuestados (43,3%), un alto nivel de despersonalización por 69 de ellos (46%) y bajo nivel de realización personal por 61 participantes (41,7%) ($p < 0,05$). El sexo masculino resultó ser un

índice de riesgo de síndrome de Burnout (OR = 6,12; IC 95%: 1,43 - 26,13; p : 0,01), pero tener un segundo empleo (OR = 0,15; IC 95%: 0,04 - 0,49; p = 0,002) parecía ser un factor protector potencial.

Vílchez J. et al(15), en el estudio analítico transversal que se tituló "Síndrome de Burnout en personal médico de un hospital del Perú" participaron 30 médicos. Los hallazgos indicaron que el 67,3% de los médicos eran hombres y el 80% de ellos presentaban síntomas de síndrome de burnout. Se descubrió una relación significativa entre los pacientes con Burnout y los médicos que atendían los servicios de cirugía en consulta externa (IC 95%: 1,20-1,76; RPa: 1,46), quienes atendían en ginecología obstétrica (RPa: 1,69; 1,41-2,03, IC 95%) y el tener especialidad médica (IC 95%: 0,62-0,77; RPa: 0,62) se encontró que fue un factor de protección para Burnout.

Alva C. et al(16), un estudio analítico transversal titulado " Relación entre el número de horas laboradas diariamente y la aparición de síntomas depresivos en médicos residentes en Perú", los datos usados en este estudio se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Médicos Residentes-2016, una encuesta virtual voluntaria realizada por el Consejo Nacional de Residencias Médicas del Perú. La encuesta recogió respuestas de 953 residentes, siendo la edad media, 32,5 años; y de total el 41,3% fueron mujeres, de los cuales el 14,6% estaba deprimido. La prevalencia en síntomas depresivos aumentó con cada hora extra trabajada, según el análisis ajustado (PR = 1,11; IC 95%, 1,04-1,17).

Mariños A. et al(17), según el estudio "Presencia simultánea del síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos en un hospital nacional de Lima" (17). El estudio fue descriptivo, transversal. En el estudio se usó una versión española del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). La muestra fueron 84 médicos, El 38,6% de los casos presentó síntomas de depresión, mientras que el 54,9% presentó síntomas de cansancio. De ellos, el 32,9% presentaba síndrome de burnout y sintomatología depresiva conjuntamente. No se descubrió ninguna correlación entre las horas semanales trabajadas y el desarrollo de depresión o burnout.

2.2. BASES TEORICAS

A. Síndrome de burnout

El libro de 1961 "Un caso de burnout", del escritor británico Graham Greene, es donde apareció por primera vez el término "burnout". Relata la historia de un arquitecto que decidió dejar su trabajo e ingresar en un retiro en la selva africana debido a un tormento espiritual (18). Como resultado, en la década de 1970, la palabra "burnout" se usó por primera vez para describir el estrés laboral en la literatura especializada.

Hebert Freudenberger, fue un psiquiatra estadounidense que trabajaba en la Free Clinic de Nueva York, no identificó inicialmente esta condición clínica hasta 1974. En su descripción describía el proceso de degradación que predispone a las personas a recibir tratamiento y servicios profesionales en el sector sanitario.

Maslach (1993) desarrolló la descripción tradicional del burnout, caracterizándolo como una enfermedad psicológica caracterizada por la despersonalización, el cansancio mental y emocional y la disminución del sentido de propósito al que son susceptibles incluso las personas en buena forma física. Esto ilustra que el término "quemado" se refiere a un profesional que ha llegado al punto en que se ha agotado la respuesta adaptativa a una condición en su carrera, hogar o entorno social (20).

En consecuencia, el agotamiento se caracteriza por un aumento gradual de la gravedad de un factor estresante relacionado con el trabajo, seguido de una incapacidad para adaptarse adecuadamente a los cambios necesarios para mantener el equilibrio psicológico (21).

FISIOPATOLOGIA

La biología del síndrome de agotamiento puede entenderse mejor centrándose en la idea del estrés. La palabra evoca imágenes de desastre, aunque no siempre es así. En sí mismo, el estrés es una respuesta adaptativa que ayuda a los individuos a mantenerse con vida y promueve la preservación de las especies al prepararlos para una reacción de lucha (22). Para que un organismo se adapte a su entorno, que puede tener demandas impredecibles, debe ser capaz de responder de manera efectiva y bajo control a situaciones estresantes, un proceso conocido como Eustrés (23).

El tálamo recopila datos sobre el factor estresante y luego desencadena la activación de dos regiones del cerebro: la corteza prefrontal, que gobierna la toma de decisiones, la memoria a corto plazo y la atención, y el sistema límbico, que establece vínculos entre las circunstancias presentes y las emociones. En última instancia, se desencadena la reacción fisiológica del cuerpo humano, que conduce a la activación de la amígdala y el hipocampo. Esta activación luego desencadena el complejo hipotálamo-pituitario, que inicia la respuesta hormonal al factor estresante (24).

El marco general del síndrome de adaptación al estrés se ha categorizado en tres fases distintas:

1. Estado de alerta: El hipotálamo desencadena la secreción de adrenalina de las glándulas suprarrenales en respuesta al estrés. El objetivo es generar la energía necesaria para una reacción instantánea.
2. La defensa: Se desencadena justo cuando persiste la reacción estresante. La hormona conocida como cortisol es producida y liberada por las glándulas suprarrenales. Es importante mantener niveles estables de glucosa para nutrir los órganos clave, incluidos el cerebro, el corazón y los músculos. La adrenalina suministra energía e inhibe el agotamiento del cortisol.
3. Extracción: Si las dos etapas anteriores siguen sin resolverse, es posible que se inicien alteraciones hormonales crónicas, dando como resultado la manifestación de síntomas psicológicos y físicos. Esto ocurre cuando el cuerpo supera su propia respuesta, lo que provoca una disminución de la eficacia de las hormonas secretadas y su acumulación en el torrente sanguíneo. En consecuencia, se produce una serie de eventos adversos dentro del individuo (25).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La afección tiene tres componentes distintos: agotamiento emocional caracterizado por sentimientos de falta de energía, cansancio y fatiga, caracterizada por cinismo, actitudes negativas y/o insensibilidad; y logro personal que se caracteriza por bajos niveles de realización personal (26).

Los síntomas de esta afección pueden variar desde expresiones modestas como agotamiento y dificultad para levantarse, hasta manifestaciones moderadas que incluyen sospecha, aislamiento y negatividad. Las manifestaciones graves incluyen ausentismo, aversión, abuso de drogas y reacción retardada. Las manifestaciones extremas incluyen suicidio, colapso, presencia de problemas mentales y aislamiento total (27).

