



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RESILIENCIA, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA,
DEPRESIVA Y BURNOUT EN MÉDICOS
INTERNOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CYNTHIA MAGALY DÍAZ JUÁREZ

DIRECTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

REVISOR: EDGAR LANDA RAMÍREZ

SINODALES:

MTRA. NANCY ELIZABETH RANGEL DOMÍNGUEZ

DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Primeramente quiero agradecer a todas aquellas personas que participaron en la realización del presente trabajo y cuya ayuda y apoyo hicieron posible la culminación de este logro en mi vida.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, quien no sólo me brindó su consejo y dirección durante este proceso, sino que también me dio todo su apoyo en los momentos más críticos de este viaje. Al Dr. Edgar Landa, el Dr. Samuel Jurado y la Dra. Nancy Caballero, quienes me dieron su voto de confianza y me apoyaron hasta el final en mi loca carrera contra el tiempo. A la Mtra. Nancy Rangel, con especial cariño, por su presencia en cada paso, y por su amistad y compromiso en los momentos más difíciles.

A mis amigas Aideé Mecillas, Caro Muñoz, Laura García, Zalma Pacheco, Naty Esquivel, Cinthya Corona, Kiara Flores y Jovana Jiménez, quienes me acompañaron a lo largo de la carrera y con las que compartí alegrías, tristezas y una que otra locura. Las quiero chicas.

A mis queridos amigos de años, *las Divas*. Jorge Castillo, Jorge Valenzuela, Luis Vázquez, Ximena del Toro y Rubén González. Han sido una parte muy importante en mi vida y mi inspiración para seguir avanzando.

Dedicatorias

Para mi mamá, Elizabeth Juárez. Tu amor y todo lo que me has enseñado me ayudó a llegar hasta aquí. Dios sabe lo agradecida que estoy por tenerte conmigo. Te amo mamá.

Para mi papá, Mauricio Díaz. No hay palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por nosotras, sin tu apoyo esto no habría sido posible. Te amo papá.

Para mi hermana, Brenda. Mi apoyo y mi mejor amiga. Me has acompañado en cada etapa de mi vida y este es sólo uno de muchos momentos que nos esperan juntas. Te amo hermanita.

Para Manuel. Gracias por acompañarme en todo este camino, por tu apoyo y paciencia, pero sobre todo por creer en mí y alentarme cuando más lo necesite. Te amo.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Justificación y objetivos.....	20
Método	22
Diseño.....	22
Participantes.....	22
Medición.....	24
Recolección de datos.....	31
Procedimiento.....	33
Análisis estadístico.....	34
Resultados	35
Discusión	51
Referencias	63
Anexos	78

Resumen

Objetivo: Identificar la relación entre la resiliencia y, la sintomatología ansiosa, depresiva y el síndrome de burnout en médicos internos de un Hospital General de la Ciudad de México. **Antecedentes:** Durante internado médico de pregrado, los médicos pueden presentar altos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout. La literatura de investigación resalta a la resiliencia como una variable que podría tener un papel importante. Algunos estudios muestran una correlación inversa entre la resiliencia y la sintomatología ansiosa, depresiva y el síndrome de burnout, sin embargo la investigación es poca y contradictoria. **Diseño:** No experimental, transversal correlacional. **Participantes:** Setenta y dos médicos internos de un Hospital General público de la Ciudad de México. **Instrumentos:** Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI y BDI) y la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO). Los resultados se analizaron mediante correlación rho de Spearman. **Resultados:** Se encontraron correlaciones negativas, moderadas y estadísticamente significativas entre resiliencia y ansiedad ($r = -.42$; $p < .01$), depresión ($r = -.44$; $p < .01$) y burnout ($r = -.23$; $p < .05$). Así como entre ansiedad y los factores de resiliencia *Fortaleza y Confianza* ($r = -.41$; $p < .01$), *Apoyo Familiar* ($r = -.30$; $p < .01$), *Apoyo Social* ($r = -.33$; $p < .01$) y *Estructura* ($r = -.36$; $p < .01$). Entre depresión y los factores de *Fortaleza y Confianza* ($r = -.44$; $p < .01$) y *Apoyo Familiar* ($r = -.26$; $p < .05$). Y entre burnout y los factores de *Competencia social* ($r = -.35$; $p < .01$) y *Estructura* ($r = -.26$; $p < .05$). Entre resiliencia y los factores de burnout no se encontraron correlaciones significativas. **Conclusiones:** La resiliencia parece ser una variable que tiene la potencialidad de funcionar como protector ante el desarrollo de sintomatología ansiosa, depresiva y burnout; por lo que será importante promover las características que la conforman.

Palabras clave: Resiliencia, Ansiedad, Depresión, Burnout, Médicos internos.

Abstract

Objective: To identify the relationship between resilience and, anxiety, depressive symptomatology and burnout syndrome in undergraduate medical interns of a General Hospital of Mexico City. **Background:** During undergraduate medical internship, physicians may present high levels of anxiety, depressive symptomatology and burnout syndrome. The research literature highlights resilience as a variable that could play an important role. Some studies show an inverse correlation between resilience and anxiety, depressive symptomatology and burnout syndrome, though the research is scant and contradictory. **Design:** Non-experimental, cross-correlational. **Participants:** Seventy-two undergraduate medical interns of a Public General Hospital of Mexico City. **Instruments:** Mexican Resilience Scale (RESI-M), Beck Anxiety and Depression Inventory (BAI and BDI) and the Mexican Occupational Wear Scale (EMEDO). Results were analyzed by Spearman rho correlation. **Results:** Negative, modest and statistically significant correlations were found between resilience and anxiety ($r = -.42$; $p < .01$), depression ($r = -.44$; $p < .01$) and burnout ($r = -.23$; $P < .05$). As well as between anxiety and the factors of resilience *Strength and Confidence* ($r = -.41$; $p < .01$), *Family Support* ($r = -.30$; $p < .01$), *Social Support* ($r = -.33$; $p < .01$) and *Structure* ($r = -.36$, $p < .01$). Between depression and the factors of *Strength and Confidence* ($r = -.44$; $p < .01$) and *Family Support* ($r = -.26$, $p < .05$). And between burnout and *Social Competence* ($r = -.35$; $p < .01$) and *Structure* ($r = -.26$; $p < .05$). No significant correlations were found between resilience and burnout factors. **Conclusions:** Resilience seems to be a variable that has the potential to function as a protector against the development of anxious, depressive and burnout symptomatology; therefore it will be important to promote the characteristics that conform it.

Key words: Resilience, Anxiety, Depression, Burnout, Undergraduate medical internship.

Introducción

La carrera de medicina se ha considerado como una de las más exigentes y estresantes en los estudios universitarios (Arango et al., 2010; Brennan et al., 2012) debido a las características de la demanda académica y a la expectativa y presión social a la que los estudiantes se ven expuestos (Rodríguez, Samiguel, Muñoz y Rodríguez, 2014).

Esta carrera se caracteriza por una constante y creciente demanda académica hacia los estudiantes por parte de profesores y compañeros, lo que exige a aquéllos serios esfuerzos para adaptarse. Aunado a esto, los estudiantes cursan la carrera en un momento de transición y cambio en sus vidas, por ejemplo, pasar de la adolescencia a la adultez (Toews, Lockyer, Dobson, & Brownell, 1993; Toews et al., 1997). Estas características vulneran a los estudiantes de medicina a experimentar altos niveles de estrés desde el inicio y a lo largo de la carrera, siendo los últimos años cuando se observan los mayores niveles de malestar (Acosta et al. 2016; Galli, Fejóo, Roig y Romero, 2002; Riveros, González y Mazón, 2012; Rodríguez et al., 2014) lo que puede llevar a generar problemas psicológicos.

Algunos estudios han encontrado que los estudiantes de medicina presentan prevalencias importantes de trastornos psiquiátricos (Mousa, Dhamoon, Lander & Dhamoon, 2016; Torres, Hernández, Castillo, Coronado y Cerezo, 2009), incluso mayor que sus pares de otras carreras (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006c; Galli et al., 2002; Mousa et al., 2016). Sobresalen la ansiedad (22.40%) y la depresión (31.60%) (Galli et al., 2002), sintomatología que aumenta conforme transcurre la carrera (Dyrbye et al., 2006c) al ingresar al internado (Romo, Tafoya y Heinze, 2013), aumentando 3.7 veces (Terrones et al., 2010).

También se ha observado que después del año de entrenamiento (internado), los niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes aumentan significativamente (Kötter, Tautphäus, U Obst, Voltmer & Scherer, 2016), así como los niveles de síndrome de burnout, cuya sintomatología puede aumentar en un 5% después de seis meses en el internado (Ortega, Ortiz y Martínez, 2014) y seguir aumentando hacia el final del mismo (Estela et al., 2015).

Según datos no publicados del registro anual de estudiantes con trastorno mental del Departamento de Internado Médico de Pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, en el año 2013, un total de 977 internos, el 3.37% (33 internos, 20 mujeres y 13 hombres) presentaron algún trastorno mental, donde el más común fue Depresión Mayor (Carmona, Rojas, Martínez, Martínez y García, 2017).

Al realizar el internado de pregrado, los estudiantes comienzan a experimentar largas jornadas de trabajo, falta de sueño y fatiga, a lo que se añade el contacto más continuo con pacientes y sus familiares, lo que implica ver sufrimiento, enfermedad y muerte; además de las exigencias propias de su formación como médicos, las nuevas responsabilidades, la carencia de autonomía en sus decisiones y problemas interpersonales con supervisores, entre otros factores que llegan a generar angustia, fatiga y desilusión con un trabajo para el cual aún se están formando (Casino, 2007).

Así mismo, los estudiantes se enfrentan a la separación de su grupo inicial el cual representaba una fuente de apoyo, y se ven asignados a diversos hospitales, donde pueden agudizarse las deficiencias del estudiante, el exceso de tareas, la nueva cercanía con el paciente y las problemáticas propias de cada estudiante, como problemas financieros y familiares, e incluso en algunos estudiantes los programas y la exigencia académica generan miedo, temor a la incompetencia, enojo,

sensaciones de inutilidad y culpa, lo que puede llegar a producir problemas psicológicos dependiendo de la capacidad y las estrategias de los jóvenes para gestionar ese estrés (Dyrbye et al., 2006c; Riveros et al., 2012).

Además de estas fuentes de estrés para los alumnos existe una contribución importante de antecedentes familiares y de crianza que se relacionan con el desarrollo de malestar emocional y patología en general durante la carrera. Hallazgos de un estudio realizado en México señalan que, entre otros factores de riesgo, suelen destacar la ausencia de prácticas de crianza protectoras, la relación deficiente con el padre y factores crianza vulnerantes que tienden a surgir de inestabilidad emocional durante la infancia (por ejemplo, discusiones frecuentes y violencia familiar) (Riveros et al., 2012), por lo que este paso en su educación se agrega como punto crítico.

Los estudiantes emplean diversos mecanismos para afrontar los altos niveles de estrés que viven y, en algunos se llegan a producir consecuencias negativas como lo son altos niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y la presencia del síndrome de burnout, así como abuso de sustancias e incluso ideación suicida (Athié, Cardiel, Camacho, 2016; Dyrbye et al., 2006b).

La sintomatología ansiosa incluye una serie de reacciones emocionales naturales del organismo que se generan ante situaciones o estímulos estresantes, las cuales pueden llegar a convertirse en una reacción excesiva, altamente desagradable y difícil de controlar. En casos extremos se conforma un trastorno de ansiedad caracterizado por sensación de preocupación, miedo y aprensión excesiva, irracional y constante que suelen durar seis meses o más y se acompaña de síntomas somáticos como taquicardias, tensión muscular, alteraciones del sueño, problemas gástricos y cutáneos, fatiga, inquietud o impaciencia,

dificultad para concentrarse e irritabilidad (American Psychiatric Association [APA], 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Por su parte, la sintomatología depresiva incluye una serie de signos que reflejan estados de tristeza profunda y pérdida del interés o de la capacidad para disfrutar las cosas de la vida cotidiana, suele ser constante a lo largo del día y durar dos semanas o más. Le pueden acompañar sentimientos de culpa baja autoestima, cambios en el apetito, fatiga y falta de concentración y en los casos más graves estos síntomas se acompañan de pensamientos e ideación suicida (APA, 2013). El episodio depresivo genera un deterioro significativo en diversas áreas de la vida cotidiana como las relaciones interpersonales y el ámbito laboral, el cual puede derivar en una persistencia crónica de los síntomas y deteriorar la capacidad del individuo para cuidarse y rendir en sus actividades diarias (OMS, 2009).

En el personal de salud se ha documentado que ambos tipos de sintomatología aumentan el ausentismo, el antagonismo, falta de compromiso con la organización, insatisfacción con el trabajo y conflictos interpersonales (Flores-Villavicencio, Troyo-Sonromán, Valle y Vega-López, 2010). También se ha observado un desarrollo profesional disminuido, menor rendimiento académico, disminución en la calidad del cuidado del paciente y representa un factor de riesgo para el abuso de sustancias e ideación suicida (Dyrbye et al., 2006c). Adicionalmente, se reduce la calidad de las tareas escolares, contribuye al desarrollo de malos hábitos y puede contribuir a ausentismo, deserción e incluso delincuencia (Damush, Hays & DiMatto, 1997).

Ambos grupos de sintomatologías impactan en el rendimiento académico e interpersonal, y funcionan como precursor para comportamientos más graves pues vulnera la estabilidad emocional y física (Torres, Hernández, Castillo, Coronado y Cerezo, 2009).

A pesar de que ambas sintomatologías se han investigado en el personal de salud, hay pocos estudios sobre la prevalencia tanto de la sintomatología ansiosa como de la sintomatología depresiva en los internos de pregrado.

En un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la UNAM se encontraron prevalencias de 21.9% para ansiedad como rasgo y 27.5% para ansiedad como estado (Carmona et al., 2017). Previamente se informó que el 5.7% de los internos presenta una probable depresión (Romo et al., 2013). En un estudio similar en la Universidad Autónoma de Aguascalientes se documentó que 16% de los alumnos, antes de entrar al internado presentaba síntomas de depresión, mientras que el 35% presentaba síntomas de ansiedad. En los internos, ya rotando en hospitales del estado, se detectó una prevalencia de síntomas de ansiedad de 80% y de 30% para depresivos (Terrones et al., 2010). En la Universidad Autónoma de San Luis Potosí se observó una prevalencia de 17% de sintomatología depresiva y de 32% con síntomas de ansiedad (Terrones, Rosas y Reyes, 2014).

Otra problemática común en los médicos internos y que se relaciona con el surgimiento de la sintomatología ansiosa y depresiva es el síndrome de *burnout* o desgaste o agotamiento ocupacional extremo. Dicho síndrome se ha estudiado desde 1961, cuando Graham Greens cita un caso como “...a *burnout case*...”.

Posteriormente en 1974, H. Freudenberger lo conceptualizó como “*la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio como consecuencia del contacto diario con su trabajo*” (Borda et al., 2007). Para los años 80 Maslach y Jackson (1981) lo definen como “*un desgaste ocupacional de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo*

son otras personas". A partir de esta definición, el burnout se ha conceptualizado como "una respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales en el trabajo" (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001, pp. 397) y está caracterizado por tres factores:

- *Agotamiento emocional*: sentimientos de desgaste tanto emocional como físico.
- *Despersonalización*: también llamado cinismo o indolencia, se refiere a las respuestas negativas, insensibles, crueles o excesivamente desinteresadas a varios aspectos o individuos del trabajo.
- *Insatisfacción de logro*: también llamado *ineficiencia o falta de realización personal*, se refiere a sentimientos de incompetencia, falta de logro y productividad en la actividad laboral (Maslach et al., 2001).

La OMS considera el Síndrome de Burnout como riesgo de trabajo y representa un problema de salud pública (Stavroula & Aditya, 2010). El Síndrome de Burnout afecta al personal de salud de tal manera que suele generar ausentismo, bajo rendimiento, alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticas y sociales; alteraciones leves de la vida familiar, cuadros depresivos y ansiosos, automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol u otras drogas, además de insatisfacción por la profesión y trastornos psiquiátricos (Borda et al., 2007; Rosales y Rosales, 2013). También se ha documentado que el Síndrome de Burnout afecta el rendimiento académico y la capacidad para aprender (Rosales y Rosales, 2013).

Los estudios realizados en México muestran una prevalencia de síndrome de burnout diferente dependiendo de cada estudio con porcentajes que oscilan desde 1.64% (Camacho, Juárez y Arias, 2010), 16% (Athié et al., 2016) hasta el 70% (Ortega et al., 2014). En general, los internos presentan algún grado del síndrome, donde el desgaste emocional resulta ser el factor más frecuente (un 63%) (Athié et al.,

2016), prevalencias similares se han encontrado en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS, donde el 74.4% presentan síntomas de desgaste psíquico alto, 13.6% presentan *Indolencia* (signo de despersonalización) aunque curiosamente un 97.5% presenta niveles altos de ilusión por el trabajo (Camacho et al., 2010).

De igual forma, se observa que los internos rotando en el servicio de cirugía muestran los mayores puntajes de síndrome de burnout, encontrando prevalencias del 83.3% para desgaste emocional, 50% para despersonalización y 58.3% para baja realización personal (Athié et al., 2016). Prevalencias similares se encontraron en estudiantes mexicanos de odontología que se encuentran realizando prácticas clínicas (Preciado y Vázquez, 2010).

