

Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes

Sergio Emilio Prieto-Miranda,^a Gisela Bethsabé Rodríguez-Gallardo,^b
Carlos Alberto Jiménez-Bernardino,^b Laura Guadalupe Guerrero-Quintero^c

Burnout and quality of life in medical residents

Background: burnout and quality of life are poorly studied phenomena in postgraduate students, and its effects are unknown. The aim was to investigate the relationship between quality of life and burnout in medical residents.

Methods: a longitudinal study was performed. We included medical residents who began their postgraduate studies in 2010. The Spanish version of the Quality of Life Profile for the Chronically Ill (PLC, according to its initials in German), and the Maslach Burnout Inventory specific to physicians were applied at the beginning, six and 12 months after. Descriptive statistics were used, for nominal variables. Chi-square and Anova to numerical variables were applied.

Results: we included 45 residents, the average age was 26.9 ± 2.93 years, 18 (40 %) were female and 27 (60 %) were male. The PLC survey found significant decrease in four of the six scales assessed in the three measurements. The Maslach Burnout Inventory found high levels of emotional exhaustion in the three tests, low levels of depersonalization and low personal gains at the beginning, rising at six and 12 months. The most affected specialty was Internal Medicine.

Conclusions: burnout and impaired quality of life for residents exist in postgraduate physicians and it is maintained during the first year of residency.

Key words

quality of life
Burnout, professional
internship and residency

Durante el desarrollo de su residencia médica se han encontrado niveles superiores de estrés en el residente en comparación con la población general. Este estrés está relacionado con factores como largas jornadas en el hospital, sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas de familiares y pacientes, conocimientos médicos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto. Esto es más pronunciado durante el primer año del curso.¹ Todos estos cambios se presentan durante esta etapa de formación del residente y tienen repercusión en su vida personal y en su calidad de vida, la cual se define como un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción laboral, así como situación económica, lo que provoca una sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.²

Existen pruebas del desarrollo de desgaste profesional o *burnout* en los residentes, el cual puede estar asociado con depresión y esta, a su vez, con dificultades en la relación con los pacientes; sin embargo, no hay evidencias que identifiquen qué factores demográficos o de personalidad predisponen a los médicos residentes a desarrollar *burnout* y qué les puede afectar directamente en su calidad formativa.^{3,4} El objetivo de este estudio fue medir la calidad de vida y la presencia de desgaste profesional en los médicos residentes de un hospital de concentración.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal en el Hospital General Regional 46 "Lázaro Cárdenas" del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, México. El universo de trabajo lo constituyeron 45 residentes que iniciaron su primer año de residencia en marzo de 2010 y lo finalizaron en febrero de 2011. Se incluyeron médicos residentes de primer año de siete especialidades: anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, medicina del trabajo, pediatría y urgencias médico-quirúrgicas. Se aplicaron cuestionarios al inicio y a los seis meses y 12 meses de iniciada la residencia. Todos los residentes fueron identificados con sus iniciales y dieron su consentimiento informado. El protocolo fue autorizado previamente por el comité de investigación 1306.

Se aplicó la encuesta *Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos* (PEC VEC) en su versión validada al español,⁵ la cual consta de un módulo central genérico de 40 ítems que abarcan seis dimensiones relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud:

Introducción: el *burnout* y la calidad de vida son fenómenos poco estudiados en estudiantes de posgrado y sus efectos se desconocen.

Métodos: estudio descriptivo longitudinal. Se incluyeron residentes que iniciaron su primer año de posgrado en marzo de 2010. Se aplicó, a su ingreso, a los 6 y 12 meses, la versión española del cuestionario PEC VEC de perfil de calidad de vida validado al español y el inventario de *burnout* de Maslach específico para médicos. Para las variables nominales se utilizó χ^2 y para variables numéricas Anova.