El cuadro clínico puede presentar la siguiente secuencia:

- Etapa 1. Surge una disparidad entre las exigencias del trabajo y los recursos materiales y humanos disponibles, lo que resulta en un escenario caracterizado por elevados niveles de estrés.
- Etapa 2. La persona ejerce más esfuerzo para adaptarse a los requisitos. Sin embargo, esta funcionalidad sólo es efectiva a corto plazo, ya que el cuadro sigue siendo reversible.
- Etapa 3. El síndrome de Burnout se manifiesta con los componentes antes mencionados.
- Etapa 4. Las deficiencias psicofísicas (28).

DIAGNOSTICO

Existen varios instrumentos creados en años recientes. No obstante, el Maslach Burnout Inventory (MBI) que continúa siendo usado es el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual en su versión original incluye 22 preguntas, distribuidas en tres categorías: despersonalización (5 preguntas), agotamiento emocional (9 preguntas) y realización personal (8 preguntas) (29).

Además del MBI, existen varias herramientas a fin de evaluar el síndrome de Burnout, y algunas de ellas son evaluadas de diversas facetas de los tres componentes fundamentales:

El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) mide el cansancio personal, el cansancio laboral y el cansancio vinculado al cliente.

El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los mencionados previamente, se centra únicamente en medir el agotamiento así como la carencia de compromiso laboral.

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Burnout en el Trabajo, una escala española, a contraste con las mencionadas anteriormente,

incorpora la "ilusión (pérdida del sentido del trabajo, desilusión progresiva y expectativas)" como uno de los aspectos a considerar dentro del SB (30).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Se han propuesto medidas de apoyo en los siguientes ámbitos: emocional (relativo a indicaciones de impacto, confianza y cuidado de las personas empleadas); instrumental (recursos materiales suficientes para ejecutar las tareas y las motivaciones económicas necesarias); esclarecedor (permitir a los empleados obtener información sobre la condición y estrategias para mitigarla); evaluativo se refiere a un tipo de retroalimentación profesional que se centra en sus propios esfuerzos y proporciona orientación sobre cómo mejorarlos (31).

Se han establecido los puntos esenciales para la prevención del Burnout en el personal de salud:

1. Establecer un proceso personal de ajuste de expectativas según la realidad diaria.
2. Capacitación
3. Mantener un equilibrio en áreas fundamentales: vida familiar, amistades, hobbies, descanso y labor.
4. Reducir la burocracia con el apoyo del equipo
5. Promover un ambiente de equipo positivo: compartir espacios y objetivos.
6. Restringir las horas laborales
7. Establecer un diálogo adecuado con las autoridades
8. Educación durante la jornada de trabajo
9. Colaboración con objetivos comunes y entornos compartidos.
10. Asignar tiempo adecuado en cada persona. (32)

Esta perspectiva ha dirigido su atención al individuo, afirmando que éste experimenta el síndrome como resultado de su personalidad, carácter o comportamiento únicos. Las tácticas utilizadas en este paradigma priorizan las modificaciones individuales. Este paradigma ha sido el enfoque predominante para manejar la enfermedad, con un enfoque en promover técnicas de afrontamiento en tiempos de crisis. Sin embargo, algunos

académicos han propuesto otras perspectivas que utilizan un marco social, postulando que el agotamiento se atribuye principalmente a la dinámica entre los individuos y las estructuras laborales predominantes (33), esto, para evitarlo, daría lugar a modificaciones en la estructura de trabajo. En el lugar de trabajo y en las interacciones interpersonales, es esencial que la atención se centre principalmente en los aspectos estructurales más que en los funcionales.

La identificación y mitigación de tensiones, la mejora de la calidad de vida y el desempeño organizacional y la facilitación de mecanismos de afrontamiento han demostrado ser esfuerzos eficaces. Es importante mejorar las habilidades y la asistencia sociales que reciben los trabajadores (34). A menudo se emplean tratamientos individuales debido a su simplicidad práctica de ejecución. Uno de los aspectos más desafiantes de las medidas adecuadas es el clima organizacional, así como la estructura del lugar laboral, que a menudo muestra inflexibilidad y resistencia al cambio. En este contexto, se recomiendan soluciones organizativas, incluida la implementación de estructuras horizontales, una jerarquía descentralizada con más autonomía, promociones internas equitativas, horarios de trabajo flexibles, asistencia en capacitación y la mejora de las conexiones interpersonales (35).

Las intervenciones dirigidas a mitigar el síndrome de agotamiento incluyen una amplia gama de actividades que están específicamente destinadas a mejorar el bienestar físico y mental general de las personas dentro de la comunidad. La exigencia de trabajo para el sustento requiere circunstancias ideales para el desempeño laboral, una atmósfera organizacional acogedora, procesos de promoción justos e incentivos en efectivo que aborden adecuadamente las necesidades fundamentales de los trabajadores. Es importante implementar modificaciones dentro del ambiente laboral para prevenir o mitigar la aparición del síndrome de burnout. Esto implica identificar la manifestación de los síntomas en los empleados, ofrecer apoyo social y proporcionar las intervenciones médicas o psicológicas necesarias para abordar el problema. Al reconocer la correlación entre una salud óptima de los trabajadores y una mayor productividad, es fundamental priorizar la

gestión y prevención del síndrome de Burnout para proteger el bienestar de los empleados (36).

- **Depresión**

La depresión es un trastorno psiquiátrico que se define principalmente por un sentimiento persistente de tristeza y una falta de interés y disfrute en las actividades (anhedonia). Esta condición disminuye significativamente la calidad de vida general y crea desafíos en el hogar, el trabajo y las esferas sociales para quienes la padecen. Según los datos estadísticos proporcionados por la OMS, se identifica como un contribuyente destacado al deterioro relacionado con el trabajo (37). En el contexto de nuestra nación, la alta frecuencia e incidencia de este problema genera una importante preocupación de salud pública (38).

De acuerdo con la edición quinta del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es una enfermedad del estado de ánimo caracterizada por cambios de humor. Se clasifica en función de su duración y los síntomas que provoca. De esta manera, el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno bipolar se identifican como las clasificaciones principales.

El trastorno depresivo surge de intrincadas interacciones de elementos sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han tenido situaciones de vida desfavorables tienen un mayor riesgo de sufrir depresión. En consecuencia, la depresión puede exacerbar el estrés y la disfunción, exacerbando así las circunstancias de vida del individuo (39).