En otros países se han señalado prevalencias similares de estas tres problemáticas. En cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva, en Chile se encontró que el 8% de los internos presentan esta última y un 39% presentó patología emocional asociada con ansiedad (Santander, Romero, Hitschfeld y Zamora, 2011). En Australia un 18% de los practicantes de medicina presentaban síntomas de ansiedad y el 11% de depresión (Cooke, Doust & Steele, 2013).

En cuanto al síndrome de burnout, en varios países latinoamericanos se han documentado prevalencias similares a las encontradas en México, como son Perú con prevalencias de entre el 35% y el 57.2% (Luna, Mayor y Taype, 2015) y Honduras el 86.6% (Reyes, Medina y Mesa, 2012). En este último, el factor de agotamiento emocional es el mayormente encontrado, seguido del de despersonalización con prevalencias muy similares al agotamiento emocional y finalmente una prevalencia menor de baja realización personal (Luna et al., 2015) en contraste con 75.1% en algunos estudios (Reyes, Medina y Mesa, 2012).

En otros países del continente se encontraron prevalencias menores pero igualmente importantes, como en Colombia con prevalencia del 9.1% (Borda et al., 2007), Cuba del 34% (Arango et al., 2010) y en Bolivia una prevalencia del 27% (Eróstegui, Gutiérrez y Espada, 2010); donde el factor de agotamiento emocional también muestra las mayores prevalencias, pero a diferencia de los estudios anteriores, los factores de despersonalización y baja realización personal parecen presentarse en igual proporción (Arango et al., 2010) incluso con baja realización personal más notoria (Eróstegui et al., 2010).

En el resto del mundo, las prevalencias son similares (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2005; Dyrbye et al., 2006a; Dyrbye et al., 2006b; Dyrbye et al., 2006c; Dyrbye, Thomas, Massie et al. 2008; Santen, Holt, Kemp & Hemphill, 2010), o incluso mayores (Cooke et al., 2013).

Si bien se observan prevalencias similares en los estudios existe una diversidad en los resultados que puede deberse al empleo de diferentes instrumentos para evaluar cada una de estas variables. Esta diversidad puede también estar dando cuenta de la influencia de variables de contexto propias de la diferencia cultural que existe incluso en el mismo país, así como la diferencia en el contexto propio de cada institución académica y de servicio (Acosta et al., 2006).

La literatura de investigación deja ver la alta prevalencia la sintomatología ansiosa, depresiva y de burnout en los internos de pregrado. Sin embargo, también se ha visto que algunas personas no se ven afectadas negativamente a pesar de estar bajo las mismas presiones que sus compañeros, por lo que vale la pena preguntarse qué variables pueden proteger a los médicos, específicamente a los médicos internos, ante el desarrollo de dichas patologías (Riveros et al., 2012; Zwack y Schweitzer, 2013).

Algunos investigadores han propuesto que algunos mecanismos disminuyen el riesgo de sufrir consecuencias psicológicas del estrés crónico como lo son las estrategias de afrontamiento del estrés (Dunn et al., 2008), rasgos de auto-actualización, auto-conciencia y sentido de cumplimiento (Dyrbye et al., 2006c), afrontar el problema, la comunicación, el respaldo de terceros y la manifestación de emociones (Dyrbye et al., 2005), y con mayor importancia, la capacidad de resiliencia (Arrogante, 2014; Dunn et al., 2008; Dyrbye et al., 2010; Luna et al., 2015; Oriol-Bosch, 2012; Ortega et al., 2014; Zwack & Schweitzer, 2013).

La resiliencia es un concepto que se ha estudiado recientemente. Al final de la década de los setenta se incorporó el término resiliencia a las ciencias sociales al observar que algunos niños que habían vivido en contextos familiares problemáticos crecían relativamente saludables y sin carencias importantes de tipo biológico o psicológico, consiguiendo superar la adversidad con una buena calidad de vida (Masten y Tellegen, 2012).

Desde su incorporación como concepto y hasta la fecha, el término resiliencia se ha definido como un conjunto de patrones de adaptación positiva en un contexto de riesgo y adversidad (Masten & Tellegen, 2012; Masten & Cicchetti, 2012; Poletto & Koller, 2006; Rutter, 2012).

Cada autor ha determinado los factores que constituyen dichos patrones, por lo que se plantea a la resiliencia como un componente multifactorial, de modo que incluiría el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen que los individuos progresen afrontando con éxito la adversidad (Connor & Davidson, 2003).

La resiliencia involucra conductas, pensamientos y acciones que se aprenden y puede desarrollar cualquier persona. El desarrollo de la

resiliencia involucra una combinación de factores, donde el principal parece ser el tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. En efecto, las relaciones que generan amor y confianza, proporcionan modelos a seguir y ofrecen apoyo y tranquilidad, ayudan a reforzar la capacidad de resiliencia. Otros factores asociados al desarrollo de esta capacidad son: la capacidad para hacer planes realistas y tomar medidas para llevarlos a cabo, una visión positiva de sí mismo y confianza en sus fortalezas y habilidades, habilidades en comunicación y solución de problemas y la capacidad de control emocional y de impulsos (APA Help Center, 2016).

Dichos componentes se han evaluado mediante cuestionarios tales como la Escala de Resiliencia Connor-Davison (Connor & Davidson, 2003), la Escala de Resiliencia para Adultos (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2001). Más recientemente en México se construyó la Escala de Resiliencia Mexicana (Palomar y Gómez, 2010), la cual contempla los siguientes factores:

- *Fortaleza y confianza en sí mismo*: claridad en los objetivos, esfuerzo activo por alcanzar las metas, confianza en que se tendrá éxito enfrentar los retos con optimismo, fortaleza y tenacidad.
- *Competencia social*: habilidad para relacionarse con los demás, hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación.
- *Apoyo familiar*: Buena relación familiar, apoyo y lealtad entre los miembros, visión de la vida similar y compartir tiempo juntos.
- *Apoyo social*: contar con personas de confianza en momentos difíciles, que puedan ayudar, apoyar y que se preocupen por uno.
- *Estructura*: capacidad para organizarse, planear actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistemáticas aun en momentos difíciles.

En una revisión teórica sobre el estudio de la resiliencia, Fernández, Teva y de la Paz (2015) señala que en EE.UU. las personas con alta resiliencia muestran una puntuación más baja de estrés. Los estudios revisados describen una asociación entre resiliencia y la recuperación de la sintomatología depresiva, a mayor nivel de resiliencia, menor sintomatología depresiva. De igual manera las personas con altos niveles de resiliencia tienen bajos niveles de ansiedad, así como mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia y de enfermedades físicas crónicas como cáncer, VIH, artritis, diabetes, dolor crónico, incontinencia urinaria, lesiones medulares y cardiopatías. También se asocia positivamente con la calidad de vida, la adaptación positiva, el afrontamiento de la enfermedad y disminuyen niveles de estrés y sintomatología ansiosa y depresiva.

En el personal de salud se han observado efectos similares, donde contar con una alta capacidad resiliente: reduce la fatiga física y “mental” (Ruesga y Carrasquero, 2010), la sintomatología del síndrome de burnout (Arrogante, 2014; Dyrbye et al., 2010; Hylton, Batcheller, Schroeder & Donohue, 2015; Molina y Delia, 2013), mejora la esperanza y ayuda a combatir el estrés (Hylton et al., 2015), promueve estrategias de afrontamiento adaptativas (Arrogante, Pérez y Aparicio, 2014), modera el efecto de los eventos en la vida negativos y problemas de salud mental (Peng et al. 2012), menor estrés percibido y promueve la satisfacción por la vida (Shi, Wang, Bian y Wang, 2015), se asocia con una mejor salud física y mental e incluso se plantea como un indicador de salud mental, promoviendo una rápida recuperación y vuelta a la normalidad después de una crisis (Arrogante, 2014; Arrogante et al., 2014).

Existen varios estudios que refieren a la capacidad de resiliencia como un importante factor de protección para el personal de salud (Dyrbye et al., 2010; Ríos, Carrillo y De los Ángeles, 2012; Ortega et al.,

2014). Sin embargo, en la literatura científica se encuentran muy pocos estudios que describan la prevalencia de dicha capacidad, especialmente en los que los participantes fueran internos de pregrado.

En México un estudio con alumnos de primer ingreso en la carrera de medicina de una universidad pública reporta que los estudiantes presentan un nivel moderado de resiliencia, con la introspección, la interacción y la moralidad las características mejor desarrolladas (Campuzano, Acero y Reyes, 2013). También se ha observado que el 63% de estudiantes de licenciatura en Enfermería obtienen una puntuación alta (cuartil superior) en el RESI-M, instrumento que mide resiliencia en población mexicana; donde las dimensiones con mayor puntuación fueron el apoyo social y el apoyo familiar (Velasco, Suarez, Córdova, Luna y Mireles, 2015).

Un estudio brasileño informa que el 33% de los practicantes presentan un nivel muy alto de resiliencia, el 29% presenta un nivel alto, el 27.9% moderadamente alto, el 30.3% moderadamente bajo, el 34.8% un nivel bajo y el 25.3% muy bajo (Tempski et al., 2015). En Australia se encontró un 22% de practicantes de medicina con niveles altos de resiliencia (Cooke et al., 2013).

Específicamente, sobre la relación entre la resiliencia y las variables de interés (síndrome de burnout, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva) no se encuentran estudios nacionales donde se evalúen dichas relaciones en la población de interés.

Un estudio correlacional con 744 enfermeras de unidades de cuidado intensivo en EE.UU. incluyó datos demográficos, sintomatología de estrés postraumático, sintomatología ansiosa y depresiva, Burnout y resiliencia mediante el *Posttraumatic Diagnostic Scale*, el *Hospital Anxiety and Depression Scale*, el *Maslach Burnout Inventory* y el *Connor-Davidson*

Resilience Scale. Los resultados revelaron una relación significativa entre niveles altos de resiliencia y menor prevalencia de estrés postraumático ($p < .001$), sintomatología ansiosa ($p = .003$) y depresiva ($p < .001$) y síndrome de burnout ($p < .001$) (Mealer et al., 2012), sin embargo los autores no reportan los valores específicos de los coeficientes de correlación por lo que es difícil estimar si las probabilidades asociadas pudieran reflejar números grandes de participantes.

En un estudio transversal en 128 practicantes de medicina en Australia, se midió el nivel de resiliencia, burnout, satisfacción, significado personal por el cuidado e intolerancia a la incertidumbre mediante la *Resilience Scale-14*, la *Single-item measure of Burnout*, el *Professional Quality of Life (ProQOL) scale*, el *Personal Meaning in Patient Care Scale*, el *Intolerance of Uncertainty-12 Scale* y el *Physician Response to Uncertainty Scale*. Un 18% presentaron síntomas de ansiedad y 11% de depresión, 80% síntomas de burnout, el 22% presentaron niveles altos de resiliencia y el 21% síntomas de estrés postraumático. Los resultados muestran una asociación inversa de la resiliencia con burnout, estrés traumático secundario, ansiedad inhibitoria, intolerancia general a la incertidumbre, preocupación por malos resultados y negación a revelar la incertidumbre a pacientes (Cooke et al., 2013). En este estudio los autores tampoco reportan los valores específicos de las correlaciones.

Otros estudios han indagado sólo la relación entre resiliencia y burnout, como el realizado por Ortega et al. (2014), en el que se analizaron asociaciones entre autoeficacia percibida, personalidad resistente, locus de control, percepción del estrés y Síndrome de Burnout en 40 estudiantes de medicina de internado de pregrado de una universidad pública en Veracruz. Se formaron dos grupos los cuales se evaluaron en un primer momento y seis meses después. El primer grupo (G1) iniciaba su internado en el momento de la primera evaluación y cumplía seis meses en la segunda; el otro grupo (G2) tenía seis meses en

el internado en la primera evaluación y finalizaban el internado en la segunda.

Estos autores usaron el Cuestionario de Desgaste Profesional-Abreviado (CDPE-A) para medir Síndrome de Burnout y personalidad resistente (resiliente), la Escala de autoeficacia generalizada, la Escala de locus de control adaptada a población mexicana y la Escala de Percepción de Estrés (PSS) también adaptada a población mexicana. Los análisis estadísticos mostraron que en la primera medición de G2, la personalidad resistente se asoció significativamente ($p < .05$) con menores puntuaciones en burnout ($r = -.46$) y percepción del estrés ($r = -.58$) y al finalizar el internado estas asociaciones no fueron significativas.

En los participantes del G1, la primera evaluación resultó en correlaciones entre personalidad resistente y menor puntuación de burnout ($r = -.84$) y percepción del estrés ($r = -.77$); y en la segunda evaluación, la personalidad resistente sólo se asoció con bajas puntuaciones en burnout ($r = -.59$). Los autores finalmente concluyen la potencialidad de la personalidad resistente como protector ante el desarrollo de burnout, el cual aumenta conforme los estudiantes cursan el año de internado, por lo cual resaltan la relevancia de incorporar esta variable al entrenamiento médico.

Varios estudios extranjeros han encontrado correlaciones similares con una relación inversa entre la resiliencia y los componentes de burnout, en la que a mayor nivel de resiliencia es menor el nivel de agotamiento emocional y mayor el de realización personal, con esta última mostrando valores mayores de correlación (Arrogante, 2014; Hylton et al., 2015; Molina y Delia, 2013).

Sin embargo, los estudios muestran diversidad en la magnitud de las correlaciones, de baja a moderada en los niveles de asociación de estas

variables; otros encuentran que el factor de despersonalización también se asocia, de forma negativa, con la resiliencia (Arrogante, 2014) o que sólo el factor de realización personal muestra una asociación significativa (Lusilla, y Castellano, 2014).

Estas asociaciones se han encontrado en otros profesionales de la salud, como enfermeras (Arrogante, 2014; Hylton et al., 2015), personal de urgencias (Molina y Delia, 2013), personal de traumatología (Lusilla, y Castellano, 2014) y estudiantes de enfermería (Ríos et al., 2012).

Si bien en la literatura de investigación se documenta la asociación negativa entre la resiliencia y el síndrome de burnout, la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva han generado hallazgos inconsistentes sobre la relación entre los niveles de dichas variables y la resiliencia. Se han utilizado diferentes instrumentos para evaluar cada una de las variables, lo que dificulta la comparación entre estudios. Aunado a esto, la investigación en médicos internos es escasa, por lo que se tiene poca información sobre estas relaciones en nuestra población de interés.

Esta población muestra vulnerabilidad debido a las características de altos niveles de estrés que viven a lo largo de su internado y el estrés al que ya se han expuesto durante sus años en la facultad, agregados a sus antecedentes familiares. Es muy probable que este malestar también impacte la prestación de servicios de salud en el hospital donde se encuentren. Por lo que resulta pertinente preguntarse: ¿existe alguna relación entre la resiliencia y la sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout en los médicos internos de pregrado de un hospital general, público de la Ciudad de México? es así que el *objetivo del presente estudio* es identificar la posible relación entre la resiliencia y la sintomatología ansiosa, depresiva y el síndrome de burnout en

médicos internos de un hospital general, público de la Ciudad de México.

Los *objetivos específicos* consisten en identificar las relaciones que existen entre la resiliencia y los componentes del síndrome de burnout e identificar las relaciones existentes entre los componentes de la resiliencia evaluados por la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y la sintomatología ansiosa, depresiva y el síndrome de burnout.

Finalmente, un objetivo secundario, específico consistió en comparar los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, burnout y resiliencia entre los internos que llevan 6 meses en el hospital y los que llevan un año, así como las relaciones entre las variables en cada uno de estos grupos.

Se busca que los resultados del presente estudio brinden información útil sobre la relación existente entre dichas variables dentro de un ambiente hospitalario con características peculiares de su naturaleza institucional y para los futuros profesionistas que brindarán servicios de salud. Lo anterior, a su vez permitiría diseñar y orientar con mayor precisión y atingencia las intervenciones de prevención y tratamiento para combatir tales afectaciones. Adicionalmente se usaron instrumentos que ya se han usado con éxito y cuidado metodológico en el personal de otros niveles del mismo hospital. Esto permite realizar comparaciones entre el personal de diferentes niveles del hospital sede del presente estudio.

Método

Diseño

Se trata de un estudio no experimental, transversal, correlacional en el que se analizaron los niveles de resiliencia y los de sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout. Este diseño es adecuado, ya que no se realizó manipulación alguna de las variables, sino que se evaluaron tal como se presentaron en la población, así mismo los datos se recolectaron en un solo momento y se exploró la relación entre los niveles de las variables ya antes mencionadas.

Así mismo, se correlacionaron por un lado, los niveles de resiliencia con los mostrados en cada componente del síndrome de burnout. Por otro lado, se correlacionaron los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout con los componentes de la resiliencia (Palomar y Gómez, 2010).

