



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS**

TESIS

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Citlali Marín Galindo

DIRECTOR DE TESIS

Mtra. Gabriela Romero García



® Facultad
de Psicología

Ciudad Universitaria, CDMX, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	15
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
MATERIAL Y MÉTODOS	17
CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE BURNOUT.....	18
1.1. Antecedentes históricos	
1.2. Definición.....	21
1.3. Epidemiología.....	22
1.4. Etiopatogenia	24
1.4.1. Factores de riesgo contextuales	
1.4.1.1. Factores de riesgo ambientales.....	25
1.4.1.2. Factores de riesgo organizacionales	
1.4.1.3. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo	26
1.4.1.4. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales de trabajo	
1.4.1.5. Factores de riesgo relativos a los cambios supraorganizativos	27
1.4.1.6. Variables sociales extra-laborales	
1.4.2. Factores de riesgo individuales	28
1.5. Cuadro clínico	30

1.5.1. Cuadro clínico individual.....	31
1.5.2. Cuadro clínico organizacional o colectivo.....	34
1.5.3. Fases del síndrome de burnout	
1.5.4. Clasificación.....	36
1.6. Diagnóstico.....	37
1.6.1. Diagnóstico diferencial	41
1.6.1.1. Estrés general	
1.6.1.2. Fatiga física	42
1.6.1.3. Depresión	43
1.6.1.4. Tedio o aburrimiento.....	44
1.6.1.5. Insatisfacción laboral	
1.6.1.6. Alexitimia	45
 CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS	46
 2.1. Epidemiología.....	51
2.2. Etiopatogenia	53
2.2.1. Factores de riesgo contextuales	54
2.2.1.1. Factores de riesgo organizacionales	
2.2.1.2. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo	68
2.2.1.3. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales de trabajo.....	80
2.2.1.4. Factores de riesgo relativos a los cambios supraorganizativos	86
2.2.1.5. Variables sociales extra-laborales	89
2.2.2. Factores de riesgo individuales	90

2.2.2.1. Razones por las que la medicina se elige como profesión: ¿Por qué estudiar medicina?	
2.2.2.2. Concepto que los médicos tienen de la medicina, la salud y la enfermedad.....	92
2.2.2.3. Actitudes de los médicos ante su propia salud	99
2.2.2.4. Estado de salud y estilo de vida de los médicos.....	103
2.2.2.5. Nivel socioeconómico	107
2.2.2.6. Personalidad perfeccionista	108
 CAPÍTULO 3. FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS	110
 3.1. Concepto de estrés	
3.2. Criterios de clasificación del estrés	112
3.3. Fisiología del estrés.....	115
3.3.1. Sistemas fisiológicos activados en la respuesta de estrés	
3.3.2. Otras implicaciones funcionales del estrés	122
3.4. Impacto del estrés en la salud	123
3.4.1. Alteraciones cognitivas	127
3.4.2. Alteraciones psicopatológicas.....	129
 CAPÍTULO 4. PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS	131
4.1. ¿Qué es la psicoeducación?	136
4.1.1. Objetivos de la psicoeducación	137
4.1.2. Aplicaciones de la psicoeducación	
4.1.3. Metodología de la psicoeducación.....	138

4.1.4. Evaluación de un programa de psicoeducación	142
4.2. Psicoeducación como una propuesta para la prevención del síndrome de burnout en médicos	
DISCUSIÓN	151
CONCLUSIONES	159
APÉNDICE	
1. Programa académico del curso propedéutico:	
“LO QUE DEBES SABER ANTES DE SER MÉDICO”	163
REFERENCIAS.....	166

RESUMEN

El síndrome de burnout es una enfermedad profesional y riesgo de trabajo caracterizado, por el conjunto de signos y síntomas de agotamiento físico y psíquico, que presentan aquellas personas que se encuentran en formación académica, entrenamiento y/o activo laboral, y sin antecedentes psicopatológicos, cuando las demandas de la actividad que desempeñan, así como, los factores estresores del ambiente de aprendizaje y/o de trabajo, exceden su capacidad de respuesta biológica y psicológica, mermándose paulatinamente su desempeño y calidad de vida.

Dada la naturaleza de la profesión y la manera en que se lleva a cabo la formación académica, los médicos, en asociación con este síndrome, presentan las tasas más altas de suicidio, estrés, depresión, ansiedad y otros problemas de salud que la población general y otros profesionistas.

Tomando en cuenta que tanto las conductas saludables como las de riesgo se aprenden, mantienen o modifican, se propone a la psicoeducación como una estrategia de prevención primaria del síndrome de burnout en médicos, para que en combinación con los enfoques de la psicología de la salud, la psicología cognitivo-conductual y la psicología positiva, se incida en la cultura médica, enseñando nuevos valores desde el primer año de la licenciatura, para que desde el inicio, los futuros médicos incorporen la experiencia de salud en su aprendizaje y vida cotidiana, para que a partir de ello, sean capaces de asistir e influir en la salud de su gremio y de la sociedad, ya que el aprendizaje por sí mismo, implica un cambio.

Palabras clave: síndrome de burnout, médicos, psicoeducación.

INTRODUCCIÓN

La medicina es una profesión que por naturaleza corresponde a un acto de ayuda, pero por la ideología bajo la que se educa al médico y la forma y condiciones de trabajo en las que ejerce, da pie a cuestionar si en realidad se constituye en un acto de ayuda.

Desde que una persona decide hacer de la medicina su profesión, debe estar consciente de que es una carrera larga y sumamente demandante y que por tal, es más de resistencia que de velocidad. Pero, ¿hasta qué punto podrá conservar dicha resistencia, si tendrá que anteponer las necesidades del servicio sobre las propias? Como se podrá apreciar, de manera silenciosa, se le predispone al médico, desde que inicia su formación profesional, a que renuncie a su propia salud, para brindar asistencia desde la enfermedad, haciéndolo entrar en un círculo vicioso de constante déficit y desbalance en el que deberá cubrir altas expectativas y exigencias con recursos, frecuentemente, precarios, hasta colapsar en el síndrome de burnout. Por lo que cabe preguntarse, si en verdad:

- ¿Será apto para prestar sus servicios?
- ¿Tendrá en claro el cometido de su profesión?
- ¿Comprende a lo que los términos *ayuda* y *salud* se refieren?
- ¿Conoce el sentido en que fluye el acto de ayuda y hacia quiénes va dirigido?
- ¿Será consciente de su naturaleza humana y del impacto que tendrá su conducta sobre sí mismo, colegas, pacientes, familia y comunidad?

Y por último,

- ¿notará las incongruencias entre lo que prescribe y la forma en que contribuye a su propia salud?

Diversos estudios internacionales han revelado que la prevalencia del síndrome de burnout entre los estudiantes de medicina y los médicos en ejercicio va del 42.3% al 50% (Álvarez & Pérez, 2014; Dyrbye et al., 2009; Medeiro, Muñoz, Ramírez, &

Ramírez, 2012; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014; Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014; Rosales & Rosales, 2013; Yusoff et al., 2013).

Por su elevada frecuencia, a partir del año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró al síndrome de burnout como riesgo de trabajo, ya que los perjuicios a la salud que ocasiona, trae consigo consecuencias laborales, como: ineficiencia, absentismo, cambios frecuentes de trabajo e incluso, el abandono del mismo (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006), así como, comorbilidades derivadas del estilo de vida, malos hábitos de salud y estrés crónico, continuo e intenso (sustrato del burnout), que corresponden a enfermedades crónico degenerativas y trastornos psicológicos y psiquiátricos, que ocupan los primeros lugares de morbilidad mundial, como: diabetes, hipertensión, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, abuso de drogas psicoactivas, depresión, ansiedad y síndrome de estrés postraumático (Álvarez & Pérez, 2014; Arango et al., 2010; Balances energéticos, 2001; Becoña & Oblitas, 2004; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008; Dunn, Green Hammond, Lehrmann, Moutier, & Weiss Roberts, 2008; Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración, 2001; Introducción al estudio del estrés, 2001; Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014; Padrós, 2009; Worley, 2008).

El estrés es precisamente, el estado psicológico que más efectos perjudiciales tiene en la salud (Becoña & Oblitas, 2004). Pero, a pesar de ello, el síndrome de burnout en México, aún no se encuentra tipificado como riesgo o enfermedad de trabajo dentro de la Ley Federal del Trabajo (Guzmán, 2012).

Por su parte, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) indicó que México ocupa el primer lugar mundial en estrés laboral, con jornadas excesivas y menos días de vacaciones al año que otros países: 500 horas más que el promedio de Estados Unidos, España, Francia, Alemania, Chile y Canadá (Villaseñor, 2016).

Conforme al modelo biopsicosocial, el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales es el determinante de los procesos de salud y enfermedad, lo cual, implica que ambos tienen una causación compleja y que sus efectos tienen impacto en varios niveles. A diferencia del modelo biomédico, que se enfoca sólo en los aspectos bioquímicos del proceso salud-enfermedad y que asume que el

cuerpo y la mente existen por separado, al ser el primero una entidad física, y el segundo, una entidad espiritual, el modelo biopsicosocial sustenta que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y no como algo que le es concedido como un don.

Para comprender el proceso de interacción entre las variables biológicas, psicológicas y sociales, la teoría de sistemas establece que todos los niveles de organización, en cualquier ente, están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás (como el estrés, en este caso). Desde este modelo, se insiste en que el médico debe comprender además de los factores biológicos, los factores psicológicos y sociales que subyacen a la enfermedad, con el objeto de abordarla adecuadamente (Becoña & Oblitas, 2004; Fundamentos de promoción, 2014; La psicología de la salud, 2009).

La salud constituye uno de los valores capitales para *cualquier* ser humano, incluyendo al médico. Es un valor universal, un derecho humano que trasciende las diferencias culturales y nuestra condición de especie, ya que el principio Darwinista de supervivencia del más fuerte nos remite a la idea de salud como elemento conceptual básico. Así mismo, la salud no es sólo cuestión de una tecnología que permita reparar los sistemas biológicos del organismo.

Hasta no hace más de un siglo, se creía que el hombre se encontraba pasivo frente a su salud, ya que se consideraba que la mayoría de las enfermedades mortales o potencialmente letales estaban causadas por agentes externos y que poco o nada podía hacer por controlar y/o evitar tales causas. No contemplaba que él mismo, contribuía de manera activa a su salud o enfermedad a través de su propia conducta (incluyendo tanto pensamientos, actitudes, creencias, motivaciones, emociones como acciones).

Pero, esto ha cambiado. Ahora se sabe que el modo en que las personas pensamos y nos comportamos constituye una de las claves más importantes para entender los procesos involucrados en la adquisición, mantenimiento o la destrucción de nuestra salud. Por lo cual, es preciso desvelar los motivos que subyacen al comportamiento, esto es, el sistema de creencias en el que se fundamenta la conducta de salud de las personas de un determinado contexto, si es que se desea, realmente, ejercer

algún tipo de influencia. También, habrá que concebir a la salud como un continuo en lugar de categoría; como un objetivo y a su vez como un método (Fiorentino, 2004; La psicología de la salud, 2009; Pascual & Ballester, 1997).

La Carta de Ottawa de 1986 para la Promoción de la Salud clarificó el concepto de *promoción de la salud*, estableciendo que es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Del mismo modo, identificó los prerequisites para la salud como: la paz, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, y recursos, como: la educación, la alimentación y los ingresos; resaltando el rol de las organizaciones, sistemas y comunidades, y las conductas y capacidades individuales, para crear oportunidades y elecciones, para lograr una mejor salud.

Que el considerar tanto los aspectos individuales como los sociales y ambientales, puede incrementar el éxito de la promoción de la salud, ya que de acuerdo a la evidencia empírica, el estado de salud de las personas muestra una gran relación no sólo con los estilos de vida o patrones de comportamiento sino (también) con su nivel socioeconómico y las condiciones de vida, que a su vez, son determinantes y efecto de dicho estatus, tales como: los niveles educativo y de ingresos, las condiciones de trabajo, el grado de accesibilidad a servicios sanitarios o los entornos físicos (grado de contaminación del aire y del agua, condiciones de habitabilidad de la vivienda, disponibilidad de zonas verdes o de centros de reuniones que faciliten la convivencia entre los miembros de la comunidad, entre otros), el grado de inseguridad o violencia de la sociedad, el nivel de justicia y cohesión sociales y el grado de respeto a los derechos civiles.

En este sentido, las intervenciones de promoción de la salud más eficaces serían las de amplio alcance, es decir, las que estén dirigidas tanto al cambio de conducta de los individuos, para orientarla a la salud, como a la modificación del ambiente físico y social, para hacerle más saludable y evitar la desigualdad. Las acciones encaminadas a la promoción de la salud se aplican tanto en el nivel individual como en el colectivo, pues no sólo buscan cambios en las personas sino que también, pretende fortalecer la capacidad de los grupos o comunidades para actuar colectivamente (Fundamentos de promoción, 2014).

De este modo, lo que se pretende a través de la psicoeducación en combinación con la psicología de la salud, la psicología cognitivo conductual y la psicología positiva, como estrategia de prevención primaria del síndrome de burnout en médicos, es incidir en la parte cognitiva de la conducta de los médicos, para que generen actitudes y acciones que den lugar a un ambiente de trabajo armónico y a un desarrollo profesional y personal francos, concientizando que para que el acto de ayuda tenga efecto en la sociedad, deberán comenzar por aplicarlo desde y entre ellos mismos, como individuos y grupo profesional, ya que al ser orientadores de la salud de otros, son necesariamente responsables de la suya propia.

El blanco de las estrategias de la educación y del aprendizaje en temas de salud son precisamente, las actitudes, que constituyen nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos; son una predisposición estable que conforma en cada persona un sistema complejo que le permite ordenar y determinar su relación y conducta con el medio ambiente. Constituyen la forma que tenemos de reaccionar ante nuestros valores y creencias, y fundamentan la raíz de nuestra conducta.

Las actitudes se conforman de tres componentes elementales: cognitivo, afectivo y conativo o conductual. El componente cognitivo se refiere al conocimiento, opinión, idea, creencia o pensamiento que la persona tiene sobre algún objeto, persona o suceso. El componente afectivo se refiere a los sentimientos o evaluación de los aspectos positivos o negativos de ese objeto de actitud. El factor comportamental indica la conducta en presencia del objeto, persona o situación.

Las actitudes se caracterizan fundamentalmente porque:

- Son adquiridas como resultado de las experiencias personales, y que por tanto, pueden aprenderse mediante la educación en diferentes contextos.
- Son estables, difíciles de modificar, pero su naturaleza es dinámica, pudiendo hacerse más fuertes o debilitarse.
- Son perfectibles, al adquirir grados de mayor o menor eficacia en función de la coherencia o consistencia de nuestras acciones, en relación a las actitudes que las sustentan.

- Constituyen la base de nuestro comportamiento; el fundamento de nuestras conductas y hábitos.
- Son transferibles, al poder extrapolarse a diferentes objetos y de modos diversos.

Las actitudes se adquieren a partir de las vivencias del individuo como resultado de sus aprendizajes en relación a sí mismo, otros y la sociedad. En el contexto social, las actitudes se adquieren de tres formas:

- A través de la experiencia directa con un objeto, persona o situación.
- Mediante la observación de los efectos de un estímulo sobre otra persona que se toma de referencia y que se considere digna de imitación, sobre todo si es del propio grupo (aprendizaje vicario).
- Por los medios de comunicación masiva, en los que constantemente, se están describiendo las características, atributos, cualidades y defectos de diferentes estímulos (personas, objetos o situaciones), lo que permite a las personas formar sus actitudes frente a estos estímulos.

Así pues, las actitudes en general y aquellas relacionadas con la salud, si bien son relativamente estables, se adquieren, y por tanto, aunque sean difíciles de modificar, pueden debilitarse o fortalecerse en función de la eficacia percibida o la coherencia que guardan en torno al objeto sobre el que se generaron. No sólo se trata de crear actitudes positivas hacia ciertos estilos de vida sino (también) de asegurar un aprendizaje significativo de determinados conceptos, procedimientos y habilidades personales y sociales.

Una vez logrado el cambio actitudinal, lo que se espera es que se lleven a cabo conductas saludables, las cuales, al igual que las actitudes, se explican mediante las teorías del aprendizaje, en cuanto a su adquisición y mantenimiento. En este sentido, destacan principalmente, el papel del aprendizaje vicario, el modelado, y sobre todo del reforzamiento. Por otra parte, la teoría de la atribución y la concepción personal de salud están claramente relacionadas. Las atribuciones

causales que realizamos de los elementos sociales de nuestro entorno tienen implicaciones en la comprensión del pensamiento del niño con respecto a la salud. Continuamente, las personas hacen atribuciones causales, algo que se define como, la tendencia instrumental de ir más allá de la información que se posee, para:

- Simplificar el procesamiento de la información acerca del mundo (estereotipos).
- Aumentar el grado de control que ejercemos sobre nuestro medio ambiente.
- Justificar nuestro comportamiento (disminución de las disonancias cognitivas).
- Explicar fenómenos de difícil significación (atribución mágica de la causa de las enfermedades).

Por último, la psicología cognitiva-sociocultural señala que el ser humano es un aprendiz de pensamiento que aprende en situaciones formales e informales, que está ampliamente influido por su contexto sociocultural y que además de tener conocimientos en un nivel consciente, tiene una amplia variedad de mitos, hábitos, actitudes y valores en un plano inconsciente que generalmente, no cuestiona.

Desde esta perspectiva psicológica, se considera que para ser experto en un determinado ámbito del conocimiento, se precisa de la complementariedad del conocimiento formal o escolar con el conocimiento práctico y cotidiano, así como, del currículum implícito y de la cultura de masas, ya que aparecen como variables imprescindibles en cualquier proceso de descripción, interpretación e intervención en educación para la salud (Pascual & Ballester, 1997).

Ante estos planteamientos, interrogantes y estadísticas, lo que se pretende a través del presente trabajo es:

- a) Aportar a la literatura sobre el síndrome de burnout.
- b) Aportar a la literatura sobre el síndrome de burnout en médicos.
- c) Sustentar al síndrome de burnout como una enfermedad profesional y riesgo de trabajo, derivada de la exposición prolongada y continua a niveles elevados de estrés.
- d) Fomentar la intervención de la psicología en los servicios de salud, mediante el diseño e implementación de medidas de prevención, promoción y educación para la salud, para así, continuar con la labor de propender hacia una cultura de prevención.
- e) Evidenciar la necesidad de reestructurar la cultura médica desde la educación, para la mejora del ambiente de aprendizaje, competencias profesionales, condiciones de trabajo y calidad de los servicios, para equilibrar las fuerzas de tensión a las que se somete el médico y lograr que se desenvuelva dentro de un círculo virtuoso.
- f) Destacar la contribución de la psicología en la promoción de la salud, la prevención y la intervención en la enfermedad, y el análisis de las políticas sanitarias, mediante la psicoeducación como una propuesta de prevención primaria del síndrome de burnout en médicos, en combinación con los enfoques de la psicología de la salud, la psicología cognitivo-conductual y la psicología positiva, para la promoción de la salud en este sector profesional y lograr de esta manera, una medicina y sociedad saludables.
- g) Instar a que la formación profesional del médico sea una actividad educativa y no sólo de instrucción.
- h) Presentar a la medicina como un acto de ayuda.
- i) Que dentro del acto de ayuda en el que participan el solicitante (paciente) y el prestador (médico), centrar también el foco de atención en este último.
- j) Que en el acto de ayuda, la medicina se incline más hacia la cooperación y parta de la salud de sus profesionistas, para influir en la comunidad en el desarrollo de conductas saludables y favorecer la adherencia terapéutica, para el logro de una sociedad igualmente, saludable.
- k) Exhortar a los médicos a que se conciban y acepten como seres humanos.

- l) Concientizar a los médicos que al igual que los pacientes, son vulnerables a la enfermedad (tanto física como mental).
- m) Advertir que los médicos, como seres humanos que son, también tienen derecho a la salud.
- n) Instar a los médicos a que pongan en práctica en ellos mismos los conocimientos de su profesión para que cultiven y preserven su salud, como requisito básico, indispensable y obligatorio para poder prestar sus servicios.
- o) Ampliar la visión que tienen los médicos sobre su quehacer y los conceptos de *salud y enfermedad*.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué tanto se ha estudiado el síndrome de burnout?
2. ¿Cuáles son las causas del síndrome de burnout en médicos?
3. Desde el punto de vista laboral, ¿qué importancia tiene para el gremio médico la salud de su recurso humano?
4. ¿Cómo conciben los médicos a su profesión?
5. ¿Cómo conceptualizan los médicos la salud y la enfermedad?
6. ¿Cuál es la actitud de los médicos hacia su propia salud?

OBJETIVO GENERAL

Explicar y comprender la forma en que el comportamiento y el estilo de vida de los médicos influyen en el desarrollo del síndrome de burnout, para generar estrategias de prevención desde la psicología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar un abordaje integral del síndrome de burnout desde la perspectiva del modelo biopsicosocial y una reflexión detallada sobre la dinámica en la que se desenvuelve la profesión médica, para así, comprender la génesis de esta entidad clínica dentro de sus practicantes.
2. Enfatizar y detallar la manera en que los componentes psicológicos o comportamentales, tanto individuales como colectivos, influyen en el proceso salud-enfermedad, a través de la relación mente-cuerpo.
3. Explicar el síndrome de burnout desde el estrés como su sustrato.
4. Mostrar los efectos del estrés sobre la salud.
5. Evidenciar al síndrome de burnout como un problema de salud pública y enfermedad y riesgo de trabajo propio, más no exclusivo, del gremio médico.
6. Visualizar la educación médica como el punto de partida para la prevención del desarrollo del síndrome de burnout en los médicos, al ser el medio por el cual se construyen actitudes, creencias y conocimientos que preceden, influyen y determinan el comportamiento de los médicos.
7. Conceptualizar la salud como el valor principal del quehacer médico, al ser el origen de la fuerza necesaria para realizar cualquier actividad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina es una profesión sumamente demandante en la que de manera contradictoria, el proceder de sus profesionistas parte desde la enfermedad, al formarse y ejercer dentro de un clima organizacional hostil que pondera las necesidades del servicio sobre el bienestar, que les predispone a desarrollar el síndrome de burnout. De este modo se advierte claramente, que existe un error conceptual y procedimental en cuanto al acto de ayuda en el que se constituye la medicina, al limitarlo al escenario de la relación médico-paciente, en el que el conocimiento se aplica únicamente, en favor de los pacientes. La medicina también está dirigida hacia los médicos mismos, como seres humanos que son, ya que al

igual que los pacientes, son vulnerables a la enfermedad, tienen derecho a la salud y son responsables de velar por la suya propia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación documental acerca del síndrome de burnout, el síndrome de burnout en médicos, el estrés (al ser el pilar del síndrome de burnout) y la psicoeducación, consultando revistas electrónicas arbitradas, a través del acceso a las siguientes bases de datos: *Artemisa, Embase, Elsevier, Imbiomed, Ovid, Pubmed, Scielo, Science Direct y Springer*, así como, libros electrónicos e impresos, y material complementario, como: el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, la Ley Federal del Trabajo, la Ley General de Salud, la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica, la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003 relativa a la utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, gacetas y boletines de la cámara de diputados y senadores. Dada la complejidad del tema de investigación, su abordaje fue interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario.

CAPÍTULO 1.

SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. Antecedentes históricos

La palabra *burnout* proviene de la jerga de los deportistas para describir el contraste de las expectativas que el individuo genera en torno a la forma en que logrará una determinada meta frente a los resultados obtenidos. De este modo, éste experimentaba frustración y desmotivación al no obtener los resultados esperados por más que hubiera entrenado para conseguirlos (Álvarez & Fernández, 1991; Rosales & Rosales, 2013).

Fuera del contexto deportivo, el estudio de este fenómeno fue iniciado en la década de los setenta del siglo XX, por el psicoanalista alemán Herbert Freudenberger y la psicóloga estadounidense Christina Maslach, recibiendo aportaciones de otros investigadores hasta la celebración de la I Conferencia Nacional sobre el Burnout en noviembre de 1981, en Filadelfia, en la que los trabajos que se expusieron, fueron realizados sobre pequeñas muestras y experiencias propias (Álvarez & Fernández, 1991).

Posteriormente, el interés de la comunidad científica fue aumentando debido a tres factores fundamentales (Perlman & Hartman, 1982; citados en Álvarez & Fernández, 1991):

- a) La importancia cada vez mayor que los servicios humanos han ido adquiriendo como partícipes del bienestar individual y de la colectividad.
- b) La valoración y mayor exigencia que los usuarios hacen de los servicios sociales, educativos o sanitarios.
- c) La evidencia, cada vez mayor, de los efectos perjudiciales del estrés y el ambiente sobre la salud de las personas.

El término burnout fue descrito, por primera vez en 1974, por Herbert Freudenberger tras observar cambios en sí mismo de haber perdido mucho de su idealismo y

simpatía por sus pacientes, y obtener los resultados de un proyecto que condujo durante un año con voluntarios que trabajaban con toxicómanos en los que observó, que en su mayoría, sufría una pérdida de energía caracterizada por: agotamiento, despersonalización, cinismo (o deshumanización), desmotivación e insatisfacción por el trabajo y síntomas de ansiedad y depresión, que culminaban en un pobre desempeño laboral; definiéndola como el conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que desarrollan los individuos como resultado de una actividad laboral que demanda de manera excesiva: energía, recursos personales y fuerza espiritual (Fidalgo, 2006; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014).

Pero, fue Christina Maslach quien dio a conocer esta palabra de forma pública en 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (A.P.A.), para referirse a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos, que después de meses o años de estar desempeñando sus actividades acababan "quemándose" (Álvarez & Fernández, 1991).

Tras haber estudiado algo que denominaba *pérdida de responsabilidad profesional*, describiría al síndrome desde la perspectiva psicosocial y sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona, como una entidad clínica que se presenta exclusivamente en las profesiones de ayuda (por ejemplo, en el personal de sanidad y de educación que prestan servicio al público), ya que éstas implican una carga emocional excesiva. De ahí que conceptualizara al síndrome como *desgaste o agotamiento profesional* (Martínez, 2010).

En estos primeros estudios ponderó la importancia de las diferencias individuales (como la personalidad previa) sobre la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. Y fue así que en 1986, en colaboración con Jackson, definió al síndrome de burnout como "*un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*" (Fidalgo, 2006).

Dos años más tarde Pines y Aronson (1988; citados en Fidalgo, 2006) completaron la definición, al considerar que las excesivas demandas psicológicas no se dan

únicamente en el servicio directo al público, sino también, en otros ámbitos laborales, como: puestos directivos, trabajo comercial, política, deporte, entre otros. Además, Pines destacó la importancia de la prevención desde la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, el modo de supervisión y las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo profesional con que cuenta el trabajador.

De este modo, estos investigadores definieron al síndrome de burnout como "*el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales*".

A diferencia de ellos, Brill (1984; citado en Fidalgo, 2006) propuso las condiciones de trabajo como la principal fuente del síndrome de burnout, explicando que una vez que el trabajador se ve afectado, si no hay una intervención externa dirigida al cambio de las condiciones laborales, éste no conseguirá recuperar su salud. Que el síndrome no se presenta a causa de un salario insuficiente, incompetencia o por algún tipo de discapacidad o trastorno mental subyacente. Según este investigador, el síndrome de burnout es "*el estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa*" (Fidalgo, 2006). Tras estas contribuciones fue como dicha expresión comenzó a difundirse por la literatura científica, hasta llegar al desarrollo de las escalas de evaluación para su detección (Roman, 2003; citado en Betancur et al., 2012), para describir la actitud negativa que muestran ciertos empleados de la salud y de otros sectores laborales hacia ellos mismos, su trabajo y los demás, a razón del afrontamiento ineficaz del estrés laboral, al que están expuestos de manera prolongada (Martínez, 2010; Maslach & Schaufeli, 1993; citados en Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

1.2. Definición

Debido a la complicada traducción de la palabra inglesa *burnout* tanto al español como a cualquier otro idioma, por hacer referencia a términos coloquiales como: “quemado”, “consumido”, “tronado” o “reventado”, y a que en las publicaciones de corte científico es el término más utilizado para referirse al síndrome en cuestión, a lo largo del presente trabajo, también se respetará su disposición en anglicismo, no sin antes dar a conocer sus nombres alternos: síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006; Madrigal, 2006; Martínez, 2010; Segura, 2014). Para entrar en materia, se comenzará por definir el término *síndrome*. De acuerdo al diccionario médico El gran Harper Collins ilustrado (2005), corresponde al “conjunto de signos y síntomas que aparecen a la vez con una regularidad razonable” (p.887). Signo, es “cualquier indicio objetivo perceptible para el examinador, que indica enfermedad” (p.883). Y síntoma, equivale a “las sensaciones subjetivas de dolor o malestar del paciente” (p.895).