Se prevé que la depresión afectaría a más de 450 millones de personas en todo el mundo, y que más del 25% de la población padecería esta dolencia en algún momento de su vida, independientemente de su edad o situación socioeconómica. También es el principal contribuyente a la discapacidad. A escala global, representa una contribución sustancial a la carga total de morbilidad en todo el mundo (37).

NEUROBIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

Existen varias vías que podrían contribuir al deterioro de la transmisión serotoninérgica. En ocasiones, está influenciado por factores genéticos como el polimorfismo G1463A en el gen del receptor 5-HT_{1A} o el C(-1019)G en el gen de la enzima hTPH2. El polimorfismo G1463A disminuye la producción de 5-HT, por otro lado el polimorfismo C (-1019) G debilita su liberación. El mecanismo fisiopatológico de la densidad postsináptica reducida del receptor 5-HT_{1A} es importante debido a su efecto inhibitor sobre la excitabilidad neuronal, que se alinea con el hipermetabolismo observado en la región Cg25 y la amígdala. Las alteraciones observadas en el metabolismo pueden proporcionar información sobre el deterioro de las vías intracorticales y límbico-corticales.

Según investigaciones preclínicas, se ha demostrado que el estrés tiene un efecto perjudicial sobre la expresión de BDNF y GDNF, así como sobre el receptor 5-HT_{1A}, lo que conduce a una atrofia dendrítica en el hipocampo (40).

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES CIE-10

Episodios depresivos: Durante los períodos típicos de depresión, los individuos experimentan un estado persistente de mal humor, caracterizado por una capacidad disminuida de interés y disfrute, una disminución de la vitalidad que resulta en niveles reducidos de actividad y un mayor agotamiento que persiste incluso con un esfuerzo moderado.

Episodio Depresivo Leve: Los signos de depresión que se observan con más frecuencia son un estado de ánimo disminuido, un interés y un placer reducidos y un mayor agotamiento. Para establecer un diagnóstico concluyente es necesario que estén presentes al menos dos de estos tres síntomas. La duración debe ser de un mínimo de dos semanas. Un individuo que experimenta un episodio depresivo moderado a menudo presenta síntomas y encuentra desafíos en el desempeño de sus tareas ocupacionales y sociales.

Episodio depresivo moderado: Las personas con un episodio depresivo leve pueden tener dificultades importantes para mantener su participación en actividades sociales, laborales o domésticas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Durante un ataque de depresión grave, los individuos suelen mostrar malestar o agitación significativa. Es probable que sea digno de mención la importancia de la pérdida de la autoestima, los sentimientos de inutilidad y la vergüenza, mientras que el peligro de suicidio adquiere especial importancia en situaciones de mayor gravedad. A menudo se piensa que la presencia de síntomas somáticos es un rasgo característico de los episodios depresivos graves.

Episodio Depresivo Grave Con Síntomas Psicóticos: En este contexto se observan ideas delirantes o estupor deprimido. Las nociones delirantes a menudo incluyen motivos de pecado, ruina o calamidades inminentes, por las cuales el individuo tiene un sentido de responsabilidad. Normalmente, las alucinaciones auditivas u olfativas se manifiestan como percepciones auditivas difamatorias o acusatorias o percepciones olfativas de carne en descomposición o en descomposición. El truco puede ocurrir como resultado de una inhibición psicomotora severa (41).

CUESTIONARIOS DE SCREENING

La precisión del diagnóstico de depresión mediante herramientas de detección es muy variable en períodos de tiempo breves. Aproximadamente el 25% de las personas que cumplen los criterios para un diagnóstico probable de depresión durante la evaluación no los cumplen después de apenas dos semanas (42). Las medidas de detección de la depresión, a pesar de su validez limitada, tienen un alto nivel de confiabilidad. Además, los casos de "casos positivos" de supuesta depresión suelen estar relacionados, con un alto grado de coherencia, con un mayor deterioro funcional, un mayor número de días de incapacidad y un mayor uso de los servicios sanitarios (43).

Por lo tanto, es aconsejable elegir una escala confiable y comprensible al administrarla a una población de investigación. Según especialistas, el PHQ-9 es una herramienta confiable para el diagnóstico de depresión y debería utilizarse en el Perú (44).

ESTIGMATIZACIÓN DE LA DEPRESION

Al implementar la intervención en personas que presentan síntomas depresivos, es fundamental considerar la variedad de síntomas y su nivel de gravedad. Es crucial considerar que la aparición de un episodio depresivo puede ocurrir en ausencia de un desencadenante específico o puede ser provocado por un suceso negativo.

Existe una sugerencia de que el estigma podría servir como una fuente importante de preocupación para quienes experimentan depresión. Mejorar la conciencia pública sobre la depresión puede mitigar eficazmente el impacto de la estigmatización y, al mismo tiempo, promover la intervención temprana. Proporcionar al paciente información sobre su entorno es crucial para aliviar su angustia y mitigar circunstancias estresantes que potencialmente podrían aumentar su riesgo de suicidio. Las actitudes sociales estigmatizantes desempeñan un papel en la perpetuación de comportamientos que contribuyen a la falta de adherencia al tratamiento, incluida la percepción de efectos negativos, la idea de que los medicamentos son innecesarios, la percepción de un mayor bienestar o la opinión de que la terapia es ineficaz (45).

ABORDAJE DE LA DEPRESION

La depresión tiene un impacto en los procesos cognitivos de un individuo, lo que resulta en diversos grados de distorsión. La psicoterapia es una opción terapéutica viable para las depresiones leves; sin embargo, las depresiones moderadas y graves sin síntomas psicóticos necesitan una combinación de medicación antidepresiva y psicoterapia para lograr una reversión completa de la condición depresiva (46).

Los antidepresivos alteran y mejoran el estado de ánimo, sin alterar los procesos cognitivos ni resolver los conflictos mostrados por los pacientes. Como resultado, las personas con depresión que no reciben suficiente terapia psicológica luchan por revertir los procesos cognitivos que establecen y mantienen su depresión. De manera similar, en un paciente con una condición depresiva grave, depender únicamente de la terapia psicológica puede no ser suficiente (46).

Las consideraciones principales en la primera elección de un fármaco antidepresivo incluyen los efectos adversos previstos, la seguridad y aceptabilidad de esos efectos, las preferencias personales del paciente, la amplitud y profundidad de la evidencia clínica disponible y las implicaciones financieras asociadas.