Participantes

Se evaluó a los médicos internos del Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*” que cursaron los ciclos Enero-Diciembre 2016 y Julio 2016-Junio 2017. Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística accidental, los cuales cumplían los siguientes criterios:

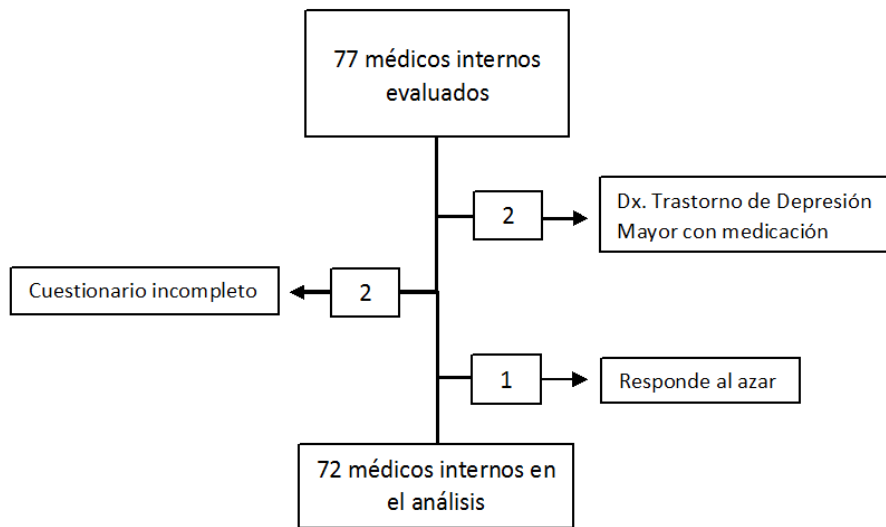
- **De Inclusión:** Médicos internos de pregrado que se encuentren laborando en activo en el Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*” durante los ciclos Enero-Diciembre 2016 y Julio 2016-Junio 2017 y que acepten participar en la evaluación de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.
- **De exclusión:** Médicos internos de pregrado que no se presenten a la evaluación y/o no deseen participar.

- **De eliminación:**

- No completar el cuestionario o contestarlo al azar.
- Reportar diagnóstico de trastorno psiquiátrico y/o tomar medicamentos psicotrópicos.

Estos datos sociodemográficos se analizaron mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables nominales; y media, desviación estándar, valores mínimos y máximos para las variables continuas. Participaron 77 internos de los cuales cinco fueron eliminados del análisis estadístico debido a que cumplían con algún criterio de exclusión (véase la Figura 1).

Figura 1. Diagrama de selección de los participantes.



Finalmente se incluyeron 72 internos, donde poco más de la mitad eran mujeres (52.8%) y poco más de la mitad eran del ciclo Enero Diciembre 2016 (55.6%). El área con más participantes fue medicina familiar (27.8%), seguido de Urgencias (19.4%) y de Cirugía (16.7%).

Para la mayoría, el Hospital General Dr. Manuel Gea González fue su primera opción para realizar el internado y principalmente provienen

de la Universidad Nacional Autónoma de México (27.8%), seguida de Universidad La Salle, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla y la Universidad La Salle Victoria. Poco menos de la mitad son originarios de la CDMX (27%), seguida de Puebla (18.1%) y Tamaulipas (9.7%).

La mayoría son solteros (72.2%), con pareja (25%) y ninguno tiene hijos. La mitad de ellos cuentan con beca (54.2%) y la mayoría cuenta con apoyo económico de sus familias (95.8%); poco menos de la mitad viven con sus familiares (45.8%). La mayoría no trabaja además de realizar el internado (69.84%) mientras que la menor proporción (15.3%) padece alguna enfermedad física (Véase Anexo A).

Medición

Se construyó un cuestionario sociodemográfico *ad hoc* de carácter anónimo a fin de explorar algunas variables que pudieran modificar los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos (Anexo B). El cuestionario constó de 25 preguntas sobre edad, sexo, estado civil, situación académica actual (ciclo de internado, servicio de rotación, universidad de procedencia, tiempo que pasa en el hospital, si tiene beca, etc.) y datos familiares (con quién vive, si tiene apoyo económico, si existe alguna problemática familiar).

Sintomatología ansiosa

Definición conceptual: Reacción emocional natural del cuerpo ante situaciones o estímulos estresantes que puede llegar a convertirse en una reacción excesiva, altamente desagradable y difícil de controlar, conduciendo a un trastorno de ansiedad (APA, 1995; OMS, 2009).

Definición operacional: El nivel de sintomatología ansiosa se tomó como el puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez 2001) en su versión validada para población mexicana.

Instrumento: El Inventario de Ansiedad de Beck evalúa los componentes cognitivos, emocionales y somáticos de la ansiedad mediante 21 reactivos, en cuatro factores principales. Cada reactivo cuenta con cuatro opciones de respuesta en escala tipo Likert, que va desde 0 (Poco o nada) hasta 3 (Gravemente). El instrumento cuenta con un nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) de .92, confiabilidad Test-Retest (una semana) de $r = .75$, así como validez concurrente con el *Hamilton Anxiety Rating Scale* de $r = .51$ (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

En su versión validada para población mexicana (Anexo C), el instrumento posee adecuadas características psicométricas, incluyendo un alfa de Cronbach de .83, confiabilidad Test-Retest ($r = .75$) y validez con-vergente con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), $r = .60$ con subescala “ansiedad de estado” y $.59$ con subescala “ansiedad de rasgo”). Los puntos de corte se utilizaron a partir del estudio validación, los cuales se representan en la tabla 1 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Algunos reactivos característicos de la prueba que enlistan los síntomas a evaluar son:

“Miedo a que pase lo peor”, (cognitivo)

“Sentirse atemorizado o asustado”, (emocional)

“Manos temblorosas” (somático)

Tabla 1

Puntos de corte para los niveles de sintomatología ansiosa del BAI.

Nivel	Puntuación
Mínima	0-5
Leve	6-15
Moderada	16-30
Grave	31-63

Sintomatología depresiva.

Definición conceptual: Estado de tristeza profunda y pérdida del interés o capacidad para disfrutar las cosas de la vida cotidiana, el cual es constante a lo largo del día y perdurable por al menos dos semanas. Le pueden acompañar: sentimientos de culpa, baja autoestima, cambios en el sueño o apetito, fatiga y falta de concentración. Los casos más graves suelen acompañarse con pensamientos e ideación suicida (APA, 1995).

Definición operacional: el nivel de sintomatología depresiva se tomará como el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1999).

Instrumento: El Inventario de Depresión de Beck, en su versión validada para población mexicana, consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 y evalúan de menor a mayor grado de síntomas depresivos (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). El instrumento se divide en 3 factores:

1. *Actitud negativa hacia sí mismo,*
2. *Deterioro del rendimiento y*
3. *Alteración somática.*

Según el análisis de Beck, Steer y Garbin (1988), el instrumento cuenta con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .86 para muestras clínicas y para no clínicas de .81 y validez concurrente con la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Zung y la Escala de Depresión del MMPI con un r de entre .72 y .73.

La versión validada para población mexicana (Anexo D) también cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de .87 y validez concurrente con la Escala de Zung ($r = .70$, $p < .001$) (Jurado et al., 1999). Para su calificación se usaron los rangos propuestos por Jurado et al. (1998) representada en la tabla 2.

Tabla 2

Puntos de corte para los niveles de sintomatología depresiva del BDI.

Nivel	Puntuación
Mínima	0-9
Leve	10-16
Moderada	17-29
Grave	30-63

Algunos reactivos característicos de la prueba que evalúan el grado en que se presenta los síntomas depresivos son:

“No me siento triste,

Me siento triste,

Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo,

Me siento tan triste que no puedo soportarlo”.

Síndrome de burnout o desgaste ocupacional

Definición conceptual: “Respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales en el trabajo” (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001, pp. 397), caracterizado por un agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas (Maslach y Jackson, 1981).

Definición operacional: El nivel de síndrome de burnout reflejado en la puntuación en la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional *EMEDO* (Uribe-Prado 2007) construida y validada para población mexicana.

Instrumento: La Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional consiste en 110 reactivos, de los cuales no se ocuparan los primeros 40 reactivos que miden datos sociodemográficos. Los 70 reactivos restantes que conforman la prueba (Anexo E) tienen seis opciones de respuesta en escala Likert (1= totalmente en desacuerdo al 6= totalmente de acuerdo), de los cuales los primeros 30 evalúan los factores del síndrome de burnout:

1. *Agotamiento emocional* (9 reactivos),
2. *Despersonalización* (9 reactivos) e
3. *Insatisfacción de logro* (12 reactivos).

Los siguientes 40 reactivos cuentan con seis opciones de respuesta en escala Likert (de 1 = nunca a 6 = siempre) y evalúan factores psicosomáticos asociados al síndrome divididos en siete factores:

1. *Trastornos del sueño* (11 reactivos),
2. *Trastornos psicosexuales* (7 reactivos),
3. *Trastornos gastrointestinales* (6 reactivos),

4. *Síntomas psiconeuróticos* (6 reactivos),
5. *Dolor* (5 reactivos),
6. *Indicador de ansiedad* (1 reactivo) e
7. *Indicador de depresión* (1 reactivo).

La escala cuenta con un alfa de Cronbach total de .89, el factor de agotamiento cuenta con un alfa de .78, el factor de despersonalización tiene un alfa de .77 y el factor de insatisfacción tiene una alfa de .86. Para calificar esta escala se utilizarán los rangos mostrados en el Manual de Uribe-Prado (2010) para una puntuación global (tabla 3) y para las puntuaciones por factor (tabla 4).

Algunos reactivos característicos de cada uno de los factores que se evalúan y de los síntomas físicos son:

- Agotamiento emocional: *“Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo”*.
- Despersonalización (insensibilidad y cinismo interpersonal): *“Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo”*.
- Insatisfacción de logro: *“Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello”*.
- Síntomas físicos: *“Tengo dolores de cabeza”*.

Tabla 3

Puntos de corte para los niveles globales de desgaste ocupacional (burnout) del EMEDO.

Nivel de Desgaste Ocupacional	Puntuación
Bajo <i>“Sano”</i>	3
Regular <i>“Normal”</i>	4
Alto <i>“En peligro”</i>	5 o 6
Muy alto <i>“Quemado”</i>	7

Tabla 4

Puntos de corte para los niveles por factor de desgaste ocupacional (burnout) del EMEDO.

Nivel	Puntuación
Muy alto	71 a 100
Alto	61 a 70
Arriba de término medio	51 a 60
Término Medio	50
Debajo de término medio	40 a 49
Bajo	30 a 39
Muy bajo	0 a 29

Resiliencia

Definición conceptual: Conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen que los individuos progresen afrontando con éxito la adversidad (Connor & Davidson, 2003).

Definición operacional: Puntaje en la Escala de Resiliencia Mexicana (Palomar y Gómez, 2010) construida y validada para población mexicana.

Instrumento: La Escala de Resiliencia Mexicana (Anexo F) consiste en 43 reactivos con cuatro opciones de respuesta en escala tipo Likert que van desde 0 (Totalmente desacuerdo) a 3 (Totalmente de acuerdo). Mide los siguientes cinco componentes de la resiliencia:

1. *Fortaleza y confianza en sí mismo* (19 reactivos),
2. *Competencia social* (8 reactivos),

3. *Apoyo familiar* (6 reactivos),
4. *Apoyo social* (5 reactivos) y
5. *Estructura* (5 reactivos).

Cuenta con un alfa de Cronbach total de .93 y la confiabilidad de los factores oscila entre .79 y .93. Se usa un puntaje total sin puntos de corte (Palomar y Gómez, 2010).

A continuación se presenta un reactivo representativo de cada uno de los componentes que se evalúa:

- Fortaleza y confianza en sí mismo: *“Confío en mis decisiones”*.
- Competencia social: *“Me es fácil hacer nuevos amigos”*.
- Apoyo familiar: *“En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos”*.
- Apoyo social: *“Tengo algunos amigos / familia que realmente se preocupan por mí”*.
- Estructura: *“Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles”*.

Se realizaron análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach para cada instrumento y para los factores de EMEDO y de RESI-M, cuyos índices de confiabilidad son aceptables y en su mayoría mayores a .8 a excepción del factor de despersonalización de la EMEDO (véase la Tabla 5).

Recolección de datos

Los datos se recolectaron en una sola sesión al inicio de la reunión convocada por el coordinador del programa. Los instrumentos se aplicaron por la pasante de la licenciatura de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México titular de la investigación bajo la supervisión de la psicóloga encargada del área en la *Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos* del hospital. Para la calificación de las pruebas

y el análisis estadístico se utilizaron las fórmulas pertinentes del paquete estadístico SSPS (versión 15.0).

Tabla 5

Coefficientes alpha de Cronbach por instrumento y factor

Instrumento	α reportado	α obtenido
Escala de Mexicana de Resiliencia (RESI-M).	.93	.95
Fortaleza y confianza en sí mismo.	.92	.93
Competencia social.	.87	.90
Apoyo familiar.	.87	.93
Apoyo social.	.84	.94
Estructura.	.79	.81
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	.83	.87
Inventario de Depresión de Beck (BDI).	.87	.80
Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).	.89	.87
Agotamiento emocional.	.78	.81
Despersonalización.	.77	.74
Insatisfacción de logro.	.86	.89

Procedimiento

Se preparó el protocolo de investigación bajo las normas solicitadas por el Comité de Investigación y Ética del Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*”.

A fin de explorar el tiempo de aplicación de los instrumentos y detectar posibles problemas en la comprensión de los reactivos se hizo una prueba piloto de la batería de instrumentos con seis jueces como sigue: tres estudiantes de psicología, una licenciada en psicología, una maestra en psicología y un médico sub-especialista de la clínica de dolor y cuidados paliativos del hospital. Los participantes respondieron la prueba en un tiempo que osciló entre los 14 y los 20 minutos y señalaron algunos errores de redacción y de formato.

Después de la corrección de la prueba, el protocolo se presentó al comité correspondiente. Una vez aprobado (registro 39-113-2016) se contactó con el Jefe de División de Enseñanza de Pregrado para concertar fecha y hora de la evaluación.

La evaluación se realizó al finalizar la clase conjunta que toman los internos una vez por semana en el auditorio del hospital. Se solicitó su participación mediante una explicación verbal frente al grupo, donde se explicó que el objetivo de la evaluación era el de identificar los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, desgaste ocupacional o síndrome de Burnout y de resiliencia en los médicos internos de pregrado del hospital “*Dr. Manuel Gea González*”.

Se les entregó la batería de pruebas junto con el consentimiento informado el cual debían leer y firmar si aceptaban participar en la investigación (véase el Anexo G). Se hizo énfasis en que su participación era voluntaria y que podían negarse a contestar sin consecuencia alguna. Se destacó que el uso de los datos se emplearían en una investigación y

se manejarían en completo anonimato (no se pidió ningún dato de identificación). Se les explicó que podían preguntar o expresar cualquier duda que surgiera durante el llenado del cuestionario o después de éste, ya sea de manera abierta o privada.

Una vez distribuidos los cuestionarios y lápices, se dieron las indicaciones generales del llenado de los mismos, destacando la importancia de contestarlos completamente. La aplicación tuvo una duración promedio de 30 minutos. Durante la evaluación los aplicadores se encontraban presentes y dispuestas a aclarar dudas, de manera colectiva o individual, así como de revisar el llenado completo de los cuestionarios, con especial cuidado de no inducir ninguna respuesta.

Análisis estadístico

Los datos sociodemográficos se analizaron mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables nominales; y media, desviación estándar, valores mínimos y máximos para las variables continuas. Lo mismo se instrumentó para las variables de interés (resiliencia, sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout), donde los análisis descriptivos mostraron la distribución de los niveles de cada una de ellas en los participantes evaluados.

Para los análisis de asociación se empleó estadística inferencial no paramétrica dado el nivel de medición ordinal de las escalas tipo Likert. Se computaron análisis de correlación *rho de Spearman* para identificar las posibles correlaciones entre la variable de resiliencia y la sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout. Lo mismo se instrumentó para identificar la relación entre la resiliencia y los componentes del síndrome de burnout y para identificar la relación existente entre los componentes de resiliencia del RESI-M y la sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout.

Resultados

Análisis descriptivos.

En la Figura 2 se observa que, de un total de 72 internos de pregrado, la mitad de ellos (55.6%) reportaron presentar un nivel leve de sintomatología ansiosa y poco más de la mitad (68.1%) reportaron sintomatología depresiva mínima. El resto de los participantes reportan, en su mayoría, niveles mínimos o moderados de sintomatología ansiosa y un nivel moderado de sintomatología depresiva. Los niveles graves de ambas sintomatologías se reportaron en menor proporción y en el caso de la sintomatología depresiva ningún interno lo señaló.