Por tanto, con base en estas definiciones y lo descrito en los antecedentes históricos, el síndrome de burnout se definiría como una enfermedad profesional y riesgo de trabajo caracterizado por el conjunto de signos y síntomas de agotamiento físico y psíquico, que presentan aquellas personas que se encuentran en formación académica, entrenamiento y/o activo laboral, y sin antecedentes psicopatológicos, cuando las demandas de la actividad que desempeñan, así como, los factores estresores del ambiente de aprendizaje y/o de trabajo, exceden su capacidad de respuesta biológica y psicológica, mermándose paulatinamente su desempeño y calidad de vida.

1.3. Epidemiología

Poco se sabe sobre la prevalencia del síndrome de burnout, sin embargo, de la información que se dispone en la literatura, hasta el momento, es que en numerosos estudios que fueron realizados en la década de los 90 del siglo XX, investigadores de diferentes naciones encontraron que en los países occidentales y subdesarrollados es mayor (Maslach et al., 2001; citados en Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013).

En cuanto a la frecuencia, se presenta predominantemente, en prestadores de servicios con cargas excesivas de trabajo que están vinculadas con el contacto directo y el bienestar de las personas, como: médicos, paramédicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, funcionarios de prisiones, bomberos y demás. Algunos investigadores que han estudiado estos colectivos, han notado porcentajes de prevalencia que oscilan entre el 10% y el 50% de los trabajadores afectados (Fidalgo, 2006; Villaseñor, 2016; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

No obstante, como se mencionó en el apartado de definición, el síndrome de burnout no es exclusivo de estas profesiones, como tampoco del sector laboral formal, ya que también lo llegan a presentar otros prestadores de servicios que no cursaron una carrera técnica o una licenciatura, así como, en aquellos que se desenvuelven en el sector laboral informal. De esta manera, lo pueden padecer: abogados, arquitectos, economistas, ingenieros, técnicos, deportistas, vendedores ambulantes, recepcionistas, meseros, choferes, amas de casa, entre otros (Madrigal, 2006; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & SanMiguel, 2014; Villaseñor, 2016; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Por otra parte la presentación del síndrome de burnout es indistinta de la jerarquía laboral, ya que lo pueden desarrollar: supervisores, directores, gerentes, personal de jerarquía menor a las anteriores y en entrenamiento (Fidalgo, 2006). Así mismo, el síndrome puede hacerse presente en estudiantes y desempleados (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). En el caso de los estudiantes se debe a que, al igual que cualquier trabajador, mantienen una relación de compensación directa e indirecta con la institución universitaria, evidenciada en apoyos económicos, becas, reconocimientos o premios (Rosales & Rosales, 2013).

Por su elevada frecuencia, a partir del año 2000, la OMS consideró al síndrome de burnout como riesgo de trabajo, ya que los perjuicios a la salud que ocasiona trae consigo consecuencias laborales, como: ineficiencia, absentismo, cambios frecuentes de trabajo e incluso, el abandono del mismo (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006). Pero, a pesar de ello, en México, aún no se encuentra tipificado como tal dentro de la Ley Federal del Trabajo (Guzmán, 2012).

Por su parte, la OCDE indicó que México ocupa el primer lugar mundial en estrés laboral, con jornadas excesivas y menos días de vacaciones al año que otros países: 500 horas más que el promedio de Estados Unidos, España, Francia, Alemania, Chile y Canadá (Villaseñor, 2016).

Desde el punto de vista institucional, el contar con personal que lo padezca, favorece al deterioro del ambiente laboral, ya que es generador de conflictos interpersonales con los compañeros de trabajo y la familia (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007; Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013).

En general, el síndrome de burnout puede presentarse tanto en hombres como en mujeres de entre 30 a 50 años de edad, sin embargo, en múltiples investigaciones se ha observado que las mujeres son más propensas a padecerlo debido a los efectos de la subordinación social, inequidad de género, desempeño de doble rol en el que hay desequilibrio entre las labores domésticas (incluidas las responsabilidades familiares) y del lugar de trabajo, acoso sexual y violencia doméstica (Betancur et al., 2012; Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013; Fidalgo, 2006; Madrigal, 2006). Del mismo modo, el síndrome se presenta más frecuentemente en gente joven (entre los 30 y 40 años o menores) debido a impericia laboral (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

Por otro lado, los resultados sobre la posible relación directa del estado civil, número de hijos, antigüedad laboral y el salario con la aparición del síndrome, aún no son contundentes.

1.4. Etiopatogenia

En realidad no existen causas específicas del síndrome de burnout, sino más bien, factores de riesgo que las determinan, que son (Bakker & Costa, 2014; Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013; Kaschka, Korczak, & Broich, 2011):

- Contextuales.
- Individuales.

1.4.1. Factores de riesgo contextuales

De acuerdo a la teoría de las demandas y recursos laborales de Bakker y Demerouti (2007, 2011, 2014; citados en Bakker & Costa, 2014) los recursos laborales juegan un papel fundamental en la relación entre las demandas de trabajo y el síndrome de burnout. Los recursos laborales se conforman por los aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que contribuyen y facilitan el logro de los objetivos de trabajo haciendo que se reduzcan las demandas laborales y sus costes, y se promueva el crecimiento personal a través de un trabajo significativo. Así, si los empleados se perciben autónomos, reciben retroalimentación objetiva, tienen apoyo social o una buena relación con su supervisor, serán capaces de cubrir exitosamente con las exigencias de su puesto.

Por tanto, si hay un desequilibrio entre las demandas y los recursos laborales, éstos se transformarán en factores de riesgo contextuales. Es decir, que si por un lado las demandas de trabajo son altas y por otro los recursos laborales son precarios, el síndrome de burnout se desarrollará más fácilmente.

De esta manera, las causas del síndrome de burnout se clasifican dentro de seis grandes grupos de factores de riesgo contextuales (Fidalgo, 2006; Madrigal, 2006; Martínez, 2010):

- Factores de riesgo ambientales.
- Factores de riesgo organizacionales.
- Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo.

- Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales de trabajo.
- Factores de riesgo relativos a los cambios supraorganizativos.
- Variables sociales extra-laborales.

1.4.1.1. Factores de riesgo ambientales

Los factores de riesgo ambientales corresponden a los elementos físico-químicos del lugar de trabajo, como son:

- Exceso de ruido.
- Iluminación inadecuada.
- Aireación inadecuada.
- Temperatura (alta o baja).
- Higiene deficiente.
- Toxicidad.
- Altos niveles de radiación.
- Disponibilidad de espacio reducida.

1.4.1.2. Factores de riesgo organizacionales

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- Establecimiento de metas poco realistas.
- Exceso de competitividad.
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.
- Exceso de burocracia (burocracia profesionalizada).
- Falta de participación de los trabajadores.
- Falta de coordinación entre las unidades.
- Falta de formación práctica de los trabajadores, en nuevas tecnologías.
- Falta de refuerzo o recompensa.
- Falta de desarrollo profesional.
- Estilo de dirección inadecuado.

1.4.1.3. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo

- Escasez de personal.
- Contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte.
- Sobrecarga de trabajo.
- Trabajo en turnos.
- Contrato por honorarios o por tiempo indefinido.
- Mecanización.
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado y similares).
- Ambigüedad de rol.
- Carga emocional excesiva.
- Falta de control de los resultados de la tarea.
- Falta de apoyo social.
- Tareas inacabadas que no tienen fin.
- Poca autonomía decisional.
- Insatisfacción en el trabajo.

1.4.1.4. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales de trabajo

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
- Relaciones conflictivas en la organización y con clientes o usuarios.
- Acoso laboral o mobbing (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).
- Falta de apoyo social por parte de supervisores y compañeros tanto de la misma área de trabajo como de otras.
- Individualismo.
- Proceso de contagio social del síndrome de burnout.
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales.

1.4.1.5. Factores de riesgo relativos a los cambios supraorganizativos

- Cambios tecnológicos que implican cambios en la concepción del trabajo y un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria, que a su vez, provocan una mayor desinformación y desorientación entre los prestadores y los receptores de servicios (Segura, 2014).
- Globalización y alta competitividad (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).
- Especialización (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).
- Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio.
- Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión.
- Cambios en la cultura de la población usuaria, "la sociedad de la queja".
- Cambios en los programas de servicio.
- Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo.
- Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria y que requiere de un cambio de roles.

1.4.1.6. Variables sociales extra-laborales

Las variables sociales extra-laborales se refieren al apoyo social proveniente de las relaciones familiares y de amistad que en ausencia, se consideran como factor de riesgo y potenciadores de otros estresores, ya que permiten que el individuo se sienta querido, valorado y cuidado, al contribuir en: la modificación de su percepción de los estresores, la creación de estrategias de afrontamiento eficaces y mejorar el estado de ánimo, motivación y autoestima. Así mismo, se consideran en esta categoría otros factores, como: la falta de realización de actividades recreativas, deportivas y de ocio (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000), así como, la inequidad de género, carencia de servicios de salud laboral, nutrición e higiene inadecuadas, sistemas de transporte deficientes e insuficientes y pobreza en general (Houtman et al., 2007; citados en Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013).

1.4.2. Factores de riesgo individuales

Poco se sabe sobre la forma en que el individuo contribuye al desarrollo del síndrome de burnout, dado el dilema en si se trata de una respuesta pasiva de los individuos hacia el ambiente de trabajo o si éstos ejercen una influencia activa sobre él.

Sin embargo, Bakker y Costa (2014) propusieron:

- el estatus socioeconómico y
- la personalidad de los empleados, como los factores de riesgo individuales.

Así mismo, Gil-Monte y Peiró (2000) sugirieron que

- la falta de vocación podría considerarse como otro factor de riesgo individual.

La personalidad influye en la manera en que las personas perciben su entorno de trabajo y por consiguiente, en la forma en que afrontan las demandas laborales. De esta forma, si hay discrepancia entre las demandas de trabajo y la personalidad y el estatus socioeconómico de los empleados, tendrán lugar serias reacciones de estrés, ya que los empleados se encontrarán frente a exigencias que no van de acuerdo con sus conocimientos y preferencias. Los rasgos de personalidad más frecuentemente asociados son: baja autoestima, personalidades pasivas y rígidas con dificultades de adaptación al entorno e individuos con altas expectativas de desarrollo (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

La inestabilidad emocional y el perfeccionismo juegan un papel significativo, debido a que estas características predisponen a los empleados a responder de una forma desadaptativa frente a las demandas de trabajo en comparación con aquellos que son optimistas y que tienen alta autoestima, porque estos últimos consideran que tienen bajo control su ambiente de trabajo al saberse capaces de solventar los problemas que lleguen a surgir (Bakker & Costa, 2014).

Cuando un individuo es perfeccionista, tiende a preocuparse en exceso por los detalles. Y si la situación laboral no le permite cumplir las tareas cotidianas de un modo perfecto, experimentará una gran frustración, que en lo sucesivo, lo irá desgastando paulatinamente, hasta culminar con el síndrome de burnout.

Quienes se caracterizan por un perfil reactivo, determinado por la necesidad de obtener compensaciones de forma inmediata, también sufrirán mayor decepción, frustración y ansiedad (Madrigal, 2006).

Fidalgo (2006) consideró otros factores de riesgo individuales, que como podrá observarse, por sí mismos, son necesarios para realizar cualquier actividad (excepto el patrón de conducta tipo A y locus de control externo), pero cuando se disponen en sus extremos (bajo o alto), se convierten en factores de riesgo. Estos son:

- Alta motivación para la ayuda o alto grado de altruismo.
- Alto grado de idealismo.

Las expectativas excesivas y los ideales desapegados de la realidad suelen provocar una actitud compulsiva y agotadora, que cesará bruscamente dejando al individuo exhausto y con el burnout a punto de iniciarse. Por ejemplo, quien estudia medicina con ideales humanistas y soñando ser feliz ejerciendo su profesión con altas expectativas, puede verse defraudado ante la realidad del trabajo cotidiano, la naturaleza, la respuesta de muchos pacientes ante las consultas y hasta del mismo sistema de salud.

- Alto grado de empatía.
- Tendencia a la sobre implicación emocional.
- Constancia en la acción.

- Personalidad responsable.

Si el sentido de responsabilidad del individuo es muy elevado, corre el riesgo de experimentar constantemente angustia y sobre involucrarse con su actividad laboral, al grado de que el trabajador no disponga de tiempo para el descanso y tiempo libre, que es fundamental para su recuperación física y emocional (Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013; Madrigal, 2006).

- El estilo de afrontamiento.

Las personas, que emplean estrategias de carácter activo o centrado en el problema, reflejan menor agotamiento profesional que las que utilizan estrategias de evitación o escape o centradas en la emoción (Madrigal, 2006).

- Baja autoestima.
- Habilidades sociales deficientes.
- Baja autoeficacia.
- Patrón de conducta tipo A.
- Locus de control externo.

1.5. Cuadro clínico

Dado que en el desarrollo del síndrome de burnout intervienen factores de riesgo individuales y contextuales, y a que su impacto abarca tanto el nivel individual como colectivo, se abordará el cuadro clínico desde estos dos enfoques, destacando un cuadro clínico individual y otro organizacional o colectivo, para mostrar de esta manera, que el individuo no sólo se enferma sino (también) la corporación laboral.

1.5.1. Cuadro clínico individual

Gracias a los hallazgos de Maslach y Susan (1981; citados en Betancur et al., 2012), se sabe que el síndrome de burnout se compone de tres dimensiones:

1. Agotamiento emocional.

Que es el rasgo fundamental e incluye síntomas como pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico y una sensación de estar al límite.

2. Despersonalización.

Que funge como un mecanismo de defensa en el que el individuo desarrolla actitudes negativas hacia los demás, mostrándose distanciado y deshumanizado (o cínico) en el trato con los clientes y compañeros de trabajo, utilizando etiquetas despectivas hacia éstos, como tratando de culparles de sus frustraciones.

3. Disminución de la percepción de autorrealización.

Que es la sensación de inadecuación personal y profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso, que provienen de la percepción de agotamiento de recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo, por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por el individuo o por los valores propios de la sociedad o la institución donde labora (Dickinson, Fernández, & Hernández-Vargas, 2008).

De esta forma, el síndrome de burnout se resume en tres frases principales:

“no doy más”, “no me importa”, “no valgo” (Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012).

No obstante, no son los únicos datos clínicos que se presentan en este síndrome. Otros signos y síntomas son (Betancur et al., 2012; Fidalgo, 2006):

- Manifestaciones psicósomáticas:

Fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, infecciones respiratorias, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales. Además, el síndrome de burnout es un factor de riesgo para la diabetes tipo 2 (Bakker & Costa, 2014) y trastornos del funcionamiento sexual (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006).

- Manifestaciones conductuales:

La primera expresión de este tipo es el retiro psicológico y físico, donde el individuo físicamente está presente, pero mentalmente en otra parte (Madrigal, 2006). Al respecto, Bakker y Costa (2014) destacaron dos tipos principales de conducta: absentismo laboral y presentismo.

Otras manifestaciones conductuales, son: cambios bruscos de humor, hiperactividad, conductas violentas y comportamientos impulsivos que ponen en riesgo la vida y la integridad propia y la de otros, como: conducir a alta velocidad, realizar juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos interpersonales, aislamiento y comunicación deficiente.

Este tipo de comportamientos no sólo afecta al desempeño individual sino (también) al colectivo, ya que los empleados que se encuentran sanos, dedican tiempo a tratar de ayudar a sus compañeros que están enfermos (quienes no desean ser ayudados), corriendo el riesgo de dañar también su propia salud (Roe, 2003; citado en Bakker & Costa, 2014).

- Manifestaciones emocionales:

Sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, impaciencia, irritabilidad, sentimientos de soledad, temor a llegar a ser una persona poco estimada, actitudes defensivas que acusan distanciamiento afectivo, tales como: dificultad para aceptar

los sentimientos propios y negación de las emociones, como mecanismo de defensa frente a una realidad que es percibida como desagradable.

Para evitar las experiencias negativas, los individuos tienden a suprimir información de manera consciente, desplazar sentimientos hacia otras situaciones, prestar atención de manera selectiva y tender a la intelectualización. Así mismo, rechazan la ayuda de otros en sus actividades laborales (les desagrada o evitan trabajar en equipo).

Por otro lado, los individuos también experimentan sentimientos de culpa ante su comportamiento, porque hacen conciencia de él. Pueden aparecer síntomas psicopatológicos de depresión. De hecho, Hakanen y Schaufeli (2012; citados en Bakker & Costa, 2014) revelaron que existe una relación directa entre el síndrome de burnout y la insatisfacción existencial que por ende, conducirá a la depresión.

- Manifestaciones cognitivas:

Dificultad para concentrarse, realizar razonamientos abstractos, memorizar, emitir juicios y tomar decisiones, y reducción de la flexibilidad de pensamiento que hace que el individuo sea intolerante a la frustración y a los cambios.

Por tanto, el conjunto de estas manifestaciones hará que el individuo requiera de mayor tiempo para completar sus actividades y mayores descansos. Pero, llegará el momento en que estas estrategias serán insuficientes y entonces, él mismo contribuirá a que aumente la carga de trabajo, ya que se sumará el trabajo rezagado con los requerimientos actuales que sin duda, influirá a que perciba una mayor carga de trabajo y se perciba a sí mismo incompetente.

1.5.2. Cuadro clínico organizacional o colectivo

Con base en lo arriba descrito, si alguno o unos cuantos individuos comienzan a desarrollar el síndrome de burnout, con el tiempo, el efecto será sumatorio y se hará colectivo; habrá contagio por contacto emocional (Cáceres, Echevarría, Ghilarducci, & Pomares, 2010), la corporación laboral enfermará y conforme a Carod-Artal y Vázquez-Cabrera (2013), también será una fuente de pérdidas económicas que irá del 10 al 20% del producto interno bruto (PIB) de un país. Por poner un ejemplo, estos investigadores señalaron que en Canadá el ausentismo laboral, relacionado al estrés, tiene un costo de 3.5 billones de dólares al año; en Australia, 8,000 dólares por persona al año y en Holanda 4 billones de euros al año. Los datos clínicos de una organización enferma, son (Fidalgo, 2006):

- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Pérdida de la productividad.
- Escasez de personal.
- Aumento de rotaciones.
- Mala calidad de los servicios que se prestan.
- Aumento de quejas por parte de los usuarios o clientes.
- Involucramiento en procesos judiciales por injurias a los usuarios o clientes.
- Desprestigio empresarial.

1.5.3. Fases del síndrome de burnout

La mayoría de investigadores ha considerado que los signos y síntomas que conforman al síndrome de burnout pueden permanecer estables en un periodo de tiempo comprendido entre 5 a 11 años. Pero, Bakker y Costa (2014) advirtieron que dicha estabilidad se debe a que el síndrome de burnout no ha sido estudiado propiamente como un proceso, y sugirieron que se haga. Por lo que, en esta

sección, se describirán las fases que lo componen y su clasificación, para dar cuenta de su evolución.

El síndrome de burnout tiene un comportamiento de carácter cíclico, es decir, que puede presentarse en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral, a lo largo de 5 fases (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006; Fidalgo, 2006; Martínez 2010):

I Fase inicial de entusiasmo.

Ante el nuevo puesto de trabajo, el individuo se muestra entusiasmado, generando altas y positivas expectativas, desenvolviéndose con gran energía.

II Fase de estancamiento.

Al no cumplirse las expectativas que el individuo generó en torno a su nuevo puesto de trabajo, éste se decepciona y comienza a enfocar su atención en las deficiencias contextuales, percibiendo que la relación entre su contribución profesional y los resultados obtenidos de ella no es equilibrada. Y al no haber equilibrio entre las demandas y los recursos se instala el estrés, haciendo que el individuo se perciba incapaz de dar una respuesta eficaz.

III Fase de frustración.

El individuo, al percibir que su contribución carece de utilidad, experimenta frustración, desilusión y desmoralización ante sus acciones. El trabajo comienza a perder sentido. El individuo se torna irritable y conflictivo. La salud empieza a mermarse, apareciendo problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

IV Fase de apatía.

En esta fase, tienen lugar mecanismos de defensa que se manifiestan a través de respuestas de afrontamiento defensivo-evitativo, como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, y la anteposición de la satisfacción de las necesidades propias sobre la prestación de un servicio de calidad al cliente.

V Fase de quemado.

Se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo, y serias afectaciones en la salud que pueden obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

1.5.4. Clasificación

Conforme a los signos y síntomas, y la severidad de los mismos, Betancur et al. (2012) clasificaron al síndrome en tres grados de afección:

- Grado 1.

Signos y síntomas de agotamiento emocional que desaparecen con distracciones o pasatiempos.

- Grado 2.

Síntomas más constantes y que cuesta más sobreponerse a ellos. La preocupación sobre la efectividad se vuelve el centro de atención, los empleados se vuelven negativos y fríos con sus compañeros y con las personas a quienes prestan sus servicios.

- Grado 3.

Síntomas continuos con problemas psicológicos y físicos, llegando hasta la depresión. La persona se aísla y la hostilidad trasciende hacia sí misma y a sus relaciones interpersonales más íntimas, como la pareja, familia y amigos.

Como se podrá apreciar, el impacto de este síndrome comprende a la totalidad del ser humano, afectando las tres esferas que lo constituyen: biológica, psicológica y social. Y que si llega a manifestarse en su máxima expresión, puede llegar a ser una enfermedad incapacitante.

1.6. Diagnóstico

Aunque la psiquiatría aún no considera al síndrome de burnout como un trastorno mental o de la conducta, ya sea por las semejanzas que guarda con la depresión, ansiedad o trastornos de adaptación (Carrillo-Esper, Espinoza, & Gómez, 2012), o por no cumplir con los criterios diagnósticos de los manuales internacionales de diagnóstico psicopatológico, como CIE o DSM (Kaschka, Korczak, & Broich, 2011), y por ende, no aparecer en ellos por ser considerados como *diagnósticos problemáticos, ausentes o estigmatizantes* (Evans et al., 2014), no quiere decir que no sea una enfermedad (Fidalgo, 2006; Segura, 2014), ya que es un concepto multidimensional que abarca signos y síntomas físicos y emocionales de impacto individual y social (Cáceres et al., 2010; Carrillo-Esper et al., 2012; Villaseñor, 2016), que reúne cabalmente los criterios de la Organización Internacional del Trabajo, para ser incluido en la lista de enfermedades profesionales (Jiménez & Mesén, 2010):

- Que la enfermedad tenga una relación causal directa con la exposición al agente, proceso, ambiente de trabajo u ocupación específica que la produce.
- Se presente entre grupos de trabajadores afectados con una frecuencia que exceda la incidencia media en el resto de la población.

- Que exista evidencia científica de un patrón bien definido de la enfermedad.

Por esta razón, en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) está tipificado dentro del capítulo XX, código Z73, como una afección propia de las personas que están en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias, que presentan problemas relacionados con dificultades con el modo de vida, cuyas causas son de extrema morbilidad y mortalidad (Fidalgo, 2006; Kaschka et al., 2011; Madrigal, 2006; Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Por otro lado, Castillo y Madrigal (2010) sugirieron que cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que se debe o no a un trastorno mental, o que es lo bastante grave para que la amerite, podría clasificarse en la categoría *Problema laboral*, en la que se incluyen la insatisfacción y la incertidumbre sobre la elección profesional (Z 56.7).

Dada la complejidad del síndrome, Weber y Jaekel-Reinhard (2000) propusieron que tanto el proceso de diagnóstico como el de tratamiento deberá ser interdisciplinario, donde intervengan médicos para tratar los desórdenes orgánicos, y psicólogos y psiquiatras, para encargarse de los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y de interacción.

De esta forma, en lo que respecta a la psicología, se emplean métodos cualitativos para la evaluación de riesgos psicosociales (entrevista clínica, que se realizará tanto al trabajador como a sus compañeros de trabajo y familiares) y métodos cuantitativos para la detección y diagnóstico del síndrome de burnout (pruebas psicométricas).

La aplicación simultánea de estos métodos será de utilidad para el diseño de estrategias de intervención y prevención, ya que estarán guiando al profesional en la determinación del grado de asociación entre las fuentes de estrés, los síntomas del síndrome de burnout y sus secuelas (Fidalgo, 2006; Madrigal, 2006; Martínez, 2010).

De manera complementaria, Carod-Artal y Vázquez-Cabrera (2013), Gil-Monte y Peiró (2000) y Madrigal (2006) recomendaron que para una adecuada interpretación

de los resultados, se deberá contextualizar al síndrome en cuanto a los ámbitos sociocultural y profesional de los trabajadores. Es decir, que habrá que correlacionar las puntuaciones provenientes de los métodos cuantitativos con los datos derivados de los métodos cualitativos para que la evaluación sea integral, ya que el síndrome no se desarrolla de igual manera en todos los colectivos profesionales, y por tanto, el diseño de intervenciones deberá ser específico para cada profesión.

Los instrumentos más utilizados han sido los cuestionarios en detrimento de otras técnicas como la entrevista estructurada, técnicas proyectivas, la observación clínica, entre otras. Todos poseen validez interna y externa, y evalúan al síndrome en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la percepción de autorrealización) (Fidalgo, 2006).

Su aplicación es individual, dentro de un contexto donde exista privacidad (para evitar distracciones), confidencialidad (con el objeto de que el encuestado sienta que contesta en forma anónima a fin de evitar conflictos laborales) y sin sensibilización sobre lo que se pretende explorar (con la finalidad de evitar el sesgo natural en un ambiente de por sí cargado de factores estresantes y cargas de trabajo frecuentemente exhaustivas). Para la puntuación, en cada uno de ellos, se emplea una escala tipo Likert que va de 0 (cero= nunca) a 6 (seis= todos los días) (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

Sin embargo, el estándar de oro para la estimación psicométrica del síndrome es el inventario que Maslach y Jackson diseñaron en 1981, que por sus siglas en inglés, se conoce como MBI (Maslach Bournout Inventory) del que existen tres versiones (Betancur et al., 2012; Fidalgo, 2006; Madrigal, 2006; Martínez, 2010) y una adaptación al español, validada por Gil-Monte (2002; citado en Martínez, 2010). Estas versiones se enumeran a continuación:

- a) MBI-Human Services Survey (MBI-HSS).

Es la versión clásica del MBI y está dirigido a los profesionales de la salud (Maslach y Jackson, 1986).

b) MBI-Educators Survey (MBIES).

Es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas.

c) MBI-General Survey (MBIGS).

Elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996. Es una nueva versión del MBI que presenta un carácter más genérico, que no es exclusivo para profesionales, cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia profesional (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems).

Cabe destacar, que los síntomas patognomónicos del síndrome de burnout y que definieron Maslach y Susan (1981; citados en Betancur et al., 2012), por sí mismos, no indican necesariamente la presencia del síndrome, ya que como señaló Fidalgo (2006), un profesional puede ser cínico y cruel con los clientes de la organización por motivos de educación o personalidad sin que por ello curse con síndrome de burnout.

Por esta razón, a la hora de hacer el diagnóstico, en la entrevista clínica se habrá de indagar también, sobre el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo. En ella, como lo sugiere el enfoque cognitivo-conductual de la psicología, se procederá a la realización del análisis funcional de la conducta, para estudiar o medir la conducta en cuanto a sus dimensiones (frecuencia, intensidad, duración, latencia, calidad), consecuencias, factores desencadenantes y las estrategias de afrontamiento que el individuo ha empleado (Evaluación conductual directa, 2008; Evaluación funcional de las causas de la conducta problemática, 2008).