La terapia interpersonal (IPT) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) se han estudiado ampliamente y han demostrado ser las técnicas psicoterapéuticas más efectivas para el tratamiento específico de la enfermedad depresiva grave.

Al determinar si se debe extender o finalizar la terapia de mantenimiento, es crucial tener en cuenta muchos criterios, incluida la probabilidad de recurrencia, así como la gravedad de la enfermedad. los episodios (como pensamientos suicidas, síntomas psicóticos y deterioro funcional significativo) (47).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Depresión:** De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE 10), los individuos presentan síntomas como estado de ánimo deprimido, menos interés y placer en la vida y reducción de energía, lo que resulta en un mayor cansancio incluso después del ejercicio físico. Además, pueden verse como síntomas de episodios depresivos (41):
 - a. Reducción en la capacidad de atención, así como concentración.
 - b. Sentimientos de culpa y de inutilidad.
 - c. Una visión negativa del futuro.

- d. Desconfianza en uno mismo, así como sentimientos de inferioridad.
 - e. Pensamientos y comportamientos suicidas o autolesivos.
 - f. Problemas para conciliar el sueño.
 - g. Falta de apetito.
- **Síndrome de Burnout:** Es una reacción al estrés persistente relacionado con el trabajo que surge cuando las estrategias de afrontamiento típicas utilizadas para gestionar el estrés relacionado con el trabajo son ineficaces. Implica 3 aspectos que son:
 1. Despersonalización. El fenómeno que nos ocupa se caracteriza por la aparición de sentimientos adversos y una falta de empatía hacia los usuarios.
 2. Agotamiento emocional. Marcado por una reducción y agotamiento de los recursos emocionales.
 3. Baja realización personal. Este fenómeno abarca la perspectiva negativa del trabajo, cuando los individuos atribuyen su incapacidad para alcanzar objetivos predeterminados a la culpa, lo que lleva a sentimientos de insuficiencia personal y disminución de la autoestima profesional (48).
- **Edad:** La duración temporal entre el nacimiento de un individuo y un determinado momento. El término "períodos evolutivos" se utiliza para categorizar la existencia humana en varias etapas basadas en características compartidas: infancia, juventud, madurez y vejez (49).

Para este estudio utilizaremos:

 - Joven: población masculina y femenina entre 18 años y 29 años 11 meses 29 días.
 - Adulto : población masculina y femenina incluida entre los 30 años y 59 años 11 meses 29 días(50,51).
- **Sexo:** El estado orgánico es el factor distintivo entre hombres y mujeres y puede manifestarse como femenino o masculino.

- **Estado Civil:** El estado civil se refiere al conjunto de circunstancias que rigen la situación jurídica de un individuo y le confieren un cierto conjunto de derechos y responsabilidades (52).
- **Lugar de procedencia:** Se utiliza para indicar la ascendencia de un individuo y su lugar de origen. El origen geográfico es un factor importante que influye en varias características, tanto en términos de atributos físicos como de patrones de comportamiento.
- **Especialidad médica:** Una especialidad médica se refiere al campo de estudio que persigue un estudiante de posgrado en la profesión médica, que le proporciona conocimientos especializados relacionados con una región particular del cuerpo, una técnica quirúrgica o un enfoque de diagnóstico, lo que le permite avanzar en esa área (53).
- **Año de Especialidad:** Define el año en que se encuentra cursando el médico residente (53).
- **Sede hospitalaria:** Lugar donde realiza su periodo de aprendizaje el médico residente. En nuestro ámbito nacional, se cuenta con sector privado, sector que pertenece a MINSA y ESSALUD, sector que pertenece a Fuerzas Armadas y Policía Nacional (53).
- **Horas de Guardia:** Es la actividad que es el personal realiza de manera obligatoria, efectiva por necesidad o continuidad de la atención de salud, a requerimiento de la entidad, durante doce horas continuas, para garantizar la atención ininterrumpida en los servicios de salud(54).

2.4. HIPOTESIS

2.4.1 HIPOTESIS ALTERNA

Si existe asociación entre el Síndrome de Burnout y la depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma en el año 2022.

HIPOTESIS NULA

No existe asociación entre el Síndrome de Burnout y la depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma en el año 2022.

2.4.2 HIPOTESIS ESPECIFICA

- La edad es un factor de riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout y Depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.
- El sexo femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Burnout y Depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.
- El estado civil casado es un factor asociado al Síndrome de Burnout y Depresión en los médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.
- El lugar de procedencia de provincia es un factor asociado al Síndrome de Burnout y depresión en médicos residentes.
- La especialidad quirúrgica es un factor asociado al desarrollo de Síndrome de Burnout y Depresión en médicos residentes.
- El último año de especialidad es un factor asociado a Síndrome de Burnout y depresión en médicos residentes.
- La sede hospitalaria que pertenece al Ministerio de Salud es un factor asociado al desarrollo de síndrome de Burnout y depresión en los médicos residentes.
- Las horas de guardia de 24 horas o más es un factor asociado al Síndrome de Burnout y depresión en médicos residentes.

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio Analítico

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, de corte transversal.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN

Médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma matriculados en el año 2022.

Se utiliza el formato de cálculo de muestra de la Universidad Ricardo Palma, para estudios transversales.

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN POBLACIONAL CON UNA PRECISIÓN ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.4
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALLOR Z PARA ALFA	0.52
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	1100
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	369
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	277

3.3.2 MUESTRA

Por ser una población conocida, se procede a tomar la muestra mediante un muestreo NO PROBABILISTICA por conveniencia, de todos los médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma que acepten y brinden su consentimiento de participar en el estudio.

3.3.3 SELECCIÓN DE MUESTRA

Criterios de inclusión

- Médico residente de la Universidad Ricardo Palma que se encuentre matriculado en el año 2022.
- Médico Residente que acepte participar del estudio brindando su consentimiento
- Médico Residente que llene correctamente la ficha de datos y test de MBI y PHQ-9

Criterios de Exclusión

- Médicos residentes que completan la encuesta de forma inexacta y/o insuficiente.