Resultados: se incluyeron 45 residentes. La edad promedio fue de 26.9 ± 2.93 ; 18 (40 %) fueron del sexo femenino y 27 (60 %) del masculino. En la encuesta PEC VEC se encontró un descenso significativo en cua-

tro de las seis escalas valoradas en las tres mediciones realizadas. En el cuestionario de *burnout* se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en las tres pruebas, bajo grado de despersonalización, y logros personales al ingreso, elevándolos a los 6 y 12 meses. La especialidad más afectada fue medicina interna.

Conclusiones: hay presencia de *burnout* y deterioro de calidad de vida en médicos residentes que estudian posgrado y se mantiene durante el primer año de residencia.

Palabras clave

calidad de vida
agotamiento profesional
internado y residencia

Resumen

capacidad física (ocho ítems), función psicológica (ocho ítems), estado de ánimo positivo (cinco ítems), estado de ánimo negativo (ocho ítems), funcionamiento social (seis ítems) y bienestar social (cinco ítems).

Esa encuesta también consta de variables sociodemográficas (estado civil, sexo, edad) y un módulo de preguntas adicionales en el que se incluye apoyo social en la familia o en el círculo de amigos, acontecimientos sociales influyentes próximos o lejanos, problemas agudos en la última semana y deterioro de la función sexual.

En cuanto al nivel de la calidad de vida, esta se consideró “mala” si la puntuación media de todas las escalas iba de 0 a 1, “regular” de 1.1 a 2, “buena” de 2.1 a 3 y “muy buena” de 3.1 a 4. Se consideró mejoría en el nivel de la calidad de vida en los casos que presentaron mejores puntuaciones estadísticamente significativas en dos escalas más en sentido positivo. De igual manera se consideró deterioro en la calidad de vida cuando hubo empeoramiento en dos de las seis escalas de manera significativa y variación en dos escalas más en sentido negativo. Además, se aplicó la encuesta *Maslach Burnout Inventory*, en la que se identificó nivel bajo con < 18 , < 5 y < 33 puntos; nivel moderado con 19 a 26, 6 a 9 y 34 a 39 puntos; nivel alto con > 27 , > 10 y > 40 puntos, para cansancio emocional, despersonalización y realización personal, respectivamente.

Todas las encuestas fueron vaciadas en hojas de cálculo de Excel. Para su análisis estadístico, se utilizó estadística descriptiva. Para las variables nominales se utilizó χ^2 y para las variables numéricas, Anova. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados

En el periodo de estudio, se aplicaron 137 encuestas a 47 residentes, de los cuales dos (4 %) fueron excluidos por no completar las tres evaluaciones, por lo que

quedó una muestra final de 45 residentes: edad de 26.9 ± 2.93 años, 27 (60 %) eran del sexo masculino, seis (13.3 %) eran casados, 38 (84.4 %) eran solteros, uno (2.2 %) convivía con su pareja en unión libre, seis (13.3 %) estaban en la especialidad de anestesiología, siete (15.5 %) en cirugía general, cinco (11.1 %) en ginecología y obstetricia, 10 (22.2 %) en medicina interna, cinco (11.1 %) en medicina del trabajo, cuatro (8.8 %) en pediatría, ocho (17.7 %) en urgencias médico-quirúrgicas.

En relación con la encuesta PEC VEC para valorar la calidad de vida en el primer año de residencia, se encontró un descenso en cuatro de las seis escalas valoradas, al inicio y a los seis y 12 meses. Existió un deterioro significativo primordialmente en la capacidad física y la función psicológica en las especialidades de anestesiología y medicina interna y en el estado de ánimo positivo en las especialidades de anestesiología, medicina interna, pediatría y urgencias médico-quirúrgicas; en la función social se presentó deterioro en las especialidades de anestesiología, cirugía, medicina interna y pediatría. En el estado de ánimo negativo y bienestar social no hubo alteraciones en ninguna de las especialidades (cuadro I).