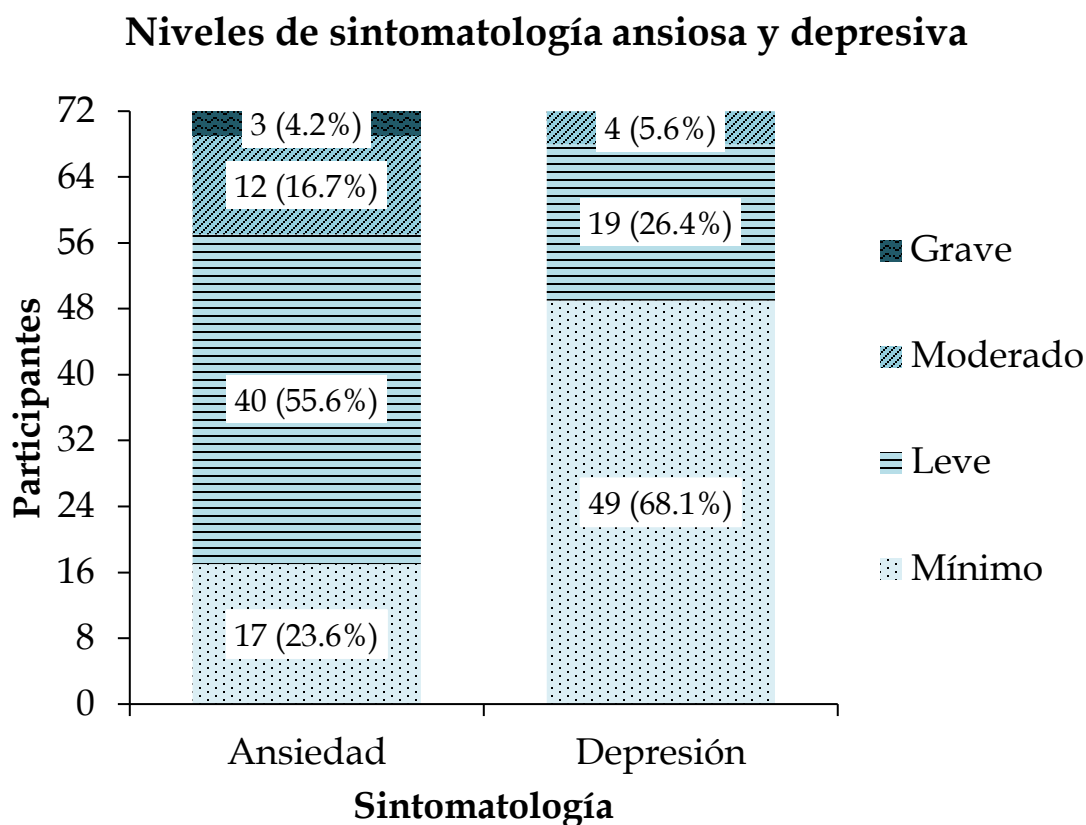


Figura 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en médicos internos de pregrado

La figura 3 muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes de los niveles de Desgaste Ocupacional (*burnout*) de cada factor, así como el nivel de síntomas psicósomáticos medidos por la EMEDO. Poco más de la mitad de los internos (58.6%) refirieron presentar un nivel alto de desgaste. El resto de los internos reportaron en su mayoría un nivel muy alto (26.4%), y una proporción menor reportaron un nivel bajo o norma.

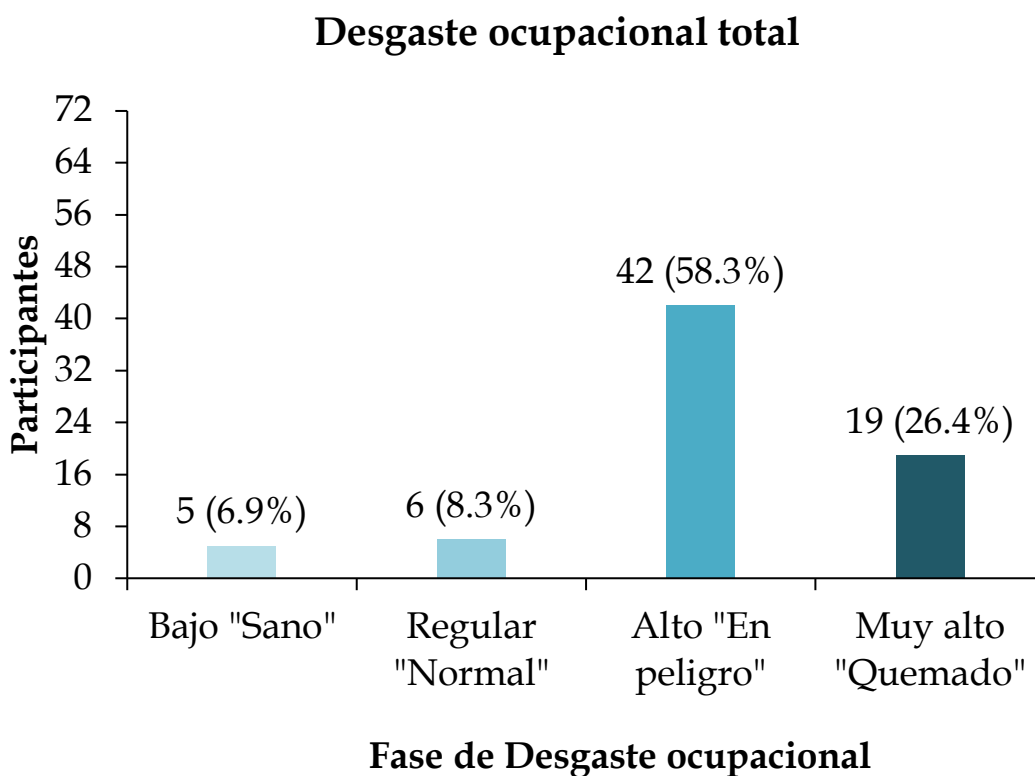


Figura 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de Burnout en médicos internos de pregrado.

En cuanto a los factores que conforman el síndrome de burnout (Desgaste ocupacional), en la Figura 4 se muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes del nivel de *Agotamiento Emocional* que presentaron los internos, donde se observa que el 83.4% de los internos puntúan en niveles importantes: alto (30), arriba del término medio (17) y muy alto (13), así mismo éste factor fue el que más dijeron presentar los participantes.

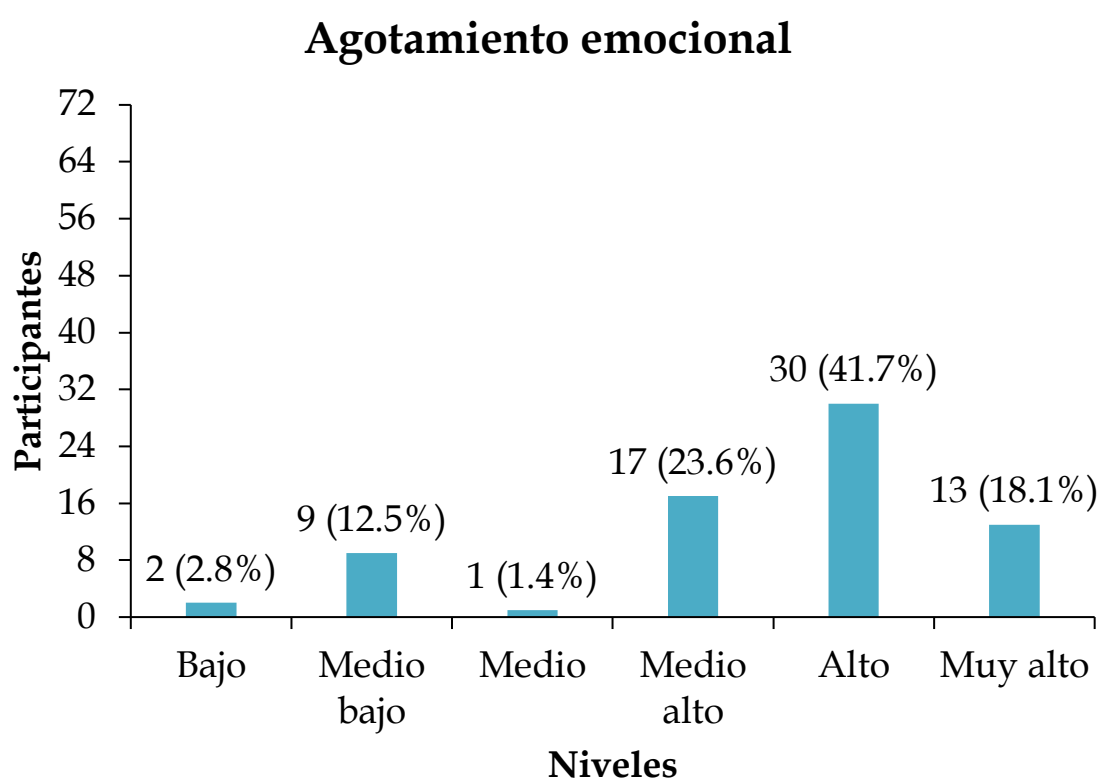


Figura 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles del factor *Agotamiento emocional* en los médicos internos de pregrado evaluados por la EMEDO.

En el caso del factor de *Despersonalización*, la figura 5 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes obtenidas en este factor. La mayor proporción se encuentra abajo del término medio (19), arriba del término medio (17) y en un nivel alto (16), y aunque la menor proporción reportó tener un nivel de despersonalización muy alto, en conjunto más de la mitad de los internos presentan niveles importantes de este factor.

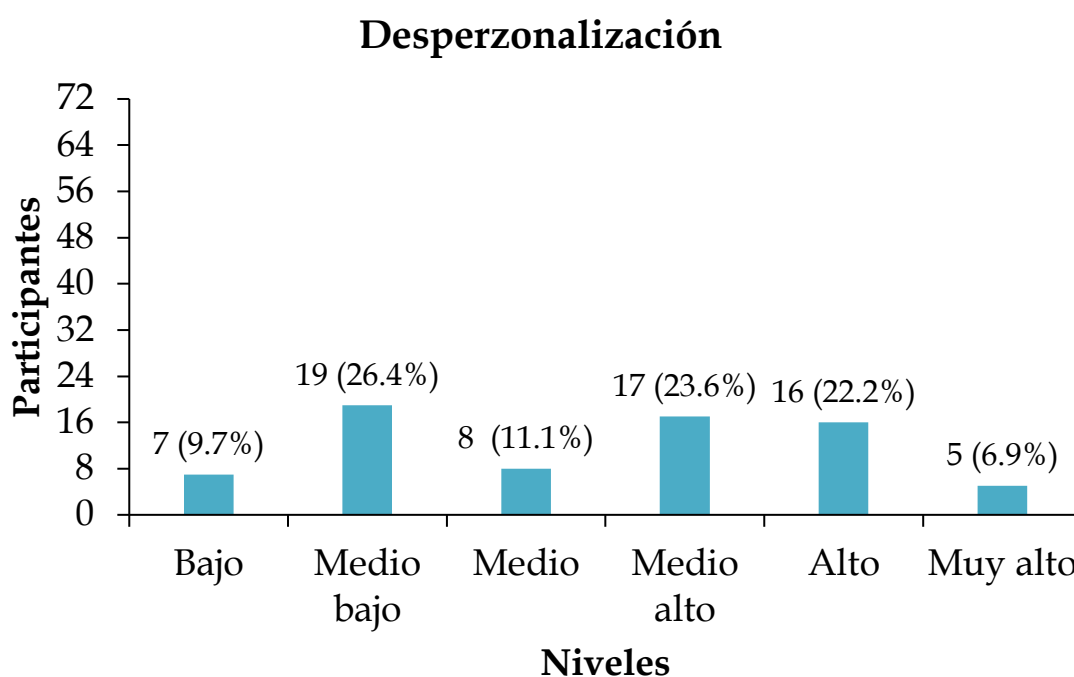


Figura 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles del factor *Despersonalización* en los médicos internos de pregrado evaluados por la EMEDO.

La figura 6 muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes del factor *Insatisfacción de logro*, en la que se observa que el 39% de los internos presentan niveles importantes, es decir, arriba del término medio. Sin embargo, la mayor proporción de los internos (44.4%) se encuentran debajo de valor medio.

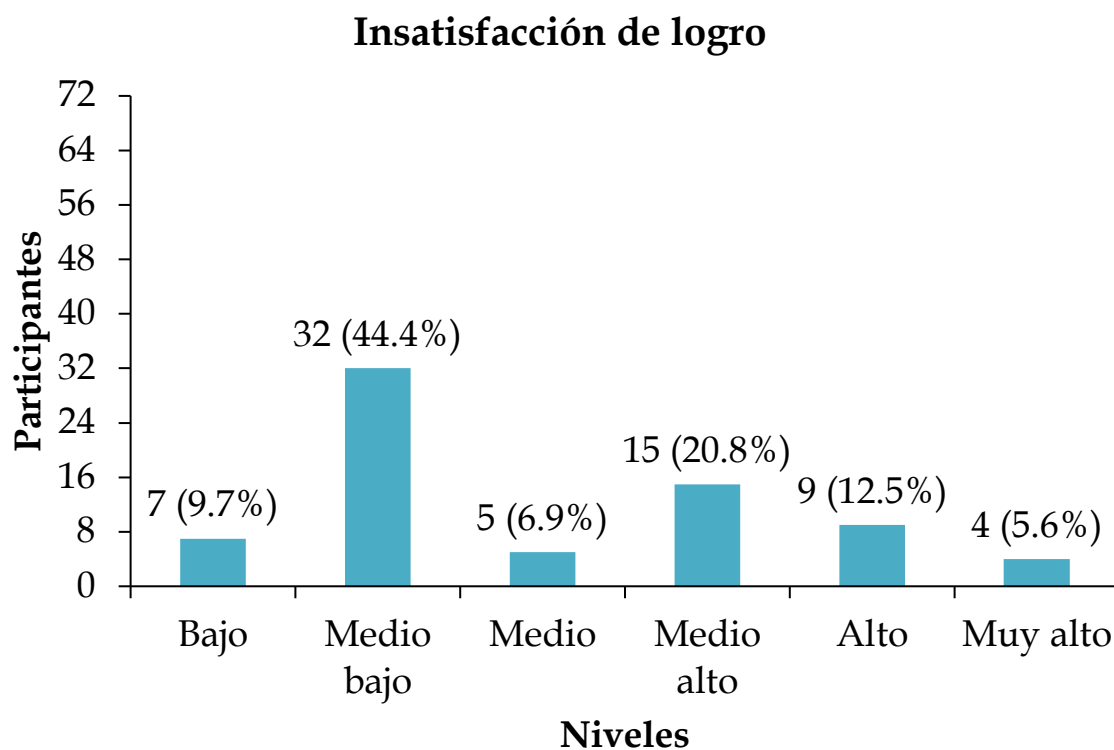


Figura 6. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles del factor *Insatisfacción de logro* en los médicos internos de pregrado evaluados por la EMEDO.

Finamente, la figura 7 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de *síntomas psicossomáticos* que reportaron los internos. En la gráfica se observa que la mayor proporción de los internos se encuentran en orden descendente: debajo del término medio (33.3%) y arriba del término medio (26.4%). Sin embargo, alrededor de la mitad de los internos (54.2%) informaron niveles importantes de dichos síntomas.

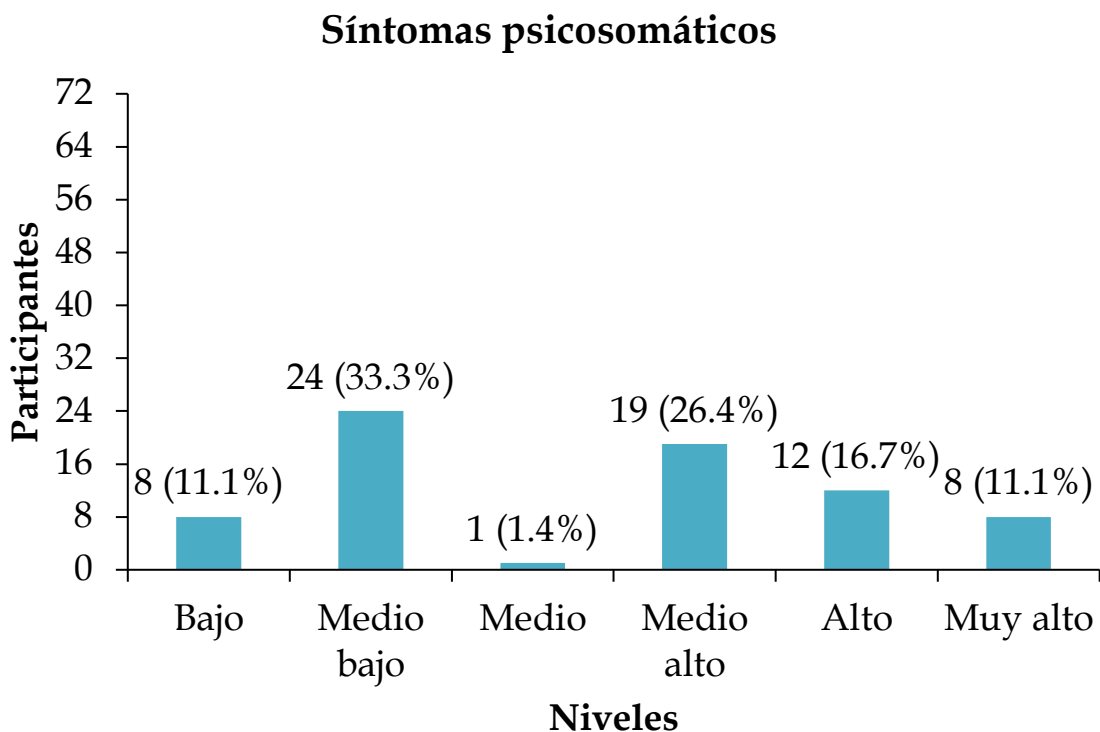


Figura 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles del factor de *Síntomas psicossomáticos* asociados con el burnout, evaluados por la EMEDO.

En cuanto a los niveles generales de *resiliencia* así como los niveles de cada factor medido por la RESI-M, debido a que la escala original no sugiere rangos de puntuación, se utilizaron los valores mínimos y máximos para obtener rangos de puntuación en tres niveles (alto, medio y bajo) para el puntaje total y para los cinco factores (Véase el Anexo H).

La figura 8 se muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes de los niveles de resiliencia que reportaron los internos. Poco menos de la mitad de ellos presenta un nivel de resiliencia alto (41.7%), mientras que la menor proporción reportan un nivel bajo (20.8%).