3.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

3.4.1 VARIABLES

VARIABLE	DENOMINACION	TIPO	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL
Depresión	Depresión	Dependiente	Cualitativa	Nominal	0 : no tiene síntomas depresivos 1 : si tiene síntomas depresivos	Test PHQ-9 validada para población peruana	0-4 : Mínimo o ninguno 5-9 : Síntomas depresivos leves 10-14 : Síntomas depresivos moderados 15-19 : Síntomas depresivos	Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10), las personas diagnosticadas con depresión a menudo presentan síntomas como un estado de ánimo persistentemente bajo, menos interés

						moderadamente severos	y placer en las actividades y niveles reducidos de energía, lo que resulta en un mayor agotamiento incluso con un esfuerzo moderado.
Síndrome de Burnout	Síndrome de Burnout	Independiente	Cualitativa	Ordinal	AE: Agotamiento Emocional >= 27 : nivel alto 19-26 : intermedio ≤18 bajo.	Encuesta de MBI versión en español	Es una reacción al estrés persistente relacionado con el trabajo que surge cuando las estrategias de afrontamiento típicas utilizadas para gestionar el
						20-27 : Síntomas depresivos severos	

				<p>DP: despersonalización</p> <p>≥ 10 : nivel alto</p> <p>6-9 : nivel intermedio</p> <p>≤ 5 : nivel bajo</p> <p>Nivel bajo de realización personal</p> <p>≥ 40 : baja</p> <p>34-39: intermedia</p> <p>≤ 33: alto</p>			<p>estrés relacionado con el trabajo son ineficaces.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

					0 : si tiene Síndrome de Burnout 1 : no tiene síndrome de Burnout		
Edad	Edad	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	0 : <30 años 1: >=30 años	Ficha de recolección de datos	< 30 años: población joven Etapas de vida: Joven: población masculina y femenina entre 18 años y 29 años 11 meses 29 días Adulto : población masculina y femenina incluida entre los 30 años y 59 años 11 meses 29 días. >= 30 años : población adulta

Sexo	Sexo	Independiente	Cualitativa	Nominal	0: Femenino 1 : Masculino	Ficha de recolección de datos	Género descrito en la encuesta aplicada	Género de nacimiento.
Estado Civil	Estado Civil	Independiente	Cualitativa	Nominal	0 : Soltero 1 : Casado 2 : Divorciado 3: Viudo 4: Conviviente	Ficha de recolección de datos	Estado Civil considerado en la encuesta aplicada	El estado civil se refiere a las circunstancias específicas que rodean a un individuo, que establecen su situación jurídica y le confieren una serie de derechos y responsabilidades.
			Cualitativa	Nominal	0: Lima			

Lugar de Procedencia	Lugar de Procedencia	Independiente			1 : Provincia	Ficha de recolección de datos	Procedencia consignada en encuesta.	Lugar donde ha vivido antes de su ingreso a la especialidad
Especialidad	Especialidad	Independiente	Cualitativa	Nominal	0 : Quirúrgicas 1 : Médicas 2: Médico-quirúrgicas	Ficha de recolección de datos	Especialidad consignada en la encuesta aplicada	Una especialidad médica se refiere al campo de estudio que persigue un estudiante de posgrado en la profesión médica, que le proporciona conocimientos especializados relacionados con una región particular del cuerpo, una técnica quirúrgica o un enfoque de diagnóstico, lo que

								le permite avanzar en esa área.
Año de Especialidad	Año de Especialidad	Independiente	Cualitativa	Ordinal	1: Primer Año 2 : Segundo Año 3: Tercer, Cuarto, Quinto Año	Ficha de recolección de datos	Año de especialidad escrito en encuesta	Año actual en el que se encuentra cursando de la especialidad.
Sede hospitalaria	Sede hospitalaria	Independiente	Cualitativa	Nominal	0: MINSA 1: ESSALUD 3: FUERZA ARMADA Y PNP	Ficha de recolección de datos	Tipo de sede hospitalaria escrita en encuesta aplicada	Lugar donde se realiza la formación del médico residente

					4: PRIVADO			
Horas de guardia	Horas de guardia	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	0: Guardias de 12 horas 1: guardias de 24 horas	Ficha de recolección de datos	Número de horas de duración de las guardias hospitalarias	Es la actividad que es el personal realiza de manera obligatoria, efectiva por necesidad o continuidad de la atención de salud, a requerimiento de la entidad.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA:		N°	
SE AGRADECE SU COLABORACION POR DESARROLLAR LA PRESENTE ENCUESTA.			
DONDE MARCARA CON UNA "X" DENTRO LOS PARENTESIS.			
1	EDAD:	< 30 AÑOS ()	>30 AÑOS ()
2	SEXO:	MASCULINO ()	FEMENINO ()
3	ESTADO CIVIL :	SOLTERO ()	CASADO () DIVORCIADO ()
4	LUGAR DE PROCEDENCIA :	LIMA ()	PROVINCIA ()
5	ESPECIALIDAD:	QUIRURGICAS ()	
		MEDICAS ()	
		MEDICO-QUIRURGICAS ()	
6	AÑO DE ESPECIALIDAD :	PRIMERO ()	
		SEGUNDO ()	
		TERCERO, CUARTO O QUINTO ()	
7	SEDE HOSPITALARIA :	MINSA ()	
		ESSALUD ()	
		FF.AA O PNP ()	
8	HORAS DE GUARDIA :	12 HORAS ()	
		24 HORAS ()	

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)									
SITUACIONES		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días	
AE	1	Me siento desilusionado emocionalmente en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
AE	2	Al concluir mi día laboral, experimento cansancio.	1	2	3	4	5	6	7
AE	3	Al enfrentar un nuevo día de trabajo, me siento fatigado.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	4	Me resulta fácil comprender a las personas con las que interactúo.	1	2	3	4	5	6	7
D	5	A veces, trato a las personas a las que ayudo de manera impersonal.	1	2	3	4	5	6	7
AE	6	El trabajo continuo con la gente me resulta agotador.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	7	Abordo eficientemente los problemas de aquellos a quienes asisto.	1	2	3	4	5	6	7
AE	8	Mi trabajo está agotándome.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	9	Creo que estoy teniendo un impacto positivo en las vidas de otros a través de mi labor.	1	2	3	4	5	6	7
D	10	Siento que me he vuelto más insensible hacia las personas.	1	2	3	4	5	6	7

D	11	Me preocupa que este trabajo esté afectando mi sensibilidad emocional.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	12	Me siento muy activo en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
AE	13	Estoy frustrado con las responsabilidades laborales.	1	2	3	4	5	6	7
AE	14	Siento que paso demasiado tiempo en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
D	15	No me siento verdaderamente preocupado por el bienestar de las personas a las que atiendo profesionalmente.	1	2	3	4	5	6	7
AE	16	El contacto directo con las personas en mi trabajo me resulta agotador.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	17	Puedo establecer fácilmente un ambiente agradable en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	18	Me siento revitalizado después de interactuar estrechamente con aquellos a quienes atiendo.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	19	Creo que obtengo un gran valor de este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
AE	20	Siento que estoy al borde de mis capacidades.	1	2	3	4	5	6	7
BRP	21	Considero que los aspectos emocionales en mi trabajo se manejan de manera adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
D	22	Parece que algunas personas a las que atiendo me	1	2	3	4	5	6	7

	responsabilizan por sus problemas.							
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Agotamiento emocional (AE): ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización (D): ítems 5, 10, 11, 15 y 22.