En relación con las preguntas adicionales, 100 % de los médicos encuestados consideró tener un adecuado apoyo social en las tres encuestas realizadas.

La segunda pregunta adicional pedía al residente mencionar si algún suceso importante había cambiado su vida en los últimos seis meses. Al inicio, 14 (31 %) de ellos presentaron, como suceso importante que cambió su calidad de vida, el cambio de lugar de residencia. A los seis meses, solo ocho de los residentes (18 %) mencionaron nuevamente como causa de modificación de su calidad de vida el cambio de residencia, y adicionalmente se registró que en tres residentes (7 %) la causa de dicha modificación fue ruptura de noviazgo y en otros tres (7 %), problemas con su cónyuge. A los 12 meses, 12 del total de los residentes (27 %) volvieron a

Cuadro I Calidad de vida de médicos residentes por especialidad

	n	Variable	Media ± DE	F Anova	p
Capacidad física					
Anestesiología	30	0.299	2.763 ± 0.547	16.553	< 0.0001
Cirugía general	21	0.236	2.988 ± 0.486	3.110	0.082
Ginecoobstetricia	15	0.107	2.558 ± 0.337	2.041	0.192
Medicina interna	30	0.285	2.767 ± 0.534	17.081	< 0.0001
Medicina del trabajo	15	0.315	2.722 ± 0.561	2.065	0.189
Pediatría	12	0.189	2.802 ± 0.435	1.628	0.272
Urgencias MQ	24	0.121	2.781 ± 0.348	4.081	0.040
Función psicológica					
Anestesiología	18	0.787	2.639 ± 0.886	9.638	0.005
Cirugía general	21	0.319	3.095 ± 0.564	3.314	0.071
Ginecoobstetricia	15	0.219	2.817 ± 0.467	1.076	0.386
Medicina interna	30	0.603	2.921 ± 0.777	6.232	0.009
Medicina del trabajo	15	0.479	2.758 ± 0.692	3.248	0.093
Pediatría	12	0.324	3.000 ± 0.569	1.290	0.342
Urgencias MQ	24	0.812	2.802 ± 0.900	2.639	0.107
Estado de ánimo positivo					
Anestesiología	18	1.319	2.367 ± 1.148	12.129	0.002
Cirugía general	21	0.555	2.848 ± 0.745	2.398	0.133
Ginecoobstetricia	15	0.253	2.840 ± 0.503	3.225	0.094
Medicina interna	30	0.866	2.700 ± 0.930	5.956	0.010
Medicina del trabajo	15	0.651	2.627 ± 0.807	5.045	0.038
Pediatría	12	0.418	2.900 ± 0.647	10.561	0.011
Urgencias MQ	24	0.501	2.692 ± 0.708	6.802	0.009
Estado de ánimo negativo					
Anestesiología	18	0.131	1.806 ± 0.362	0.128	0.881
Cirugía general	21	0.077	1.765 ± 0.278	1.911	0.190
Ginecoobstetricia	15	0.177	1.717 ± 0.421	0.598	0.573
Medicina interna	30	0.115	1.850 ± 0.339	1.832	0.189
Medicina del trabajo	15	0.078	1.625 ± 0.280	2.424	0.150
Pediatría	12	0.088	1.930 ± 0.297	2.667	0.148
Urgencias MQ	24	0.050	1.760 ± 0.224	1.485	0.260
Función social					
Anestesiología	18	0.463	1.296 ± 0.680	6.025	0.019
Cirugía general	21	0.156	1.024 ± 0.395	5.709	0.018
Ginecoobstetricia	15	0.183	1.000 ± 0.427	0.205	0.819
Medicina interna	30	0.421	1.267 ± 0.649	8.876	0.002
Medicina del trabajo	15	0.273	1.022 ± 0.523	3.218	0.094
Pediatría	12	0.234	1.389 ± 0.484	7.002	0.027
Urgencias MQ	21	0.156	1.024 ± 0.395	5.709	0.018
Bienestar social					
Anestesiología	18	0.230	2.056 ± 0.479	0.380	0.693
Cirugía general	21	0.141	2.067 ± 0.376	0.798	0.473
Ginecoobstetricia	15	0.084	2.127 ± 0.289	0.140	0.872
Medicina Interna	30	0.208	1.980 ± 0.456	1.034	0.376
Medicina del trabajo	15	0.154	2.107 ± 0.392	0.487	0.632
Pediatría	12	0.134	1.983 ± 0.366	0.158	0.857
Urgencias MQ	24	0.132	1.925 ± 0.363	1.042	0.379