Finalmente, la versión de Pines y Aronson de 1988 (Burnout Measure (BM)) es el segundo instrumento de evaluación más utilizado en los estudios empíricos, así

como, parte del Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981), que se diseñó originalmente como instrumento de medida del tedium; un concepto más amplio que abarca al burnout y a otros síndromes. Y, tras un replanteamiento conceptual, este inventario se transformó en el Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), cuya fiabilidad test-retest y consistencia interna son aceptables. La validez convergente con el MBI hace evidente que esta escala sólo evalúa sentimientos de cansancio emocional (Martínez, 2010).

1.6.1. Diagnóstico diferencial

Para la realización del diagnóstico diferencial, se habrá de descartar la presencia de alguna enfermedad orgánica y/o síndrome psicopatológico subyacente o bien, diferenciar al síndrome de burnout de aquellos trastornos con los que guarda algunas similitudes. De ahí la importancia del abordaje interdisciplinario.

Fidalgo (2006) señaló que es difícil hacer tal distinción debido a la sutileza de las diferencias conceptuales. Entre ellos, se encuentran: estrés general, fatiga física, depresión, tedio o aburrimiento, insatisfacción laboral y alexitimia (Carrillo-Esper et al., 2012; Fidalgo, 2006; Madrigal, 2006; Martínez, 2010).

1.6.1.1. Estrés general

Frente al estrés general, el síndrome de burnout es una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés proveniente del contexto laboral, mientras que el estrés general, se puede experimentar ante todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano (Castillo & Madrigal, 2010; Martínez, 2010, Rosales & Rosales, 2013).

De acuerdo al modelo cognitivo-motivacional de la teoría relacional de las emociones de Lazarus (Introducción al estudio del estrés, 2001), el estrés se define como el conjunto de cambios fisiológicos y psicológicos frente a un daño o amenaza que conforme a los recursos o la percepción que el individuo tenga de los mismos, y a la clasificación del estrés de Hans Selye que habla sobre el uso de la inteligencia

frente a situaciones problemáticas (Introducción al estudio del estrés, 2001), la conducta del individuo será:

- Desadaptativa.

En la que el individuo experimentará distrés (alteraciones fisiológicas y emocionalidad negativa), catalogando a la situación como una catástrofe o como algo complicado e imposible de resolver, y a él mismo, como incapaz de hacerle frente a la situación.

- Adaptativa.

En la que experimentará eustrés (alteraciones fisiológicas y emocionalidad positiva), para visualizar la posibilidad de poder ejercer algún control sobre la situación problemática y resolverla, y saberse capaz.

Por tanto, desde el punto de vista conceptual, cierto es que tanto en el estrés general como en el síndrome de burnout se desencadenan respuestas fisiológicas y psicológicas. Pero, más específicamente, en el estrés pueden llevarse a cabo tanto conductas adaptativas como desadaptativas y en el síndrome de burnout, meramente desadaptativas, como: la falta de implicación en los problemas, embotamiento emocional, la experimentación de la depresión, como una pérdida de ideales de referencia y tristeza, y otras más.

1.6.1.2. Fatiga física

Para diferenciar la fatiga física del síndrome de burnout, lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988; citados en Martínez, 2010; Rosales & Rosales, 2013), ya que el síndrome de burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física, la recuperación es más rápida, ya que cede con el

descanso y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

Por otro lado, como su nombre lo indica, la semiología de la fatiga física es de carácter somático mientras que la del síndrome de burnout es tanto somática como psíquica.

1.6.1.3. Depresión

La depresión y el síndrome de burnout guardan una relación muy estrecha, debido a que comparten criterios diagnósticos o a que pueden coexistir, pero esta relación, es compleja y multidireccional. El síndrome de burnout puede contribuir a la depresión o viceversa, o una predisposición hereditaria a la depresión podría aumentar el riesgo para el desarrollo del síndrome (Madrigal, 2006).

Aunque en la depresión y en el síndrome de burnout se observan datos clínicos similares que afectan en su totalidad al individuo y que pueden llegar a ser incapacitantes sin el tratamiento adecuado, su fuente y evolución son distintas (Madrigal, 2006; Rosales & Rosales, 2013). Los signos y síntomas del síndrome de burnout son generados por los factores estresantes del puesto y ambiente de trabajo, y su presencia es transitoria. En tanto que los de la depresión, son multicausales y persistentes (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007; Madrigal, 2006). Además, el síndrome de burnout es un síndrome clínico-laboral, mientras que la depresión es un trastorno mental (Martínez, 2010).

Por otro lado, se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del síndrome de burnout (baja realización personal y despersonalización). Uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el síndrome de burnout, los sentimientos que predominan son el enojo o la ira. Los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al síndrome de burnout, en cuanto las pérdidas ascienden (Rosales & Rosales, 2013).

1.6.1.4. Tedio o aburrimiento

A diferencia del síndrome de burnout, el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del individuo, mientras que el síndrome de burnout, es generado por repetidas presiones emocionales. Pero, ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es secundario a la insatisfacción laboral (Maslach & Jackson, 1981; Pines & Krafy, 1978; citados en Martínez, 2010).

1.6.1.5. Insatisfacción laboral

Comparando el síndrome de burnout con la insatisfacción profesional, Gil-Monte y Peiró (1999; citados en Madrigal, 2006) esclarecieron que aunque ambos implican respuestas psicológicas negativas frente al trabajo, los factores que les dan lugar son distintos. Mientras la sobrecarga de trabajo y el proceso de fatiga determinan la insatisfacción laboral, la desmotivación emocional y cognitiva gradual, al síndrome de burnout.

Analizando la definición de insatisfacción laboral que propuso Muñoz (1990; citado en Caballero, 2002), ésta se presenta desde el inicio del desempeño del puesto de trabajo, mientras que el burnout, se va desarrollando gradualmente, ante la posibilidad de que el trabajador haya experimentado en un inicio, agrado, acuerdo, convicción y satisfacción con la actividad laboral y la organización, pero con el tiempo, estas actitudes se fueron modificando.

Por otro lado, el sentimiento de insatisfacción sería uno de los caracteres que describen al síndrome de burnout y no una entidad aislada.

1.6.1.6. Alexitimia

Del concepto sobre el que hay que diferenciar la alexitimia del síndrome de burnout, sería el cinismo o deshumanización. La alexitimia implica un trastorno específico del funcionamiento psíquico. El cinismo o deshumanización, es un mecanismo de defensa.

La alexitimia corresponde al término acuñado por el psiquiatra de la Universidad de Harvard, Peter Sifneos, para referir un trastorno de la esfera cognitivo-afectiva que afecta la forma en que las personas experimentan y expresan sus emociones, presentando: dificultad para identificar y expresar sus propios sentimientos y describir los ajenos, distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, reducción de la imaginación, evidenciada por pobreza de las fantasías, y un estilo cognitivo concreto basado en la realidad.

Por otro lado, la etiología de la alexitimia es distinta de la del síndrome de burnout. La alexitimia puede ser ocasionada por defectos neurobiológicos, o bien, secundaria a trauma psicológico masivo durante la niñez, agresión traumática mayor en el adulto, presentando una regresión masiva como forma de ajuste, resultando en entumecimiento parcial o total de los sentimientos (campos de concentración, experiencia de guerra, entre otras situaciones), y factores socioculturales y psicodinámicos, como uso excesivo de ciertos mecanismos de defensa como represión y negación. El cinismo o deshumanización puede ser parte de la personalidad del individuo, o bien, secundario al desgaste emocional derivado de la exposición al estrés laboral crónico (Lusiardo & Rodrigo, 2011).

CAPÍTULO 2.

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS

En palabras del eminente médico mexicano Ruy Pérez Tamayo, los derroteros de la medicina son: “*conservar la salud, curar, aliviar, acompañar al paciente y su familia, así como, evitar muertes prematuras e innecesarias*” (Pacheco, 2015, “Conversando con Cristina Pacheco - Dr. Ruy Pérez Tamayo”). Por tanto, la medicina resulta ser una actividad de ayuda en cuyo escenario intervienen dos personajes principales: el solicitante y el prestador, existiendo la posibilidad de intercambio de roles y de manera simultánea (Dickinson, Fernández y Hernández-Vargas, 2008).

De este modo, en la relación médico-paciente, el médico juega de manera activa el rol de prestador de ayuda, pero al mismo tiempo y de modo pasivo, el de solicitante, al requerir de la cooperación del paciente en el tratamiento, para resolver satisfactoriamente la problemática de salud. Y de igual forma, el paciente es un solicitante activo y un prestador pasivo de ayuda, al acudir a consulta y contribuir al desarrollo profesional del médico dado que sin presentar padecimiento alguno, el quehacer de este último no tendría razón de ser.

Entonces, cualquier ser humano, incluso el médico, a lo largo de su vida requerirá o prestará ayuda. Pero la concepción que éste tiene del término *ayuda* es ambigua, ya que la acota a una acción unilateral y rígida. No es consciente que él, al igual que sus pacientes, es un ser humano, vulnerable a la enfermedad y que en un determinado momento, podría estar en su misma o en una peor condición y que naturalmente, requerirá de atención clínica, es decir, de ayuda.

Por poner un ejemplo, la prevalencia de los trastornos crónicos en el personal médico es parecida a la de la población de la misma clase social, como la presencia de mayor sobrepeso y diabetes en los médicos varones. Así mismo, hay una coincidencia generalizada entre diversos estudios sobre la alta prevalencia de malestar psicológico y sufrimiento, sobre todo en las mujeres, significativamente

superior al de la población de su misma clase social y en especial, entre la población médica menor de 45 años de edad (Padrós, 2009).

Por principio de cuentas, el término ayuda se refiere a cualquier conducta que aumenta la posibilidad de supervivencia o capacidad reproductiva de otro individuo, que se dispone en dos categorías: cooperación y altruismo. La cooperación implica la procuración de bienestar de otro a partir de la de uno mismo, mientras que el altruismo, es la acción de procurar el bien ajeno aún a costa del propio, llevada a cabo de manera voluntaria (La adaptabilidad de la conducta, 2008). Entonces, desde el sentido estricto de estos conceptos, la conducta de ayuda no sólo va dirigida hacia otro como habitualmente se cree o se espera sino (también) hacia uno mismo, que es lo que con gran desconcierto se excluye en el ámbito médico.

La visión que el médico tiene de su profesión tiende a ser limitada, ya que para participar en el acto de ayuda, primero debe ser apto para ello. Además de tener la competencia profesional, también deberá gozar de salud, pero en la práctica, no es así (Yusoff et al., 2013). Presta sus servicios sin haber cubierto siquiera sus necesidades básicas (como el comer y el dormir) haciendo de lado las repercusiones que éstas y otras conductas pueden tener en su salud y praxis.

Urge que en el escenario de ayuda, como protagonista que es, se incluya a sí mismo aplicando lo que ha aprendido a su propia persona, adoptando estilos de vida saludables, para poder brindar una atención de calidad, evitar iatrogenias e influir en la actitud y motivación de los pacientes, para hacer de los procedimientos que realiza y de las indicaciones que prescribe, estrategias aún más eficaces y eficientes (Arango et al., 2010).

Un estudio sobre este respecto, publicado en 1984, puso de manifiesto que los consejos médicos dados a los pacientes reflejaban en gran medida las creencias y comportamientos relacionados con la salud de los propios profesionales, por lo que si el médico no comienza por poner el ejemplo en él mismo, no podrá influir en los pacientes (Padrós, 2009).

Desde la perspectiva de la dialéctica, el que el galeno tenga derecho de recibir adiestramiento, también tiene la obligación de retribuir este beneficio prestando su servicio a la sociedad de manera responsable, y utilizar el conocimiento médico a

su favor, aplicando sus conocimientos para preservar su propia salud y en un determinado momento, solicitar ayuda a algún(os) otro(s) profesional(es) de la salud cuando es vulnerado por la enfermedad, en lugar de reducirse a adoptar una actitud arrogante y prepotente para negar la problemática, absteniéndose de las revisiones periódicas de salud y de las indicaciones preventivas, recurriendo a la automedicación y dudando de las recomendaciones de otros especialistas, sólo por ser diferentes a su criterio.

En particular, cuando los médicos (tanto en formación como en ejercicio) cursan con alguna enfermedad mental o algún tipo de adicción, temen a ser identificados por sus pacientes y colegas, perder su prestigio y eventualmente, su puesto de trabajo. Por tanto, no solicitan ayuda profesional y proceden a esconder su problema, corriendo el riesgo de mala praxis y negligencia que atenta contra la salud y la integridad de los pacientes, que a su vez, derivará en denuncias, situaciones de absentismo y conflicto laboral, y en el uso indebido de los recursos sanitarios (Arteman et al., 2012; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Nuzzarello & Goldberg, 2004; Padrós, 2009; Worley, 2008).

Es preocupante que desde el pregrado, los médicos presenten el mayor número de síntomas de estrés que la población general, y el que los estudiantes de medicina cursen con los mismos niveles de estrés laboral que los médicos de jerarquías superiores y que se encuentran en ejercicio profesional. Estudios internacionales han arrojado prevalencias de hasta el 50% en estudiantes (Dyrbye et al., 2009; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014; Ortega, Ortíz, & Martínez, 2014; Yusoff et al., 2013).

En relación con estos resultados, varios investigadores han llegado a la conclusión de que la escuela de medicina es un ambiente altamente estresante, ya que genera un estrés superior al de otras carreras universitarias, que conlleva un gran riesgo de menoscabo de la salud mental de sus estudiantes (Arango et al., 2010; Dyrbye et al., 2009; Jennings, 2009; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014; Rosales & Rosales, 2013; Yusoff et al., 2013). Los médicos en formación perciben el estrés como inversamente

proporcional a su rendimiento académico (Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez, & Schaufele, 2011).

De esta manera, queda claro que la actividad de ayuda no comienza en el consultorio o en el pabellón de algún nosocomio, emanando del médico hacia el paciente, sino en la escuela de medicina, desde el primer año de la educación médica que deberá ser prestada precisamente y de primera intención, por los médicos y para los médicos, a través de una capacitación y supervisión adecuadas, fomentando la salud de los educandos en todo momento, ya que esto trascenderá en su entorno profesional, familiar y social propios, y en el de las generaciones venideras (Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014; Padrós, 2009; Shanafelt et al., 2009). Se trata pues, que la cooperación entre iguales (entre los médicos de cualquier jerarquía) tenga lugar, para que de esta manera, los miembros del gremio médico experimenten también el acto de ayuda entre ellos mismos, desde el apoyo social, tanto en el ambiente de aprendizaje como en el de trabajo, para que el acto de ayuda en que se constituye la profesión médica, no sólo quede restringida a la relación médico-paciente.

La prevalencia de los problemas de salud en los médicos es similar, y en algunos casos, superior a la de la población general. La enfermedad mental en el médico afecta su bienestar psicofísico y el de su entorno, así como, al correcto desempeño de su actividad profesional, al conducirlo a conductas de mala praxis. Los médicos, en asociación con el síndrome de burnout, presentan las tasas más altas de suicidio, estrés, depresión y ansiedad que la población general y otros profesionales (Arteman et al., 2012; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008; Worley, 2008). En las médicas la tasa de suicidio es mayor (2.27%) que en los médicos (1.41%).

De acuerdo con el suicidólogo Edwin Schneidman (1996; citado en Worley, 2008), tres eventos convergen en la decisión de un individuo, para cometer suicidio que como se podrá observar, guardan una estrecha relación tanto con las dimensiones que componen al síndrome de burnout como con su cuadro clínico, ya tratados en el primer capítulo de este trabajo:

- 1) Experimentar un sufrimiento psicológico insoportable y no considerar otra forma de escape, más que la muerte.
- 2) Tener fácil acceso a instrumentos de suicidio como: pistolas, cuchillos o píldoras.
- 3) Permanecer en un estado de alteración muy elevado de inconformidad y ansiedad.

De igual forma, los índices de depresión son mayores en los estudiantes de medicina y residentes que en el resto de la población (15%-30%). Y lo mismo sucede con el estigma social que dejan ésta y cualquier otra enfermedad mental, al hacerse aún más evidente en la comunidad médica que en cualquier individuo de la población (Arteman et al., 2012; Worley, 2008).

No obstante, es oportuno enfatizar, que diversos estudios han sido contundentes al demostrar que la depresión asociada al síndrome de burnout es común entre los adultos jóvenes, pero de ningún modo, es normal ni es parte del proceso de maduración o del proceso del entrenamiento médico (Arango et al., 2010; Dyrbye et al., 2009; Jennings, 2009; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Nuzzarello & Goldberg, 2004; Su, Tsang, Weng, & Wu, 2009; Yusoff et al., 2013).

Por tanto, en este capítulo se hará un análisis sobre la salud del médico, dando a conocer las maneras por las que el síndrome de burnout no sólo puede comprometerla sino (también) atentar contra su vida y su ejercicio profesional, por medio de la descripción de los factores de riesgo que desencadenan su silenciosa génesis, el impacto que tiene sobre las esferas biológica, psicológica y social, y su epidemiología, para que a partir de los aspectos sobre los que están versados los médicos, éstos se involucren de una forma más dinámica en la actividad de ayuda que representa la medicina, ya que como se mencionó en el apartado anterior, de la salud de los médicos y otros profesionales sanitarios dependerá en gran medida, la calidad de los servicios asistenciales, el funcionamiento y prestigio de las instituciones sanitarias y la salud de toda una sociedad.

De ahí que, si enferma el médico, también la institución y la comunidad.

2.1. Epidemiología

Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno y Suárez (2006) concordaron junto con muchos otros investigadores, que todos los estudiantes de medicina, médicos generales o especialistas, en algún momento de sus vidas, presentarán el cuadro clínico del síndrome. De acuerdo a un estudio Latinoamericano, aproximadamente entre un 15 y un 30% de los estudiantes de medicina lo sufriría (Arango et al., 2010; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012).

Por otro lado, conforme a las estadísticas, se va observando sistemáticamente mayor presencia del burnout en los estudiantes de medicina, debido a que el deterioro de su salud mental, durante la formación académica, acrecienta a medida que van superando etapas, en las que aumenta la responsabilidad y el compromiso, al tener un mayor contacto con los pacientes. De igual forma, los resultados derivados de varios estudios realizados en distintos países, han revelado que independientemente de la especialidad y del año en que los residentes se encuentren inscritos, la frecuencia de aparición del síndrome de burnout suele ser muy alta (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

En términos globales, la prevalencia del síndrome de burnout entre el personal médico va del 42.3% al 50% (Álvarez & Pérez, 2014; Rosales & Rosales, 2013). Según estudios realizados en México, en lo que respecta a los médicos internos y residentes, la prevalencia oscila entre un 76 y un 85%, siendo severo en el 52% de los casos. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en un 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anestesiólogos en un 44% (Betancur et al., 2012; Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006).

Por las características de los sistemas de salud, los sistemas económicos y los factores intrínsecos de los individuos, las cifras del síndrome de burnout varían ampliamente. Braga, Flichtentrei, Grau, Prats y Suñer (citados en Betancur et al., 2012), en un estudio hispanoamericano que realizaron en 2007, en el que participaron 11, 530 individuos, para encontrar la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el desarrollo del síndrome de burnout en profesionales de la salud, observaron que la prevalencia global del síndrome fue del 11.4% en el personal sanitario y 12.9% en mujeres. Y tras el análisis de la

presentación del síndrome según la profesión, la mayor prevalencia se encontró en los médicos (12.1%) de los cuales conforme a su especialidad, los urgenciólogos e internistas la presentaron de igual forma (17% y 15% respectivamente).

En México, se ha estimado que los médicos que laboran en el sector público son más propensos a desarrollar el síndrome de burnout, al tener mayor carga de trabajo a comparación con aquéllos del sector privado. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de varias investigaciones realizadas al respecto, el estrés laboral no varía mucho en éstos (Dickinson, Fernández, & Hernández-Vargas, 2008), lo que confirma lo mencionado en el capítulo uno, de que el padecimiento del síndrome de burnout es indistinto de jerarquías y sectores laborales. No obstante, Betancur et al. (2012) destacaron que, *“las personas de planta son las que presentan la mayor prevalencia del síndrome de burnout, sin embargo, en las dimensiones de despersonalización y baja realización personal son los contratistas los más afectados.”* (p.187).

Entonces, con base en la jerarquía, cabría esperar que los médicos de menor rango, como: estudiantes, médicos internos y residentes de primer año, presenten la mayor prevalencia de agotamiento emocional mientras que los médicos adscritos, despersonalización y baja realización personal.

La población de mayor riesgo conforme a los grupos de edad y tiempo de ejercicio profesional, son médicos de entre 35 y 54 años que han estado en activo laboral desde hace 11 a 19 años, siendo más afectados aquellos que trabajan en más de una institución; cuestión de gran importancia, porque los médicos mexicanos en su mayoría tienen más de un trabajo, donde se incluye la consulta privada (Dickinson, Fernández, & Hernández-Vargas, 2008). Por tanto, el síndrome de burnout se desarrolla en el personal médico que labora tanto en instituciones de salud públicas como en privadas, presentándose en el 48% de los médicos generales, el 59.7% de los médicos familiares y el 32% de los cirujanos generales (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno, & Suárez, 2006).

Sobre las diferencias conforme al sexo, la salud de las médicas es especialmente sensible al entorno psicosocial negativo del trabajo, teniendo mayor probabilidad que los médicos de presentar signos y síntomas de desgaste psíquico y de pérdida

de motivación profesional (Padrós, 2009) y específicamente, en cuanto a los componentes centrales del síndrome de burnout, se ha encontrado que los hombres tienen una mayor tendencia al cinismo, mientras que las mujeres, al agotamiento emocional (Dickinson, Fernández, & Hernández-Vargas, 2008). En cuanto a la frecuencia se presenta predominantemente en mujeres, por las mismas razones que se expusieron a lo largo del capítulo uno y por la tradición masculina de la profesión (Coker, Lasebikan, & Olagunju, 2014).

A todo lo anterior, se añaden importantes cambios demográficos en la profesión médica, que a su vez modifican los perfiles de riesgo. Por un lado hay una feminización progresiva. Más del 70% de los recién egresados son mujeres y la mitad de los médicos ejercientes menores de 50 años, también lo son. Mientras que por otro, debido a la globalización y las guerras, el número de médicos extranjeros ha aumentado (Álvarez-De Toledo, Cuenca-Gómez, & Gutiérrez-Medina, 2008; Escanero, Giménez, Guerra, & Soria, 2006; Padrós, 2009).

Por último, los hallazgos de las investigaciones sobre la relación del estado civil, el número de hijos y el salario con la aparición del síndrome, aún siguen siendo confusos.

2.2. Etiopatogenia

Desde el momento en que alguien decide estudiar medicina hasta que logra ejercer la profesión, se enfrenta a un sinnúmero de agentes estresores de manera constante y prolongada que de no hacerlo de una forma adecuada, paulatinamente y sin que se dé cuenta, la percepción de su competencia personal y la de su ambiente formativo y laboral se irá distorsionando en un conjunto de actitudes negativas que harán que pierda el sentido, la motivación y la satisfacción de su quehacer cotidiano, afectándose gravemente su salud, sus relaciones interpersonales y la calidad del servicio que presta.

Estudiando al síndrome de burnout como proceso (como lo sugirieron Bakker & Costa, 2014), a lo largo de esta sección, se describirá el modo en que los médicos llegan a este nivel de agotamiento, dilucidando la manera en que los factores de

riesgo (contextuales e individuales) contribuyen al desarrollo de esta patología, al correlacionarlos con los grados académicos por los que cursan estos profesionistas.

2.2.1. Factores de riesgo contextuales

2.2.1.1. Factores de riesgo organizacionales

Desde un punto de vista filosófico, los preceptos de *sacrificio, sufrimiento y trabajo arduo*, por tradición, han constituido el fundamento de la profesión médica como rasgos inherentes e ineludibles sobre los que, desde el inicio de la educación médica, se concientiza a los futuros galenos para que hagan de ellos su modo de vida (Alemán, Diego, Lasala, Maliandi, & Mejía, 2005; Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007; Bartfield, Hoff, & Pohl, 2004; Bastías, Fasce, Ortiz, Pérez, & Schaufele, 2011; Colin-Piana, González-González, & Velásquez-Pérez, 2013; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008; Padrós, 2009; Worley 2008).

Con el afán de formar profesionistas competentes y de excelencia, tanto las instituciones educativas como sanitarias han contribuido a la vulneración de la salud física y mental de los médicos, solicitando la cobertura de los estándares más elevados sin los medios adecuados, que sin duda, favorece al desarrollo de estilos de vida poco saludables en estos individuos (Arango et al., 2010; Yusoff et al., 2013), como mecanismos de compensación y adaptación ante tal incongruencia.

De esta forma, tanto en la docencia como en el campo laboral, a pesar de haber sufrido los efectos de esa ideología, el personal de capacitación y de jefatura continúan difundiendo de generación en generación (Acosta-Corona, Herrera-Silva, & Treviño-Moore, 2006; Laitala, Nuutinen, Rautio & Sunnari, 2005), repitiendo el mismo discurso intimidante que escucharon cuando estudiantes o residentes, para establecer reglamentos rigurosos y metas poco realistas, para definir la dinámica de trabajo, advirtiéndoles a los aprendices que para llegar a ser médico será muy difícil, ya que tendrán que:

- Lograr el dominio de los contenidos teóricos y el desarrollo de las habilidades prácticas establecidos en el programa académico, dentro del tiempo que comprende cada uno de los cursos, que a menudo es corto (entre 3 y 6 meses), sin considerar el grado de dificultad de las tareas, siendo autodidacta y sin contar con supervisión ni retroalimentación (Fernández, 2007).
- Completar las actividades correspondientes con calidad de excelencia y puntualidad, complementándolas con la revisión de publicaciones científicas periódicas y la participación en aquéllas que son de educación continua (como la asistencia a sesiones anatomoclínicas, congresos, diplomados, talleres o cualquier otra actividad extracurricular), para la actualización y diversificación del conocimiento, así como, la realización de guardias y colaboración en los servicios que presta la unidad hospitalaria en donde se estén realizando las prácticas profesionales.
- Cubrir el 100% de asistencia de los cursos y actividades complementarias, para acreditar y avanzar de grado, aunque se traslapen en tiempo, se haya estado de guardia y/o se esté enfermo, o se esté atravesando por alguna situación de índole personal grave, como la muerte de algún familiar, entre otras.
- Desarrollar competencias procedimentales y actitudinales, cuando: la formación médica se inclina más por las de tipo declarativo (habiendo un desequilibrio en el plan de estudios, donde se pondera la teoría sobre la práctica y se privilegia la memorización sobre el análisis y la síntesis del juicio clínico (Beltrán-Jiménez & Ortiz-Acosta, 2011; Fernández, 2007; Lanz, Paredes & Rivero, 2001; Martínez, 2004; Viesca, 2007)), los escenarios de práctica son escasos, la infraestructura deficiente e insuficiente, los departamentos o áreas no se coordinan entre sí, y cuando los médicos residentes y/o adscritos excluyen de sus quehaceres a los individuos de menor jerarquía, solicitándoles que se retiren o permitiéndoles sólo observar los procedimientos que realizan (sea, por discriminación, desconfianza o la complejidad de la tarea donde únicamente, el personal capacitado puede llevarla a cabo o por la carencia de alguna función que esté dentro del nivel

de competencia) o asignándoles un gran número de labores que en muchas ocasiones, no les competen (Díaz et al., 2012; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

- Hacer del ejercicio profesional un complejo de actividades donde se cubran simultáneamente, los rubros en que está comprendida (Shanafelt et al., 2009): atención clínica, investigación, docencia, educación y administración.
- Dar un servicio de calidad al mayor número de pacientes en un lapso de tiempo muy corto, sin el debido apoyo de las instituciones educativas y de salud, mediante: una infraestructura inadecuada, procesos burocráticos fastidiosos y complejos, la intervención de departamentos o áreas disociadas y desorganizadas que evaden sus responsabilidades y entorpecen el proceso de atención clínica; la implementación uniforme y literal de esquemas de atención sin lugar a la individualización y abordaje integral de los casos que sin duda, conducen a una praxis deshumanizada; citas muy espaciadas y manejo ambulatorio de los mismos, para evitar los ingresos y agilizar los egresos hospitalarios, impidiendo su seguimiento adecuado dando pie a complicaciones innecesarias que retardan la recuperación y/o dejan secuelas negativas irreversibles.
- Tanto en lo académico como en lo laboral, tener un desempeño óptimo, frente a: una pesada carga de trabajo, horarios indefinidos, malos tratos, escasez de tiempo libre para la vida personal, familiar y social o para realizar alguna actividad deportiva o recreativa, escasez de tiempo e infraestructura, para la satisfacción de necesidades personales (como la higiene personal, alimentación y descanso) y profesionales básicas, a través de la
- percepción de todo lo anterior como algo “normal”, “inocuo” y “sencillo”, como parte del proceso formativo o de la dinámica laboral, para habituarse a ello solicitando además, que lleven su propio material y cubrir las actividades que no se han realizado, por considerarse necesidades propias del servicio (Frantchez, Pintos, Pucci, Stolovas, & Tomasina, 2011).
- Atravesar por múltiples áreas, para adoptar cada uno de los quehaceres como una competencia, para ser médicos calificados, independientes y

autónomos, para que en un determinado momento, enfrenten exitosamente cualquier eventualidad, cuando el adiestramiento es parcial y descontextualizado.