Baja realización personal (BRP): ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Test PHQ-9 para depresión.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE – 9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? Marque su respuesta con una "X".

	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	Más de la mitad de los días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 días a más)
1. Escaso interés o disfrute en realizar actividades.	0	1	2	3
2. Sensación de tristeza, desaliento, desánimo o falta de esperanza.	0	1	2	3
3. Dificultades para conciliar el sueño, mantenerlo o dormir en exceso.	0	1	2	3
4. Sensación de fatiga o falta de vigor.	0	1	2	3
5. Pérdida de apetito o comer compulsivamente.	0	1	2	3
6. Sentimientos negativos sobre uno mismo, como sentirse un fracaso o haber defraudado a uno mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para mantener la atención o enfocarse en actividades como leer o ver televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se mueve o habla más lentamente de lo habitual, lo que otros podrían notar? O, por el contrario, ¿se siente tan inquieto o agitado que se mueve constantemente?	0	1	2	3
9. Pensamientos de que sería preferible no estar vivo o de hacerse daño de alguna manera.	0	1	2	3

Si identificó algún inconveniente, ¿cuán complicado le resultó realizar sus tareas laborales, ocuparse de las responsabilidades domésticas o relacionarse adecuadamente con otras personas? Indique su respuesta con una “X”

No ha sido difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
-----------------------	-----------------	----------------	---------------------------

Se ha creado también una encuesta en GOOGLE FORMS , para hacer más dinámica la recolección de datos.

El siguiente enlace muestra tal encuesta , el mismo que será colocado en anexos.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfJjc-5dB74tsVdpAeApG669m8sypa8bnHK-9TnZISISV_E6A/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

3.6. PROCESAMIENTO Y PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se establecerá una base de datos utilizando el software Excel 2019, seguida de un análisis adicional utilizando el software estadístico SPSS vs27.

Se utilizarán frecuencias y porcentajes para realizar un análisis de las variables descriptivas. La relación entre las variables se evaluó mediante la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0,05$. El tipo de conexión se determinó mediante el Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

La implementación de las encuestas necesitará la aprobación del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma. Se solicitará permiso a la Unidad Docente Universitaria para obtener el permiso de ejecución. Antes de su participación voluntaria, cada sujeto deberá dar su consentimiento informado. El material será examinado exclusivamente para objetivos de investigación y se mantendrá secreto. La identidad de los participantes u otros datos personales no serán divulgados, ya que sus declaraciones están codificadas.

CAPITULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. RECURSOS

Recurso Humano: Médico Residente Bautista Ticona Jessica Melliza

Recursos Materiales: Encuestas

Recursos Económicos : Autofinanciado

4.2. CRONOGRAMA

ETAPAS	2022										
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Elaboración del proyecto	X	X									
Presentación del proyecto		X									
Revisión bibliográfica	X	X									
Trabajo de campo y captación de información			X	X	X	X	X	X			
Procesamiento de datos									X	X	
Análisis e interpretación de datos										X	
Elaboración del informe											X
Presentación del informe											X

4.3. PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Asesor estadístico	Horas	1	500	500
Ayuda de Especialista	Horas	1	1500	1500
BIENES				
Papel bond A-4		1000	15	30
Lapiceros		10	2	20
Corrector		2	4	8
Resaltador		2	5	10
Perforador		1	7	7
Engrapador		1	7	7
Grapas		1	5	5
CD - USB		5	30	150
Espiralado		5	20	100
Internet			50	50
Fotocopias		5	40	200
Movilidad			200	200
COSTO TOTAL				2787

BIBLIOGRAFIA

1. Juárez-García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS [Internet]. 21 de octubre de 2020 [citado 26 de febrero de 2022];52(4):432-9. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11528>
2. Aceves GAG, López MÁC, Jiménez SM, Serratos FF, Campos J de JS. Síndrome de burnout. Arch Neurocienc. 2006;11(4):305-9.
3. OMS O. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
4. American Medical Association. Residency program requirements for international medical graduates [Internet]. American Medical Association. [citado 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/education/international-medical-education/residency-program-requirements-international-medical>
5. Carranza-Lira S, Toribio-Cortés N. [Frequency of depression and burnout syndrome in Obstetrics and Gynecology residents]. Rev Medica Inst Mex Seguro Soc. 1 de enero de 2020;58(1):28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2020/im201f.pdf>
6. Appiani FJ, Rodríguez Cairolí F, Sarotto L, Yaryour C, Basile ME, Duarte JM. Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. Arch Argent Pediatr. octubre de 2021;119(5):317-24. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2021.eng.317. PMID: 34569739.
7. Pokhrel NB, Khadayat R, Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 15 de junio de 2020;20:298. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02645-6>.

8. Nishimura Y, Miyoshi T, Obika M, Ogawa H, Kataoka H, Otsuka F. Factors related to burnout in resident physicians in Japan. *Int J Med Educ.* 4 de julio de 2019;10:129-35. doi: 10.5116/ijme.5caf.53ad. PMID: 31272084; PMCID: PMC6766397
9. Williford ML, Scarlet S, Meyers MO, Lockett DJ, Fine JP, Goettler CE, Green JM, Clancy TV, Hildreth AN, Meltzer-Brody SE, Farrell TM. Multiple-Institution Comparison of Resident and Faculty Perceptions of Burnout and Depression During Surgical Training. *JAMA Surg.* 2018 Aug 1;153(8):705-711. doi: 10.1001/jamasurg.2018.0974. PMID: 29800976; PMCID: PMC6584717.
10. Brunsberg KA, Landrigan CP, Garcia BM, Petty CR, Sectish TC, Simpkin AL, Spector ND, Starmer AJ, West DC, Calaman S. Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout With Harmful Medical Errors on Inpatient Services. *Acad Med.* 2019 Aug;94(8):1150-1156. doi: 10.1097/ACM.0000000000002778. PMID: 31045601; PMCID: PMC6667283.
11. Zhang Y, Chu X, Sha Y, Zeng X, Shen T. Survey of job burnout and depression in standardized residency training programs in China. *Medicine (Baltimore).* agosto de 2019;98(35):e16890.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016890>
12. Castañeda SAR. El síndrome de burnout como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina del Hospital Nacional P.N.P. Luis N. Sáenz en el año 2017. :59.
13. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educ Médica.* 1 de mayo de 2021;22:142-6.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>.