MQ = médico-quirúrgicas

referir el cambio de lugar de residencia como el suceso principal que causó cambio en su calidad de vida; dos (4 %) presentaron como suceso significativo los problemas con sus cónyuges.

La tercera pregunta cuestionaba sobre algún hecho que hubiera influido significativamente en los siete días previos a la encuesta en su sensación de bienestar: 35 del total de los residentes encuestados (78 %) no presentaron ningún hecho, en tres de los restantes (7 %) influyó el estrés provocado por la residencia. Al hacer esta misma pregunta a los seis meses, 30 de los residentes (67 %) no presentaron influencia y nueve de los restantes (20 %) se sintieron influidos por la exigencia de la residencia. A los 12 meses, 36 (80 %) no fueron influidos por ninguna circunstancia y dos de los restantes (4 %) adujeron que la situación que influyó en la semana previa a la encuesta fue la presencia de problemas con sus parejas.

La cuarta pregunta se hizo en relación con la presencia de cambios o deterioro en la sexualidad; al inicio, ninguno de los encuestados presentó cambios. A los seis meses, tres (7 %) presentaron disminución del deseo sexual y uno (2 %) tuvo dificultad en el acto sexual como consecuencia de la fatiga física. A los 12 meses, cuatro (9 %) refirieron disminución del deseo sexual y uno (2 %) presentó trastorno de la función sexual.

Interpretación del cuestionario sobre *burnout*

En relación con el *Maslach Burnout Inventory*, se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en las tres pruebas y hubo un mayor porcentaje a los seis meses, según se muestra en el cuadro II.

En las tres encuestas se encontró bajo grado de despersonalización y en lo referente a logros personales, a su ingreso los residentes presentaban un nivel bajo, que se elevaba a los seis y 12 meses de haber transcurrido su primer año de formación. En el cuadro III se muestra el porcentaje de resultados por especialidad.

La especialidad con mayor agotamiento emocional, en general, sin separar las encuestas en los tres tiempos en que fueron realizadas, fue medicina interna.

En la primera encuesta, las especialidades que presentaron los mayores porcentajes de agotamiento emocional fueron anestesiología, cirugía general, medicina interna, medicina del trabajo, pediatría, y urgencias médico-quirúrgicas. En relación con la despersonalización, las especialidades que presentaron el grado más alto fueron anestesiología, medicina interna, medicina del trabajo y pediatría. En lo referente a los logros personales, anestesiología, cirugía general, pediatría y urgencias médico-quirúrgicas presentaron los más altos porcentajes; en cambio, ginecología y obstetricia obtuvo pocos logros personales.

Discusión

Nuestro estudio se realizó en el Hospital General Regional 46, en Guadalajara, Jalisco, México. Es un hospital que cuenta con 423 camas censables y en él se otorgan 252 663 consultas y se hospitalizan 24 010 pacientes en promedio al año. Se tiene una plantilla de 305 médicos de base, distribuidos en 29 especialidades médicas y quirúrgicas, y 97 médicos residentes de diferentes años, distribuidos en 10 especialidades tanto médicas como quirúrgicas.

Este es el primer estudio en nuestro medio en el que se evalúa calidad de vida y presencia de *burnout* desde el inicio de los estudios de posgrado y durante el primer año, que es cuando el médico residente tiene contacto directo con su especialidad, su ámbito educativo y laboral, periodo en el que realiza su adaptación tanto en su entorno profesional como personal.