- Cursar una especialidad y/o algún otro estudio de posgrado para garantizar y formalizar la pertenencia al gremio médico y se haga de la profesión una ocupación rentable, lo que conlleva: largos y tediosos procesos burocráticos de admisión y titulación, una alta probabilidad de no ser admitido por la posesión de un perfil profesional inferior al solicitado, y una gran inversión de tiempo y dinero.

Pero por desgracia, el cursar un posgrado no garantiza la mejora de los índices de sub y desempleo elevados, ya que hasta en los médicos especialistas se llegan a apreciar estas condiciones laborales (López-Pérez, 2009).

De acuerdo con los informes de la OCDE, desde 2005, se ha venido presentando una marcada tendencia internacional de contratarse menos médicos generales y más especialistas, existiendo una proporción de 2:1, es decir, dos especialistas por cada médico general contratado.

De igual forma, en México, la contratación de médicos generales ha sido escasa, o más bien, prácticamente nula. La primera razón es que las escuelas de medicina no están formando a los médicos generales con las competencias que el país requiere. El sector salud demanda, con prontitud, médicos con competencias necesarias, para ciertas modalidades de atención que son producto de nuevos programas de salud. Tal es el caso de las nuevas unidades orientadas al diagnóstico temprano de neoplasias, al cuidado de la diabetes o a la prevención y tratamiento de la obesidad. Las instituciones educativas han tendido inadvertidamente, a incorporar en exceso nuevas áreas del conocimiento que engruesan los programas académicos que si bien son importantes, resultan poco necesarios para la demanda de la atención médica, descuidando de este modo, el desarrollo de ciertas competencias y habilidades necesarias, para el correcto desempeño profesional en el ámbito nacional. Es así que el currículo resulta inadecuado para la demanda del mercado laboral (Graue-Wiechers, 2011).

La medicina general ha sido durante centurias la base de la atención de los enfermos. A partir de la declaración de Alma Ata, formulada en 1979, se han realizado esfuerzos y desarrollado políticas internacionales para el fortalecimiento de la atención primaria como estrategia fundamental en salud (Ríos & Schonhaut, 2009), pero a pesar de que las autoridades educativas y sanitarias mexicanas, encargadas de organizar los sistemas de atención a la salud, lo sepan y lo reconozcan, no han hecho patente en que esta forma de ejercicio sea la parte más importante, por lo menos desde el punto de vista académico y de su capacidad de solución de los problemas médicos cotidianos del sistema de atención a la salud en México.

Si se analizan las cifras de inversión destinadas a la medicina de segundo y tercer nivel, éstas son incomparablemente mayores que las que han sido dispuestas a la de primer nivel. Por consiguiente, estos últimos segmentos de la atención médica seguirán recargados de trabajo mientras no se organice una buena medicina de primer nivel.

A mediados del siglo pasado, las tendencias a la medicina especializada cobraron importancia, formándose especialistas y subespecialistas que acapararon el manejo de los enfermos, las posiciones académicas, los presupuestos de las instituciones de salud, el ejercicio de la medicina privada y los proyectos de enseñanza de posgrado, así como, la educación médica continua.

Este desbalance en la formación de especialistas se debe a varias razones:

- El deseo del goce de un buen prestigio profesional, ya que se tiene la percepción de que el médico general es un profesionista incompetente, conformista y mediocre.
- Mejores perspectivas en oportunidades académicas, para el recién graduado.
- Una mejor remuneración tanto en la medicina institucional como en la privada.
- Los estudios de posgrado en residencias permite numerosas posibilidades en el mercado de trabajo médico privado.

- La tendencia de la sociedad de buscar a la menor molestia física al especialista, al estar informada de manera imprecisa.

Por otra parte, no ha existido un plan nacional de estudios de posgrado que los organice de acuerdo a las necesidades del país tanto a nivel público como privado, de tal forma que la mayoría de los egresados no tiene más limitación, para acceder a estudios de especialidad que su propia capacidad, teniendo esta selección un resultado desalentador: el ingreso a las residencias de especialidades elige a los mejores egresados de la licenciatura, hecho que orilla a los menos capacitados a ejercer alguna forma de medicina general.

Entonces, cuando al médico general se le ofrezcan:

- Posiciones académicas de buen nivel.
- Remuneraciones que estén a la par de las del especialista (ya que la labor de un buen médico general puede ser aún más difícil que muchas especialidades, al estudiar y abordar mediante un enfoque holístico cada uno de los casos, partiendo desde los aspectos básicos de la profesión, que la mayoría de especialistas olvidan y hacen de lado, por concentrarse únicamente en su materia sobre la que son expertos).
- Oportunidades de destacarse en la vida profesional y social.
- Estímulos para superarse en las instituciones, como incentivos económicos por buen desempeño y presupuestos, para dedicar parte de su esfuerzo y su tiempo a la investigación y a la enseñanza;

y, cuando la sociedad esté bien informada y no caiga en la tentación de exigir la aplicación de tecnologías complicadas, para resolver problemas sencillos, los alumnos buscarán prepararse como buenos médicos generales y el acceso a las especialidades podrá regularse de acuerdo a las necesidades del país (Paredes & Rivero, 2001; Ríos & Schonhaut, 2009).

Adicionalmente, en el proceso de consolidación de las residencias médicas, la planeación de recursos humanos tampoco ha sido la adecuada. En los últimos

veinte años, las plazas de residencia no han crecido en forma ordenada, ni en su número ni en las especialidades, que por motivos de los cambios epidemiológicos que el país ha ido experimentando, son cada vez, más necesarias (Graue-Wiechers, 2011).

Por si fuera poco, estos objetivos tendrán que completarse dentro de una organización de estructura rígida y jerarquizada, estilos de dirección inadecuados y un clima altamente competitivo, dado que la carrera de medicina es una de las de mayor demanda en educación superior y de más alta exigencia en la selección profesional. Pero, de forma paradójica y desconcertante, dicha demanda se encuentra frente a un número de médicos todavía insuficiente, para atender las necesidades en materia de salud de la población (Arias, Camacho-Ávila, & Juárez-García, 2010; Valdés et al., 2009).

En analogía con la milicia, la medicina es una organización estrictamente jerarquizada en la que el desarrollo profesional depende del grado académico que el individuo llega a obtener. De esta manera, los rangos por los que atraviesa un médico son:

- Estudiante de medicina.
- Médico interno de pregrado.
- Médico general.
- Residente.
- Médico especialista.

Para avanzar de grado, obtener una plaza y cursar una especialidad o cualquier otro estudio de posgrado, el futuro médico tendrá que contender con múltiples aspirantes, enfrentando: perfiles profesionales elevados y complejos (que exigen diversas competencias y que éstas a su vez, estén a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos desarrollados hasta el momento), escasa oferta de plazas, exámenes de selección de alto grado de dificultad, capacitación costosa, procesos de certificación, nepotismo y favoritismos, lo que hace que se encuentre en incertidumbre constante, ya que el avance a través de cada uno de los diferentes

grados académicos, definirá su vida profesional y personal (Arroyave, Chapela, Granados, & Jarillo, 1999; Graue-Wiechers, 2011; López-Pérez, 2009; Padrós, 2009; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

En México, el ejemplo por excelencia de lo anterior lo constituye el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), ya que ante la tendencia y la necesidad de contar con estudios de posgrado, para el posicionamiento en el mundo laboral y así alcanzar cierta estabilidad económica y permanecer en áreas urbanas, habrá que presentarlo, lo que posterga y aumenta la incertidumbre sobre el proyecto de vida entorno al ejercicio profesional (Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas: Características y evolución; López-Pérez, 2009; Paredes & Rivero, 2001; Ríos & Schonhaut, 2009).

Ante estas circunstancias, este último se va tornando cada vez más lejano y difícil de realizarse, porque posterior al egreso de la licenciatura, aquél no se llevará a cabo de inmediato o a corto plazo, lo que genera gran ansiedad y confusión.

Después de haber concluido la formación de pregrado, el médico recién egresado se encuentra demasiado cansado de estudiar como para considerar continuar con la especialidad, pero aun así lo hace, porque desea ejercer la profesión lo más pronto posible, asegurar su ingreso económico y pertenecer a la comunidad médica ya como todo un experto, para definir de una buena vez su identidad profesional y laboral y continuar con su proyecto de vida.

Al menos supone un año completo de preparación (sea a través de un curso de capacitación o por cuenta propia) para presentar el ENARM y desafortunadamente, con una alta probabilidad de no aprobarlo (Martínez, 2004). Y al no ser seleccionado, habrá perdido ese tiempo y tendrá que invertir probablemente, otro año más y por supuesto, más dinero en otro curso de capacitación, para intentarlo de nuevo y continuar así bajo esta situación de incertidumbre, por tiempo indefinido.

En 2003 se inscribieron al ENARM 20,376 aspirantes de los cuales sólo quedaron 4,504 en 25 especialidades diferentes. En 2006 aspiraron 29,364 con casi el mismo número de plazas que en el caso anterior, lo cual quiere decir, que para el 2003 sólo un 22.1% logró ingresar a una especialidad médica y en 2006 sólo el 19.89% (López-Pérez, 2009). Y resultados similares se obtuvieron en 2016. La Comisión

Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) reveló en el reporte académico del ENARM 2016, que de los 34,874 sustentantes mexicanos, sólo 7,772 fueron seleccionados (22.28%). Y en el caso de los sustentantes extranjeros, de 1,010 fueron elegidos 176 (17.42%) (Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2016).

Con lo que respecta a la planeación, la educación médica es un proceso de larga duración, de curso predominantemente presencial y modelo educativo aún tradicional. Los estudios de pregrado requieren seis años en promedio para completarse, mientras que los de posgrado, entre 3 y 7 años dependiendo de la especialidad y el país donde se estudie (Martínez, 2004; Sánchez-Mendiola, 2012; Wojtczak, 2003).

El tradicionalismo que aún impera en la formación médica se manifiesta en varios aspectos. En los programas académicos de formación médica predominan los contenidos técnicos de las ciencias básicas (que competen al cuerpo humano y su funcionamiento) y clínicas (que estudian el proceso salud-enfermedad por aparatos y sistemas), que al regirse bajo los cánones del método científico e impartirse bajo un estilo de dirección autocrático, hacen que la docencia y la investigación se inclinen por los aspectos cuantitativos y objetivos, ya que bajo esta perspectiva deberá basarse el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina, haciendo apenas perceptible la presencia e intervención de otras disciplinas complementarias como la educación, la psicología y las ciencias sociales que contribuyen al estudio integral del hombre, al hacer que se conciba como un complejo biopsicosocial (Sánchez-Mendiola, 2012).

Por lo anterior, la atención médica es también tradicionalista al focalizarse en la enfermedad sectorial y orgánica. Se basa en el método clínico de diagnóstico y tratamiento, que es una variable del método científico aplicado a resolver problemas, lo que es útil para el tratamiento de enfermedades, pero no suficiente, porque requiere además, de un diagnóstico de persona y circunstancias. Esto permitirá tener una concepción totalizadora de la salud y la enfermedad con un

enfoque biopsicosocial (Arroyave, Chapela, Granados, & Jarillo, 1999; Ríos & Schonhaut, 2009).

La mayoría de los profesionales de la medicina se forman con capacitación técnica, con una posición moralista, acríticos y con capacidad de operar los roles establecidos; la funcionalidad social es su mayor mérito, ya que la institucionalidad de los servicios médicos así lo demanda. Las iniciativas individuales, los rasgos de cuestionamiento o algún elemento discordante son aplacados (Arroyave, Chapela, Granados, & Jarillo, 1999). Y al predominar el modelamiento en el entrenamiento médico, su aprendizaje no es significativo, y por tanto, precario (Benbassat, 2014). La corriente tradicional tiene sus antecedentes en el siglo XVII, cuya estructura logró consolidarse hasta el siglo XIX. Sus fundamentos se remontan al pensamiento de Platón, Aristóteles y de los escolásticos medievales que como se mencionó anteriormente, aún prevalecen hasta nuestros días (Arroyave, Chapela, Granados, & Jarillo, 1999). Platón brindó las ideas del adiestramiento de la mente en lo matemático y lo filosófico, lo que influyó en prestar mayor atención a los aspectos cuantitativos de la medicina. Aristóteles propuso al razonamiento como la principal facultad del ser, lo que refiere a la visión objetiva que debe tener la medicina sobre la fenomenología de los procesos salud-enfermedad, a través del método científico. Los escolásticos medievales consideraban que el hombre tenía facultades innatas que la disciplina firme podía desarrollar, lo que explica el empleo del estilo de dirección autocrático en la formación médica.

La corriente tradicional atiende con preferencia a los contenidos postergando al sujeto y al método y aún más, a los fines, haciendo de la formación médica predominantemente teórica. El concepto de currículum equivale a los contenidos de la enseñanza que se disponen en un listado de temas, capítulos o unidades, en los que los conocimientos se presentan fragmentados y con múltiples detalles en las asignaturas, para ser aprendidos por memorización.

Por tanto, la corriente tradicional considera a los contenidos como algo estático, acabado, legitimado, con pocas posibilidades de análisis y discusión y objeción y de proposición de alternativas, por parte de los profesores y estudiantes. La autoridad

técnica y científica es el médico, al ser el depositario del saber. Las disidencias y las discrepancias son evitadas por más que exista razón argumental del estudiante. En cuanto al método, no existen variaciones significativas, ya que la exposición es el procedimiento casi único, para el proceso enseñanza-aprendizaje. Por lo cual, predominan las clases magistrales de la clásica lección donde el alumno, asume el papel pasivo de espectador y por tanto, de receptor. Para esta corriente el fin es lograr individuos modelo en lo intelectual y moral, que cuiden de lo ya establecido y sean acríticos frente a la realidad.

Los profesionales de la medicina deben formarse para adquirir el carácter de autoridad científica que representan sus docentes. En ese sentido, resulta indispensable evitar la distracción del alumno con el contexto (donde se encuentra la realidad inmediata), para enfocarse únicamente en la esfera biológica del humano.

Entonces, al requerirse de especialistas en la autoridad científica, se contribuye a la sobre-especialización y fragmentación de los contenidos. Existen más de 15 especialidades médicas y los currículos de las licenciaturas incluyen más de 40 asignaturas (Arroyave, Chapela, Granados, & Jarillo, 1999).

El estilo de dirección autocrático de la formación médica se debe a que en la relación profesor-alumno se observan rasgos de autoritarismo, verticalismo y no afectividad de parte de quien enseña. De acuerdo a la corriente tradicional, el intelecto debe desarrollarse por encima del aspecto afectivo, el conocimiento fluye unidireccionalmente del maestro al alumno, donde el primero transmite y el segundo adquiere, haciendo que el alumno dependa del profesor sin la posibilidad de tomar decisiones por sí mismo. Así, le será más fácil acatar órdenes que comprometerse a un proceso de razonamiento y de análisis que lo lleve a sus propias conclusiones. Por tanto, el proceso de enseñanza-aprendizaje se convierte en un juego de poder, al pasar de una actividad cooperativa y una conducta prosocial a una de competencia y confrontación constante, en el que los educadores médicos simbolizan la autoridad máxima en su materia y los alumnos, la raza ignorante y sometida que sólo debe saber lo que a juicio de los primeros consideran que deben de saber.

Otro aspecto que abarca la corriente tradicional es la evaluación, la cual, es concebida como un acto de justicia (recompensa o sanción) y como una medición selectiva de los individuos en donde la base de la medición, son los prototipos o estándares, para discriminar tipos y grados de aprendizajes.

En general, los planes de estudios de las escuelas de medicina constan de asignaturas concernientes a ciencias básicas y ciencias clínicas, conforme a lo establecido por los dos grandes paradigmas de la educación médica: el informe de 1910, *Medical Education in the United States and Canada* o *paradigma flexneriano* y la II Declaración de Edimburgo de 1993 o *paradigma crítico* que tienen como fin común, el generar las condiciones y directrices necesarias, para educar óptimamente a los estudiantes de medicina y futuros profesionales de la salud en un Estado (Pinzón, 2008).

El paradigma flexneriano se fundamenta en la dimensión biológica de la enfermedad y la atención clínica por especialidades médicas, estableciendo que la calidad de la formación en medicina, equivale a la capacidad de dominar y aplicar correctamente los principios de las disciplinas biológicas y de la clínica médica.

Asentó los prerrequisitos académicos con estudios de biología, química y física para la admisión a las escuelas de medicina; el tiempo completo en las facultades (primero en los aspectos científicos de las ciencias básicas y luego en los departamentos clínicos); la realización de actividades prácticas en las ciencias básicas para complementar y aplicar el contenido teórico; el control de los hospitales por parte de las universidades (haciendo del hospital una etapa y no un centro de capacitación) y el uso de guías médicas para intercambiar estudios clínicos, así como, la adopción de programas escalonados de estudio de pregrado de un mínimo de ocho meses por año, por cuatro años para todas las escuelas de medicina.

Estos estatutos han permanecido vigentes por más de 100 años en la mayor parte de las escuelas de medicina del mundo, pero en especial, de Latinoamérica.

También, el paradigma flexneriano contiene una serie de sugerencias cuyo grado de implementación, ha sido muy limitado y en ocasiones rechazado, como sigue ocurriendo hoy en día. Y dada la dinámica de la educación médica contemporánea, bien valdría la pena revisar dichas propuestas:

- Durante el tiempo en el que se lleva a cabo la integración de las ciencias básicas y clínicas, deberá fomentarse el aprendizaje activo o significativo fundamentado en el constructivismo. La enseñanza reflexiva es esencial para el aprendizaje significativo en las profesiones de la salud (Sánchez-Mendiola, 2012).
- Validar la hipótesis en la práctica, para establecer vínculos entre el método clínico y la investigación. De esta forma, el médico tendrá de primera intención, una impresión diagnóstica sobre lo referido por el paciente y los hallazgos de la exploración física, para posteriormente, corroborar lo obtenido a través de procedimientos diagnóstico de rutina y complementarios y finalmente, establecer el diagnóstico de certeza que le permitirá planear el esquema de tratamiento pertinente y realizar estudios estadísticos.
- Diseñar un plan de estudios de pregrado en los que se equilibren los contenidos de las ciencias básicas con los de las de tipo clínico, para definir con claridad, el perfil profesional. En ambos planos, las temáticas y las actividades de práctica y complementarias tendrán que ajustarse al perfil del egresado y a las necesidades contextuales. De este modo, la calidad de cualquier escuela de medicina se determinará por la calidad de los clínicos que produce.
- El rol del médico deberá girar alrededor del tratamiento de la enfermedad, ya que si no existiera enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico.

El paradigma crítico, surgido en la Conferencia Mundial sobre Educación Médica en 1988, reconoce a los factores político, económico y social como determinantes en la constitución de las formas de estratificación social y de los procesos de salud y enfermedad, para generar las pautas de producción de recursos humanos en salud, en aras de asegurar la formación de médicos que promuevan la salud de toda la población. Recomienda y sostiene que la educación, debe enfocarse en el desarrollo de habilidades de comunicación para la promoción de la salud y la

prevención, mediante la consideración de los problemas comunitarios y la comprensión de la persona como un todo (es decir, como un ser biopsicosocial), conforme a los valores éticos y morales.

De esta manera, extiende los procesos de capacitación más allá de los muros de la universidad y del hospital, para enseñar también, a la comunidad, haciendo del quehacer médico un verdadero trabajo en equipo. Las contribuciones por las que destaca este paradigma, son:

- La importancia dada a la atención primaria como estrategia fundamental, para la promoción, prevención y recuperación de la salud.
- La tendencia al tratamiento en casa y la disminución de la estancia hospitalaria.
- El valor creciente que se ha otorgado a las cuestiones administrativas de la medicina.
- La introducción de la tecnología como parte activa del aprendizaje y ejercicio médico.
- La desaparición progresiva de la práctica liberal y autónoma de la medicina.
- El ascendente conocimiento y participación de la comunidad en los aspectos relacionados con su salud.

No obstante, a pesar de las disposiciones del paradigma flexneriano y del paradigma crítico, de incluir objetivos relacionados con contenidos actitudinales (como la formación científica, el desarrollo de valores éticos y de compromiso social) y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo y de relación con el paciente, estas recomendaciones no se retoman, ni aplican en la metodología pedagógica, porque no se detalla cómo hacerlas efectivas (Beltrán-Jiménez & Ortiz-Acosta, 2011).

2.2.1.2. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo

Como ya se ha mencionado, históricamente se ha asumido que la profesión médica conlleva un gran sacrificio y sufrimiento debido a su naturaleza altamente demandante. Se requiere de una auténtica vocación de ayuda, así como, disciplina, templanza, entrega, compromiso y responsabilidad, para estar en contacto directo y constante con la enfermedad, la muerte y situaciones emocionales impactantes no vividas con anterioridad; la aptitud para la toma de decisiones de forma expedita, trabajar bajo presión con eficacia, eficiencia y precisión, y la habilidad de lidiar con una gran carga de trabajo, largas jornadas, desorden horario, escasez de tiempo libre e infraestructura inadecuada (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007; Colin-Piana, González-González, & Velásquez-Pérez, 2013; Padrós, 2009; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”; Shanafelt et al., 2009; Worley, 2008).

De todos los factores de riesgo, la sobrecarga de trabajo es la más prevalente e importante, la cual, se hace presente desde la educación médica de pregrado permaneciendo hasta la jubilación (Celis, Farias, Gutiérrez, Moreno y Suárez, 2006; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez y Sanmiguel, 2014). Y la exigencia de realizar una excesiva carga de trabajo con calidad de excelencia en el menor tiempo posible, se relaciona de manera consistente con la aparición del síndrome de burnout y particularmente, con la aparición del agotamiento emocional (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

Se espera que antes de recibir el título profesional, los estudiantes cuenten con una gran variedad de conocimientos, piensen en términos clínicos y tengan pericia técnica, pero las escuelas de medicina no han concretizado un programa para alcanzar esta meta (Graue-Wiechers, 2011).

Es así, que a pesar del sistema de categorización en que se dispone la profesión médica, el rol de cada representante resulta ser ambiguo. Para el logro de competencias profesionales a muy corto plazo, se alternan los quehaceres del médico en formación (como estudiante, interno, pasante o residente) con aquellos del que está en ejercicio, combinándose tareas de corte académico con las de orden laboral. Pero, con frecuencia, ambos tipos de actividad carecen de planeación y

ergonomía, lo que impide la definición de funciones conforme al nivel de competencia y la distribución equitativa de la carga de trabajo entre ellas, siendo una labor a lo extremo difícil, dedicar el tiempo necesario para completar cada una con puntualidad y calidad de excelencia, incluyendo la satisfacción de las necesidades personales (Jennings, 2009; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

La primer clase de tarea consta de la revisión sistemática de una gran cantidad de textos extensos y de alto grado de dificultad principalmente, para asistir y participar en clase, preparar y llevar a cabo la exposición oral de algunos tópicos del curso y/o la presentación de casos clínicos con material didáctico multimedia, acreditar exámenes y realizar procedimientos prácticos dentro de las instalaciones universitarias dispuestas para ello (como un laboratorio, anfiteatro, clínica o quirófano) o en el nosocomio mismo. Mientras que las segundas, corresponden a las que se realizan en los diferentes servicios de un hospital a través de los cuales, los estudiantes, internos, pasantes o residentes rotan y realizan guardias, para efectuar sus prácticas profesionales.

Entonces, una vez que el médico en formación se inserta en el escenario clínico, la jornada y la carga de trabajo aumentan considerablemente, porque además de atender las demandas del aula, también tendrá que satisfacer las necesidades de las instituciones sanitarias (donde esté realizando algún curso y/o prácticas profesionales) y las de los pacientes, al ser considerado como miembro del personal médico (Díaz et al., 2012; Domínguez-Álvarez, Heshiki-Nakandakari, Osornio-Castillo, Sánchez-de Tagle, & Valadez-Nava, 2014; Jennings, 2009; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014; Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014).

En promedio, la jornada laboral suele durar entre 24 y 36 horas continuas y los periodos vacacionales usualmente, se emplean para el aprendizaje o se suprimen o reducen arbitrariamente por los médicos de jerarquías superiores, llegando a ser inexistentes o insuficientes (Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

Como se podrá apreciar, desde que el médico inicia su formación profesional constantemente, en el contexto escolar y en el hospitalario, se ponen a prueba su resistencia, tolerancia, capacidad de respuesta y conocimientos debido a que las condiciones en las que se desarrolla corresponden a un ambiente altamente estresante, tanto por el tipo de actividades que lleva a cabo como por la forma en que interactúa con los demás miembros del equipo de salud (docentes, médicos adscritos, residentes, enfermeras), en la que predominan: el abuso verbal, la subestimación, la humillación y la discriminación sexual, sobre todo, en el caso de las mujeres (Ortega, Ortíz, & Martínez, 2014).

Las tareas de campo no se llevan a cabo en un orden lógico ni tienen una duración definida, ya que dependen de las necesidades del servicio: pacientes admitidos (cuyas manifestaciones clínicas corresponden a procesos mórbidos distintos), casos de emergencia (cuya atención se determina por la prioridad del caso), el tipo de procedimiento a realizar, recolección de los resultados de los procedimientos diagnósticos y otras situaciones. Por otro lado, algunas actividades son de carácter obligatorio como el asistir a las visitas diarias a las salas, así como, a las reuniones interdisciplinarias y/o multidisciplinarias, en las que se discuten diversos casos clínicos (Haddad, 2005).

Por lo regular, estas labores comprometen seriamente, el rendimiento físico y la disponibilidad de tiempo de los médicos en formación como para que alcancen a atender también los menesteres del aula y los de índole personal, debido a que por una parte, son múltiples o largas y por otra, una gran mayoría de jefes de servicio y residentes se muestran intransigentes al exigir su cobertura total, sin importar que se realicen en horarios extraescolares o que se traslapen con alguna actividad de la agenda académica.

Otro factor que compromete el tiempo y el rendimiento físico es el traslado, ya que los diferentes cursos del año o semestre en cuestión se imparten tanto en la escuela de medicina como en el hospital, teniendo la necesidad de recorrer a diario largas distancias de un lugar a otro, incluyendo el domicilio donde habitan. Y dependiendo de la zona donde se encuentren estos lugares y de la comunidad donde se esté prestando el servicio social, también se tendrá que hacer frente a la inseguridad

(Díaz et al., 2012; Domínguez-Álvarez, Heshiki-Nakandakari, Osornio-Castillo, Sánchez-de Tagle, & Valadez-Nava, 2014).

El rotar por diferentes servicios e instituciones sanitarias implica una importante carga de estrés, porque habrá que separarse del grupo inicial, para pertenecer temporalmente (que suele ser por un periodo de un mes como mínimo a seis como máximo) a diferentes grupos y de forma simultánea, y cada uno, con su propio sistema de reglas y dinámica de trabajo, lo que hace difícil en los médicos en entrenamiento, la identificación y adaptación en cada uno de ellos, así como, la inclusión y el desempeño de funciones en los mismos, y el establecimiento de relaciones interpersonales de apoyo duraderas, siendo su quehacer indefinido (Arias, Camacho-Ávila, & Juárez-García, 2010; Jennings, 2009).