14. Chilquillo-Vega VL, Lama-Valdivia JE, De la Cruz-Vargas JA. Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima – Perú, 2018. Rev Neuropsiquiatr. 1 de octubre de 2019;82(3):175. DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3570>
15. Vilchez Cornejo J, Romaní Ojeda L, Ladera Porta K, Marchand Gonzales M. SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE UN HOSPITAL DE LA AMAZONÍA PERUANA. Rev Fac Med Humana. 15 de octubre de 2019;19(4):60-7. DOI 10.25176/RFMH.v19i4.2220
16. Alva-Diaz C, Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Timaná-Ruiz R, Herrera-Añazco P, Jumpa-Armas D, et al. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. Rev Colomb Psiquiatr. marzo de 2021;50(1):22-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>
17. Mariños A, Otero M, Málaga G, Tomateo J. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. Rev Medica Hered. octubre de 2011;22(4):159-60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400003&lng=es.
18. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol. 1 de febrero de 2001;52(1):397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.phych.52.1.397>
19. Araceli Arce Arnaez M, Martínez Aguayo C, Luisa Sánchez Ludeña M. El clima laboral en los trabajadores de atención primaria. Gac Sanit. 1 de enero de 1994;8(41):79-84.
20. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Cienc Trab. abril de 2017;19(58):59-63.
21. Morales LS, Murillo LFH. Síndrome de Burnout. ISSN. 32:6.

22. Hernández Gutiérrez Flores MV. El estrés en el trabajo: un enfoque psico [Internet]. studylib.es. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5118930/el-estrés-en-el-trabajo--un-enfoque-psico>
23. Martínez LM. Riesgos psicosociales y estrés laboral en tiempos de COVID-19: instrumentos para su evaluación. Rev Comun Salud. 14 de noviembre de 2020;10(2):301-21. DOI:10.35669/rcys.2020.10(2).301-321
24. Hsu DT, Lombardo KA, Bakshi VP, Balachandran JS, Roseboom PH, Kalin NH. Acute stress-induced increases in thalamic CRH mRNA are blocked by repeated stress exposure. Brain Res. 5 de octubre de 2001;915(1):18-24. DOI: 10.1016/S0006-8993(01)02807-4
25. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. diciembre de 2010;48(4):307-18. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>
26. Cabello Velez N, Santiago Hernández G. Manifestaciones del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. 2016;7. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2016/amf164a.pdf>
27. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica. marzo de 2015;32(1):119-24. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en.
28. BLANCO E. Fases en el síndrome de quemarse en el trabajo [Internet]. Persum Psicólogos Oviedo, Asturias. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://psicologosoviedo.com/especialidades/problemas-laborales/quemarse-fases/>
29. Carrillo-Esper R, Hernández KG, Estrada IE de los M. Síndrome de burnout en la práctica médica. Med Interna México. 2012;28(6):579-84. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38802>

30. Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M, Garrosa Hernández E, Mingote Adán JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria. 1 de diciembre de 2006;38(10):544-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705753>
31. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti DMA. Etiología Y Prevención Del Síndrome De Burnout En Los Trabajadores De La Salud. 2006;4. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5_153.pdf
32. López-Elizalde C. Síndrome de burnout. Rev Mex Anestesiología. 2004;27(S1):131-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas041ac.pdf>
33. Maslach C, Leiter M. Burnout. En: Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress. 2007. p. 358-62. DOI: [10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3)
34. Gascón S, Montes MO, Ciccotelli H. La prevención del Burnout en las organizaciones : el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. Rev Psicopatología Psicol Clínica. 1 de enero de 2003;8(1):55-66. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3942>
35. Castro S. R. SÍNDROME DE BURNOUT O DESGASTE PROFESIONAL [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc28/28-6.pdf>
36. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Universidad Tecnológica de El Salvador; 2020. DOI: <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
37. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
38. MINSA. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://elperuano.pe/noticia/137334-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>

39. Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 2017;43(2):136-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200001&lng=es.
40. Cruzblanca Hernández H, Lupercio Coronel P, Collas Aguilar J, Castro Rodríguez E, Cruzblanca Hernández H, Lupercio Coronel P, et al. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment*. febrero de 2016;39(1):47-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047&lng=es. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>.
41. CIE10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE10 [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1
42. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. «Depresión»: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. septiembre de 2011;31(3):457-75. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>
43. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 10 de noviembre de 1999;282(18):1737-44. doi:10.1001/jama.282.18.1737
44. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. octubre de 2012;29(4):578-578. Disponible

en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es.

45. Ignacio Zarragoitia A. La estigmatización en la depresión. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, N° 3, agosto de 2010, págs. 254 a 268. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/16/63/09_Zarragoitia.pdf
46. Antonini C. Depresión. Tratamiento basado en el logro de objetivos. [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/depresion-tratamiento-basado-en-el-logro-de-objetivos>
47. Zamorano Bayarri E, Casquero Ruiz R. Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención Primaria. Med Fam SEMERGEN. 1 de junio de 2007;33(6):332-6. DOI: [10.1016/S1138-3593\(07\)73909-6](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73909-6)
48. Síndrome de burnout [Internet]. Ada. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/burnout/>
49. Rodríguez Ávila N, Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horiz Sanit. abril de 2018;17(2):87-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087
50. Mansilla A. ME. Etapas del desarrollo humano. Rev Investig En Psicol. 12 de marzo de 2014;3(2):105. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
51. INEI. PERU: Porcentaje de población por etapas de vida [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.minisa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/PEV002016.htm>

52. Estado civil: definición, clasificación e inscripción [Internet]. Conceptos Jurídicos. 2021 [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/pe/estado-civil/>
53. Penny E, Collins JA. Educación médica en el Perú. Educ Médica. 1 de julio de 2018;19:47-52. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.009>
54. RD_278-2019-HCH-DG. Disposiciones Que Regulan La Entrega De Guardia En Servicio De Emergencia Y Cuidados Criticos [Internet]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_278-2019-HCH-DG.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA							
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS DE DATOS
¿Cuál es la asociación entre el Síndrome de Burnout y depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma en 2022?	Determinar la asociación entre el Síndrome de Burnout y depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma en 2022.	El Síndrome de Burnout es un factor asociado al desarrollo de depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma.	Variable dependiente: Depresión. Variables independientes: Síndrome de Burnout, Edad, Sexo, Estado Civil, Lugar de procedencia, Especialidad, Año de especialidad, Sede hospitalaria	Estudio observacional, analítico y transversal	La población son los médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma, la muestra será aquellos que acepten llenar la encuesta.	Se utilizarán encuestas virtuales, anónimas para la recolección de datos. Se utilizarán adicionalmente Encuesta de Maslach para Síndrome de Burnout y Encuesta PHQ-9 validada para la población peruana.	Se basearán los datos en Programa Excel y luego se analizarán Programa en SPSS versión 27.