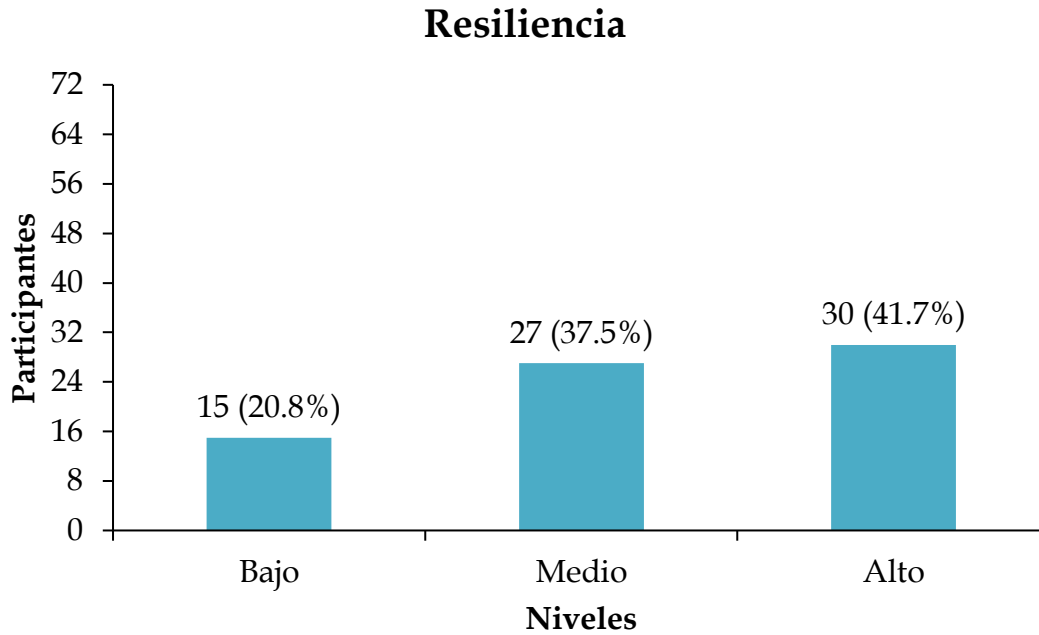


Figura 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de *Resiliencia* en los médicos internos evaluados por la RESI-M.

En cuanto a los factores de resiliencia se observó que de los cinco factores, los que se reportaron con predominio fueron *Apoyo social* y *Apoyo familiar*, con 57 y 52 internos respectivamente, de los cuales alrededor de tres cuartas partes de los internos reportan niveles altos. Así mismo, el mayor número de internos reportó niveles altos del factor de *Fortaleza y confianza*, sin embargo, este fue el factor en el que los internos obtuvieron la mayor proporción de puntuaciones bajas, seguido del factor de *Apoyo social*, que paradójicamente fue el que más internos reportaron con un nivel alto. Por su parte, el mayor número de internos reportó niveles entre altos y medios de los factores *Competencia social* y *Estructura* (véase Figura 9).

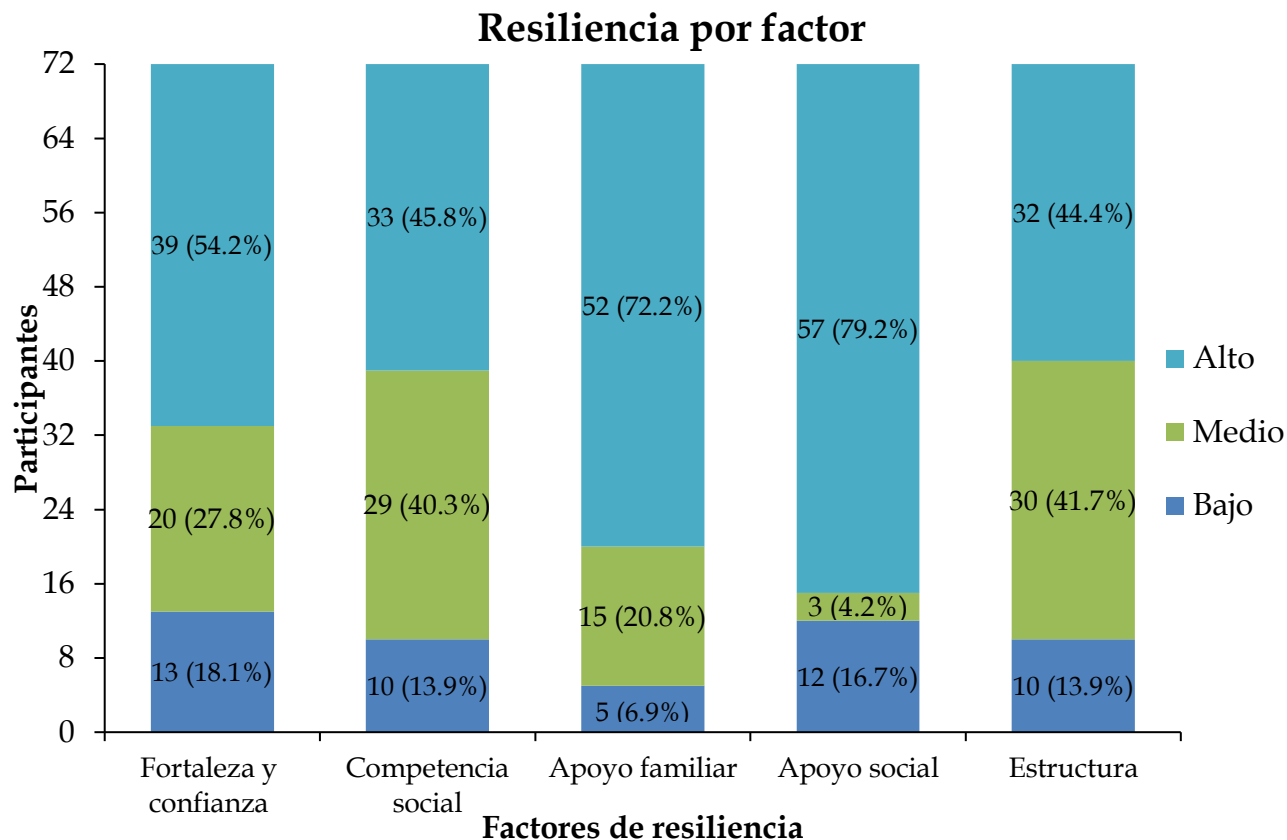


Figura 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de cada factor de resiliencia evaluados por la RESI-M.

Adicionalmente, se obtuvieron las distribuciones de las frecuencias y porcentajes de los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, síndrome de burnout y resiliencia, así como de los factores de estas dos últimas, para los internos que tenían casi seis meses en el hospital (MIP1) y para los que estaban próximos a cumplir un año (MIP2).

Los resultados muestran que tanto para los MIP 1 como para los MIP2, el mayor porcentaje, que fue de poco más del 50%, muestra niveles leves de ansiedad. Así mismo, ambos grupos mostraron prevalencias mayores en niveles mínimos de depresión, y ningún caso de sintomatología depresiva grave. En el caso de los niveles de burnout,

tanto los MIP1 como los MIP2 presentan la mayor prevalencia en el nivel alto. Aunque en el caso de los MIP2 la siguiente mayor prevalencia es el nivel muy alto (Quemado), por su parte la siguiente mayor prevalencia en el caso de los MIP1 son el nivel regular (Normal) y muy alto (Quemado) con el mismo porcentaje. Finalmente en el caso de los niveles de resiliencia, tanto los MIP1 como los MIP2 reportaron mayormente niveles altos y moderados (Tabla 6).

Tabla 6.

Distribución de frecuencias y porcentajes de los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, burnout y resiliencia en internos con seis meses en el hospital (MIP1) e internos con un año (MIP2).

	MIP1 (N = 32)		MIP2 (N = 40)	
	n	%	n	%
Sintomatología ansiosa				
Mínima	7	21.9%	10	25%
Leve	18	56.3%	22	55%
Moderada	6	18.8%	6	15%
Grave	1	3.1%	2	5%
Sintomatología depresiva				
Mínima	24	75.0%	25	62.50%
Leve	7	21.9%	12	30%
Moderada	1	3.1%	3	7.50%
Grave	0	0.0%	0	0%
Desgaste ocupacional (Burnout)				
Bajo "Sano"	2	6.3%	3	7.5%
Regular "Normal"	5	15.6%	1	2.5%
Alto "En peligro"	20	62.5%	22	55%
Muy alto "Quemado"	5	15.6%	14	35%
Resiliencia				
Baja	6	18.8%	9	22.5%
Moderada	13	40.6%	14	35%
Alta	13	40.6%	17	42.5%

En el caso de los factores de *burnout*, la tabla 7 muestra las frecuencias y porcentajes de los niveles altos arrojados para cada factor por los MIP1 y MIP2. Las distribuciones de las frecuencias y porcentajes de cada nivel por factor pueden consultarse en el Anexo I.

Los resultados indican que tanto los MIP1 como los MIP2, reportan prevalencias importantes de *agotamiento emocional*, pues en ambos casos, alrededor del 80% reportó niveles altos de este factor. Así mismo, ambos grupos reportan alrededor del 50% con niveles altos de *despersonalización*. Por otro lado, en el caso del factor de *insatisfacción de logro*, solo la cuarta parte de los MIP1 reportaron niveles altos de este factor, en cambio la mitad de los MIP2 lo reportan. Y para los *síntomas psicossomáticos* asociados al burnout, poco menos de la mitad de los MIP1 reportan altos niveles, mientras que poco más de la mitad de los MIP2 reportan niveles altos de esta sintomatología.

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes de niveles altos de los factores de desgaste ocupacional (burnout) en internos con seis meses en el hospital (MIP1) y un año (MIP2).

	MIP1 (N = 32)	MIP2 (N = 40)
	n (%)	n (%)
Agotamiento emocional	25 (78.2%)	35 (87.5%)
Despersonalización	18 (56.3%)	20 (50%)
Insatisfacción de logro	8 (25.1%)	20 (50%)
Síntomas psicossomáticos	14 (43.8%)	25 (62.5%)

Finalmente, para los factores de *resiliencia*, en la tabla 8 se muestran las de frecuencias y porcentajes de los niveles altos de cada factor

reportados por los MIP1 y MIP2. Las distribuciones de las frecuencias y porcentajes de cada nivel por factor pueden consultarse en el Anexo J.

Los resultados muestran que tanto en el caso de los MIP1 como los MIP2, alrededor del 80% mostraron niveles altos de los factores *Apoyo familiar* y alrededor del 70% reportan altos niveles de *Apoyo social*. Así mismo, ambos grupos reportan proporciones similares de niveles altos en *Estructura* (alrededor de 44%). Por otro lado, los MIP1 reportan prevalencias ligeramente mayores de niveles altos de *Fortaleza y confianza* que los MIP2, de los cuales poco menos de la mitad reportan niveles altos de este factor. Por el contrario, los MIP2 reportan una prevalencia ligeramente mayor de altos niveles de *Competencia social*, mientras que, de los MIP1, poco menos de la mitad reportan niveles altos este factor.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes de niveles altos de los factores de resiliencia en internos con seis meses en el hospital (MIP1) y un año (MIP2).

	MIP1 (N = 32)	MIP2 (N = 40)
	n (%)	n (%)
Fortaleza y confianza	20 (62.50%)	19 (47.50%)
Competencia social	13 (40.6%)	20 (50%)
Apoyo familiar	25 (78.1%)	32 (80%)
Apoyo social	23 (71.9%)	29 (72.5%)
Estructura	14 (43.8%)	18 (45%)

Análisis de asociación.

Los resultados revelaron correlaciones negativas, estadísticamente significativas entre resiliencia y sintomatología ansiosa ($r = -.42$; $p < .01$) y depresiva ($r = -.44$; $p < .01$) y una correlación negativa, modesta y estadísticamente significativa entre resiliencia y burnout ($r = -.23$; $p < .05$).

Por su parte, se encontraron correlaciones negativas, estadísticamente significativas entre *Fortaleza y Confianza* y ansiedad ($r = -.41$; $p < .01$) y depresión ($r = -.44$; $p < .01$); entre *Competencia social* y burnout ($r = -.35$; $p < .01$); entre *Apoyo Familiar* y ansiedad ($r = -.30$; $p < .01$) y depresión ($r = -.26$; $p < .05$); entre *Apoyo Social* y ansiedad ($r = -.33$; $p < .01$); y entre *Estructura* y ansiedad ($r = -.36$; $p < .01$) y burnout ($r = -.26$; $p < .05$) (Véase Tabla 9).

Tabla 9

Coefficientes de correlación rho de Spearman entre sintomatología ansiosa, depresiva, burnout y resiliencia y sus componentes.

	Nivel de Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel de Burnout
Nivel de Resiliencia	-.42**	-.44**	-.23*
Fortaleza y Confianza	-.41**	-.44**	-.21
Competencia Social	-.12	-.21	-.35**
Apoyo Familiar	-.30**	-.26*	-.47
Apoyo Social	-.33**	-.16	-.01
Estructura	-.36**	-.20	-.26*

** $p < .01$ * $p < .05$

En cuanto a las correlaciones entre resiliencia y los componentes de burnout, los análisis no arrojaron asociaciones estadísticamente significativas (Véase Tabla 10).

Tabla 10

Coefficientes de correlación rho de Spearman entre resiliencia y los componentes de burnout.

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Insatisfacción de logro
Nivel de Resiliencia	-0.15	-0.13	-0.20

Adicionalmente se calcularon las mismas correlaciones *rho* de Spearman para los MIP1 y los MIP2 con el objetivo de indagar si existen diferentes asociaciones entre las variables de interés en cada uno de estos grupos (Tabla 11).

Los resultados revelaron que en el grupo de los MIP1, existen correlaciones moderadas, negativas y estadísticamente significativas entre el nivel de resiliencia y el de sintomatología ansiosa ($r = -.44$; $p < .05$) y depresiva ($r = -.38$; $p < .05$), así como entre el nivel de sintomatología ansiosa y del factor de resiliencia *Fortaleza y confianza* ($r = -.40$; $p < .05$) y *Apoyo familiar* ($r = -.41$; $p < .05$), y entre el nivel de burnout y el factor de *Estructura* ($r = -.36$; $p < .05$).

En cuanto al grupo de los MIP2 se encontraron correlaciones moderadas, negativas y estadísticamente significativas entre el nivel de resiliencia y el de sintomatología ansiosa ($r = -.40$; $p < .01$) y depresiva ($r = -.49$; $p < .01$), así como entre el nivel de sintomatología ansiosa y el factor de resiliencia de *Fortaleza y confianza* ($r = -.45$; $p < .01$) y *Apoyo social* ($r = -.33$; $p < .05$), mientras que con el factor de *Estructura* la correlación fue más alta ($r = -.53$; $p < .01$). En el caso de la sintomatología depresiva, esta se

correlacionó de forma modesta con el factor de *Estructura* ($r = -.31$; $p < .05$) y de forma moderada con el factor de *Fortaleza y confianza* ($r = -.51$; $p < .01$). Por su parte, el nivel de burnout se asoció de manera moderada con el factor de *Competencia social* ($r = -.41$; $p < .01$).

Tabla 11

Coefficientes de correlación rho de Spearman entre sintomatología ansiosa, depresiva, burnout y resiliencia, y sus componentes, en internos con seis meses (MIP1) y un año (MIP2) de internado de pregrado.

	MIP1			MIP2		
	Nivel de Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel de Burnout	Nivel de Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel de Burnout
Nivel de Resiliencia	-.44*	-.38*	-.20	-.40**	-.49**	-.25
Fortaleza y Confianza	-.40*	-.31	-.05	-.45**	-.51**	-.26
Competencia Social	-.20	-.10	-.29	-.07	-.28	-.41**
Apoyo Familiar	-.41*	-.32	.01	-.21	-.22	-.10
Apoyo Social	-.33	-.22	.08	-.33*	-.11	-.08
Estructura	-.13	-.01	-.36*	-.53**	-.31*	-.16

** $p < .01$ * $p < .05$

En cuanto a la relación entre el nivel de resiliencia y el de cada uno de los factores de burnout (agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción de logro), no se encontraron asociaciones significativas en ninguno de los dos grupos de internos (Véase la Tabla 12).

Tabla 12
Coefficientes de correlación rho de Spearman entre resiliencia y los componentes de burnout en internos con seis meses (MIP1) y un año (MIP2) de internado de pregrado.

	Nivel de resiliencia	
	MIP1	MIP2
Agotamiento emocional	-0.09	-0.20
Despersonalización	-0.03	-0.21
Insatisfacción de logro	-0.29	-0.16

**p<.01 *p<.05

Adicionalmente, se computó una prueba U de Mann-Whitney con el objetivo de indagar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los internos que tenían seis meses en el hospital (MIP1) y los que cumplían un año (MIP2), respecto a los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, síndrome de burnout y resiliencia. Lo mismo se instrumentó para los niveles de cada factor de burnout y de resiliencia (Tabla 13).

Los resultados indican que sólo existen diferencias significativas en cuanto al nivel de burnout ($z = -1.979$; $p = .048$) y al nivel de insatisfacción de logro ($z = -2.228$; $p = 0.26$), donde los rangos promedios más grandes se observa en el grupo de los **MIP2**. Para el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney. Diferencia de medianas entre los internos con seis meses en el hospital y los internos con un año con respecto a los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, síndrome de burnout (y sus factores) y resiliencia (y sus factores).