Por otra parte, ante la brevísima estancia y la gran carga de trabajo del servicio hospitalario, no se hace propicia la provisión de incentivos, como: el reconocimiento, la apreciación y la retroalimentación de las acciones de los médicos en formación, lo que contribuye a que éstos las perciban como insignificantes y se sientan insatisfechos e ignorantes sobre sus resultados, afectándose seriamente su autoestima y su sentido de identidad y pertenencia respecto al cuerpo médico (Jennings, 2009).

La teoría del incentivo, cuyos autores principales fueron Young, Thorndike, Olds y Mc Clelland, define al mismo como un elemento importante en el comportamiento motivado, al premiarse o reforzarse una conducta determinada, mediante una recompensa, como: el dinero, el reconocimiento social, el elogio, entre otras, que informará al individuo sobre los resultados provechosos que generaron su conducta, que a su vez, lo motivará a que la repita. Mas los incentivos, no explican los comportamientos perjudiciales para el organismo, como el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, ya que a pesar de que el individuo sepa sobre sus efectos nocivos, los sigue ejecutando.

Un incentivo es un incitador a la acción y es lo que vale para el individuo. A los organismos pueden motivarles tanto los deseos de placer como los de reponer energías perdidas o los de reducir un impulso molesto. La teoría se enfoca en tres necesidades: logro (impulso de sobresalir, lucha por el éxito), poder (tener impacto,

ser influyente y controlar a los demás) y afiliación (deseo de relacionarse y recibir aceptación) (Cardozo, Guevara, Loaiza, Ortunio, & Sánchez, 2010). Por tanto, el rol del incentivo se concentra en dotar al médico de identidad, sentido de competencia y pertenencia dentro de un equipo profesional.

Usualmente, los médicos de jerarquías superiores (residentes, médicos adscritos y jefes de servicio) abusan de su rango y autoridad para asignar a los aprendices, tareas en exceso e/o incongruentes con su nivel de competencia justificándose con la idea de que éstas son formadoras de carácter, fuente de aprendizaje y condición, para pertenecer al equipo de trabajo sea, para evadir sus responsabilidades, disminuir su propia carga de trabajo, hacerse de mano de obra barata (si no es que gratuita) y compensar la escasez de personal (en ocasiones, hasta de áreas totalmente ajenas al servicio) que, como es de esperar, culminan en iatrogenias y procesos judiciales (Alemán, Diego, Lasala, Maliandi, & Mejía, 2005; Carrasco-Rojas et al., 2014; Laitala, Nuutinen, Rautio, & Sunnari, 2005; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”; “Urgen acabar con violencia contra médicos residentes, 2013”).

Sin duda, este proceder pone en riesgo el bienestar no sólo de los pacientes sino (también) del personal médico y la sociedad, incluyendo el prestigio de la institución sanitaria, porque además de las iatrogenias y sus consecuencias (tanto en el paciente como en el médico que las ejecutó), se suman mayores riesgos, enfermedades y accidentes de trabajo por ignorancia que a su vez, se debe a la falta de: capacitación, supervisión, retroalimentación, desarrollo profesional y definición de rol. Por otra parte, el que el médico aprendiz presencie los desacuerdos y difamaciones entre las figuras de autoridad (entre médicos de altas jerarquías y entre educadores médicos) contribuye a que no tenga certeza sobre su comportamiento.

Estas deficiencias, se presentan desde el inicio de la educación médica y con el tiempo, derivan en la incapacidad del individuo, para desarrollar el trabajo encomendado y resolver problemas. Y al carecer de certeza sobre lo que sabe y lo que tiene que hacer, duda de sí mismo y se ve imposibilitado para determinarse y actuar con autonomía y propiedad (Jennings, 2009; Ortega, Ortíz, & Martínez, 2014;

“Que reforma y adiciona, 2014”; “Urgen acabar con violencia contra médicos residentes, 2013”).

Otras situaciones por las que los aspectos prácticos de la educación médica se consideran como agentes estresores, son la primera experiencia en un anfiteatro (donde se realizan prácticas y exámenes prácticos de anatomía humana), el primer examen físico de un paciente y el contacto con la enfermedad (Haddad, 2005). En el primer caso, para el estudiante representa su primer contacto con la muerte y con un cadáver, que por sus convicciones religiosas, cánones de crianza y otras actitudes, pueden hacer que entre en conflicto y mostrar resistencia, razón por la cual, el educador médico deberá estar atento a estas situaciones y favorecer las que producen alivio de la tensión.

En el segundo escenario, al iniciarse la etapa de estudios clínicos, la observación y exploración del cuerpo desnudo generan incomodidad, por la existencia de convencionalismos acerca del pudor y la privacidad. Y en la última situación, el temor de los estudiantes a contraer alguna enfermedad por contagio en la salas de hospital, es un aspecto a menudo menospreciado por los educadores médicos ya que habitualmente, no comunican ni ponen en práctica ellos mismos, las medidas de seguridad y salud en el trabajo. Es un temor plenamente justificado y una reacción natural, porque de no ser cauto frente a la exposición a la enfermedad, la salud de los aprendices y la del educador médico mismo, se ponen en riesgo innecesariamente.

La mayoría de docentes exigen a sus pupilos resultados de individuos de niveles avanzados (que a menudo no obtienen), para compensar sus deficiencias como educadores médicos en las que no brindan la capacitación adecuada, ni la supervisión y retroalimentación requerida. En primer lugar, existe una matrícula numerosa que impide una supervisión estrecha y personalizada, así como, un programa académico vasto, con contenidos extensos y objetivos confusos y poco realistas, que debe completarse a través de un curso de corta e insuficiente duración y con recursos limitados.

Después, la situación misma del educador médico en la que se encuentra saturado de actividades, ya que como médico, su servicio no se circunscribe a un solo campo

de ejercicio o a un solo tipo de quehacer. Que para cubrir las demandas del aula, recurre a suplentes (comúnmente a residentes) cuyas actividades son igualmente, cuantiosas y sus competencias al igual que la de los educandos, se encuentran en formación, haciendo de la educación médica algo trivial.

Pero otras veces, por la misma sobrecarga de trabajo simplemente, no se presenta y deja temas y prácticas pendientes que se acumulan y alcanzan a cubrirse de manera parcial o superficial antes del periodo de evaluación o conclusión del curso, o definitivamente, dejan de llevarse a cabo. Así, deja bajo la entera responsabilidad del médico en formación, el completar en su totalidad el programa de estudios y forjar sus competencias profesionales de manera autodidacta, promoviendo la idea de que el aprendizaje del rol, se irá haciendo sobre la marcha, con solo fijarse en lo que los demás médicos hacen.

Por tanto, el médico en formación aprende practicando directamente sobre el paciente (sin previa simulación), compartiendo experiencias con sus compañeros y recogiendo lo que puede de la experiencia de sus maestros y otros médicos con los que conviven (Haddad, 2005; Padrós, 2009).

Aunado a esto, es frecuente que el titular del curso carezca de vocación y formación profesional en educación médica, que sus conocimientos se encuentren desactualizados y no tenga experiencia laboral en el campo clínico, que es necesaria, para informar y preparar a los educandos en la atención de las necesidades actuales y de diferentes contextos en materia de salud, para que de esta forma, sepan desenvolverse adecuadamente y afronten con eficacia y eficiencia situaciones reales y de diversa naturaleza, y doten de significado y dinamismo a su aprendizaje, al saber la aplicación de lo que se les está enseñando e indicando. El que el profesor de medicina no cuente con formación en educación médica ni con un perfil de educador homogéneo preestablecido, da por resultado un perfil heterogéneo entre los licenciados (Carrillo, Garza de la, & Tapia, 1986; Fernández, 2007; García-Sahagún, 2008; Paredes & Rivero, 2001; Sánchez-Mendiola, 2012).

Por tanto, el que el docente carezca de vocación y formación profesional en educación médica, contribuye a que los estudiantes perciban las actividades

educativas como poco estimulantes y tediosas, y que al no ser de su interés, les conducirá al burnout (Rosales & Rosales, 2013).

Existen múltiples razones por las que la mayoría de los educadores médicos no cuentan con la preparación formal al respecto. Una de las principales, es el que la formación haya sido la actividad central de la vida de un médico general, especialista y/o con maestría y doctorado en ciencias a lo largo de seis a doce años durante los cuales, ha estado haciendo un esfuerzo muy intenso y prolongado, dedicando el poco tiempo del que disponen a preparar y presentar exámenes, al trabajo clínico, al aprendizaje de habilidades psicomotoras y quizá (con excepción de las maestrías y doctorados) a los aspectos de investigación necesarios, para la realización y publicación de sus tesis de carrera o especialidad.

Otras razones, son la saturación de los programas de formación médica que hace difícil la inserción y abordaje de materiales complementarios que no están directamente relacionados con los aspectos técnicos y prácticos de la carrera o especialidad, ni al rol a los que están expuestos los médicos. Ante el desconocimiento de estos contenidos, a estos últimos les es difícil percibir la importancia de profundizar en los aspectos conceptuales y técnicos de las disciplinas educativas durante la formación, por lo que tienden a su trivialización. Y paradójicamente, mientras a los médicos se les enseña a buscar y utilizar artículos científicos de investigación clínica y biomédica, a los educadores médicos no se les adiestra en la búsqueda y análisis de trabajos de investigación en ciencias sociales y educación, los productos de investigación en educación no están fácilmente disponibles y hasta en ocasiones, se ignora sobre su existencia. De esta manera, es notorio que la formación médica confiere mayor importancia a los aspectos técnicos que a los educativos (Sánchez-Mendiola, 2012).

Recapitulando, la sobrecarga de trabajo para el médico en formación se hace presente ante dos situaciones extremas: como *autodidacta* (ya descrita) y como *experto*. En este último plano, algunos educadores médicos exigen exclusividad para el curso que imparten, por lo general, para satisfacer sus intereses propios (que evidentemente, son ajenos a los objetivos establecidos en el programa de estudios, (Haddad, 2005)) asignando a los médicos en formación una exagerada

carga de trabajo, haciendo que descuiden las asignaturas restantes y acumulen una gran cantidad de tareas pendientes (como preparar la exposición de tópicos y presentación de exámenes, estudiar para asistir a clase o práctica y la realización de guardias) que en muchas ocasiones, están programadas para una misma fecha. De esta manera, la presión que representa para los médicos en formación las situaciones de *autodidacta* o *experto* hace que recurran a la improvisación o a la presentación de exámenes extraordinarios para tratar de aprobar el curso y avanzar de grado, porque de no conseguirlo (como es habitual), lo reprobarán, tendrán que recurrir y conforme a los lineamientos de la institución educativa que se trate, correrán el riesgo de ser sancionados administrativamente y quedar en calidad de alumnos irregulares o exalumnos temporales, retardando considerablemente el proceso de graduación y titulación que los conducirá finalmente, a la deserción o a quedarse como pasantes.

El no haber obtenido el título ni la cédula profesional dificultará enormemente su contratación, quedando pocas opciones en otro mercado de trabajo (práctica ilegal) como en consultorios de farmacias o aseguradoras (para revisar expedientes) (López-Pérez, 2009, García, 2015). De 1970 al 2012 el ingreso de estudiantes de medicina ha sido moderado pero sostenido, con una cifra de 114,000, en contraste con el egreso y la titulación que está por debajo de 20,000 (García, 2015).

Sobre la evaluación, ésta también resulta ser inadecuada, ya que muchas veces es apreciativa, es decir, que no se hace conforme a los criterios establecidos por la academia o departamento correspondiente (centrados en la objetividad, imparcialidad y concordancia de la medición de los resultados), sino a los del titular del curso (que tienden a ser subjetivos, distorsionados e injustos), ni tampoco se hace sobre los contenidos establecidos en el programa o los temas hasta el momento revisados, por lo que, de este modo, el médico en formación se ve imposibilitado en ejercer control alguno sobre los resultados de su quehacer (Haddad, 2005).

Otro aspecto que hace que la evaluación sea inapropiada, es su contenido. Martínez (2004) señaló, que en lugar de hacerse sobre las patologías que se espera hallar o que se encuentran usualmente, en el contexto clínico cotidiano, se hace

mayoritariamente, sobre aquellas que son poco o nada frecuentes. Por tanto, la evaluación es una fuente importante de estrés para el médico en formación, ya que el obtener el título profesional es su principal objetivo, por lo que los exámenes constituirán su principal causa de estrés y ansiedad (Arango et al., 2010; Haddad, 2005).

La ansiedad del estudiante radica en su sensación de poca o ninguna defensa ante el poder del profesor y el grado en que llega a experimentar esta sensación, dependerá de la percepción que tenga del grado de arbitrariedad y de la capacidad de usar ese poder que atribuye al profesor. Cabe destacar, que algunos de estos profesores creen que si un individuo ha escogido una profesión como la medicina, en la que un error puede conducir a la muerte, es conveniente que vaya preparándose para comportarse bajo situaciones de intenso estrés. Por lo que, puede decirse que el estrés académico se ubica entre los factores que más afectan al aprendizaje óptimo del estudiante de medicina.

Existe una relación significativa entre la depresión, la ansiedad y el estrés con el rendimiento académico que indica que hay una alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas en los estudiantes de medicina, viéndose éstos más afectados que el resto de la población estudiantil, experimentando un agotamiento mental y nervioso que conlleva a la obtención de calificaciones deficientes. Pero, hay que dejar en claro, que la percepción de ese estrés y la forma de responder a él es una característica propia de cada quien (Arango et al., 2010; Dyrbye et al., 2009; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014).

Ahora bien, cuando el médico en formación atraviesa por la transición del mundo escolar al laboral durante el internado y el servicio social, se encuentra con que las disposiciones del ambiente de trabajo no corresponden a las expectativas que había generado sobre su futuro profesional, ya que dicho cambio, implica un choque cultural tridimensional que dificulta la adaptación al nuevo contexto:

- Biomédico

Donde se contraponen lo aprendido en la universidad con las competencias que exige el área de trabajo.

- Organizacional

En el que deberá ajustar su comportamiento a las normas, hábitos y valores de la institución de trabajo.

- Social

Que exige el desarrollo de habilidades sociales, para la comunicación eficaz con los pacientes y sus familiares, así como con sus compañeros de trabajo cuya cosmovisión es distinta a la suya, al provenir de culturas y estratos socioeconómicos diferentes.

Considera que el entrenamiento que recibió no fue el adecuado, porque no encuentra congruencia entre lo que aprendió y lo que le exige el escenario clínico sintiéndose ante éste, incompetente. Lamentablemente, esta percepción es frecuente, y muchas veces, una realidad (Díaz et al., 2012; Domínguez-Álvarez, Heshiki-Nakandakari, Osornio-Castillo, Sánchez-de Tagle, & Valadez-Nava, 2014; Haddad, 2005; Shanafelt et al., 2009). Así mismo, se cuestiona sobre haber elegido la carrera correcta (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007).

Es como si se situara en un mundo totalmente desconocido que no puede controlar, porque lo que refieren los pacientes no es como lo estudiado en los libros, las enfermedades no presentan signos y síntomas perfectamente definidos, ni diagnósticos tan precisos y tratamientos tan eficaces. Y, a medida que va pasando más tiempo en el campo clínico, se va percatando de que sabe mucha teoría pero que no es suficiente como para saber explorar al paciente y comunicarse adecuadamente con él y su familia (Martínez, 2004). Así mismo, al hacerse

consciente de las irregularidades del sistema de salud, la desigualdad social y la carencia o pobreza de redes sociales en los pacientes, contribuirá a que se sienta terriblemente frustrado y decepcionado (Jennings, 2009).

Cuando estaba en la escuela de medicina, tenía una cierta seguridad y confianza en su identidad, al encontrarse en un contexto conocido y predecible donde las calificaciones eran el indicador de certidumbre de su quehacer. Los casos clínicos eran simulados y escritos, y las iatrogenias se emitían por escrito y no trascendían más allá de una calificación reprobatoria, ya que se encontraba en proceso de entrenamiento.

En el ámbito de práctica se efectuaban igualmente, procedimientos controlados y predecibles cuyos resultados dependían del seguimiento de las indicaciones de un manual de laboratorio, o bien, realizar unas cuantas historias clínicas. En cambio, ya en el escenario clínico, se espera que haya completado el proceso de entrenamiento y sea ya competente, para enfrentar y resolver situaciones reales y de comportamiento impredecible en las que un error, puede ser fatal (Arias, Camacho-Ávila, & Juárez-García, 2010).

De las escuelas de medicina de México egresan cerca de 15 mil médicos cada año. De ellos, sólo cuatro mil obtienen acceso a una educación de posgrado y los once mil restantes, hacen crecer el número de médicos generales cuya competencia profesional es cuestionable, pues no tienen más conocimientos y destrezas clínicas que los que pudieron aprender a su paso por la escuela, que en la mayor parte de las veces, son insuficientes como para brindar una atención de calidad a la población (Fernández, 2007; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014).

Finalmente, en el ámbito laboral, ante la masificación e infinita demanda, el médico tendrá que atender a un gran número de pacientes en una cantidad ínfima de tiempo (aproximadamente, cerca de 20 pacientes por turno), con materiales inadecuados y forzado a agilizar su alta (Dickinson, Fernández, & Hernández-Vargas, 2008).

El trabajo cotidiano en la consulta consiste en una sucesión de encuentros breves, en los que la interacción es muy rápida y corta y que requiere de una gran concentración, autocontrol y capacidad para organizar el tiempo, para atender

problemas de diversa índole, como: síntomas, tratamientos, educación, ansiedades, problemas familiares o sociales, aspectos burocráticos, quejas, complicaciones médicas y otros más. La práctica clínica no se basa en certezas y evidencias contundentes, sino en la toma de decisiones con datos incompletos e imprecisos. La capacidad para tolerar la incertidumbre se convierte en un aspecto importante tanto del propio bienestar y la satisfacción profesional, como del uso de recursos. De este modo, la consulta puede llegar a ser gratificante, pero también puede representar una amenaza, al hacer del profesional un depositario de quejas provenientes del malestar social o de problemas de la vida del paciente, que éste espera que le resuelva aunque escape de su competencia. Se hace propicio el temor a hacer daño, al error y sus efectos; a invadir la intimidad de los pacientes y ser rechazado; a ser invadido por ellos y perder la distancia interpersonal necesaria para mantener la empatía; a ser presionado, manipulado o instigado a prescribir, emitir informes y propuestas de incapacidad laboral (Castillo & Madrigal, 2010). Por otro lado, el médico no podrá controlar los resultados de su quehacer, debido a que múltiples profesionales de otras áreas de la salud intervendrán en los casos clínicos que estén a su cargo, afectando la evolución del paciente, y a que una gran cantidad de pacientes no respetan los horarios y fechas de sus citas y presenten además, falta de adherencia terapéutica.

2.2.1.3. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales de trabajo

La violencia en el ámbito laboral ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y afecta negativamente la actividad del que la padece, sin embargo, desde que los derechos humanos adquirieron valorización social en las postrimerías del siglo XX, las condiciones laborales comenzaron a ser estudiadas, así como, las de los ámbitos académicos (Alemán, Diego, Lasala, Maliandi, & Mejía, 2005).

La violencia laboral se estudia a partir de los tres elementos básicos que componen la dinámica de trabajo sobre los que se manifiesta y altera, para convertirlos en puntos de vulnerabilidad que eventualmente, ponen en riesgo el bienestar y la seguridad del trabajador, así como, la convivencia familiar y social, al haber una excesiva carga de estrés,

un ambiente de trabajo hostil y pérdida de confianza hacia los superiores y los compañeros de trabajo. Dichas unidades corresponden a:

- Los procesos de trabajo.
- Las relaciones de poder en la organización.
- Las demandas externas que provienen de los usuarios de los servicios que provee la organización.

De este modo, la institución hospitalaria produce necesariamente, zonas de riesgo permanentes debido a la imposibilidad de ajustar las necesidades del medio interno con las del externo, al albergar profesionistas de distintos grado de formación que conforman una oferta deficiente e insuficiente, para atender a una excedente demanda de atención clínica de calidad (Frantchez, Pintos, Pucci, Stolovas, & Tomasina, 2011).

En numerosas investigaciones multiculturales se ha observado que el hostigamiento y el maltrato (conductas intimidantes y persistentes que son propias del *acoso laboral o mobbing*) imperan en la práctica médica de manera sutil y/o evidente, y que además, son aceptadas y justificadas en todos los niveles de formación, al considerarse inherentes al proceso educativo.

Acosta-Corona, Herrera-Silva y Treviño-Moore (2006) señalaron que el fenómeno de la violencia en la educación médica yace en el pensamiento de la comunidad médica como una tradición, en la que sus patrones de conducta se muestran y catalogan a la vista de todos, como “normales” o “naturales”, pasando inadvertidos en sus formas más sutiles de presentación, creando así, una serie de conflictos en las formas de convivencia de cualquier nivel educativo entre todos sus participantes (profesores, alumnos y autoridades académicas), sin alcanzar a percatarse de los altos costos resultantes de la merma de la salud, el aprendizaje, las relaciones interpersonales, la calidad del servicio y otros aspectos.

Su revelación se documentó por primera vez en 1961, al hacerse evidente la presencia de conductas abusivas por parte de profesores y residentes en contra de los estudiantes de medicina de la unión americana. Y a partir de ese momento, se

ha encontrado un patrón de referencia consistente en la violencia dentro de la educación médica, donde destacan:

- La presencia de la violencia en cerca de la mitad o en la totalidad de los alumnos de los diferentes cursos y en todos los niveles académicos, dependiendo del sitio donde se lleve a cabo la investigación.
- La evidencia de altísimos grados de estrés y la dificultad de su manejo, por parte de los estudiantes, como resultado de la violencia.
- Incremento significativo en su incidencia durante los años de entrenamiento clínico.

De manera complementaria, Laitala, Nuutinen, Rautio y Sunnari (2005) añadieron que existe una relación directa entre este tipo de comportamientos y la metodología educativa centrada en la disciplina asociada al maltrato y la jerarquización profesional, que es a como está diseñada la enseñanza médica. Esto es, que para que el acoso se presente, influenciará de manera importante el que la profesión, por diseño, sea jerarquizada y que la metodología de aprendizaje se fundamente en la corriente tradicionalista y un estilo de dirección autocrático (descritos ya, en el subtema 2.2.1.1.).

Es alarmante que desde que el médico es estudiante no perciba este tipo de conductas como amenazantes, inapropiadas, irrespetuosas, ni violentas hacia su persona. Existen varias explicaciones al respecto.

Jennings (2009) evidenció que en un estudio realizado en 2008, el 83% de los estudiantes graduados afirmaron, en una encuesta, que habían sido minimizados y humillados en público durante su estancia en la escuela de medicina, pero en la misma encuesta, cuando se les preguntó que si habían sido maltratados en la escuela de medicina, el 85% respondió que no.

Sobre esta inconsistencia, llegó a la conclusión de que existe una cultura de maltrato y negación, una pobre autoestima en los estudiantes de medicina quienes no perciben las conductas de violencia como maltrato, así como, miedo a las represalias de denunciar las agresiones sufridas. Y los estudiantes que sí perciben

la injusticia en la escuela de medicina, inicialmente se sienten impotentes e indignados ante ella, pero con el paso del tiempo, ante su cronicidad, constancia y permanencia, terminan adoptando una actitud de indiferencia hacia ella. De igual forma, puntualizó que cuando en el ambiente de aprendizaje se ejerce y tolera el maltrato, el mensaje que se les transmite a los estudiantes es que no valen como seres humanos.

Dicho fenómeno actitudinal corresponde al término *indefensión aprendida*, acuñado por Martin Seligman en 1975, para explicar la capacidad de los individuos para manejar desafíos o adversidades según el grado en que se sientan o no amenazados conforme a la situación, las experiencias pasadas y las características individuales.

De esta forma, una vez que se presenta un problema, se tiene que decidir qué se va a hacer. Pero si el mismo se vuelve a presentar muchas veces más, a pesar de las estrategias diseñadas e implementadas, se llegará a un estado de indefensión en donde se permanecerá inerte, sin valorar la situación y sin afrontar la amenaza, lo cual a su vez, podría ser el mecanismo de mediación en el síndrome de burnout en el que los individuos expuestos a resultados no controlables, pueden aprender que los acontecimientos o sucesos de su entorno son independientes de sus acciones y generalizar la creencia de que son incapaces de ser efectivos, conduciéndose a un aislamiento apático (Ayuso, 2006).

De manera adicional, lo anterior puede atribuirse a lo que notaron Alemán, Diego, Lasala, Maliandi y Mejía (2005), de que una misma conducta, al poder percibirse de diferentes formas según la cultura o el momento histórico, el definir la violencia en el contexto laboral resulta complicado. De modo que, lo que para algunos es un trato normal en una relación de trabajo, para otros puede representar una conducta inadmisibile y repudiable.

Por otro lado, Acosta-Corona, Herrera-Silva y Treviño-Moore (2006) puntualizaron que tanto el respeto que los médicos profesan hacia su cultura ancestralmente constituida, así como, la culpabilidad que se les ha inculcado, contribuye a que no denuncien los episodios de violencia de los que son víctimas y entonces, opten por manejar los conflictos por ellos mismos, sin la ayuda de nadie, a cambio de

pertenecer al grupo o permanecer en él, pues creen que con el tiempo y sin importar las vejaciones que haya que soportar, bien valdrán la pena para lograr obtener una jerarquía de élite.

En la carrera de medicina, el acoso parece ser especialmente predominante, pues ocurre con mayor frecuencia respecto a otras carreras (Bastías, Fasce, Ortíz, Pérez, & Schaufele, 2011; Carrasco-Rojas et al., 2014; Jennings, 2009; Laitala, Nuutinen, Rautio, & Sunnari, 2005; “Que reforma y adiciona, 2014”; “Urgen acabar con violencia contra médicos residentes, 2013”) y a causa de la experiencia traumática, un gran porcentaje de médicos en formación consideran el abandono o cambio de carrera, sea por las implicaciones psicopatológicas derivadas y/o por la insatisfacción que gradualmente, van desarrollando hacia su trabajo, al persistir el acoso de manera sostenida y sistemática (Bastías, Fasce, Ortíz, Pérez, & Schaufele, 2011; Laitala, Nuutinen, Rautio, & Sunnari, 2005).

La Asociación Médica Británica comunicó que el acoso es frecuente por parte de los pares, los adscritos del grupo médico y los directivos, quedando por lo general, impune. Que la mayoría de los médicos son testigos del sometimiento y acoso hacia sus compañeros y quienes lo ejercen, ante la denuncia, se protegen entre sí sin importar la gravedad de sus actos, quedando libres de toda acusación y sin sanción alguna (Acosta-Corona, Herrera-Silva, & Treviño-Moore, 2006; Bastías, Fasce, Ortíz, Pérez, & Schaufele, 2011; Laitala, Nuutinen, Rautio, & Sunnari, 2005).

Las formas más comunes de intimidación o acoso consisten en (Acosta-Corona, Herrera-Silva, & Treviño-Moore, 2006; Carrasco-Rojas et al., 2014; Frantchez, Pintos, Pucci, Stolovas, & Tomasina, 2011; Jennings, 2009; “Urgen acabar con violencia contra médicos residentes, 2013”):

- Denigrar y vulnerar el trabajo, al criticarlo y exagerando fallas y errores.
- Regañar en público mediante gritos o alzando la voz y empleando lenguaje soez.
- Interferir indebidamente en el desarrollo laboral, desvalorizando los esfuerzos y desmoralizando, y retirando privilegios u oportunidades.
- Retener información necesaria.

- Imposición de castigos con más trabajo, guardias extra o actividades innecesarias, que rebasan el límite de las capacidades físicas y cognitivas y el rendimiento profesional del médico.
- Privación de la satisfacción de necesidades humanas (aspecto que se trata a detalle en el subtema 2.2.2.5.).
- Discriminación racial.
- Maltrato psicológico.
- Maltrato físico.
- Acoso sexual.
- Represalias por la denuncia de estos incidentes.