La asignación de los residentes se hace después de que acreditan el examen nacional de residencias médicas, en el cual deben competir en conocimientos con una gran cantidad de aspirantes inscritos a nivel nacional. Después de eso, para ingresar a las diferentes instituciones se realiza nuevamente una selección. Este proceso en ocasiones puede ser muy desgastante. Otro factor más que se debe considerar es que muchos residentes inician sus estudios de posgrado inmediatamente después de haber terminado su servicio social, el cual es un año obligatorio de servicios a la comunidad, según la Ley General de Salud. Estos procesos podrían tener en conjunto una gran influencia en los cambios en la calidad de vida y en el grado de *burnout* que encontramos en los residentes, en particular al inicio de la residencia.

Al comenzar la especialidad, el médico residente se enfrenta a jornadas largas de trabajo —con un promedio de 96 horas por semana—, privación del sueño, estrés, mayores responsabilidades, la exigencia que implica ser médico residente, la competitividad que se da entre los mismos compañeros de especialidad, tener solo dos periodos vacacionales por año, aunado en muchas ocasiones a la necesidad de alejarse de sus familias y lugares de residencia.⁶⁻¹²

Todo esto puede explicar la serie de resultados obtenidos en este estudio, en el que en la calidad de vida evaluada mediante la encuesta PEC VEC encontramos un descenso en cuatro de las seis escalas valoradas, en las tres mediciones realizadas tanto al inicio, como a los seis y 12 meses de la residencia. La capacidad física ha sido una de las variables más afectadas, incluso en evaluaciones previas realizadas por nosotros mismos¹ y por Arias Amaral¹³ en un hospital de tercer nivel de Zapopan, Jalisco. Otra similitud con el estudio que realizamos con anterioridad fue en la escala de bienestar social, en la cual no se presentaron alteraciones.

Cuadro II Resultados del *Maslach Burnout Inventory* en médicos residentes

	Primera prueba		Segunda prueba		Tercera prueba	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Agotamiento emocional						
Bajo	7	15.50	8	17.70	8	17.70
Moderado	16	35.50	12	26.60	16	35.55
Alto	22	48.80	25	55.50	21	46.66
Despersonalización						
Bajo	26	57.77	20	44.44	21	46.66
Moderado	7	15.55	13	28.88	9	20.00
Alto	12	26.66	12	26.66	15	33.33
Logros personales						
Bajo	19	42.22	15	33.33	11	24.44
Moderado	13	28.80	11	24.44	16	35.55
Alto	13	28.80	19	42.22	18	40.00

Un hallazgo importante en la muestra estudiada fue el cambio de domicilio o residencia, pues fue señalado como un suceso trascendental que cambió la vida de los residentes, sobre todo al inicio de la especialidad,⁷ y se mantuvo con cierta influencia durante las siguientes dos pruebas, pero ya en menor porcentaje de médicos. Sin embargo, a los seis y 12 meses se agregó un factor que modificó la calidad de vida de los residentes: la presencia de problemas con sus cónyuges o sus parejas. A corto plazo, es decir siete días antes de la encuesta, lo que más influyó en la sensación de bienestar de los residentes fue la exigencia de la especialidad y el estrés provocado por la misma.

El apoyo familiar y social que reciben los médicos residentes son recursos para afrontar los retos laborales,⁸ además son vitales para sobrellevar los cambios a los que se enfrentan. Al igual que en otros estudios, todos los residentes contaron con un apoyo adecuado en esta área.^{1,8} En el caso de los residentes de primer año, el compañerismo y el fuerte lazo de unión que se forma entre ellos surge al tener que enfrentarse juntos y sin experiencia previa a las guardias y a las exigencias de la residencia.⁸

También hubo un hallazgo no esperado: en un porcentaje bajo de encuestados notamos la disminución del deseo sexual a partir de los seis meses, además de que presentaba dificultad en la realización del acto sexual por fatiga física y trastornos de la función sexual. Esto puede significar que el deterioro presentado por los médicos residentes puede llegar a tener una gran influencia en todos los aspectos de su vida diaria que los orilla a tener problemas tanto a nivel laboral como a

nivel personal. La afección en la sexualidad de los residentes no había sido reportada previamente^{1,13} y amerita estudiarse de forma adicional.