ANEXO 2 : CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es brindar a los participantes información clara y concisa acerca del presente trabajo de investigación, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación será realizada con el objetivo de determinar si el síndrome de burnout es un factor asociado para el desarrollo de la depresión en médicos residentes de la Universidad Ricardo Palma; debido al impacto negativo del síndrome sobre la salud mental, implementándose así medidas preventivas garantizando un mejor desenvolvimiento en su centro de trabajo y brindándole una mejor calidad a sus pacientes.

La participación en este estudio de investigación es de manera voluntaria y de carácter anónimo, teniendo Ud. la seguridad que después de recolectar y analizar los datos obtenidos de las encuestas, estas serán desechadas evitando así que se reutilicen para otros fines no mencionados en este estudio. Asimismo Ud. Se encuentra en el derecho de realizar cualquier pregunta ante cualquier duda que se le presente durante el llenado de la encuesta.

Se agradece anticipadamente su participación.

CONSENTIMIENTO

Yo,.....

Acepto participar de manera voluntaria en el estudio mencionado, teniendo la seguridad que la información que brinde al encuestador no ocasionará daño a mi persona, ni se utilice la información para otros fines adicionales, no mencionados en esta ficha.

Lima,.....

Firma:

REVOCATORIA

Yo,

Bajo absoluta voluntad propia REVOCO el consentimiento firmado anteriormente debido a que no deseo que prosiga mi participación en este trabajo de investigación.

Lima,.....

Firma:

ANEXO 3. FORMULARIO DE GOOGLE FORMS “ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES”

melissa.bautista13@gmail.com <melissa.bautista13@gmail.com>
Responder a: melissa.bautista13@gmail.com
Para: melissa.bautista13@gmail.com

28 de mayo de 2023, 21:29



¿Tienes problemas para ver o enviar este formulario?

LLENAR EN FORMULARIOS DE GOOGLE

Te invité a llenar un formulario:

[Asociación entre Síndrome de Burnout y Depresión en Médicos Residentes](#)

Se agradece la participación de llenar el formulario. Cabe mencionar que es anónimo y que su participación será de gran ayuda.

fecha en que se respondió *

Mes	Día	2023
-----	-----	------

¿Cuál es su edad? *

- menor de 30 años
- mayor de 30 años

Su sexo es... *

- Femenino
- Masculino

Su estado civil... *

- soltero(a)
- casado(a)
- divorclado(a)
- viudo(a)
- conviviente

Su lugar de procedencia... *

- Lima
- Provincia

La especialidad que se encuentra realizando, es ... *

- quirúrgica
- médica
- médico-quirúrgica

El año de residencia médica en el que se encuentra... *

- Primer año
- Segundo año
- Tercer, cuarto o quinto año

Su sede hospitalaria es ... *

- MINSA
- ESSALUD
- FUERZA ARMADA O PNP
- PRIVADA

Sus guardias son de ... *

- 12 horas
- 24 horas

Continuaremos con el "Maslach Burnout Inventory (MBI)"

se marcará entre el 1 y 7, donde: 1: nunca, 2: pocas veces al año o menos, 3: una vez al mes o menos, 4: unas pocas veces al mes, 5: una vez a la semana, 6: varias veces a la semana, 7: todos los días

1. AE. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo. *

- 1: nunca
- 2: pocas veces al año o menos
- 3: una vez al mes o menos
- 4: unas pocas veces al mes
- 5: una vez a la semana
- 6: varias veces a la semana
- 7: todos los días

2. AE. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado. *

- 1: nunca
- 2: pocas veces al año o menos
- 3: una vez al mes o menos

- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

3. AE. Cuando me levanto por la mañana y me entrento a otra jornada de trabajo me siento agotado. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

4. BRP. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

5. D. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

6. AE. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana

- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

7. BRP. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

8. AE. Siento que mi trabajo me está desgastando. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

9. BRP. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

10. D. Siento que me he hecho más duro con la gente. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

11. D. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

12. BRP. Me siento muy energético en mi trabajo *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

13. AE. Me siento frustrado por el trabajo. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

14. AE. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

16. D. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. *

- 1 : nunca

- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

16. AE. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

17. BRP. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

18. BRP. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

19. BRP. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes

- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

20. AE. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

21. BRP. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

22. D. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. *

- 1 : nunca
- 2 : pocas veces al año o menos
- 3 : una vez al mes o menos
- 4 : unas pocas veces al mes
- 5 : una vez a la semana
- 6 : varias veces a la semana
- 7 : todos los días

El último cuestionario es " Test PHQ-9 "

No tenga temor de responder, ya que la información captada será de gran ayuda.

Marcar de " 0 a 3", donde 0= Para nada; 1= Varios días (1 a 6 días) ; 2= Más de la mitad de los días (7 a 11 días) ; 3= Casi todos los días (12 días a más)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas.

•

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

2. Sentirse triste, desanimado, deprimido o sin esperanza.

•

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

3. Problemas para dormir o mantenerse dormido, o dormir demasiado.

•

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

4. Sentirse cansado o con poca energía.

•

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

5. Poco apetito o comer en exceso.

•

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

6. Sentirse mal acerca de sí mismo - o sentir que es un fracasado, o que se ha fallado a sí mismo o a su familia.

•

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

7. Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas, tales como leer o ver televisión.

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? O lo contrario - estar tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo normal.

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

9. Pensamiento de que sería mejor estar muerto o que quisiera hacerse daño de alguna forma.

- 0 : para nada
- 1 : varios días (1 a 6 días)
- 2 : más de la mitad de los días (7 a 11 días)
- 3 : casi todos los días (12 días a más)

Si marcó algún problema, ¿cuánto le han dificultado estos problemas realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas?

- no ha sido difícil
- algo difícil
- muy difícil
- extremadamente difícil

Enviar

Con la tecnología de  Google Forms

Google no creó ni aprobó este contenido.
[Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Condiciones adicionales](#)