El acoso en estudiantes y residentes está bien documentado. Se ha reportado que del 47 al 91.5% de los estudiantes ha sufrido, por lo menos, una experiencia de este tipo, así como, una gran parte de residentes, debido al doble y ambiguo rol que desempeñan como estudiantes y trabajadores que los hace vulnerables al acoso. Existen pocos estudios reportados en la literatura sobre la experiencia de acoso conforme al tipo de especialidad médica. Sin embargo, uno de ellos indicó que el maltrato verbal es la forma de acoso más frecuente en la rotación de medicina general, seguida de pediatría y cirugía. Entre los factores relacionados con el acoso se encuentran el sexo, el origen étnico y el ser extranjero.

Existen diferencias significativas en la percepción de intimidación, hostigamiento y discriminación conforme al sexo. Los hombres refieren más experiencias de castigos en el trabajo (horas extra de trabajo, guardias extra, actividades que son ajenas al puesto de trabajo, actividades inútiles) que las mujeres, mientras que ellas, de acoso sexual (Acosta-Corona, Herrera-Silva, & Treviño-Moore, 2006; Alemán, Diego, Lasala, Maliandi, & Mejía, 2005; Carrasco-Rojas et al., 2014; Laitala, Nuutinen, Rautio, & Sunnari, 2005; “Urgen acabar con violencia contra médicos residentes, 2013”).

Los datos en América Latina sobre la percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes son escasos. En México, los estudios sobre acoso y hostigamiento se han enfocado principalmente en el ambiente escolar (*bullying*) en

poblaciones de niños y adolescentes. La bibliografía médica sobre este respecto es escasa y de divulgación. Y de manera optativa, se cuenta con algunas notas periodísticas difundidas a través del periódico impreso, radio y televisión, o bien por Internet a través de videos, blogs, foros, portales, periódicos digitales, redes sociales y otros medios de comunicación masiva. Pocos estudios se han enfocado en estudiar la experiencia de acoso en los médicos en formación y las variables relacionadas con estas conductas que afectan negativamente la productividad y el aprendizaje profesional (Carrasco-Rojas et al., 2014; Díaz et al., 2012).

2.2.1.4. Factores de riesgo relativos a los cambios supraorganizativos

Como su nombre lo indica, este tipo de factores de riesgo son aquellos que son ajenos a las organizaciones de trabajo y que entonces, corresponden a los cambios y regulaciones del contexto sociocultural y económico en que se encuentran, que afectan la operación general de los distintos sectores laborales (como compete en este apartado al gremio médico) tales, como: la globalización, las crisis económicas, la mercadotecnia, el avance científico y tecnológico, los cambios en los perfiles demográficos, los cambios en el ejercicio profesional, entre otros.

La globalización y su consiguiente cambio de filosofía de la humanidad y de los sistemas social, económico y cultural, caracterizado, por:

- La carencia de solidaridad humana y social.
- Individualismo, egoísmo y hedonismo excluyente.
- La tendencia de producir más con menores recursos.
- Inmediatez.
- Dominio creciente de corporaciones multinacionales.
- Proletarización de los médicos e insatisfacción de los pacientes.
- Progresiva acumulación de poder y bienes en las corporaciones y minorías con exclusión de la mayoría de la población,

sitúa al médico en una encrucijada moral de, si ser agente de los intereses de la salud de los pacientes o convertirse en un agente distribuidor de los intereses privados y/o estatales.

En la primera posibilidad, el médico experimentará una creciente insatisfacción y frustración frente a los cambios de los sistemas de salud que anteponen el rendimiento sobre el desarrollo profesional, imposibilitándolo, para ofrecer a los pacientes una atención de calidad, con el tiempo necesario para asistirlos y contenerlos, y con plena accesibilidad al progreso científico y tecnológico. Mientras que en la segunda, se enfrentará con una medicina deshumanizada que lo incita a mostrar escasa integración con los pacientes y sus familiares, ejercer abuso de poder y discriminación, violar la confidencialidad y actuar irresponsablemente (Giacomantone & Suárez, 2009).

Así mismo, frente a la rapidez y bastedad del avance tecnológico y científico, el médico se hace preso de la mercadotecnia, viéndose en la necesidad (sea por ignorancia, por moda o porque realmente sea meritorio) de consumir insumos y sustancias activas que están en boga, para estar a la altura de los estándares de diagnóstico y tratamiento actuales. Y si la escuela de medicina no informó sobre estos productos, entonces los laboratorios y otras industrias se encargarán de promoverlos en el ejercicio profesional, orillando al médico a emplearlos irresponsablemente (Paredes & Rivero, 2001).

Sobre las crisis económicas, éstas repercuten significativamente en la educación y en la salud, al reducirse el presupuesto. A nivel internacional, se ha adoptado un modelo económico que consiste en destinar los recursos públicos a bancos y empresas privadas a costa del estancamiento o franco retroceso de los salarios, empleos, salud y educación.

El seguir privilegiando con recursos públicos a la educación privada, como se ha venido haciendo, significaría limitar el desarrollo científico y tecnológico, y las oportunidades, para los egresados de las escuelas públicas. Un ejemplo de ello, son los porcentajes de aspirantes que fueron seleccionados en el ENARM de 2008, por escuela o facultad de medicina. Fue admitido el 75.44% de los aspirantes egresados de la Universidad Panamericana, el 72.58% del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, el 65.32% de la Universidad Lasalle, contra el 46.78% de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 26.56% de la Universidad Autónoma Metropolitana y el 26.56% de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (López-Pérez, 2009).

Y en 2015, aún se siguieron apreciando esas diferencias, en las que los aspirantes provenientes de escuelas privadas tuvieron una mayor probabilidad de ser admitidos. De la

Universidad Panamericana fue aceptado el 65.30% de sus egresados, del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey el 45.75%, de la Universidad Lasalle el 36.57%, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México el 31.78%, de la Universidad Autónoma Metropolitana el 20.59% y de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional el 23.31%. (Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2015).

El sector privado, al ejercer dominio en el ámbito sanitario, lo ha convertido en negocio al condicionar el acceso a la salud a la posesión de un alto poder adquisitivo, y al crear un sistema de trabajo en el que cuenta más la eficiencia del servicio y no la calidad del mismo (Pinzón, 2008). Se habla pues, de una medicina más burocratizada y de un pobre reconocimiento del rol social del médico (Álvarez-De Toledo, Cuenca-Gómez, & Gutiérrez-Medina, 2008).

Por otro lado, se encuentra el aumento de la matrícula de estudiantes de medicina debido a una ineficaz planeación por parte de la Secretaría de Educación Pública y de Salud, las instituciones de educación superior y los colegios y academias mexicanas de medicina. Aunado a esto, el crecimiento de la población de escasos recursos y los procesos de reforma del sector salud, la falta de coordinación entre las escuelas y criterios poco estrictos para su acreditación, y la incongruencia entre los programas educativos en relación con las necesidades de salud de la población, han contribuido a la deficiente calidad de sus egresados, junto con la falta de creación de empleo, sobre todo en el sector público.

Al haber cambios continuos en los modelos de enfermedad y en la práctica médica, como: la tendencia hacia una medicina preventiva, una mayor atención a las enfermedades crónico-degenerativas, la ejecución de procedimientos de diagnóstico y tratamiento poco o nada invasivos y ambulatorios, atención clínica por vía telefónica o videoconferencia, entre otros, se hace necesario que los estudiantes profundicen sus conocimientos en ciencias humanas, ciencias exactas y en el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (Pinzón, 2008), lo que expande y diversifica los planes de estudio a costa del aumento de la carga de trabajo de los médicos en formación y de un entrenamiento deficiente (Graue-Wiechers, 2011).

2.2.1.5. Variables sociales extra-laborales

Los eventos personales negativos como: la violencia intrafamiliar, el divorcio, una enfermedad propia, el fallecimiento o enfermedad de algún ser querido, entre otros, presentan una estrecha relación con la mayor prevalencia y desarrollo de burnout en los médicos, y con la decisión de abandonar la carrera. De manera inversa, en esta misma población estudiada, se observa que la presencia de eventos considerados positivos en las distintas escalas psicológicas (matrimonio, nacimiento de un hijo y otros) y el apoyo social disminuyen considerablemente, la probabilidad de desarrollar el síndrome, al contribuir a un mejor afrontamiento de los estresores, para el logro de un desempeño satisfactorio (Arango et al., 2010; Dyrbye et al., 2009; Jennings, 2009; Medeiro, Muñoz, Ramírez, & Ramírez, 2012; Muñoz, Rodríguez, Rodríguez, & Sanmiguel, 2014).

Por tanto, así como los vínculos familiares y sociales pueden ser factores protectores ante el estrés, al ser fuente de estabilidad psicoemocional para el médico, también podrían llegar a ser factores de riesgo, al ser disfuncionales o al ejercer presión social sobre él. El que el médico no disponga del tiempo suficiente para cultivar sus relaciones interpersonales, hará que se sienta culpable y temeroso de que se rompan o dañen (Padrós, 2009). Y si son una cuestión de presión social, el médico llegará a sentirse amenazado, al no encontrarse a la altura de sus contemporáneos, o por miedo a no cumplir con las expectativas que él, su familia y su comunidad más próxima han generado de sí mismo, de que será una persona *importante y respetada* por pertenecer a un grupo de élite (Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014).

En el primer caso, el médico ha venido preparándose durante al menos siete años, en los cuales, ha ido viendo cómo sus amigos y familiares ya se han ido colocando en el ámbito laboral e independizando, y algunos también, hasta han formado una familia. Y ante estos acontecimientos, su familia y su entorno procede a compararlo, criticarlo, estereotiparlo y excluirlo, exigiéndole que consiga los mismos o mejores logros y a la par de aquéllos, lo que contribuye a que no sólo se sienta presionado sino (también) solo, incomprendido, rezagado e inútil (Martínez, 2004).

Y en la segunda opción, el que el individuo sea el primero en su familia en acceder a la educación superior y además, en medicina, supone una gran presión y compromiso, porque no sólo representa un logro personal o familiar sino (también) la oportunidad de introducir nuevos conocimientos, servicios y beneficios jamás pensados en su comunidad (Valdés et al., 2009).

2.2.2. Factores de riesgo individuales

2.2.2.1. Razones por las que la medicina se elige como profesión: ¿Por qué estudiar medicina?

La mayor parte del colectivo concibe a la medicina como una carrera terriblemente difícil, abrumadora y de gran sacrificio, que solo las personas con verdadera vocación y sentido de altruismo pueden desear y elegir como forma de vida, ya que creen firmemente, que todos sus esfuerzos se compensarán con el placer del ejercicio (López-Pérez, 2009; Martínez, 2004; Padrós, 2009; Worley, 2008).

Por tal motivo, numerosos equipos de investigación como los de Álvarez-De Toledo, Cuenca-Gómez y Gutiérrez-Medina (2008), Padilla-Cuadra, Villalobos-Pérez y Vindas-Sánchez (2012), Ríos y Schonhaut (2009), entre otros, han esclarecido que las razones altruistas y humanitarias (necesidad de ayuda, entrega y servicio a los demás), así como, las de corte intelectual (afrontar nuevos retos e interés científico), son los motivos principales por los que los individuos eligen a la medicina como profesión. Por ejemplo, en las primeras, destaca el deseo de ayudar a quienes padecen la misma enfermedad que el individuo que desea estudiar medicina o alguno de sus seres queridos está cursando o alguna vez tuvo (Padrós, 2009).

Otros factores, como la tradición familiar, la relevancia social o el prestigio o nivel económico de la profesión, no se han reportado como influyentes en la decisión de estudiar medicina.

Dixon et al. (2009), Escanero, Giménez, Guerra y Soria (2006) y Padilla-Cuadra, Villalobos-Pérez y Vindas-Sánchez (2012) complementaron que existen diferencias sexuales que determinan dicha elección, ya que el sexo es una variable que influye en la personalidad del individuo, las expectativas de futuro y la conducta vocacional.

Los resultados de los estudios referidos en sus trabajos revelaron que las mujeres, presentan una mayor tendencia hacia los intereses altruistas y sociales por su mayor madurez emocional y sensibilidad, mientras que los hombres, hacia motivos de tipo instrumental e intelectual, al igual que, por prestigio y estatus, por su alto sentido de competencia característico.

Además de estas diferencias de perfil psicológico se ha demostrado que la mujer debe enfrentar mayores obstáculos que el hombre para ingresar a la carrera de medicina, tales como: responsabilidades domésticas, familiares, discriminación, rigidez en las estructuras de la carrera y barreras psicológicas.

Sin embargo, independientemente de estas diferencias y otros factores, el sentido original de la vocación por la profesión médica se va modificando con el paso del tiempo, tras las experiencias que los médicos en formación van teniendo en su entorno, apreciándose un declive en la empatía y humanitarismo (que puede comprometer el profesionalismo), como mecanismo de defensa para contrarrestar la ansiedad, el temor al fracaso y la exposición al sufrimiento humano (Álvarez- De Toledo, 2008; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008; Estela- Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, Vega-Dienstmaier, 2010; Martínez, 2004).

En el primer año, predominan el idealismo y la ilusión. El estudiante de medicina se presenta con gran entusiasmo a su primer día de clases, dispuesto a todo, para aprender todo lo necesario para curar al enfermo y salvar vidas. En segundo año, al haber estado en mayor contacto con las ciencias básicas y por la curiosidad que despiertan los mecanismos que subyacen a la normalidad y la patología, el interés por la medicina ya no sólo es vocacional sino (también) científico.

Ya en tercer año, aparecen el desconcierto e incertidumbre, por los cambios que acontecen, como: nuevas asignaturas (que corresponden a las ciencias clínicas), el cambio de la facultad al hospital, de laboratorios y aulas magnas a salas de urgencias y consultorios, entre otros, y por la proximidad al hospital que diluye el notable idealismo del inicio de la formación médica: la idea de curar se reemplaza por la de aliviar. Finalmente, en los tres últimos años se va haciendo cada vez más evidente una visión más realista, predominando la perspectiva de gratificación personal que ofrece la medicina, ya que a pesar de su burocratización y la influencia

de la tecnología, los estudiantes de medicina se muestran satisfechos de su decisión.

2.2.2.2. Concepto que los médicos tienen de la medicina, la salud y la enfermedad

Considerando el planteamiento de Cabrera, Lucumí y Tascón (2001), de que la mayoría de las causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, en esta sección, se dará a conocer a través del aún vigente modelo de creencias en salud, la forma en que los médicos construyen el concepto de salud, para así, esclarecer la influencia que ejerce el sistema de creencias en la formación y ejercicio profesional de la medicina, y la relación que ésta guarda con el desarrollo del síndrome de burnout en este rubro profesional.

Como lo indicaron DiLalla, Dorsey y Hull (2008), tanto la salud y las conductas de riesgo como las creencias sobre el autocuidado y el tratamiento, representan un parte significativa en la formación de la identidad profesional de los médicos, y por tal, deben estudiarse para darles un direccionamiento adecuado durante la formación médica.

El modelo de creencias en salud se construyó en Estados Unidos durante la década de los cincuenta del siglo XX, a partir del trabajo de múltiples investigadores sobre propuestas teóricas de la motivación y percepción del individuo, que se fundamentaban en las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva.

De esta forma, el modelo relacionó teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, para solucionar problemas de salud. Bajo la colaboración de Mayhew Derryberry, creador de la división de estudios de la conducta en la oficina de educación para la salud del servicio de salud pública en Estados Unidos de América, y cuatro psicólogos sociales del servicio: Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock, desarrollaron la arquitectura y descripción original de dicho modelo.

Estos científicos propusieron el modelo de creencias en salud para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerándolo como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde, su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.

El modelo de creencias en salud establece que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas (Aspectos teóricos y estrategias de intervención, 2009; Becoña & Oblitas, 2004; Cabrera, Lucumí, & Tascón, 2001):

- Primero, que es susceptible de sufrirla. Lo cual el médico no cree.

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una enfermedad e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. Para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general, es necesario que sepa sobre el riesgo de presentar el evento, que en el caso específico del síndrome de burnout en la comunidad médica no ha sucedido de esta manera, porque dicha percepción, puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo, que hacen que se sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad.

De este modo, como se describirá en breve, el médico no percibe susceptibilidad alguna de sí mismo frente a la enfermedad, y mucho menos al síndrome de burnout porque lo desconoce, y en caso de saber algo sobre él, no lo categoriza como una enfermedad, por las razones expuestas en el subtema de diagnóstico del capítulo uno.

Entonces, el médico, al no saberse susceptible de enfermar, no evaluará la severidad de la enfermedad y tampoco hará nada frente a sus consecuencias.

- Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida.

La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán grave es la enfermedad conforme a la información que cuenta sobre ella o de las consecuencias de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona.

Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que tienen algún tipo de experiencia.

Los autores originales del modelo de creencias en salud, así como, diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de *amenaza percibida* como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Con respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias, sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía creer que él podría tener la enfermedad aún en la ausencia de síntomas de la misma.

- Tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

El comportamiento en salud y en enfermedad se ha conocido históricamente, como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad, o mejor aún, detectarla en una etapa aún asintomática (Cabrera, Lucumí, & Tascón, 2001). De este modo, el médico se percibe saludable; condición que le confiere la capacidad de ayudar a

los individuos que no lo están, mediante sus conocimientos, habilidades y valores, pero sin que él considere la posibilidad de que en algún momento de su vida, como ser humano que es también, cursará con algún padecimiento, que dejará de ser saludable y que entonces, formará parte de esa comunidad de enfermos donde se encuentran esos seres ajenos y diferentes a él, y que necesitará de la ayuda de algún otro colega para solventarla.

Esta creencia proviene a su vez, de la representación social y de lo aprendido en su formación profesional sobre la figura del médico, concibiéndose como un héroe al servicio de la humanidad que la salva de la enfermedad. Y como héroe, como un ser invulnerable a la misma y, por tanto, de distinta naturaleza de aquellos que solicitan su ayuda. Un ente perfecto y de orden superior (Jennings, 2009; Padrós, 2009).

Esta forma que tiene el médico de concebirse a sí mismo, también se debe a que durante su formación no consiguió categorizarse dentro de su profesión y del proceso salud-enfermedad, al no haber formado sus imágenes conceptuales en su pensamiento lógico. Para que un concepto se forme y a expensas de él se pueda definir, interviene la construcción subjetiva de dos tipos de conocimientos: el conocimiento declarativo y el conocimiento procedimental (Acosta, Flores, & Quintana, 2003).

Por lo que, la representación semántica de los conceptos de medicina, salud y enfermedad la forjó sobre definiciones y procedimientos que no incluyen dentro del bienestar de los individuos, el del médico mismo, al no concebirlo como un individuo con necesidades (iguales a las de los demás individuos, aquellos pacientes, *esos otros*), susceptible de enfermarse y capaz de solicitar, recibir y brindar atención clínica a otros de sus colegas, haciendo que se concentre en cubrir las demandas del ambiente académico y laboral a costa de la insatisfacción de sus necesidades propias (DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008).

Así, en torno a los preceptos de la literatura médica, el médico concibe a la *medicina* como la ciencia y el arte de prevenir, aliviar y curar las enfermedades del cuerpo humano, y de promover la salud a través de hábitos y costumbres sanas entre las personas desde el punto de vista biológico y social. Que la medicina como ciencia,

es un sistema de conocimientos científicos sobre el hombre en su estado saludable o en su calidad de enfermo, en el cual se fundamenta para diseñar e implementar las acciones que se dirigen a atender las necesidades y problemas que generan la salud y la enfermedad en los individuos o colectividades.

Como arte, corresponde a la destreza de interpretar la información imprecisa que proporciona el paciente sobre lo que le aqueja, en términos formales que lo aproximan a la entidad patológica que se trate, para así, identificarla, darle seguimiento a través de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y emitir su pronóstico. Dicha habilidad se adquiere con la experiencia y requiere de intuición y sabiduría, para desarrollar una relación médico-paciente que favorezca adentrarse en el individuo, para conocer sus motivaciones y conductas.

Y aunque la responsabilidad del médico sea permanecer objetivo, no deberá centrarse en la mera búsqueda de conocimientos, sino también, considerar los intereses del paciente para curar y aliviar el sufrimiento de la mente y/o el cuerpo (Acosta, Flores, & Quintana, 2003; Álvarez-De Toledo, Cuenca-Gómez, & Gutiérrez-Medina, 2008; Cortés-Morelos, Fouilloux-Morales, Petra-Micu, & Talayero-Uriarte, 2012).

En cuanto al concepto de *salud*, el médico se apega a la definición que provee la OMS, como: *el estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente, la ausencia de enfermedad o malestar*. Mientras que la enfermedad, bajo la misma pauta, la concibe como: *el trastorno de la función del organismo o el proceso destructivo que afecta a distintos órganos, sistemas o a todo el organismo con signos y síntomas reconocibles y, en muchos casos, con una causa conocida. O bien, como una disfunción fisiológica o psicológica* (Wojtczak, 2003).

Sin embargo, a pesar de lo establecido en estas definiciones, en la práctica, el proceso de educación médica contribuye a la deshumanización del sistema de creencias y comportamiento de los médicos, disociándolo de sí mismo, al apearse al modelo biomédico, haciendo que los galenos nieguen su naturaleza humana y en consecuencia, interactúen de manera impersonal consigo mismos y los pacientes, tras concebirse como seres indemnes y superiores que tratan con

moléculas, órganos, microorganismos, cuerpos, casos y otros aspectos técnicos, pero no con seres humanos.

Además, la educación médica no concientiza a los médicos en formación que dentro del conocimiento del cuerpo humano y de los procesos de salud y enfermedad, también se están estudiando y conociendo a ellos mismos, logrando que olviden que al igual que los *otros* (pacientes o cadáveres) sobre los que estudian, también son seres humanos conformados por un cuerpo y con necesidades de diversa índole, y que pueden aplicar esos conocimientos tanto a favor de la sociedad como de sí mismos.

Por ello, al no saberse vulnerables y considerarse de distinta naturaleza de los pacientes, la mayoría de los médicos no ponen en práctica, en ellos mismos, las recomendaciones que prescriben en la consulta. Por ejemplo, no se realizan chequeos de rutina, no orientan su alimentación a una más natural y saludable, no realizan ejercicio físico (o no el suficiente), hacen del trabajo la cuestión principal de sus vidas, no dejan los malos hábitos como fumar y beber, ni tantas otras conductas saludables (Álvarez & Pérez, 2014; Cáceres, Echevarría, Ghilarducci, & Pomares, 2010; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008).

Finalmente, otro factor que contribuye a la deshumanización del médico es que durante su formación profesional se le enseña a reprimir sus emociones en lugar de manejarlas adecuadamente. En la comunidad médica, existe una marcada tendencia a no hablar de las emociones propias dentro del equipo de trabajo, y en las instituciones de salud donde los médicos laboran, no hay servicios de atención médica y psicológica exclusivos para ellos (Bartfield, Hoff, & Pohl, 2004; Beltrán-Jiménez & Ortiz-Acosta, 2011; Colin-Piana, González-González, & Velásquez-Pérez, 2013, Jiménez & Mesén, 2010).

La mayor parte de las veces, los médicos recurren a la intelectualización de las situaciones de gran carga emocional, percibiéndolas desde un enfoque lógico y abstracto, para suprimir los sentimientos y ejercer control de sus impulsos (Castillo & Madrigal, 2010; Galor & Hentschel, 2013; Jennings, 2009). De este modo, el médico en formación pone en práctica la idea que difunden los educadores médicos, de que el aprendizaje de rol se irá haciendo sobre la marcha con solo

fijarse en lo que los demás profesionistas hacen en el lugar de trabajo y por ende, imita el comportamiento de sus compañeros médicos deshumanizados (Haddad, 2005, Padrós, 2009).

Beltrán-Jiménez y Ortíz-Acosta (2011; citados en Álvarez & Pérez, 2014) advirtieron que el que los individuos no presten atención a sus emociones, ignorarán la información que éstas les proporcionan, y por consiguiente, no podrán comprenderlas ni regularlas. Y esto, al ser frecuente en los médicos, el síndrome de burnout se irá desarrollando con facilidad en ellos, manifestando: irritabilidad, pérdida de motivación hacia su trabajo y actitudes cínicas y distantes hacia los usuarios de los servicios.

Estos mismos investigadores agregaron que cuando una persona está confundida sobre sus emociones y se encuentra ante situaciones de gran carga emocional, presenta una mayor probabilidad de realizar reacciones impredecibles y a menudo problemáticas, cuyo costo será el agotamiento emocional y disminución del autoconocimiento, la capacidad de expresión de emociones y de reparación emocional. Por ello, a mayor claridad emocional menor agotamiento emocional y mayor realización personal.

Entonces, si la salud comprende el bienestar del individuo en su conjunto, tanto en su componente biológico como psicológico y social, el impacto de la enfermedad será en cadena. Esto es, que si se altera uno de estos elementos, se afectarán también los demás; ante un malestar físico, como una gripa, una fractura, diabetes, entre muchos más, el individuo generará emociones, pensamientos o conductas derivadas de las molestias de la enfermedad, al igual que, ante una emoción negativa, generará malestares físicos (como el caso del estrés y sus síntomas). Y ambas alteraciones, también afectarán su vida cotidiana, la relación consigo mismo y los demás (Álvarez & Pérez, 2014).

2.2.2.3. Actitudes de los médicos ante su propia salud

Como se comentó en el subtema anterior, los médicos consideran que por haber hecho de la medicina su profesión se hacen inmunes a la enfermedad y que solamente, los pacientes son los que pueden estar enfermos. Y la misma actitud muestran frente al estrés amenazador, ya que les es difícil reconocer y concientizar que las características de su profesión son altamente exigentes tanto física como intelectual, actitudinal y emocionalmente, desde su inicio hasta su fin (Arias, Camacho-Ávila, & Juárez-García, 2010; Arteman et al., 2012; Jennings, 2009; Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014; Padrós, 2009; Nuzzarello & Goldberg, 2004).

Es cuestionable que desde el inicio de la educación médica, no se informe a los médicos en formación sobre las características de la ocupación, ya que ahora se habla de la presencia del síndrome de burnout en estudiantes de medicina tanto de escuelas de medicina públicas como privadas, que experimentan fatiga y desilusión cuando su formación todavía no se ha completado. También, llama la atención que el burnout se esté viendo acrecentado en aquellos estudiantes que están finalizando la licenciatura, en los recién egresados y en los que están iniciando la especialización, ya que además de las demandas propias de la etapa formativa en que se encuentran, se enfrentan con la transición del mundo escolar al laboral, una de las fases más críticas de la carrera (Arias, Camacho-Ávila, & Juárez-García, 2010; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008; Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, & Vega-Dienstmaier, 2010).

De este modo, por el conocimiento experto que tienen de la enfermedad, de los medios de diagnóstico y tratamiento, así como, del funcionamiento de los centros sanitarios, los médicos proceden a: automedicarse, no seguir los trámites administrativos y hacer consultas por teléfono o de pasillo, no ejecutar las indicaciones terapéuticas recibidas de alguno de sus colegas y hacer referencia de un supuesto tercero, para evitar hablar de su propia problemática.

Todo ello, para no mostrar debilidad o fragilidad ante los colegas y pacientes, empleando como mecanismo de defensa, una actitud de autosuficiencia y prepotencia, para dar a entender que sabe lo que debe hacer y que puede controlar su situación, logrando con esto, aumentar el riesgo de presentar alguna

complicación y de hacer crónico su (s) problema(s) de salud, y tener efectos contraproducentes en su bienestar y en la seguridad de su ejercicio profesional (Arias, Camacho-Ávila, & Juárez-García, 2010; Arteman et al., 2012; Padrós, 2009). En otros casos, acuden a instituciones de salud distintas de la que le está proveyendo de entrenamiento o de la que laboran, para atender su padecimiento de manera externa y confidencial. A este respecto, cabe mencionar que comparado con los hombres, las mujeres poseen un mayor sentido de vulnerabilidad, por ello, tienden a ejecutar con mayor frecuencia conductas de autocuidado (Dunn, Green Hammond, Lehrmann, Moutier, & Weiss Roberts, 2008).