	Rango promedio		Z	p
	MIP1 (n = 32)	MIP2 (n = 40)		
Sintomatología ansiosa	35.95	37.19	-.277	.782
Sintomatología depresiva	33.86	38.61	-1.173	.241
Nivel de burnout	31.67	40.36	-1.979	.048
Agotamiento emocional	34.41	38.17	-.797	.425
Despersonalización	36.75	36.30	-.093	.926
Insatisfacción de logro	30.67	41.16	-2.228	.026
Resiliencia	36.64	36.39	-.055	.956
Fortaleza y confianza	39.88	33.80	-1.357	.175
Competencia social	35.77	37.09	-.291	.771
Apoyo Familiar	36.14	36.79	-.166	.868
Apoyo social	36.03	36.88	-.241	.810
Estructura	37.19	35.95	-.272	.785

Discusión

El objetivo de la presente investigación consistió en identificar la posible asociación entre la resiliencia y la sintomatología ansiosa, depresiva y el síndrome de burnout en médicos internos de un hospital general, público de la Ciudad de México, así como identificar las relaciones que existen entre la resiliencia y los componentes del síndrome de burnout y las relaciones existentes entre los componentes de la resiliencia.

Los resultados encontrados muestran que existe una asociación significativa, moderada y negativa entre la resiliencia y la sintomatología ansiosa y depresiva. Esto indica que a mayores niveles de resiliencia, los internos tienden a presentar menores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Asociaciones en el mismo sentido se han documentado en enfermeras de cuidado intensivo en E.E. U.U. (Mealer et al., 2012) y en practicantes de medicina en Australia (Cooke et al., 2013), donde se encontró una asociación inversa entre resiliencia y ansiedad inhibitoria.

Por su parte, la asociación entre resiliencia y Burnout resultó ser significativa, aunque modesta, e inversamente proporcional: a mayor capacidad de resiliencia, los médicos internos tienden a presentar menores niveles de *burnout*. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Mealer et al. (2012), Cooke et al. (2013) y Ortega et al. (2014), quienes documentaron una asociación en el mismo sentido entre estas dos variables. Sin embargo, Arrogante (2014), Hylton et al. (2015), Lusilla y Castellano (2014), Molina y Delia (2013) y Ortega et al. (2014) señalan una magnitud de correlación mayor, en internos y en otros profesionales de la salud.

Todo parecería indicar que los internos que poseen adecuadas características de resiliencia, tienden a presentar menores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout; lo cual resulta de suma importancia ya que altos niveles de estas tres sintomatologías se asocian con consecuencias altamente adversas y negativas en varios aspectos de la vida, que son problemas muy comunes entre el personal de salud y tienen probables implicaciones para la calidad de la atención a los pacientes (Juárez, Idrove, Camacho y Plasencia, 2014).

En efecto, niveles más altos de malestar psicológico en estos participantes muy probablemente van a redundar en perjuicio de su labor ante los usuarios de sus servicios, por lo que la resiliencia parece ser una variable que tiene la potencialidad de proteger a los internos de sufrir altos niveles de estas afectaciones, tal como ya lo habían propuesto Ríos et al., 2012 y Ortega et al., 2014 ; y probablemente esta relación se dé en el personal de salud en general, ya que esto mismo se ha observado en enfermeras (Arrogante, 2014; Hylton et al., 2015), personal de urgencias (Molina y Delia, 2013), personal de traumatología (Lusilla, y Castellano, 2014) y estudiantes de enfermería (Ríos et al., 2012).

En cuanto a la variable burnout, al indagar la relación entre los tres factores de burnout y la resiliencia, no se encontraron correlaciones significativas entre estas variables, en contraste con los hallazgos de Arrogante (2014), Hylton et al. (2015) y Molina y Delia (2013), quienes reportan asociaciones negativas con agotamiento emocional, y positiva con realización personal. Arrogante (2014) también reportó una correlación negativa con el factor de despersonalización; y Lusilla y Castellano (2014) sólo encontraron asociación con realización personal.

La discrepancia con otros hallazgos en cuanto a escasa o nula asociación con los factores de burnout y con la magnitud de correlación encontrada entre resiliencia y burnout mencionada anteriormente,

puede deberse en primer lugar a que se utilizó un instrumento distinto al empleado en las otras investigaciones, el cual fue construido específicamente para mexicanos y puede estar abordando formas diferentes de percibir los efectos de las condiciones de trabajo de los internos, aunado a la influencia que tienen las características culturales y de las instituciones de salud, propias del país (Díaz y Gómez, 2016; Juárez et al., 2014).

En segundo lugar, estas discrepancias pueden deberse a que el instrumento no es adecuado para evaluar la variable de burnout específicamente en médicos internos de pregrado. Es probable que las condiciones en las que se desenvuelven los internos sean suficientemente diferentes a las de médicos y enfermeras, lo que podría hacer necesario adaptar la escala a esta población en particular. Por ejemplo, una diferencia muy importante es que los médicos internos no reciben una remuneración económica por su labor, lo cual se pregunta en varios reactivos de la escala para evaluar el factor de insatisfacción de logro. Por tanto, para este estudio convendrá tomar los resultados de la relación resiliencia-burnout con cautela.

En cuanto a la relación entre cada uno de los factores de resiliencia evaluados por la RESI-M y la sintomatología ansiosa, depresiva y el síndrome de burnout, el factor de *Fortaleza y confianza* se asoció de forma moderada con la sintomatología ansiosa y con la sintomatología depresiva. Así mismo, el factor de *Apoyo familiar* se asoció con ambas sintomatologías, aunque con menor fuerza. Esto puede indicar que los internos del hospital que poseen una buena habilidad para resolver problemas, orientarse a metas y tener una forma activa de enfrentarse a los retos, así como el apoyo de su familia, tienden a presentar menos o con menor intensidad los síntomas de ansiedad y depresión.

Por su parte, el factor de *Estructura* se asoció de forma modesta con la sintomatología ansiosa y el nivel de burnout. Estos hallazgos podrían indicar que los internos que cuentan con una buena capacidad para organizarse, planear sus actividades y tener rutinas aun en momentos difíciles, tienden a presentar menores niveles de sintomatología ansiosa y de síndrome de burnout.

En cuanto al factor de *Apoyo social*, este se correlacionó, de forma modesta, sólo con la sintomatología ansiosa; mientras que el factor de *Competencia social* sólo lo hizo con el nivel de burnout, lo que indica que el contar con personas de confianza aún en momentos difíciles tiene relación con reportar niveles bajos de síntomas de ansiedad, mientras que la habilidad para relacionarse con otros se relaciona con niveles bajos de burnout.

Hasta el momento, la literatura de investigación no contiene hallazgos definitivos de la relación entre estas variables y los factores de resiliencia. Sin embargo, las relaciones encontradas nos hablan de que las características de resiliencia parecen tener cierto impacto diferencial en el desarrollo de la sintomatología ansiosa, en la sintomatología depresiva y en el síndrome de burnout.

En principio, estos resultados sólo serían generalizables a individuos y condiciones similares a las del presente estudio. Sin embargo nos brindan información valiosa que puede servir para desarrollar intervenciones con mayor especificidad e impacto para tratar, pero sobre todo para prevenir, el desarrollo de problemas psicológicos en médicos internos. Los datos sugieren que dichas intervenciones deberían orientarse a desarrollar competencias específicas; por ejemplo en solución de problemas, desarrollo y conservación del apoyo social, habilidades sociales y en organización y planeación del tiempo.

Respecto a las correlaciones encontradas en el grupo de los internos que tenían seis meses en el hospital (MIP1) y en el grupo de los que tenían un año (MIP2), en ambos grupos los niveles altos en resiliencia se asocian moderadamente con niveles bajos de sintomatología ansiosa y depresiva, en cambio el nivel de burnout no se relacionó de forma significativa con el nivel de resiliencia.

Los resultados de la correlación *resiliencia-burnout* en los MIP2 (un año en el internado) parecen concordar con lo encontrado por Ortega et al. (2014) quienes también encontraron relaciones no significativas entre estas dos variables en internos con el mismo tiempo en el internado. Por otro lado, los autores encontraron una relación significativa entre estas variables en el grupo de los MIP1 (seis meses), contrario a los hallazgos de esta investigación donde las relaciones no son significativas. Esta discrepancia en los resultados puede deberse, al menos en parte, a que se utilizó una escala diferente para evaluar el nivel de burnout y que, además, como ya se mencionó, parece presentar ciertas deficiencias para hacerlo en esta población en específico.

Así mismo, esta discrepancia también podría estar relacionada con diferencias en los estresores entre los hospitales de los estados y los de la Ciudad de México, pues la investigación de Ortega et al. (2014) se realizó en Veracruz. Entre los internos es popular la idea de que los hospitales de los estados tienen menos carga de trabajo, así mismo, en la literatura se ha descrito que esta variable influye en el nivel de burnout (Hernández, Dickinson y Fernández, 2008; Jurado et al, 2014) y podría influir también en la relación que tienen con la resiliencia.

La sobrecarga de trabajo funge como estresor prolongado e incontrolable que con el tiempo puede llevar al agotamiento excesivo tanto físico, cognitivo como emocional, y esto a su vez podría potenciar el efecto de las dificultades personales y disminuir el desempeño

(Rodríguez et al., 2014) y la habilidad para hacer frente a las exigencias del internado, que aunado a los otros estresores propios del internado, podría provocar que los médicos sucumben ante el desgaste profesional aunque en un principio contaran con factores resilientes que amortiguaran su efecto o que los ayudara a recuperarse de él (Dyrbye et al., 2010). De ser así, esto podría tener relación con el aumento del nivel de burnout durante la carrea y el internado (Acosta et al. 2016; Galli, Fejoo, Roig y Romero, 2002; Ortega et al., 2014; Rodríguez et al., 2014) y que en los resultados de Ortega et al. (2014) se observe una magnitud menor en la relación resiliencia-burnout después de seis meses en el internado.

Sin embargo, el diseño de la presente investigación no permite dar respuesta a esta pregunta, por lo que será importante indagar con un diseño longitudinal si la carga de trabajo a lo largo del tiempo en el internado funciona como variable moderadora de la relación entre resiliencia y burnout.

En cuanto a los cinco factores de resiliencia se encontró que para el grupo de los **MIP1**, los niveles altos de *Fortaleza y confianza* y *Apoyo familiar* se asociaron de forma significativa únicamente con niveles bajos de sintomatología ansiosa, mientras que los altos niveles de *Estructura* se relacionaron con niveles bajos de burnout. Por su parte, en el grupo de los **MIP2** los niveles altos de *Fortaleza y confianza* y de *Estructura* se relacionaron significativamente con bajos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva; mientras que los niveles altos de *Apoyo social* solo se asociaron con bajos niveles de sintomatología ansiosa y los altos niveles de *Competencia social* se asociaron con bajos niveles de burnout.

Estas diferencias entre los dos grupos pueden relacionarse con el hecho de que la resiliencia es un constructo dinámico que implica una serie de conductas orientadas a adaptarse a las situaciones altamente

estresantes (Masten & Tellegen, 2012; Masten & Cicchetti, 2012; Poletto & Koller, 2006; Rutter, 2012), por lo que es posible que las estrategias que les funcionan en un momento o ante ciertas situaciones durante el internado no sean las mismas a lo largo de este. Sin embargo, los resultados apuntan a que las herramientas para enfrentar los retos con seguridad y confianza, el apoyo social (ya sea familiar o de amistades) y buenas estrategias para organizarse y planear sus tiempos, son las características de resiliencia específicas que les ayudan a lo largo del internado.

Por tanto, será importante realizar más investigación con diseños longitudinales para indagar el papel de la resiliencia y cada uno de sus factores a lo largo del internado, con el objetivo de encontrar las estrategias más efectivas para que los internos se desarrollen de la manera más óptima durante su internado médico de pregrado.

En cuanto a los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, burnout y resiliencia del presente estudio, la mayoría de los internos presentan algún grado de sintomatología ansiosa y menos de la mitad presentan síntomas depresivos.

Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Terrones et al. (2010) en internos procedentes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes donde se encontraron prevalencias similares. A diferencia de lo reportado por Terrones et al., (2014) en internos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, que encuentra prevalencias menores. Así mismo, las prevalencias en este estudio son mayores que las encontradas en Latinoamérica (Santander, Romero, Hitschfeld y Zamora, 2011) y en el resto del mundo (Cooke et al., 2013).

La mayoría de los internos en el presente estudio presentan niveles altos de burnout, lo cual les representa un riesgo serio, tanto por la

proporción de internos que lo muestran como por las implicaciones para su funcionamiento personal y profesional. Estos datos concuerdan con los hallazgos de Ortega et al. (2014) en internos de Veracruz, donde se reportan prevalencias similares. En el resto de Latinoamérica, donde se observan prevalencias menores (Arango et al., 2010; Borda et al., 2007; Eróstegui et al., 2010).

Las mayores prevalencias de sintomatología ansiosa, depresiva y burnout encontradas en este estudio en comparación con los de la literatura científica internacional, pueden deberse a que las características del internado médico de pregrado en las instituciones de salud mexicanas contienen estresores adicionales que promueven el desarrollo de estas sintomatología en comparación con otras instituciones, tales como la alta demanda del servicios de salud y los pocos recursos para trabajar (Hernández et al., 2008), la sobrecarga de trabajo y las largas jornadas en el hospital (Athié et al., 2016), las características arbitrarias de la evaluación académica o el acoso estudiantil y laboral, y las características organizacionales del hospital, entre otros (Arenas, 2006).

Por su parte, el factor de burnout más frecuente en el presente estudio fue *agotamiento emocional*, seguido del de *despersonalización* y finalmente el de *insatisfacción de logro*. Esto concuerda con lo reportado por Athié et al. (2016) y Camacho et al. (2010) quienes encuentran proporciones igualmente importantes aunque ligeramente menores de estos tres factores, donde el que más se presenta también es el agotamiento emocional. Esto puede deberse a que las condiciones laborales de los internos principalmente generan un desgaste tanto físico como emocional (Rodríguez et al., 2014), lo que según en la literatura teórica sobre el burnout es el factor predominante del síndrome (Hernández et al., 2008).

En cuanto a los niveles de resiliencia presentes en los internos evaluados, poco menos de la mitad presenta altos niveles de resiliencia. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Tempiski et al. (2015) en practicantes de medicina brasileños, donde un porcentaje similar presentan un nivel alto de resiliencia; en contraste con lo reportado por Cooke et al. (2013) que reportan una menor proporción. Así mismo, se reportan prevalencias mayores en estudiantes de enfermería mexicanas (Velasco, Suarez, Córdova, Luna y Mireles, 2015). Y menores en estudiantes de medicina de primer ingreso de la UNAM (Campuzano, Acero y Reyes, 2013).

En el presente estudio, una mayor proporción de internos mostraron niveles relativamente altos de *apoyo social* y el *apoyo familiar*, seguidos de *fortaleza y confianza* donde casi la mitad de los internos puntuaron alto, pero también es el factor que presentó el mayor porcentaje de puntuaciones bajas. Por su parte poco más de la mitad de los internos presenta niveles de moderados a bajos del factor de *competencia social* y de *estructura*; estos dos últimos factores son los que más cercanamente asociados con burnout. Las fortalezas resilientes que presentan los internos parecen permitirles afrontar los síntomas de ansiedad y depresión, pero no impactan sus niveles de síndrome de burnout.

La mayor proporción de internos con puntuaciones altas en los factores de apoyo concuerda con lo encontrado por Velasco et al. (2015) en estudiantes de enfermería, donde las dimensiones con mayor puntuación también fueron el *apoyo social* y el *apoyo familiar*. Los autores explican que esto es debido a que la población evaluada es joven y en su mayoría viven con sus familias, condiciones que se comparten con los internos del presente estudio, ya que en promedio tienen 23 años y la mayoría reporta vivir con sus familias, aunado a esto, el apoyo social también puede venir de amigos y compañeros, por lo que el círculo

social y familiar de los médicos internos resulta ser un factor protector muy importante.

La única diferencia que se encontró en los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, burnout y resiliencia entre los MIP1 y los MIP2 fue en los niveles de burnout, donde son los internos que estaban prontos a terminar el internado los que reportaron las mayores puntuaciones. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en por Ortega et al. (2014) y Estela et al. (2015) quienes encuentran un aumento del síndrome a los seis meses y al finalizar el internado. Lo cual es muy probable que se deba al desgaste acumulado producto de enfrentarse constantemente a situaciones y condiciones estresantes (Dyrbye et al., 2010; Rodríguez et al., 2014)

En la literatura de investigación se ha planteado que el síndrome de burnout en específico es más un problema de las instituciones de salud que de los individuos y son los enfoques dirigidos a los cambios en las organizaciones los que tienen mayores beneficios (Panagioti et al., 2017). Sin embargo, en el contexto de México, los factores relacionados con la organización suelen ser difíciles de modificar pues también implica incidir sobre el propio sistema de salud. Por lo que es necesario que a la par de estas modificaciones estructurales, se indaguen formas efectivas de intervenir en el problema desde los individuos.

Siguiendo esta línea, será importante trabajar en el desarrollo de intervenciones efectivas que tengan un carácter preventivo, integradas en la preparación profesional de los médicos durante el internado, pero también en momentos previos durante la carrera, pues al ingresar al internado los estudiantes se ven ante una serie de estresores que se añaden al desgaste propio de la carrea y al derivado de su propia historia individual, corriendo así un alto riesgo de desarrollar estas sintomatologías.

Los resultados de esta investigación sugieren que las intervenciones dirigidas a desarrollar los factores de resiliencia pueden tener un impacto favorable en los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout, y en el caso de esta población en particular, será importante orientar dichas intervenciones a desarrollar los factores más necesarios tales como la *competencia social* y la *estructura*, ya que son componentes de la resiliencia que se encontraron asociados con el burnout.