En relación con el *Maslach Burnout Inventory*, las especialidades de cirugía general y medicina interna presentaron a su ingreso el mayor porcentaje de agotamiento emocional. Sin embargo, medicina interna continuó con porcentajes altos de agotamiento emocional durante todo el año. Adicionalmente, a los seis meses todos los residentes de la especialidad de anestesiología presentaron alto porcentaje de agotamiento emocional y continuaron así hasta el final del primer año. Nosotros interpretamos que estos residentes ingresan ya con una carga de estrés acumulada que se traduce en este resultado y coincide con lo publicado.³

Respecto a la despersonalización, la mitad de los residentes de ginecología y obstetricia la presentó en grado alto a su ingreso, pero mejoró de manera muy

notoria en las siguientes dos pruebas. Es posible que esto se traduzca en la adquisición progresiva de habilidades quirúrgicas. En un estudio realizado en médicos residentes costarricenses,¹² al igual que en nuestro estudio, se encontró despersonalización en los residentes del área de pediatría, la cual estuvo relacionada con grandes expectativas laborales y académicas de esta especialidad y a que esos residentes tienen que lidiar con el dolor y la muerte de niños. Esto podría también explicar lo sucedido en los médicos residentes de pediatría de nuestro estudio, debido a que en nuestro hospital las cargas laborales y de horario son menores en general, comparadas con las especialidades de medicina interna y cirugía. A los 12 meses, medicina interna y medicina del trabajo presentaron los niveles más altos de despersonalización.

En los logros personales, las especialidades con los más bajos porcentajes a su ingreso fueron ginecología

Cuadro III Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes

	Inicio			6 meses			12 meses		
	Bajo %	Moderado %	Alto %	Bajo %	Moderado %	Alto %	Bajo %	Moderado %	Alto %
Agotamiento emocional									
Anestesiología	0.00	66.60	33.30	0.00	0.00	100.00	0.00	33.30	66.60
Cirugía general	0.00	28.57	71.40	0.00	71.40	28.50	28.50	42.80	28.50
Ginecología y obstetricia	40.00	40.00	20.00	20.00	60.00	20.00	0.00	80.00	20.00
Medicina interna	0.00	30.00	70.00	10.00	30.00	60.00	10.00	20.00	70.00
Medicina del trabajo	20.00	40.00	40.00	20.00	20.00	60.00	20.00	40.00	40.00
Pediatría	0.00	50.00	50.00	25.00	0.00	75.00	0.00	75.00	25.00
Urgencias médico-quirúrgicas	50.00	12.50	37.50	50.00	0.00	50.00	37.50	0.00	62.50
Despersonalización									
Anestesiología	66.60	16.60	16.60	50.00	0.00	50.00	50.00	0.00	50.00
Cirugía general	42.80	28.50	28.50	42.80	42.80	14.20	57.10	14.20	28.50
Ginecología y obstetricia	40.00	100.00	50.00	80.00	20.00	0.00	100.00	0.00	0.00
Medicina interna	50.00	10.00	40.00	40.00	20.00	40.00	30.00	10.00	60.00
Medicina del trabajo	100.00	0.00	0.00	40.00	40.00	20.00	20.00	20.00	60.00
Pediatría	100.00	0.00	0.00	25.00	25.00	50.00	25.00	75.00	0.00
Urgencias medico-quirúrgicas	50.00	25.00	25.00	37.50	50.00	12.50	50.00	37.50	12.50
Logros personales									
Anestesiología	0.00	50.00	50.00	50.00	33.30	16.60	0.00	50.00	50.00
Cirugía general	28.50	42.85	28.50	0.00	14.28	85.70	28.50	42.80	28.50
Ginecología y obstetricia	60.00	20.00	20.00	80.00	0.00	20.00	40.00	20.00	40.00
Medicina interna	60.00	40.00	0.00	60.00	10.00	30.00	40.00	30.00	30.00
Medicina del trabajo	40.00	20.00	40.00	60.00	20.00	20.00	60.00	20.00	20.00
Pediatría	50.00	25.00	25.00	75.00	25.00	0.00	0.00	0.00	100.00
Urgencias medico-quirúrgicas	50.00	0.00	50.00	12.50	62.50	25.00	0.00	62.50	37.50