Y más grave aún, algunos médicos niegan que tienen un problema de salud o sabiendo sus limitaciones, se rehúsan a recibir tratamiento y aun así, siguen ejerciendo, poniendo en riesgo su licencia para ejercer la profesión, su prestigio y el de la institución en la que trabajan y más importante aún, la vida y la integridad del paciente. A menudo, esto sucede en aquellos que padecen alguna enfermedad psiquiátrica, por el estigma social que implica (Worley, 2008).

Por otro lado, como organismos laborales, las instituciones sanitarias no fomentan ni invierten en el bienestar de su recurso humano, al no hacer mejoras en las condiciones de trabajo, ni diseñar programas y destinar áreas de atención médica y psicológica exclusivas, para los profesionales de la salud (Jiménez & Mesén, 2010). Como se puede apreciar, al igual que en la mayoría de las personas, en el comportamiento del médico predominan las conductas de riesgo sobre las conductas saludables, y esto obedece a lo siguiente (Aspectos teóricos y estrategias de intervención, 2009; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006; Fiorentino, 2004):

- La existencia de valores que ocupan una posición muy alta dentro de la jerarquía cultural y que entran en clara contradicción con el de la salud.

Por ejemplo, tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones muy fuertes, entre otros.

- La equiparación que se hace de la buena vida y hábitos poco saludables.

En este contexto se sobreentiende, por ejemplo, que los alimentos más apetecibles son los de alto contenido en colesterol, o que el sedentarismo es más reconfortante que el ejercicio físico moderado. Este sobrentendido olvida que al igual que se aprende a disfrutar de un tipo de alimentación o de una pauta de actividad física, también se puede aprender a disfrutar de otros hábitos más sanos. Además, debido a importantísimos intereses económicos creados sobre el actual estilo de vida, la continua publicidad sobre el poder de la tecnología médica, para curar a través de fármacos, trasplantes, órganos artificiales y técnicas quirúrgicas, puede servir como justificación para no emprender medida preventiva alguna.

- La naturaleza de los hábitos saludables.

Mientras que las conductas de riesgo como fumar, beber alcohol en exceso, las prácticas sexuales sin el uso de preservativo y tantas más, llevan casi siempre a una gratificación inmediata que las refuerzan positivamente, los hábitos saludables por el contrario, suponen casi siempre una demora de la gratificación, por lo que, cuando ambos tipos de conducta entran en competencia, existe una menor probabilidad de ocurrencia de las conductas saludables.

Y al retraso de la gratificación que supone la práctica de algunos hábitos saludables, se agrega la posibilidad de enfermar en términos de probabilidad relativa, generando a su vez, escepticismo. Asimismo, en muchas conductas de riesgo no existen señales anticipatorias, síntomas o estímulos discriminativos de los problemas que pueden acarrear, y cuando existen, se puede aprender a desatenderlas, tal como ocurre con las advertencias que figuran en las cajetillas de cigarrillos.

- El que el sistema sanitario se rija por el modelo biomédico, cuyo objetivo primordial es el tratamiento y la curación de la enfermedad.

Es de esperar que los profesionales de la salud sean entrenados fundamentalmente, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas. Así mismo, hay reforzadores positivos muy potentes, como el prestigio, las retribuciones monetarias o un cierto sentido de competencia profesionales muy ligados a la medicina curativa. Por el contrario, los esfuerzos por la prevención se acompañan de muy poco reforzamiento.

- Que la práctica de una determinada conducta de salud no conlleva a la práctica de otras, debido a que las conductas de salud, mantienen entre sí una débil correlación.

Por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad no se implica en la práctica de actividad física.

- La influencia que el contexto social ejerce sobre los hábitos de salud.

En los adultos, las relaciones sociales influyen decisivamente en el cuidado de la salud y el contar con una verdadera red de apoyo social, es una de las condiciones más importantes para evitar las conductas de riesgo y promover el comportamiento saludable. Sin duda, la familia y el grupo de los iguales juegan un papel relevante en los hábitos saludables que pueda adoptar una persona.

- La influencia transitoria de los síntomas sobre la modificación de conductas de riesgo.

Por ejemplo, el que un fumador retome el consumo de tabaco una vez que la tos ha cesado.

- Los estados emocionales, situaciones de estrés o de aburrimiento suelen anclarse con conductas de riesgo o malos hábitos.

Por ejemplo, el fumador recurre el consumo de tabaco para afrontar las situaciones de estrés.

2.2.2.4. Estado de salud y estilo de vida de los médicos

Dada la naturaleza altamente demandante de la profesión, es preciso que los médicos gocen de salud. Pero, esto a menudo no sucede, porque ni en los programas académicos, ni en las pautas de conducta del lugar de trabajo, están contemplados el abordaje y el fomento de estos aspectos y en otros casos, la deficiencia viene desde lo aprendido en la crianza (Castillo & Madrigal, 2010; Dunn, Green Hammond, Lehrmann, Moutier, & Weiss Roberts, 2008; Worley, 2008).

Por principio de cuentas, las condiciones del lugar de trabajo son deplorables, pues prevalecen: el hacinamiento, la insalubridad en dormitorios, sanitarios y comedores, la falta de dormitorios o camas, casilleros propios y comedores, carencia de servicios públicos, material de oficina y equipo instrumental que salvaguarde la seguridad del médico y garantice una adecuada atención clínica (Díaz et al., 2012; Frantchez, Pintos, Pucci, Stolovas, & Tomasina, 2011; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

De este modo, el médico aprende a anteponer las necesidades del servicio sobre las personales, atentando contra su salud y su vida, acostumbrándose a vivir privado del sueño, el alimento, el afecto, el esparcimiento, entre otras carencias más (Alemán, Diego, Lasala, Maliandi, & Mejía, 2005; Díaz et al., 2012; Jiménez & Mesén, 2010; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

Las teorías de la motivación establecen que existen dos categorías de necesidades, que son:

- Elementales o fisiológicas (respirar, comer, beber, dormir).
- Secundarias o sociales (la autorrealización, el afecto).

Que aunque no se requiera satisfacer a cabalidad las del nivel elemental, es necesario cubrir una buena parte de ellas, para mantener la homeostasis y poder atender las secundarias. Más no surgirán necesidades superiores en aquellas personas que sufren privación crónica en el primer nivel (Maslow, 1943; citado en Cardozo, Guevara, Loaiza, Ortunio, & Sánchez, 2010).

La homeostasis es un mecanismo orgánico y psicológico de control que mantiene el equilibrio de las condiciones fisiológicas y de la psiquis. Consiste en un proceso regulador de una serie de elementos que han de mantenerse dentro de parámetros determinados, como: la temperatura corporal, presión arterial, niveles de insulina y urea en sangre, entre otros, pues de lo contrario peligraría la vida del organismo. Así, cada vez que surge una alteración en uno de estos elementos y funciones, se activan mecanismos compensatorios y de alarma que modifican la conducta del organismo, para reestablecer la homeostasis. Por ello, son varios y numerosos los procesos psicológicos y biológicos que motivan la conducta y confieren de emocionalidad a la experiencia individual o colectiva (Cardozo, Guevara, Loaiza, Ortunio, & Sánchez, 2010).

La privación del sueño es una de las características inherentes a la profesión médica y probablemente, sea la más notable comparada con otras carreras u oficios, pues excede con mucho a lo autorizado para los trabajadores de otros sectores, como los de la aviación, el transporte y la industria nuclear. En jornadas de 80 o 120 horas por semana, la fatiga crónica es el común denominador (Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007). Además, las largas jornadas de trabajo propician altos grados de estrés, decaimiento y pérdida de longevidad de los trabajadores, principalmente en labores pesadas o peligrosas (Aguilar, Espinoza, & Umaña, 2010).

Los efectos de la privación del sueño en los médicos sobre su desempeño académico y laboral, la seguridad con que prestan sus servicios clínicos, así como, en su vida personal, han sido ampliamente estudiados y sujetos a regulaciones normativas. Se ha demostrado que después de 24 horas en alerta y sin descanso, equivale a tener concentraciones de alcohol en sangre del 0.10%, la suficiente, para hacer que se cometan con gran frecuencia, errores médicos de consecuencias fatales, y alterar el estilo de vida y las relaciones sociales y familiares (Alemán,

Diego, Lasala, Maliandi, & Mejía, 2005; Álvarez, Graue, & Sánchez, 2007; Álvarez & Pérez, 2014; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”).

En el desempeño académico se observa:

- Disminución de la atención y concentración.
- Dificultad para aprender y pensar.
- Dificultad para el desarrollo de destrezas.
- Disminución de la motivación para aprender.
- Incapacidad para el pensamiento complejo.
- Insuficiencia para la aplicación del conocimiento.

En el trabajo:

- Dificultad para la comunicación con pacientes y familiares.
- Dificultad para relacionarse con los compañeros de trabajo.
- Disminución en el deseo de interacción con los médicos de jerarquías superiores.
- Pérdida de empatía hacia los pacientes (despreocupación por sus problemas).
- Errores en la ejecución de destrezas clínicas.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Ineficiencia.
- Sueño no controlable durante el trabajo (desde el bostezo frecuente, esforzarse por mantener los ojos abiertos hasta finalmente, quedarse dormido).
- Disminución de destrezas manuales.

Y en la vida personal:

- Percepción de disminución de la salud personal.
- Irritabilidad.
- Sensación de necesidad para el esparcimiento personal.
- Disminución de las habilidades para manejar y una mayor ocurrencia de accidentes automovilísticos.
- Dificultades en las relaciones con familiares y amistades.
- Alteraciones de las actividades personales.

Por tanto, una vez más desde la visión de la dialéctica, el estado de salud y el estilo de vida constituyen simultáneamente la fortaleza o vulnerabilidad de un individuo, sea para afrontar los diferentes estresores y adaptarse adecuadamente al ambiente demandante, o predisponerlo a padecer o perpetuar una enfermedad que comprometa seriamente su vida y su desarrollo personal. La ansiedad y la depresión son factores predisponentes al síndrome de burnout (Arango, 2010; Castillo & Madrigal, 2010; Dunn, Green Hammond, Lehrmann, Moutier, & Weiss Roberts, 2008; Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, & Vega-Dienstmaier, 2010; Rosales & Rosales, 2013).

Con el objeto de mitigar los grados elevados de estrés e intentar mantener la actividad profesional, la mayoría de los médicos en lugar de partir de la satisfacción de aquel sistema de necesidades individuales mediante conductas saludables, prescinde del mismo y recurre al consumo de sustancias potencialmente adictivas (sea por autoprescripción, fácil acceso (principalmente, drogas psicoactivas) y desarrollo y conservación de malos hábitos (como el alcoholismo y tabaquismo)), poniendo en riesgo inminente su propia salud y la de los pacientes, por las alteraciones que las mismas generan en su organismo y comportamiento (Álvarez & Pérez, 2014; Arango et al., 2010; DiLalla, Dorsey, & Hull, 2008; Dunn, Green Hammond, Lehrmann, Moutier, & Weiss Roberts, 2008; Ortega, Ortiz, & Martínez, 2014; Padrós, 2009; Worley, 2008).

Se estima que el 2% de los médicos presentan un problema de abuso activo a las drogas, y entre el 8% y 18% de los mismos se verá afectado negativamente en los diferentes ámbitos de su vida (Worley, 2008).

De esta forma, el estrés representa un serio problema no sólo para los médicos en buen estado sino (también) para la calidad del cuidado de los pacientes, ya que su labor originalmente de cooperación, se torna en una confrontación constante. Además, el estrés incrementa la vulnerabilidad frente a enfermedades mentales, desgaste emocional y otros problemas de salud que a la postre, orillarán al médico a considerar el abandono de la profesión (Arango, 2010; Dunn, Green Hammond, Lehrmann, Moutier, & Weiss Roberts, 2008; Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, & Vega-Dienstmaier, 2010; “Que reforma los artículos, 2014”; “Que reforma y adiciona, 2014”; Rosales & Rosales, 2013; Su et al., 2009).

2.2.2.5. Nivel socioeconómico

El desarrollo de un individuo se determina principalmente, por la educación y la realidad social que le rodea, así como, su rendimiento académico, por la interacción de múltiples elementos biopsicosociales. De esta manera, si cuenta con los recursos económicos necesarios, su desarrollo académico se verá favorecido ya que estarán asegurados: el acceso a la salud, alimentación, vestido, transporte, material didáctico, equipo instrumental y actividades extracurriculares o complementarias, y tal vez, hasta el financiamiento de una estancia en el extranjero.

El perfil socioeconómico, demográfico y étnico del estudiante que ingresa a la carrera de medicina es un elemento clave, para la contextualización de la educación y práctica médica, al considerar las necesidades de la población en materia de salud. De otro modo, se corre el riesgo de generar profesionistas incompetentes e inequidad, al privilegiar la atención médica de un determinado grupo social en desmedro de otros.

Otro aspecto relativo al nivel socioeconómico de procedencia de los médicos en formación es la institución sanitaria donde han recibido asistencia médica a lo largo

de su vida, ya que determinará en gran medida, su identificación con el sistema de trabajo y el tipo de población que acude, para elegir el sector (público o privado) donde ejercerá la profesión (Valdés et al., 2009).

2.2.2.6. Personalidad perfeccionista

Dado que la atención médica se dirige a la preservación de la vida, función y estética de los individuos, el profesional en cuanto a su proceder, deberá ser preciso y ético en todo momento, excluyendo toda posibilidad de error, por las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que conllevan, tanto su intervención como el proceso mórbido mismo. Por esta razón, la educación médica es ardua, rigurosa y perfeccionista, ya que para el logro de los fines anteriormente descritos, se requiere de individuos altamente calificados, con verdadera vocación, alto sentido de responsabilidad, compromiso, entrega y actitud de servicio, capaces de desarrollar sus habilidades tanto a nivel biomédico como sociocultural en el campo de la salud, ya que de ello, dependen los beneficios de su práctica (Valdés et al., 2009).

Sin embargo, Padrós (2009) y Worley (2008) señalaron que un perfil de personalidad perfeccionista, poco flexible, exageradamente disciplinada y autocrítica desajustada, presenta una mayor vulnerabilidad frente al síndrome de burnout. A este respecto, la saturación de la medicina como carrera universitaria contribuye de manera importante al desarrollo de este síndrome, incluso antes de que el médico sea estudiante, al fomentar y reforzar dicho perfil de personalidad a través del proceso de selección.

Las autoridades académicas han optado por tomar como criterio de selección el que los aspirantes cuenten con promedios altos desde su formación previa, ya que el haber obtenido calificaciones de excelencia, se considera como indicador del perfil solicitado. De esta forma, los seleccionados corresponden a los jóvenes más preparados y con gran talento para el estudio.

Sin embargo, este criterio de selección no tiene en cuenta si las personas que acceden a esta carrera son realmente las de mayor vocación y las que poseen los dotes personales y sociales necesarios, para el trato con el paciente (Escanero,

Giménez, Guerra, & Soria, 2006; Martínez, 2004; Valdés et al., 2009), ya que tendrán que ocuparse de los problemas de los pacientes que abarcan toda la escala de emociones humanas y se espera de ellos, que aprendan a enfrentarse a esos problemas de tal modo, que ello sirva como pauta para su conducta profesional (Haddad, 2005).

Por otro lado, el que hayan sido elegidos por su alto rendimiento escolar contribuirá a la distorsión de su autoconcepto, al considerarse ellos mismos seres superiores y perfectos de los que se espera siempre, lo mejor. Así mismo, elevarán el grado de autoexigencia, para gozar de satisfacción, prestigio y reconocimiento de sus pacientes, familiares y otras personas cercanas. Y al concebirse como un símbolo de ayuda por sus conocimientos, habilidades y destrezas, también se considerarán como figuras de poder, creyendo que poseen el dominio absoluto sobre la enfermedad y la muerte, mostrándose ante éstos invulnerables e insensibles.

Este tipo de comportamiento obedece a que la omnipotencia guarda una relación estrecha con la actitud perfeccionista. Es frecuente que los médicos experimenten frustración cuando acontece la muerte de un paciente o cuando el tratamiento que prescribieron no haya sido efectivo, porque las causas de estas situaciones, las atribuyen a ellos mismos (al considerarse a sí mismos incompetentes), y lo mismo sucede cuando el caso clínico compete a otra especialidad. Por el elevado nivel de conocimiento que consideran tener, se aviva su autoconcepto de ser supremo, no admitiendo que requieren de la intervención de otro (s) especialista (s) ni de otras opciones de tratamiento. Y cuando se trata de una iatrogenia efectivamente ejecutada por ellos, tampoco aceptan su error (Haddad, 2005).

CAPÍTULO 3.

FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS

Ante la subestimación e indiferencia que la sociedad médica muestra hacia el estrés, al:

- Restringirlo a una cuestión meramente psicológica y considerarlo ajeno a su objeto de estudio.
- Concebirse inmune a él, al percibirse de naturaleza ajena a la humana e insistir en emplear métodos inadecuados (que en sí mismos son factores estresores), para alcanzar las condiciones óptimas, para brindar ayuda;

se abre este espacio con la intención de despertar el interés por comprender su naturaleza y las repercusiones que tiene en la salud, entre las que se encuentra el síndrome de burnout, para ampliar la visión que se tiene de este fenómeno, en el que el cuerpo y la mente se disponen en una unidad, coexistiendo de manera individual e interdependiente (Desarrollo histórico de la neuropsicología, 2004; Introducción a la psicofisiología, 1995).

3.1. Concepto de estrés

Estrés es un término derivado del anglicismo *stress* que traducido al español significa tensión. En física, gracias a las interrogantes que Robert Hooke (siglo XVII) tenía sobre las relaciones entre determinadas estructuras materiales y el peso que debían soportar, o el desgaste que sufrían éstas ante la exposición a determinados agentes externos (como el viento), fue como surgió dicho concepto, para describir a la fuerza externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por éste, cuyo resultado dependerá tanto de las propiedades estructurales inherentes al objeto, como de las características de la fuerza externa.

Más tarde, en el campo de la biología, la medicina y la psicología la palabra estrés comenzó a usarse como sustantivo o verbo, para referirse a situaciones o a la respuesta del individuo ante ellas. Por tanto, estas ciencias definen al estrés como la respuesta psicofisiológica automática que experimenta un individuo ante cualquier cambio que ocurra en su ambiente interno y/o externo, en la que se llevan a cabo determinados procesos mentales y una particular activación de órganos y sistemas, que lo preparan para hacer frente a las posibles demandas que le plantee la situación a través de dos tipos principales de respuestas conductuales, la lucha o la huida, para reestablecer el equilibrio, lograr adaptarse al ambiente y sobrevivir. Su finalidad es dotar al organismo de recursos físicos y mentales, para facilitar su respuesta ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. De esta forma, el individuo podrá percibir mejor la nueva situación, interpretar más rápidamente lo que le demanda, decidir cuál debe ser la conducta o conductas que se llevarán a cabo y realizar éstas de la forma más rápida e intensa posible.

Que conforme a la naturaleza y estado del organismo, las características propias de dichas exigencias o el tipo de estresor, la forma particular en que se perciban o evalúen, el interés o grado de involucramiento en la situación estresante, la capacidad autopercebida, la experiencia, y la disposición de recursos y las estrategias de afrontamiento que se empleen para resolver la misma, variará la activación del organismo o la intensidad de la respuesta de estrés. Y el nivel de activación, afectará la velocidad con que se producirán los procesos de desgaste en el cuerpo. Por tanto, a mayor activación, mayor desgaste.

Adicionalmente, la respuesta de estrés puede incrementarse en función de la novedad o imprevisibilidad de la situación estresante, así como, de la capacidad de control que el individuo tenga sobre el estímulo estresante, ya sea poniéndole fin o disminuyendo su intensidad o frecuencia.

De este modo, como se mencionó en la sección de diagnóstico diferencial del capítulo uno, la conducta será (Introducción al estudio del estrés, 2001):

- Desadaptativa.

En la que el individuo experimentará distrés (alteraciones fisiológicas y emocionalidad negativa), catalogando a la situación como una catástrofe o como algo complicado e imposible de resolver. Y a él mismo, como incapaz de hacer frente a la situación.

- Adaptativa.

En la que experimentará eustrés (alteraciones fisiológicas y emocionalidad positiva) para visualizar la posibilidad de poder ejercer algún control sobre la situación problemática y resolverla, y saberse capaz.

Una vez que el individuo logra resolver la situación de la que emanan los estímulos estresantes, la respuesta de estrés cesa y el organismo vuelve a su estado de equilibrio (Biopsicología de la emoción, 2007; Factores psicosociales y de organización; Introducción al estudio del estrés, 2001; Técnicas de relajación y respiración, 2005; Trastornos de ansiedad, 2006).

3.2. Criterios de clasificación del estrés

Existen cuatro parámetros que categorizan al estrés. El primero de ellos es de carácter cualitativo y los tres restantes de orden cuantitativo, e independientemente de la categoría que se trate, los componentes de la respuesta de estrés fungirán como una constante. Es decir, que en la respuesta de estrés siempre se desencadenarán reacciones fisiológicas, emocionales y procesos cognitivos (Introducción al estudio del estrés, 2001):

- El origen del estrés o el tipo de estresor

Los estímulos estresores pueden ser de cuatro tipos: físicos, biológicos, psicológicos y sociales.

Físicos

Son aquellos que provienen del exterior, como: el frío, el calor, el ruido, la presión atmosférica, la altitud, choques eléctricos, iluminación, entre otros; incluyendo todo tipo de agresiones físicas, como: fracturas, heridas, quemaduras, entre otros.

Biológicos

Incluyen aquellas situaciones en las que se interfiere en la propia regulación homeostática del organismo, como: la privación o la ingesta excesiva de alimentos o líquidos, la privación de sueño, el cambio brusco de horarios, alguna disfunción orgánica, alguna alteración metabólica, entre otras.

Psicológicos

Estos se determinan por el significado personal que el individuo otorga a las situaciones, que suele estar asociado con emociones principalmente, de carácter negativo. Entre dichas emociones se distinguen el miedo y la tristeza, y los sentimientos de: soledad, culpa, envidia, hostilidad, celos, inseguridad, entre otros. De acuerdo a Lazarus, existen tres estados psicológicos estresantes, en función de la interpretación que el individuo hace sobre los acontecimientos: daño, amenaza y reto. El daño corresponde al perjuicio psicológico que ya ha tenido lugar, como la muerte de un ser querido. La amenaza, a la probabilidad o posibilidad de que ocurra un daño. Y el reto, a las situaciones que son difíciles de resolver, pero que el individuo confía en sus capacidades para solucionarlas, mediante la movilización y el despliegue de sus recursos de afrontamiento.

Sociales

Son los que se asocian a la gran diversidad de situaciones relacionadas con las interacciones, positivas o negativas, que el individuo establece con sus semejantes. Entre las primeras destacan: los éxitos, la ayuda, el servicio, la amistad, entre otras. Mientras que en las segundas: las separaciones, los fracasos, las pérdidas, los problemas económicos, entre otras.

Otro tipo de estresores sociales son los que derivan del orden social establecido, como: la competitividad, las jerarquías, los horarios, las metas, los exámenes, las reuniones de trabajo, la impartición de conferencias y otras exigencias.

- La intensidad del estresor.

Es el parámetro clave para determinar hasta qué punto una situación es más o menos estresante, e incluye un continuo de posibilidades desde una intensidad leve, moderada, fuerte o muy fuerte, que influirá en el grado de reactividad fisiológica y psicológica del individuo. De esta manera, la naturaleza del estresor determinará la intensidad del mismo. Si éste es de naturaleza aversiva, el individuo lo experimentará con una intensidad máxima, llegando a constituir una auténtica fuente de experiencias traumáticas (por ejemplo, las agresiones físicas).

- La duración del estresor.

Este parámetro hace referencia al tiempo de exposición al estresor, desde que éste inicia hasta que finaliza. Por tanto, la exposición puede ser más o menos breve o prolongada.

- La frecuencia del estresor.

A través de este parámetro, se puede establecer la relación entre estrés y enfermedad. Así, el impacto psicológico y fisiológico de una situación estresante variará si ésta es ocasional o continua.

3.3. Fisiología del estrés

3.3.1. Sistemas fisiológicos activados en la respuesta de estrés

Aunque la respuesta de estrés no siga un patrón universal de activación fisiológica, sea por, las diferencias cuantitativas en la activación de los diversos sistemas fisiológicos que entran en acción en respuesta a distintos estresores o la forma en que el individuo evalúa y se involucra en la situación estresante, con el objeto de comprender mejor sus mecanismos y poner de manifiesto los trastornos que la exposición prolongada a elevados niveles de estrés (como ocurre en el síndrome de burnout) puede desencadenar en el organismo, en este apartado se describirá como proceso.

De esta manera, la respuesta de estrés se desenvuelve a lo largo de tres fases principales en las que se activan igualmente, tres ejes psicofisiológicos, que son (Fisiología y patología del estrés, 2001; Introducción al estudio del estrés, 2001; Técnicas de relajación y respiración, 2005):

- *Reacción de alarma (Eje Neural).*

Esta primera etapa de la respuesta de estrés se caracteriza por alertar al individuo sobre la presencia de una amenaza y prepararlo para su afrontamiento, a través de cambios fisiológicos dirigidos a conseguir un despliegue máximo de los recursos que el organismo requiere movilizar para ello.

El eje neural se activa automáticamente unos segundos después de que el individuo interprete una situación como estresante y se reduce lentamente unos segundos

después, si el estímulo amenazante ha desaparecido. De esta forma, el hipotálamo integra la información de los estímulos estresantes en función de la experiencia previa del individuo (que evoca procesos cognitivos y emocionales que se llevan a cabo en estructuras cerebrales como: la corteza cerebral, el hipocampo, la amígdala, algunos núcleos talámicos, los ganglios basales y el cerebelo) y del grado de activación de los sistemas fisiológicos a través de las vías sensoriales y viscerales.

Posteriormente, estimula al sistema nervioso simpático, para activar la mayor parte del organismo, incrementando también, la actividad del sistema nervioso periférico que se encarga de elevar la tensión de los músculos que prepara al individuo para actuar. No obstante, si la situación amenazante persistiera por más tiempo, se activará el eje neuroendocrino.

De esta manera, el sistema nervioso simpático estimulará a la médula suprarrenal para dar pie a la liberación de adrenalina y noradrenalina. La adrenalina afectará al metabolismo de la glucosa, haciendo que se pueda disponer de los nutrientes almacenados en los músculos, para conseguir la energía requerida por un ejercicio vigoroso. Junto con la noradrenalina, esta hormona aumentará el flujo sanguíneo que reciben los músculos, al incrementar la tensión arterial y el gasto cardíaco (Biopsicología de la emoción, 2007).

Por otro lado, la noradrenalina es segregada por el encéfalo, con la función de neurotransmisor, mediante la activación de una vía que va desde el núcleo central de la amígdala a las regiones del tronco encefálico que segregan dicha hormona, para mediar las respuestas comportamentales y fisiológicas producidas por estímulos aversivos (Trastornos de ansiedad, 2006).

- *Fase de resistencia (Eje Neuroendocrino).*

En esta fase, las respuestas del organismo cumplen el objetivo opuesto al de la etapa anterior. Si la amenaza no desaparece, lo más adaptativo para el organismo es asegurarse una distribución paulatina de sus recursos de modo que no se agoten, para lo cual, interviene el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o eje

neuroendocrino, cuyos productos finales, los glucocorticoides, contribuyen a la movilización de energía, mediante la activación de las fuentes en las que ésta se almacena en el organismo. Al mismo tiempo, el organismo pone en marcha mecanismos de ahorro de energía, evitando realizar actividades que no tienen una finalidad inmediata para la supervivencia del individuo, como es el caso de las actividades sexuales y reproductoras.

Los glucocorticoides se denominan así, por la influencia que ejercen en el metabolismo de la glucosa. Ayudan a degradar las proteínas para convertirlas en glucosa, contribuyen a la producción de grasas disponibles como fuente de energía, aumentan el flujo sanguíneo y estimulan la reactividad comportamental, a través de sus efectos en el cerebro. Casi todas las células del cuerpo tienen receptores para los glucocorticoides, lo que significa que son pocas las no afectadas por tales hormonas. A propósito, la medición fisiológica de estrés más empleada es la concentración de glucocorticoides en sangre, en específico, del cortisol (Biopsicología de la emoción, 2007).