Limitaciones y recomendaciones

Como se mencionó anteriormente, si bien la escala EMEDO, se seleccionó como herramienta de evaluación por contar con adecuadas propiedades psicométricas y haber sido utilizado con éxito en médicos y enfermeras en el mismo hospital, parece ser que el instrumento no es adecuado para evaluar la variable de burnout en médicos internos de pregrado. Por lo que será necesario hacer una adaptación y validación de la escala a esta población que permita obtener puntuaciones más fiables y válidas en estudios futuros.

Así mismo, en esta investigación sólo se evaluaron las variables mediante cuestionarios de autorreporte por ser los de más fácil aplicación dadas las complicaciones para evaluar al personal de salud de forma directa y en variables conductuales. Los resultados podrían verse afectados por aspectos como la deseabilidad social con lo que sobredimensionarían sus virtudes o minimizarían sus afectaciones, o inclusive por los efectos del desgaste profesional (*burnout*) con lo que podrían encontrarse menos motivados para contestar correctamente el cuestionario o a exagerar sus síntomas; por lo que será importante añadir herramientas de evaluación más objetivas a las futuras investigaciones, por ejemplo evaluaciones conductuales o psicofisiológicas que no requieran demasiado tiempo y recursos, por

ejemplo la medición de biomarcadores de la activación del eje Hipotálamo-Hipófiso-Suprarrenal, el eje Simpático-Médulo-Suprarrenal y del sistema inmunológico (Gómez, Montero, Demarzo, Pereira y García, 2013).

Finalmente se sugiere seguir indagando las relaciones abordadas en esta investigación en otros contextos hospitalarios y de ser posible, con un número mayor de participantes; sobre todo para las relaciones entre los factores de resiliencia y la sintomatología ansiosa, depresiva y síndrome de burnout, ya que se contó con un número de participantes relativamente pequeño, por lo que los datos obtenidos podrían conllevar a menor generalidad.

No obstante, la presente investigación brinda información importante sobre la potencialidad de la resiliencia como una variable que puede influir en el desarrollo de malestar psicológico en médicos en formación. Así mismo, esta es la primera investigación que indaga sobre el papel que tienen los factores de resiliencia específicos en las problemáticas psicológicas más comunes en personal de salud, lo cual no solo contribuye al desarrollo teórico, sino que también previene sobre la importancia de seguir indagando estas relaciones.

Referencias

- Acosta, J., Balado, R., Sardiña, M. y Consuegra, A. (2016). Síndrome de burnout en estudiantes internos de Medicina durante su estancia por Pediatría. Hospital Pediátrico del Centro. *Panorama Cuba y Salud*, 11(2), pp. 43-48.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ta ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA Help Center (2016). The Road to Resilience. American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Arango, A. S., Castaño, C. J. J., Henao, R. C. J., Jiménez, A. D. P., López, H. A. F. y Páez, C. M.L. (2010). Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, 10(2), 110-126. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1291/1396>
- Arenas, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad DE Atención Médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28 (2), 103-109. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=8335>
- Arrogante, Ó. (2014). Mediación de la resiliencia entre el burnout y salud en el personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 24(5), 283-289. doi: 10.1016/j.enfcli.2014.06.003

- Arrogante, Ö., Pérez, A. y Aparicio, E. (2014). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*. 25(2), 73-80. doi: 10.1016/j.enfcli.2014.12.009
- Athié, G. C., Cardiel, M. L. E., Camacho, A. J., Mucientes A. V, M., Terronez, G. A., Cabrera, M. N. A., . . . Saínos, R. C. A. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica*, 5(18), 102-107. doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.020
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M., G. (1988). Psycometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Brennan, J., McGrady, A., Whearty, K., Lynch, D., Rapport, D. & Schaefer, P. (2012). Emotional status of third year medical students and their responses to a brief intervention. *Annals of Behavioral Sciences and Medical Education*, 18(2), 10-14. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03355199>
- Borda, P. M., Navarro, L. E., Aun, A. E., Berdejo, P. H., Racedo, R. K. y Ruíz S. J. (2007). Síndrome de burnout en estudiantes de internado

- del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 23(1), 43-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723106>
- Camacho, A., Juárez, A. y Arias, F. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia & Trabajo*, 12(35). Recuperado de https://www.academia.edu/15743455/S%C3%ADndrome_de_Burnout_y_Factores_Asociados_en_M%C3%A9dicos
- Campuzano, M., Acero, E. y Reyes, A. (2013). Resiliencia en los alumnos de la Facultad de Medicina de la UAEM. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. (10). Recuperado de <http://www.ride.org.mx/1-11/index.php/RIDSECUNDARIO/article/view/260>
- Carmona, C. R., Rojas, A. M., Martínez, A. N., Martínez, E. P. y García, U. T. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en Educación Médica*. 6(21), 42-46. doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.004
- Castañeda, A. E. y García de Alga, A. J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (bornout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana Psiquiátrica*. 39(1), 67-84. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602377>
- Casino, G. (2007, Abril 12). Re: ¿Por qué tantos jóvenes médicos quemados? Crítica situación para muchos estudiantes y residentes de Medicina [Web log message]. Recuperado de

http://www.intramed.net/actualidad/not_1.asp?idNoticia=460
[83](#)

Connor, K. M. & Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113

Cooke, G. Doust, J. & Steele, M. (2013). A survey of resilience, burnout and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*. 13(2). doi: 10.1186/1472-6920-13-2

Damush, T. T., Hays, R. D. & DiMatto, M. R. (1997). Stressful life events and health-related quality of life in college students. *Journal of College Student Development*, 38, 181-190. Recuperado de <https://www.highbeam.com/doc/1P3-11689485.html>

De Vargas, D. & Dias, A.P. (2011). Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of Sao Paulo State. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [versión electrónica]. 19(5), 1114-1121. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692011000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Díaz, B. F. y Gómez, B. I. (2016). La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*. 33(1), 113-131. doi:10.14482/psdc.33.1.8065

Dunn, L., Iglewicz, A., Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*, 32(1), 44-53. doi:10.1176/appi.ap.32.1.44

Dyrbye L, Power D, Massie S, Eacker A, Harper W, Thomas M et al. (2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Medical Education*, 44 (1), 1016-1026. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03754.x

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2005). Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 24(1), 81-87. doi:10.4065/80.12.1613

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huschka, M. M., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2006a). A Multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(1), 1435-1442. doi: 10.4065/81.11.1435

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J. & Shanafelt, T. D. (2006b). Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic Medicine*, 81(4), 374-84. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565189>

Dyrbye, L., Thomas, M. & Shanafelt, T. (2006c). Systematic review of depression, anxiety and other indicators of psychological distress among U.S and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373. doi:10.1097/00001888-200604000-00009

Dyrbye, L. N, Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V, Eacker, A., Harper, . . . Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341. Recuperado de <https://www.med.upenn.edu/gastro/.../Dyrbye.pdf>

- Erdur, B. Ergin, A. Turkcuer, I. Parlak, I. Ergin, N. & Boz, B. (2006). A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emergency Medicine Journal*, 23(10), 759-763. doi: 10.1136/emj.2006.035071
- Eróstegui C, Gutierrez O y Espada G. (2010). Síndrome de Burnout en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UMSS junio - julio 2009. *Revista Médico-Científico Luz y Vida*, 1(1) 5-8. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3646001>
- Estela-Villa., L. M., Jiménez-Román C. R., Landeo-Gutiérrez J. S., Tomateo-Torvisco, J. D. y Vega-Dienstnaier, J. M. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista Neuropsiquiátrica*, 73(4), 147-156. doi.org/10.20453/rnp.v73i4.1700
- Fernández, I., Teva, I. y de la Paz, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009
- Flores-Villavicencio, M.E., Troyo-Sanromán, R., Valle, M. A. y Vega-López, M.G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/17075>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. & Martinussen, M. (2001). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76. doi: 10.1002/mpr.143

- Galli, E., Feijóo, L., Roig, I. y Romero, S. (2002). Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Revista Medica Herediana*, 13(1), 19-25. doi: 10.20453/rmh.v13i1.716
- Gómez, -A. B., Montero, -M. J., Demarzo, M. M. P., Pereira, J. P. y García, -C. J. (2013). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 245-253. Recuperado de <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=763>
- Hernández, -V. C. I., Dickinson, M. E. y Fernández, O. M. A. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(1), 11-14. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081c.pdf>
- Hylton, R. Batcheller, J. Schoroeder, K & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal Of Critical Care*. 24(5), 412-422. doi: 10.4037/ajcc2015291
- Juárez, -G. A. Idrovo, A. Camacho, -Á. A. y Plasencia, -R. O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 37, 159-176. doi:10.17711/SM.0185-3325.2014.020
- Jurado, S., Enedina, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-3. doi: 10.4067/S0718-48082012000100001

- Kötter, T., Tautphäus, Y., U Obst, K., Voltmer, E. & Scherer, M. (2016). Health-promoting factors in the freshman year of medical school: a longitudinal study. *Medical Education*, 50(6), 646-656. doi: 10.1111/medu.12987
- Luna, L., Mayor, A. y Taype, A. (2015). Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de Medicina Humana: un problema escasamente estudiado en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(1), 83-84. doi:10.15381/anales.v76i1.11082
- Lusilla-Palacios, P. y Castellano-Tejedor C. (2014, Noviembre). *Resiliencia y burnout: ¿Dos caras de la misma moneda en profesionales sanitarios?* Poster de sesión presentado en el seminari del CORE: Vulnerabilitat, Resiliència i Biomarcadors en Psicopatologia, Barcelona, 1e. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280153158_Resiliencia_y_burnout_Dos_caras_de_una_misma_moneda_en_profesionales_sanitarios
- Maslach C. & Jackson S. (1981). *Manual Maslach Burnout Inventory*. USA: Consulting Psychology.
- Maslach, C. Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Masten, S. y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345-361. doi: 10.1017/S095457941200003X

- Masten, S. y Cicchetti, D. (2012). Risk and resilience in developmental psychopathology: the legacy of Norman garmezy. *Development and Psychopathology*, 24(2), 333-334. doi: 10.1017/S0954579412000016
- Mealer, M. Jones, J. Newman, J. McFann, K. Rothbaum, B. & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in ICI nurses: Results of a national survey. *International journal of nursing studies*. 49(3), 292-299. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015
- Molina, C. y Delia, M. (2013). Resiliencia y Burnout en trabajadores de urgencias de un hospital público de San Juan, Argentina. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en 2015 de <http://www.aacademica.com/000-054/298>
- Mousa, O., Dhamoon, M., Lander, S. & Dhamoon, A. (2016). The MD Blues: under-recognized depression and anxiety in medical trainees. *PLOS ONE*, 11(6). doi: 10.1371/journal.pone.0156554
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 8va ed. ver. electrónica. España. http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15(2), 77-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011361>

- Ortega, M., Ortiz, G. y Martínez, A. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica*, 32(2), 235-242. doi.org/10.4067/S0718-48082014000300006
- Palomar, J. y Gómez, N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272010000100002
- Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C... Esmail A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674
- Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., . . . Xu, Y. (2012). Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Research*. 196(1), pp. 138-141. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.006
- Preciado M, y Vázquez J. (2010) Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48(1): 11-19. doi.org/10.4067/S0717-92272010000200002
- Poletto, M. y Koller, H. (2006). Resiliência: perspectiva conceitual e histórica. En: Dellaglio, D. D. , Koller, s. H. y Yunes, M. a. M (edts). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Reyes A., Medina M., y Mesa X. (2012). Estudio de síndrome de Burnout, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 9(1): 14-20. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/lil-699537>
- Ríos, M. I., Carrillo, C. y Sabuco, E., (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974537>
- Riveros, R. A., González, Q. E. y Mazón, R. J. J. (2012). Caracterización psicológica en alumnos de medicina de una macrouniversidad pública. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(1), 55-70. Recuperado de <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/236/204>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), pp. 211-218.
- Rodríguez, M., Samiguel, M., Muñoz, A. y Rodríguez, C. (2014). El estrés en estudiantes de medicina al inicio y al final de su formación académica. *Revista Iberoamericana de Educación*, (66), 105-122.
- Romo, N. F., Tafoya, S. A. y Heinze, G. (2013). Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental*, 36(5), 375-379. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500004&lng=es.

Rosales, R. Y. (2012). Estudio unidimensional del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de Holguín. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 36(116), 521-545. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16574>

Rosales, Y. y Rosales, F. (2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*, 36(4), 337-345. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009

Ruesga, J. y Carrasquero, E. (2010). Fatiga y resiliencia en el personal médico de los hospitales públicos. *Multiciencias*, 10, 271-277. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90430360015>

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028

Santander, T. J., Romero, S. M., Hitschfeld, A. M. y Zamora, A. V. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 49(1): 47-55. doi:10.4067/S0717-92272011000100006

Santen, S., Holt, D., Kemp, J. & Hemphill, R. (2010) Burnout in medical students: Examining the prevalence and associated factors. *Southern Medical Journal*, 103(8), 758-764. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181e6d6d4

- Stavroula, L. & Aditya, J. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/hazard_psychosocial/en/
- Shi, M. Wang, X. Bian, Y & Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study. *MBC Medical Education*. 15(16), 1-7. doi: 10.1186/s12909-015-0297-2
- Tapia, V. R. M., Núñez, T. R. M., Salas, P. R. S. y Rodríguez, O. A. R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*, 21(4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems05407.html
- Tempiski, P., Santos, I. S., Mayer, F. B., Enns, S. C., Perotta, B., Paro, H. B., . . . Martins, M. A. (2015). Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. *PLoS ONE*, 10(6), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0131535
- Terrones, S. M. C., Rosas, C. A., García, H. M. P., Moreno, C. H., Prieto M. J., Reyes R. M. E. (2010). Comparación de los niveles de ansiedad y depresión entre estudiantes del último año de la carrera de medicina de la UAA e internos de pregrado del estado de Aguascalientes. *Lux Médica*, 5(15), 9-14. Recuperado de www.uaa.mx/direcciones/dgdv/editorial/docs/luxmedica28.pdf

- Terrones, S. M., Rosas, C. A. y Reyes, R. M. (2014). Comparación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes del último año de medicina de dos universidades de México. *Lux Médica*, 28, 13-21. Recuperado de <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjnPDi6P7OAhVFOSYKHUM5DWQQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uaa.mx%2Fdirecciones%2Fdgdv%2Feditorial%2Fdocs%2Fluxmedica28.pdf&usg=AFQjCNG4Lxda8TuSZ4CBEzVfahcl5dSXLO>
- Torres, T. M., Hernández, P. M., Castillo, N. P., Coronado, A. O y Cerezo, R. S. (2009). Relación entre promedio escolar y tres indicadores de ansiedad en estudiantes de medicina. *Universitas Psychologica*, 8(1), 61-86. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a6.pdf
- Toews, A. J., Lockyer, J. M., Dobson, D. J. & Brownell, A. (1993). Stress among residents, medical students, and graduate science (MSc/PhD) students. *Academic Medicine*, 68(10, Suppl), S46-S48. Recuperado de http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1993/10000/Stress_among_residents,_medical_students,_and.42.aspx
- Toews, J. A., Lockyer, J. M., Dobson, D. J. G., Simpson, E., Brownell, A. Keith W., . . . Gerald S. (1997). Analysis of stress levels among medical students, resident, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Academic Medicine*, 72(11), 997-1002. Recuperado de http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1997/11000/Analysis_of_stress_levels_among_medical_students.19.aspx

- Uribe-Prado, J., F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista de Psicología Ocupacional*. 26(1), 7-21. Recuperado de http://www.cincel.com.co/rg_26_1.php
- Uribe-Prado, J., F. (2010) Escala de Desgaste Ocupacional (EDO). México: Editorial Manual Moderno.
- Velasco, V., Suárez, G., Córdova, S., Luna, L. y Mireles, S. (2015). Niveles de resiliencia en una población de estudiantes de licenciatura y su asociación con variables familiares y académicas. *Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Iberoamérica*, 1(2). Recuperado de www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/viewFile/490/529
- Zwack, J. & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382-389. doi: 10.1097/ACM.0b013e318281696b

Anexos

Anexo A

Datos sociodemográficos de los médicos internos.