y obstetricia y medicina interna. A los seis meses se mantuvo igual ginecología y obstetricia, además de pediatría, la cual se recuperó significativamente, ya que los residentes de esta especialidad presentaron los mayores porcentajes de logros personales al finalizar el primer año. En un estudio realizado en residentes con jornadas laborales prolongadas,⁶ la falta de realización personal y profesional afectaba su desempeño laboral. Es posible que esto se explique por la decepción que se genera en algunos de los residentes al conocer con mayor profundidad su especialidad, el mismo desarrollo del programa académico y la visualización de su futuro profesional.

En un estudio similar en el cual se evaluó la prevalencia del síndrome de *burnout* en los residentes en relación con el bienestar psicológico, variables sociodemográficas y laborales, se demostró que las variables del ambiente laboral, pero sobre todo las de tipo motivacional y personal, como las habilidades de afrontamiento, inciden de manera más directa en

la presencia de *burnout* más que las características demográficas del sujeto.¹⁰

Demostremos que hay desgaste profesional y deterioro en la calidad de vida de los residentes desde el inicio de sus estudios de posgrado y se mantienen durante el primer año. Asimismo, demostramos que existen adaptaciones positivas en algunas especialidades y mayor deterioro en otras. Consideramos que deben revisarse y legislarse las responsabilidades y cargas de horarios, así como los apoyos psicológicos y los esparcimientos requeridos por los médicos residentes, a fin de que sean similares a los de otros países (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*. Disponible en <http://www.acgme.org>.)

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

^aCoordinación de Educación e Investigación en Salud, Hospital General Regional 46

^bServicios de Urgencias de Adultos, Hospital General Regional 45

^cCentro de Investigación Educativa y Formación Docente

Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

Comunicación con: Sergio Emilio Prieto-Miranda

Correo electrónico: sergio.prieto@imss.gob.mx

Referencias

- Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educ Med*. 2009;12(3):169-77.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex*. 2002; 44(4):349-61.
- West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 2011;306(9):952-60.
- Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880-9.
- Fernández-López JA, Rancaño-García I, Hernández-Mejía R. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PEC VEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema*. 1999;11(2):293-303.
- López-Morales A, González-Velázquez F, Morales-Guzmán MI, Espinoza-Martínez CA. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 45(3):233-42.
- Sepúlveda-Vildosola AC, Flores-Pulido AA, López-Fuentes G, López-Aguilar E. Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(5):423-32.
- Fernández-Martínez O, García del Río-García B, Hidalgo-Cabrera C, López-López C, Martín-Tapia A, Moreno-Suárez S. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia (And)*. 2007;7(2):11-8.
- Palmer Y, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*. 2005;28(1): 82-91. Texto libre en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212809>
- Paredes OL, Sanabria-Ferrand PA. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Rev Fac Med*. 2008;16(1):25-32.
- Atance-Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(3):293-303. Texto libre en <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/burnout>
- Millán-González R, Mesén-Fainardi A. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Med Costarric*. 2009;51(2):91-7.
- Cohen SJ, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005; 5-21.