Variables		M	D.E.	Mínimo	Máximo
Edad		23.32	1.16	22	30
Horas en el hospital		87.73	19.63	40	150
Semanas en el servicio		5.03	1.10	1	7
		N (%)			
Sexo					
	Hombre	34 (47.2%)			
	Mujer	38 (52.8%)			
Ciclo de internado					
	Ene-Dic 2016	40 (55.6%)			
	Jul 2016-Jun 2017	32 (44.4%)			
Área de rotación					
	Ginecología y Obstetricia	9 (12.5%)			
	Urgencias	14 (19.4%)			
	Pediatría	9 (12.5%)			
	Medicina Familiar	20 (27.8%)			
	Medicina Interna	8 (11.1%)			
	Cirugía	12 (16.7%)			
Número de opción para realizar el internado					
	Primera	67 (93.1%)			
	Segunda	3 (4.2%)			
	Tercera	2 (2.8%)			
Universidad de procedencia					
	UNAM	20 (27.8%)			
	ULSA CDMX	14 (19.4%)			
	BUAP	13 (18.1%)			
	UPAEP	9 (12.5%)			
	ULSA Victoria	7 (9.7%)			

Anexo A (continuación)

Variables	N (%)
Universidad de procedencia	
UDLAP	2 (2.8%)
ESME IPN	2 (2.8%)
UA Chiapas, UA Sinaloa, UAEH, UA Guerrero, Universidad Juárez	1 (1.4%)
Entidad federativa de origen	
CDMX	34 (47.2%)
Puebla	13 (18.1%)
Tamaulipas	7 (9.7%)
Morelos	3 (4.2%)
Oaxaca	3 (4.2%)
Guerrero	2 (2.8%)
Tuxtla	2 (2.8%)
Chiapas, Durango, Hidalgo, Michoacán, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz	1 (1.4%)
Estado civil	
Soltero	52 (72.2%)
Con pareja	18 (25%)
Casado	2 (2.8%)
Hijos	
Si	0
No	72 (100%)
Becado	
Si	39 (54.2%)
No	33 (45.8%)

Anexo A (continuación)

Variables		N (%)
Apoyo económico familiar		
	Si	69 (95.8%)
	No	2 (2.8%)
Vive con		
	Sólo	14 (19.4%)
	Compañero	23 (31.9%)
	Pareja	2 (2.8%)
	Familia	33 (45.8%)
Trabaja		
	Si	3 (4.2%)
	No	69 (84.7%)
Enfermedad		
	Si	11 (15.3%)
	No	61 (84.7%)

Anexo B

Cuestionario sociodemográfico.



División de Enseñanza de Pregrado
División de Estudios Profesionales, Facultad de
Psicología UNAM



Datos generales

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este cuestionario permitirá recabar información para una investigación sobre el estado emocional de médicos internos; los datos que proporcionas son confidenciales y anónimos, sólo se utilizarán con fines estadísticos. Por favor contesta todas las preguntas y no dejes alguna sin contestar.

Gracias por tu participación.

1. ¿Cuál es tu edad? _____ años.
2. Sexo: M _____ F _____
3. ¿A qué ciclo de internado perteneces? Ene-Dic 2016 _____ Jul 2016-Junio 2017 _____
4. ¿Cuántas horas a la semana en promedio pasas en el hospital realizando tu internado médico? _____ hrs.
5. ¿En qué servicio o área del hospital te encuentras realizando tu internado actualmente?
Ginecología y Obstetricia _____ Urgencias _____ Pediatría _____ Medicina Familiar _____
Medicina Interna _____ Cirugía General _____
6. ¿Cuántas semanas llevas rotando en el servicio o área en que te encuentras actualmente? _____
7. ¿Este hospital fue tu primera opción para realizar tu internado? Si _____ No _____
8. En caso de responder **No** a la pregunta anterior, ¿Qué número de opción fue? _____
9. Universidad _____ de _____ procedencia:

10. Entidad federativa de origen: _____
11. Estado civil: Casado _____ Con pareja _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____
12. ¿Tienes hijos? Si _____ No _____
13. ¿Cuántos? Núm. _____
14. ¿Tienes beca? Si _____ No _____
15. ¿Cuentas con apoyo económico de tu familia? Si _____ No _____

16. ¿Con quién vives? Solo___ Con compañeros ___ Con familia ___ Con mi pareja___
17. ¿Trabajas además de realizar tu internado? Si___ No___
18. En caso de responder **SI**. ¿Cuántas horas trabajas a la semana? _____hrs.
19. ¿Padeces alguna enfermedad? Si___ No ___
20. ¿Cuál? _____
21. ¿En este momento estás tomando algún tratamiento médico? Si___ No___
22. Si contestaste **SI** a la pregunta anterior, indica cuál y para qué:
-

20. ¿Cuánto tiempo lo has tomado? _____
21. ¿Tienes algún tipo de problemática familiar? Si___ No___
22. De la siguientes opciones selecciona todas las que sean ciertas para tu caso.
- Muerte de algún familiar___ Enfermedad de algún familiar___ Cambio de hogar___
- Psicopatología parental___ Desestructuración familiar___
- Nuevo matrimonio de los padres___ Violencia___ Mala relación con los padres___ Problemas de crianza___ Desapego y abandono parental___
- Disfunción familiar___ Crisis de pareja___ Conflicto con hermanos___
- Otro:_____

Anexo C

Inventario de Ansiedad de Beck

BAI

INSTRUCCIONES

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Síntomas	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Gravemente
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Temblor en las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inseguridad				
Sentirse atemorizado o asustado				
Nervioso				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Inquietud				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Rubor fácil, sonrojamiento				
Sudoración (no debido al calor)				

Anexo D

Inventario de Depresión de Beck.

BDI

INSTRUCCIONES

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge **una** oración de cada grupo que mejor describa la manera en la que te sentiste la semana pasada incluyendo hoy y márcala.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- Me siento tan triste que no puedo soportarlo.

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que las personas en general.
- Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
- Siento que soy un completo fracaso como persona.

- No me siento decepcionado de mí mismo.
- Me siento decepcionado conmigo mismo.
- Estoy disgustado conmigo mismo.
- Me odio.

- No me siento que este siendo castigado.
- Siento que puedo ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

- En general no me siento desalentado por el futuro.
- Me siento desalentado por mi futuro.
- Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
- Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
- No disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
- No obtengo verdadera satisfacción de nada.
- Estoy insatisfecho con todo.

(Continúa...)

- No me siento culpable.
- Me siento culpable una gran parte del tiempo.
- Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

- No pienso en suicidarme.
- Pienso en el suicidio pero no lo llevaría a cabo.
- Quisiera suicidarme.
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- No creo ser peor que otras personas.
- Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
- Siempre me culpo por mis fallas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

- No estoy más irritable de lo normal.
- Me enojo o irrito con más facilidad que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- Ya no me irritan las cosas por las que solía hacerlo.

- Tomo decisiones con la misma facilidad que antes.
- Evito tomar decisiones.
- Tengo gran dificultad para tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar decisiones.

- Puedo trabajar igual de bien que antes.
- Me cuesta un esfuerzo especial iniciar algo.
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- No puedo realizar ningún trabajo.

- No he perdido peso.
- He perdido más de 2.5 kg (sin dieta).
- He perdido más de 5 kg (sin dieta).
- He perdido más de 7.5 kg (sin dieta).

(Continúa...)

- No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- Apenas me siento atraído por el sexo.
- He perdido todo el interés por el sexo.

- No lloro más de lo usual.
- Lloro más de lo que solía hacerlo.
- Actualmente lloro todo el tiempo.
- Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido gran parte del interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

- No creo que mi aspecto haya empeorado.
- Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo.
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome el atractivo
- Creo que mi aspecto es feo y repulsivo.

- Duermo tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.

- Mi apetito no es peor a lo normal.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho peor.
- He perdido el apetito.

- No estoy preocupado por mi salud.
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestares estomacales, estreñimiento.
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- Estoy tan preocupado por mi salud que no puedo pensar en otras cosas.

Anexo E

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional.

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

INSTRUCCIONES

A continuación se te presentarán una serie de enunciados a los cuales debes responder considerando tu forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; te pedimos que contestes de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utiliza las **hojas de respuesta (F02)** anexas, marcando con una "X" el recuadro correspondiente a la respuesta que describa mejor tu forma de pensar, sentir y actuar.

Se te presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo van en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis respuestas**.

Ejemplo tipo 1:

1. Considero que es importante asistir a fiestas

TD							TA
	x						

No escriba en este cuadernillo.

1. Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por la mañana para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por la mañana con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.
6. Siente cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.

13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si los trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

(Continúa)...

INSTRUCCIONES

En el segundo tipo de enunciados te pedimos que respondas **¿con qué frecuencia...?** Has tenido cierto padecimiento, debes contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

Ejemplo tipo 2:

¿Con qué frecuencia...?

1. Tienes sangrado por la nariz

NUNCA			SIEMPRE		
	x				

Las preguntas que no corresponde a su sexo, déjelas en blanco.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que duermes en exceso (más de 8 horas diarias).
32. Te sientes deprimido (muy triste).
33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
34. Tienes dolores de cabeza.
35. Sientes dificultades para deglutir.
36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
37. Te has desmayado.
38. Tiene dolor durante tus relaciones sexuales.
39. Sientes indiferencia sexual.
40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
41. Te sientes desesperado (ansioso).
42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
44. Sufres de intolerancia a diferentes alimentos.
45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.)
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en ciertas partes del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p.e. Roncar).

52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.
55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres nauseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (ej. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estas con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.

64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **65, 66, 67** son sólo para **hombres**, las preguntas **68, 69, 70** sólo para **mujeres**.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.
68. Tu menstruación es irregular.
69. Tienes perdida menstrual excesiva (sangrado).
70. Durante tu periodo menstrual, sufres dolores insoportables que limitan tus actividades.

HOJA DE RESPUESTAS F02

	Totalmente Desacuerdo					Totalmente de Acuerdo
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						
26.-						
27.-						
28.-						
29.-						
30.-						

	NUNCA				SIEMPRE
31.-					
32.-					
33.-					
34.-					
35.-					
36.-					
37.-					
38.-					
39.-					
40.-					
41.-					
42.-					
43.-					
44.-					
45.-					
46.-					
47.-					
48.-					
49.-					
50.-					
51.-					
52.-					
53.-					
54.-					
55.-					
56.-					
57.-					
58.-					
59.-					
60.-					
61.-					
62.-					
63.-					
64.-					
65.-					
66.-					
67.-					
68.-					
69.-					
70.-					

Anexo F
Escala Mexicana de Resiliencia.

RESI-M

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones. Por favor indica con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elijas para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No dejes de contestar ninguna de ellas.

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2. Sé dónde buscar ayuda.				
3. Soy una persona fuerte.				
4. Sé muy bien lo que quiero.				
5. Tengo el control de mi vida.				
6. Me gustan los retos.				
7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8. Estoy orgulloso de mis logros.				
9. Sé que tengo habilidades.				
10. Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11. Creo que voy a tener éxito.				
12. Sé cómo lograr mis objetivos.				

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14. Mi futuro pinta bien.				
15. Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16. Estoy satisfecho conmigo mismo.				
17. Tengo planes realistas para el futuro.				
18. Confío en mis decisiones.				
19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20. Me siento cómodo con otras personas.				
21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22. Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25. Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26. Disfruto de estar con otras personas.				
27. Sé cómo comenzar una conversación.				
28. Tengo una buena relación con mi familia.				

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29. Disfruto de estar con mi familia.				
30. En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
31. En nuestra familia, disfrutamos de hacer actividades juntos.				
32. Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34. Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.				
35. Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36. Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37. Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38. Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.				
39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40. Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41. Prefiero planear mis actividades.				
42. Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43. Soy bueno para organizar mi tiempo.				

Anexo G

Consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se les invita a todos los médicos internos a participar en el estudio titulado “Niveles de ansiedad, depresión, desgaste ocupacional y resiliencia en médicos internos del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Al firmar este documento se acepta la participación voluntaria en la evaluación.

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. Los objetivos de la presente investigación son los de identificar los niveles de ansiedad, depresión, desgaste ocupacional y resiliencia en médicos internos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” ya que, en el internado médico se ha identificado que existe un riesgo de vulnerabilidad en el estado emocional que afecte en el desarrollo tanto profesional como personal del médico en formación, impactando en la calidad de la atención que brinda a los pacientes. Cabe destacar que los resultados obtenidos solo identificarán niveles de sintomatología y no un diagnóstico formal.
- II. Se me ha explicado que deberé contestar varios cuestionarios autoaplicables y validados que contienen preguntas sobre mi persona relacionados con la ansiedad, depresión, desgaste ocupacional y resiliencia. Los cuestionarios no serán identificados, la información que yo brinde es totalmente anónima, y los resultados obtenidos serán reportados de manera global de acuerdo al ciclo académico del internado al cual pertenezca. Por tanto, mi privacidad será respetada. Se me ha explicado también que se me preguntarán datos personales como estado civil, número de hijos, tratamiento médico y problemas familiares; que no forman parte de los cuestionarios que valoran los niveles de ansiedad, depresión, desgaste emocional y resiliencia; y que estoy en mi derecho de reservarme esta información. Dicha evaluación me tomará alrededor de 30

minutos. El equipo de investigadores brindarán en una siguiente fase, información acerca de estos tópicos, así como estrategias para su manejo. En caso de que identifique en mí alguno de estos síntomas y requiera ayuda, la Maestra en Psicología Nancy Elizabeth Rangel Domínguez puede brindarme atención psicológica sin costo alguno, o bien referirme a la atención especializada que requiera.

- III. Los cuestionarios han sido realizados por profesionistas en el área y no suelen causar molestias; en caso de que así sucediera, las personas entrevistadoras son psicólogos que pueden ayudarme a resolver dudas o malestares emocionales.
- IV. El conocimiento obtenido en estudio ayudará a este hospital a identificar los puntos a fortalecer en los médicos internos para su mejor desarrollo tanto personal como profesional durante esta etapa e impactar en la calidad de atención al paciente.
- V. Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación, considerando que los resultados no son personales.
- VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi relación educativa por parte de la institución.
- VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantenga la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, no se publique mi nombre o revele mi identidad.
- VIII. Este estudio no cuenta con financiamiento externo, por lo que ni los investigadores ni los participantes inscritos a la investigación tendrán algún beneficio económico.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación _____ en _____ el _____ proyecto, _____ yo _____ acepto participar en el estudio titulado: Niveles de ansiedad, depresión, desgaste ocupacional y resiliencia en médicos internos del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Nombre y firma del participante _____

Nombre, y firma del testigo 1 _____

Dirección: _____

Relación que guarda con el participante: _____

Nombre, y firma del testigo 2 _____

Dirección: _____

Relación que guarda con el participante: _____

Nombre y firma del Investigador Principal:

Dr. Rodolfo Vick Fragoso _____

Nombre y firma de quienes aplican el consentimiento informado:

Psic. Cynthia Magaly Díaz Juárez. Investigadora Asociada Principal.

Mtra. Psic. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez. Investigadora Asociada

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio está participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Weingerz Mehl, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-3032.

Ciudad de México a 7 de noviembre 2016.

2ª versión.

Anexo H
Rangos obtenidos para la Escala Mexicana de Resiliencia.

	Mínimo	Máximo	Rango	Rangos de puntuación		
				<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>
Puntaje total	70	129	59	70-89	90-109	110-129
Fortaleza y confianza (D1)	29	57	28	29-38	39-47	48-57
Competencia social (D2)	7	24	17	7-12	13-18	19-24
Apoyo familiar (D3)	5	18	13	5-9	10-13	14-18
Apoyo social (D4)	9	15	6	9-11	12-13	14-15
Estructura (D5)	3	15	12	3-7	8-11	12-15

Anexo I

Niveles de los tres factores de burnout y síntomas psicosomáticos de los internos que tenían seis meses en el hospital (MIP1) y un año (MIP2).

	MIP1 (n = 32)	MIP2 (n = 40)
	N (%)	N (%)
Agotamiento emocional		
Bajo	1 (3.1%)	1 (2.5%)
Medio bajo	6 (18.8%)	3 (7.5%)
Medio	0 (0%)	1 (2.5%)
Medio alto	6 (18.8%)	11 (27.5%)
Alto	15 (46.9%)	15 (37.5%)
Muy alto	4 (12.5%)	9 (22.5%)
Despersonalización		
Bajo	1 (3.1%)	6 (15%)
Medio bajo	12 (37.5%)	7 (17.5%)
Medio	1 (3.1%)	7 (17.5%)
Medio alto	10 (31.3%)	7 (17.5%)
Alto	5 (15.6%)	11 (27.5%)
Muy alto	3 (9.4%)	2 (5%)

Anexo I (continuación)

	MIP1 (n = 32)	MIP2 (n = 40)
	N (%)	N (%)
Insatisfacción de logro		
Bajo	4 (12.5%)	3 (7.5%)
Medio bajo	17 (53.1%)	15 (37.5%)
Medio	3 (9.4%)	2 (5%)
Medio alto	6 (18.8%)	9 (22.5%)
Alto	2 (6.3%)	7 (17.5%)
Muy alto	0 (0%)	4 (10%)
Síntomas psicossomáticos		
Bajo	5 (15.6%)	3 (7.5%)
Medio bajo	12 (37.5%)	12 (30%)
Medio	1 (3.1%)	0 (0%)
Medio alto	8 (25%)	11 (27.5%)
Alto	2 (6.3%)	10 (25%)
Muy alto	4 (13%)	4 (10%)

Anexo J

Niveles de los cinco factores de resiliencia evaluados por la RESI-M en los internos que tenían seis meses en el hospital (MIP1) y un año (MIP2).

	MIP1 (n = 32)	MIP2 (n = 40)
	N (%)	N (%)
Fortaleza y confianza		
Alto	4 (12.5%)	9 (22.5%)
Medio	8 (25%)	12 (30%)
Bajo	20 (62.5%)	19 (47.5%)
Competencia social		
Alto	3 (9.4%)	7 (17.5%)
Medio	16 (50%)	13 (32.5%)
Bajo	13 (40.60%)	20 (50%)
Apoyo familiar		
Alto	6 (18.8%)	6 (15%)
Medio	1 (3.1%)	2 (5%)
Bajo	25 (78.1%)	32 (80%)
Apoyo social		
Alto	3 (9.4%)	2 (5%)
Medio	6 (18.8%)	9 (22.5%)
Bajo	23 (71.9%)	29 (72.5%)
Estructura		
Alto	3 (9.4%)	7 (17.5%)
Medio	15 (46.9%)	15 (37.5%)
Bajo	14 (43.8%)	18 (45%)