El eje neuroendocrino es más lento en su activación y necesita situaciones amenazantes más prolongadas para hacerlo. Es el eje que está más estrechamente relacionado con la puesta en marcha de conductas motoras de afrontamiento ante las demandas del medio. Por tanto, el que este eje se dispare depende en gran medida de cómo evalúe la persona la situación de estrés y sus capacidades para hacerle frente.

Si el individuo percibe que puede hacer algo para enfrenar la situación amenazante, se pondrá en marcha este eje para mantener una reacción de vigilancia constante, pero si piensa que no podrá hacer nada a excepción de soportar pasivamente el estrés, entonces se activará el eje endocrino. Sin embargo, si la hostilidad de las circunstancias se mantienen durante un periodo de tiempo mayor, las adaptaciones corporales conseguidas a través de toda esta serie de mecanismos de adaptación fisiológica podrían llegar a ser insuficientes e incluso perderse, conduciendo al individuo a la fase de agotamiento o extenuación.

De esta manera, la activación excesiva o frecuente del eje neuroendocrino puede favorecer la aparición de trastornos derivados de posibles fallos en los órganos

afectados, en especial, problemas cardiovasculares que son los que fundamentalmente responden a la acción de este eje.

Entonces, una vez que se activa el eje neuroendocrino, la dinámica es la siguiente. Cuando el individuo se expone a los estímulos estresantes, éstos actúan sobre los circuitos neurales estimulando la hipófisis anterior para que libere la hormona adrenocorticotrópica o corticotropina (ACTH), para que ésta a su vez, provoque la liberación de glucocorticoides por parte de la corteza suprarrenal, que producen muchos de los efectos de la respuesta al estrés.

La secreción de glucocorticoides está controlada por las neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo, cuyos axones terminan en la eminencia media, donde se localizan los capilares hipotalámicos de la irrigación sanguínea del sistema porta a la adenohipófisis. Por lo que, estas neuronas también segregan un péptido denominado corticoliberina (CRH), el cual estimula a la adenohipófisis para que segregue corticotropina. La corticotropina penetra en la circulación general y estimula a la corteza suprarrenal para que segreguen glucocorticoides.

La CRH también se segrega en el encéfalo, donde actúa como un neuromodulador/neurotransmisor predominantemente, en regiones del sistema límbico que interviene en las respuestas emocionales, tales como: la sustancia gris periacueductal, el locus coeruleus y el núcleo central de la amígdala. Así, la secreción de glucocorticoides favorece a la supervivencia del individuo (Trastornos de ansiedad, 2006).

El locus coeruleus, contiene alrededor de la mitad de todas las neuronas noradrenérgicas del cerebro, del cual, parte una extensa red de proyecciones noradrenérgicas que cubren una gran parte del cerebro, principalmente, la corteza cerebral y el hipocampo. Como resultado de su estimulación ante una situación estresante, aumenta la atención, la vigilancia y la reactividad ante estímulos ambientales, así como, el procesamiento de la información sensorial y la respuesta motora, facilitando la respuesta comportamental de lucha o huida.

Así, el estrés produce una activación del sistema noradrenérgico central o cerebral, para facilitar la adquisición o retención de la información de las señales sensoriales

y las estrategias conductuales que ayudarán a hacer más controlable una determinada situación.

Además, esta activación del sistema noradrenérgico central contribuye a mantener y perpetuar la respuesta de estrés en la corteza cerebral, amígdala, los sistemas dopaminérgicos mesolímbicos y mesocorticales, así como, en el hipotálamo, donde induce la secreción de la CRH en el núcleo paraventricular del hipotálamo.

Junto con la activación del sistema noradrenérgico central, los agentes estresantes de tipo psicológico, también estimulan el sistema dopaminérgico mesocortical que proyecta a la corteza prefrontal medial. El efecto de la dopamina en el procesamiento de la información, es potenciar la activación de determinadas poblaciones neuronales en la corteza prefrontal.

Dentro de las estructuras del sistema límbico implicadas en el procesamiento de la información de una situación estresante, especialmente, cuando tiene un componente emocional, se encuentra la amígdala. Al estar conectada con los sistemas adrenérgicos del tronco encefálico, posee la capacidad de activar el eje neuroendocrino en respuesta a una situación de estrés, así como, producir repuestas cardiovasculares (aumentar la frecuencia cardiorrespiratoria y la presión arterial) y conductuales típicas, aunque no exclusivas, de la respuesta de estrés, como el miedo y la ansiedad.

De esta forma, ante un agente estresante de carácter emocional, antes de que la información sensorial que recibe el tálamo llegue hasta la corteza cerebral (en donde se analizará más detenidamente y en función de la experiencia previa, se emitirá la respuesta más adecuada ante la situación existente), la amígdala entra inmediatamente en acción excitando al eje neuroendocrino a través de sus proyecciones GABAérgicas que inhiben, a su vez, a las neuronas del lecho de la estría terminal, del área preóptica y del hipotálamo. Las neuronas de estas estructuras, al ser también GABAérgicas, disminuyen la actividad de las neuronas parvocelulares del núcleo paraventricular del hipotálamo, con lo cual, la actividad de la amígdala produce un efecto excitatorio en la actividad del hipotálamo.

Ahora bien, ya que ocurrió el aumento súbito de los niveles circulantes de glucocorticoides ante la situación de estrés, es momento de hablar sobre los

mecanismos que controlan su secreción, que evitan que su concentración permanezca elevada en la sangre por un periodo de tiempo prolongado, y sea excesiva y perjudicial para el organismo.

Los propios glucocorticoides son los que regulan, por retroalimentación negativa, la actividad del eje neuroendocrino, ya sea directamente en él o a través de otras estructuras cerebrales. De este modo, cuando éstos ya alcanzaron elevadas concentraciones en la sangre:

1. A corto plazo, inhiben la secreción de CRH hipotalámica y ACTH hipofisiaria.
2. A mediano y largo plazo, a través de sus receptores GRs del núcleo paraventricular del hipotálamo, bloquean la expresión génica de la CRH y la vasopresina, y la síntesis hipofisiaria de la pro-opiomelanocortina (molécula precursora de la ACTH).
3. Mediante los receptores de corticoesteroides tipo MR y GR de las estructuras límbicas del hipocampo y la amígdala, que influyen sobre el eje neuroendocrino. El hipocampo ejerce una función inhibitoria sobre el eje neuroendocrino, gracias a que sus proyecciones glutamatérgicas activan a las neuronas GABAérgicas del núcleo del lecho de la estría terminal, del área preóptica y del hipotálamo, que se a su vez, inhiben la acción del núcleo paraventricular del hipotálamo, disminuyendo la liberación de CRH.

Otro sistema regulador de la respuesta de estrés es el núcleo del tracto solitario, que juega un papel crítico en las funciones corporales básicas, pues recibe información a través de vías aferentes que proceden de receptores viscerales, especialmente del corazón y los pulmones. Del núcleo del tracto solitario parten proyecciones locales hacia el bulbo raquídeo y la protuberancia, que ayudan en el control reflejo de la respiración y de la función cardiovascular. Las proyecciones descendentes van hacia las neuronas preganglionares simpáticas que también participan en la regulación del ritmo cardíaco y la presión arterial. Y finalmente, sus proyecciones ascendentes se dirigen hacia el hipotálamo y el sistema límbico que

controlan la activación del sistema simpático (Fisiología y patología del estrés, 2001).

Por último, la corteza prefrontal y el septum lateral ejercen una acción inhibitoria sobre el eje neuroendocrino, similar a la forma en que lo hace el hipocampo. Activan a las neuronas GABAérgicas de las neuronas del núcleo del lecho de la estría terminal, el área preóptica y los circuitos hipotalámicos, que ejercen una acción inhibitoria sobre el núcleo paraventricular del hipotálamo.

- *Fase de agotamiento o extenuación (Eje Endocrino).*

Para que el individuo entre en esta fase y se active el eje endocrino, la amenaza percibida tiene que ser prolongada e intensa. Cabe señalar que al llegar a esta etapa, el individuo ya ha perdido su capacidad de resistencia. No se trata únicamente de una falta de calorías (pues durante la fase de resistencia, el individuo ha seguido ingiriendo alimentos), sino de una pérdida de la capacidad de adaptación del organismo. Por lo cual, se producirán una serie de enfermedades que Hans Selye denominó “enfermedades de adaptación”, entre las que se encuentran: úlcera péptica, hipertensión, infarto al miocardio y alteraciones nerviosas.

Parece ser que la acción del eje endocrino es selectiva al dispararse únicamente, cuando el individuo no dispone de estrategias conductuales, para afrontar el estrés y responde pasivamente ante él, como si no tuviera otra alternativa. Por ello, la respuesta de este eje es más lenta, pero sus efectos son mucho más persistentes, ya que provocan una respuesta crónica ante el estrés. Un aspecto importante de esta respuesta son los trastornos psicológicos que pueden derivar en depresión, ansiedad, entre otros, ya que el órgano que más se afecta por la acción de este eje es el cerebro.

Entonces, el eje endocrino funciona a través de cuatro subejos:

1. Adrenal-hipofisiario.

Provoca la liberación de cortisol. Los efectos de esta hormona son: el aumento de la producción de ácido clorhídrico en el estómago, el incremento en la producción de urea, la supresión de los mecanismos inmunológicos, supresión del apetito y el desarrollo de sentimientos asociados a desesperanza, depresión, indefensión y pérdida de control, entre otros.

2. Secreción de la hormona del crecimiento.

Aún no se ha esclarecido su papel en la respuesta de estrés.

3. Incremento de la secreción de las hormonas tiroideas.

La tiroxina provoca un efecto de desgaste general.

4. Secreción de vasopresina.

Provoca un aumento en la retención de líquidos.

3.3.2. Otras implicaciones funcionales del estrés

La reacción fisiológica del estrés puede potenciar o entorpecer los mecanismos cerebrales encargados del almacenamiento de la memoria, ayudando a que las conductas aprendidas, bajo tales circunstancias, se establezcan en la memoria de un modo duradero o no. Así pues, el estrés actuaría como promotor de la formación de nuevos circuitos neuronales. Está demostrado, que aquellos detalles que se encuentran asociados a reacciones de estrés, se aprenden más fácilmente y se recuerdan durante períodos de tiempo particularmente prolongados.

De esta manera, el cerebro humano, y por tanto, el modo de percibir e interpretar la realidad, se va moldeando por la sucesión de situaciones estresantes que se van viviendo y los resultados obtenidos en tales circunstancias, por las acciones ejecutadas. De los recuerdos que se almacenan de las mismas, dependerá una gran parte de la conducta futura, cuando las influencias ejercidas sean positivas (que puede revertir en un desarrollo optimista de las facultades del individuo) o negativas (que facilitan la aparición progresiva de trastornos de conducta, como aquellos asociados con estados de miedo, ansiedad o depresión) (Introducción al estudio del estrés, 2001).

3.4. Impacto del estrés en la salud

Los cambios psicofisiológicos que desencadenan la respuesta de estrés son naturales y pueden ser vitales en determinadas circunstancias. Por tanto, la respuesta de estrés no es perjudicial en sí misma, ya que esencialmente, facilita la disposición de recursos para hacer frente a las situaciones.

De acuerdo a Hans Selye, pionero en el estudio del estrés, cualquier estresor produce un conjunto básico y similar de cambios fisiológicos que a corto plazo son adaptativos, es decir, que le ayudan al individuo a responder ante el estímulo estresante (por ejemplo, al movilizar recursos de energía, inhibir la inflamación y resistir a la infección), pero a largo plazo, produce cambios desadaptativos (como el aumento de tamaño de las glándulas suprarrenales). Por estos motivos, la respuesta de estrés puede ser tanto benéfica como perjudicial para el organismo. Por un lado lo protege, pero por otro, ejerce sobre el mismo, efectos desgastantes y punitivos.

Para que el organismo no consiga reestablecer la homeostasis de manera eficiente, se produzca una respuesta de estrés elevada y sostenida, se agote su resistencia y se vulnere la salud (Introducción al estudio del estrés, 2001):

- El individuo deberá exponerse de manera continua y por largos periodos de tiempo a estímulos altamente estresantes y que representen una amenaza.

- Que los ejes de activación psicofisiológica al estrés presenten alguna disfunción y por tal, sean ineficientes para activarse y desactivarse adecuadamente, una vez que las situaciones estresantes se hayan resuelto.
- Que dicha disfunción se deba a los efectos propios del envejecimiento normal o a alguna enfermedad subyacente. Por ejemplo, si el individuo cursa con depresión mayor, el eje neuroendocrino se encuentra hiperactivado; y la actividad y el volumen de la amígdala, la corteza prefrontal y el hipocampo, se encuentran igualmente alterados.
- Cuando el individuo anticipa cognitivamente, la posible ocurrencia de sucesos negativos, sin que éstos hayan acontecido, activándose su organismo de manera acumulativa. Esto es, que la activación que ocurrió en la anticipación o contemplación de futuros eventos negativos, aún inexistentes, se suma a aquella que está teniendo lugar en el momento presente, dando por resultado una sobreactivación del organismo.

Dentro de las alteraciones psicofisiológicas más frecuentes, se encuentran: insomnio, pérdida del apetito, fatiga crónica, malestar estomacal, hipertensión y disfunciones sexuales. Estos trastornos pueden, a su vez, comprometer otras áreas de funcionamiento de los individuos, como: los estudios, el trabajo, las relaciones interpersonales, entre otros aspectos del desempeño.

Y de todos los tipos de estresores, el estrés psicológico crónico es el que con más frecuencia se ha relacionado con la enfermedad, por los elevados niveles de glucocorticoides, adrenalina y noradrenalina que genera.

La mayoría de los efectos perjudiciales del estrés se deben a la secreción prolongada de glucocorticoides. Estos efectos incluyen: hipertensión arterial, daño del tejido muscular, diabetes esteroide, infertilidad, inhibición del crecimiento, inhibición de la respuesta inflamatoria y supresión de la respuesta inmunitaria.

La tensión arterial alta puede desembocar en ataques cardíacos y apoplejía. La inhibición del crecimiento en niños sujetos a estrés prolongado impide que alcancen su plena estatura. La inhibición de la respuesta inflamatoria dificulta que el organismo se recupere de una lesión, y la supresión de la respuesta inmunitaria,

hace que el individuo sea más vulnerable a las infecciones (Trastornos de ansiedad, 2006).

Otros trastornos clásicos del estrés son los problemas asociados con el peso y la alimentación. En algunas personas, el estrés predispone a la obesidad, un problema que también parece estar asociado con la estimulación del apetito que producen los glucocorticoides (Fisiología y patología del estrés, 2001) o a factores psicógenos en los que la sobrealimentación es una forma de liberar la tensión (Balances energéticos, 2001). Este efecto depende, del patrón individual de estas hormonas y de la relación entre la secreción de glucocorticoides y CRH, pues el efecto de esta última, sobre el apetito, es inhibitorio.

Además, en el desarrollo de la obesidad, también se han implicado los efectos inhibitorios que la elevación crónica de glucocorticoides produce sobre la secreción de insulina en el páncreas, lo que puede provocar graves problemas en el metabolismo de la glucosa, con el consiguiente riesgo añadido de contraer diabetes. En contraparte, el estrés también puede favorecer al desarrollo de anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, trastornos que son resultado de la combinación de factores de riesgo fisiológicos, psicológicos y sociales.

El estrés también produce alteraciones sexuales y del sistema reproductor. Algunos de los mecanismos fisiológicos son prácticamente equivalentes en hombres y mujeres. En ambos casos, el sistema reproductor está regulado por la producción en el hipotálamo de la hormona liberadora de hormona luteinizante, la cual estimula en la hipófisis, la liberación de dos hormonas: la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH).

En hombres, la hormona luteinizante estimula a los testículos para la secreción de testosterona, mientras que en mujeres, activa la síntesis de estrógenos en los ovarios. En periodos de estrés, esta cadena del aparato reproductor sufre inhibiciones en sus distintos niveles. Por una parte, el estrés, mediante la producción de endorfinas cerebrales, es capaz de inhibir la producción de hormona liberadora de hormona luteinizante. Y por otra, ante eventos altamente estresantes, se produce un incremento en la secreción de prolactina en la hipófisis, la cual, disminuye la

sensibilidad de esta glándula a la acción de la hormona liberadora de hormona luteinizante.

Además, los glucocorticoides también son capaces de reducir la respuesta de los testículos y ovarios a la hormona luteinizante, razón por la que el estrés reduce considerablemente los niveles de testosterona en hombres y de estradiol en mujeres (Fisiología y patología del estrés, 2001; Trastornos de ansiedad, 2006). En un estudio realizado por Singer y Zumoff (1992; citado en Trastornos de ansiedad, 2006) se encontró que los niveles sanguíneos de testosterona en médicos varones residentes estaban claramente disminuidos, por el estresante ritmo de trabajo que se veían obligados a seguir.

En el mismo caso de los hombres, la respuesta ante el acto sexual también puede verse inhibida. El mecanismo es diferente y radica en el complicado balance entre la activación del sistema nervioso simpático y la del parasimpático que requiere dicha conducta. Mientras que la mayor parte del organismo se encuentra en un predominio simpático, como ocurre en la respuesta de estrés, la erección sólo podrá conseguirse si el pene mantiene un tono parasimpático.

El estrés es un mal aliado para el sistema nervioso parasimpático, pues la ansiedad y el nerviosismo refuerzan enormemente la activación generalizada de la rama simpática. Por ello, la erección se inhibe y se produce un problema de impotencia por razones meramente psicológicas. Alternativamente, se puede conseguir una erección breve, truncada por un rápido cambio hacia una regulación simpática, precipitando un problema de eyaculación precoz.

La reducción de estrógenos en las mujeres, además de reducir la libido, conlleva importantes desajustes en el ciclo menstrual, como la dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea y retrasos, pudiendo incluso, desaparecer completamente el proceso de ovulación (amenorrea ovulatoria), comprometiéndose de este modo su fertilidad. Por otro lado, el incremento en los niveles de prolactina interfiere en la acción de la progesterona, que en caso de haberse producido la fecundación, se reducen enormemente las posibilidades de que el óvulo fecundado se implante en el útero. Otro de los problemas derivados de la reducción de estrógenos e incremento de glucocorticoides, puede ser la descalcificación ósea. Por una parte, los

glucocorticoides ejercen un efecto negativo sobre el metabolismo del calcio, ya que por acción directa sobre las células óseas, estimulan la osteolisis (destrucción del hueso) e inhiben la osteogénesis (formación de hueso). Y por la otra, el descenso de estrógenos impide la acción fijadora de calcio que éstos ejercen en el hueso. Por ello, en edades postmenopáusicas, los incrementos sostenidos en los niveles de glucocorticoides pueden aumentar el riesgo de osteoporosis (Fisiología y patología del estrés, 2001).

La exposición temprana a niveles intensos de estrés puede tener una diversidad de efectos adversos en el desarrollo futuro. Los niños que han sufrido maltrato u otro tipo de estrés grave manifiestan una serie de anomalías cerebrales y del sistema endocrino. En otros casos, la exposición temprana al estrés aumenta la intensidad de las subsiguientes respuestas de estrés, o bien, suele amplificar los efectos adversos de los estímulos estresantes sucesivos. Se considera que algunos trastornos psiquiátricos son el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad heredada a un determinado trastorno y la exposición temprana a altos niveles de estrés (Biopsicología de la emoción, 2007; Trastornos de ansiedad, 2006).

3.4.1. Alteraciones cognitivas

Como es sabido, el detrimento de las propiedades reguladoras de las repuestas de estrés conduce al desarrollo de diversas enfermedades, entre las que se incluyen distintas alteraciones psicológicas y psiquiátricas que conllevan una incapacidad, para desarrollar respuestas adaptativas adecuadas, lo que puede representar una nueva fuente de estrés para el individuo, que ayudará a potenciar el círculo vicioso (Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración, 2001).

El efecto más grave del estrés prolongado es la lesión cerebral (Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración, 2001; Trastornos de ansiedad, 2006), que está directamente relacionada con los niveles de glucocorticoides secretados en la respuesta fisiológica del organismo. Jensen, Genefke y Hyldebrandt (1982; citados en Trastornos de ansiedad, 2006) encontraron señales de degeneración cerebral

en las imágenes de tomografía axial computada (TAC) de personas que habían sido sometidas a tortura.

La presencia de determinados niveles de glucocorticoides es necesaria para el adecuado funcionamiento cerebral. Sin embargo, tanto su ausencia como su exceso puede producir toda una serie de alteraciones en distintas estructuras cerebrales, como el hipocampo (Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración, 2001; Trastornos de ansiedad, 2006).

Muchos de los estudios que se han centrado en los efectos del estrés sobre el cerebro, han sugerido que el hipocampo es especialmente sensible, debido a la gran cantidad de receptores para los glucocorticoides que posee (que es mayor que en cualquier otra estructura cerebral) y la presencia de una enzima (11 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa) que degrada y produce simultáneamente, glucocorticoides. Así pues, tanto la duración como la intensidad de la secreción de glucocorticoides, aparecen como factores determinantes tanto de la magnitud de la degeneración hipocampal como de la severidad del deterioro cognitivo.

En cuanto al nivel neuronal, tres son los efectos perjudiciales (Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración, 2001):

- Atrofia dendrítica.

Es un proceso de retracción de las prolongaciones dendríticas que se produce en ciertas neuronas hipocampales, cuando el organismo se encuentra expuesto a altas concentraciones de glucocorticoides o a situaciones de estrés crónico (durante unas pocas semanas). Siempre y cuando termine la situación de estrés, se puede producir una recuperación de la arborización dendrítica, lo que hace que el proceso sea reversible.

- Neurotoxicidad.

Es la muerte de las neuronas hipocampales por envenenamiento de glucocorticoides, secundaria al mantenimiento sostenido de altos niveles de estrés o de glucocorticoides (durante varios meses). Además del estrés, existen otras circunstancias que conllevan una elevación crónica de glucocorticoides, como: el síndrome de Cushing, la ansiedad, la depresión, las fases iniciales del estrés postraumático, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y el envejecimiento normal.

- Exacerbación de distintas situaciones de daño neuronal.

Cuando el daño neuronal producido por diferentes mecanismos de agresión neural como: apoplejía, isquemia, anoxia, hipoglucemia y otros, es potenciado por la coexistencia de altos niveles de glucocorticoides, reduciendo la capacidad de las neuronas para sobrevivir.

3.4.2. Alteraciones psicopatológicas

En humanos, los efectos de la exposición crónica a situaciones de estrés se han relacionado fundamentalmente con el desarrollo de alteraciones conductuales, como la ansiedad y la depresión, o con algunos casos particulares de estrés que, por su magnitud o condiciones extremas, producen síndromes como el de estrés postraumático (Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración, 2001) o el burnout, como se ha visto a lo largo de este trabajo.

El estudio de los efectos del estrés sobre el hipocampo es de gran relevancia, dada su posible implicación en los problemas psiquiátricos relacionados con el estrés. Al respecto, se destacan cinco hallazgos (Biopsicología de la emoción, 2007):

1. Que los efectos del estrés sobre el hipocampo parecen estar mediados por el incremento de la secreción de corticoesteroides.

2. Incluso en periodos de estrés que duren unas cuantas horas, pueden producir cambios estructurales en el hipocampo que pueden durar por meses o años.
3. Que los estímulos estresantes naturales tienden a producir más patologías en el hipocampo que los estímulos estresantes artificiales.
4. Que los efectos del estrés sobre el hipocampo son lo suficientemente potentes como para producir cambios en la conducta mediada por la actividad del hipocampo.
5. Que los efectos del estrés sobre el hipocampo tienden a ser mayores en los animales de experimentación machos. La explicación a esta peculiaridad puede hallarse en que el estradiol de las hembras interviene en la neurogénesis en adultos y en la recuperación del daño cerebral.

CAPÍTULO 4.

PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS

En esta última sección, se describirá la manera en que la psicología podría constituir el pilar de la prevención del síndrome de burnout en los médicos, al proponer la psicoeducación, en combinación con los enfoques de la psicología de la salud, la psicología cognitivo-conductual y la psicología positiva, como una técnica de modificación de la conducta y estrategia de prevención primaria, educación para la salud y promoción de la salud de los médicos.

La inclusión de la psicología en el campo de la salud ha tenido un crecimiento significativo, dejando de ser la gran ausente, para ahora, ser un miembro activo y trascendental en el desarrollo de planes de investigación y programas de intervención, que representan una forma alternativa de pensar y hacer sobre la salud de los ciudadanos; que enfatiza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, desde los propios sistemas de salud y auspiciado por la OMS.

Acercamientos anteriores de la psicología al campo de la salud habían estado limitados a los llamados problemas de salud mental. Este planteamiento llevaba intrínseco la dicotomía entre salud mental y física, privando a la psicología de una concepción integral de la salud. Así pues, se plantea como necesidad el que la intervención en los problemas de salud no ha de circunscribirse al ámbito del sujeto individual, sino que debe incidir en todos aquellos factores socioculturales y ambientales que condicionan determinados estilos de vida y condiciones nocivas, para el desarrollo sano del organismo, y por tanto, de las personas (Pascual & Ballester, 1997) entre las que se encuentran también los médicos.

A pesar de este auge, son pocos los programas de esta área que se ponen en práctica, debido a que se consideran de difícil o dudosa aplicación, hasta utópicos, por lo alejados que están de la realidad política. Por lo que, es necesario tomar en

cuenta, en cualquier actividad de investigación o intervención, el marco sociopolítico en el cual se llevará a cabo, para que de esta manera, estos programas dejen de encontrarse sólo en publicaciones especializadas y aparezcan más en la práctica de los servicios de salud de México y el mundo.

Esto es, saber qué interesa a la población en materia de salud, establecer cómo lograrlo y tener en cuenta que la salud está sujeta al sistema político, responsable de definir las prioridades de un país y de decretar el valor que la salud y las condiciones que favorecen una cultura de la salud han de tener en las acciones de gobierno, para encontrar y proponer soluciones realistas. Por esta razón, el trabajo sobre salud también deberá dirigirse a las políticas y a las actuaciones de las organizaciones que afecten a las condiciones y a las conductas que favorecen la salud (Fundamentos de promoción, 2014; Jennings, 2009; La psicología de la salud, 2009).

No obstante, esto no se debe a que la psicología por sí misma sea ineficaz para ofrecer alternativas válidas, sino, que entre otros factores, contribuyen la falta de asignación de presupuestos para su desarrollo, la escasa tradición de esta disciplina en el campo de la salud, el predominio del modelo biomédico en la aplicación de los conocimientos científicos al campo de la salud, así como, la inercia que caracteriza a los sistemas antes de incorporar a su praxis cualquier cambio (Becoña & Oblitas, 2004; La psicología de la salud, 2009).

Entre los aspectos implícitos de la nueva concepción de la salud, se favorece la condición subjetiva de la misma, es decir, que hay salud si a pesar del deterioro físico, el sujeto consigue superar el proceso mórbido y encontrarse a gusto en su medio, y no la hay, si carece de bienestar aún en ausencia de alguna patología evidente. Se pone de manifiesto el componente social de la salud, haciendo referencia a una armoniosa interrelación con los elementos del grupo, aludiendo también, a que la salud depende de factores de la comunidad humana y no es algo que cada persona pueda alcanzar aisladamente.

Este componente social conlleva a la realización de una serie de actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de la sociedad (funciones sociales) y la formación de unas estructuras creadas para desempeñar esas funciones

(instituciones sociales), es decir, se concibe el sistema sanitario como la infraestructura de los recursos que hace posible que se cumpla la política sanitaria. Por lo que las políticas de salud no deberán estar dirigidas únicamente a los aspectos curativos y meramente asistenciales de la enfermedad, sino que habrán de tener en cuenta, los problemas derivados del estilo de vida y los factores conductuales que contribuyen al desarrollo tanto de enfermedades infecto-contagiosas como crónico-degenerativas. De este modo, no habrá lugar a dudas de que el comportamiento no sólo interviene en los problemas de salud mental.

Incluso cuando el problema de salud se puede explicar mediante causas fisiopatológicas y anatomopatológicas, los componentes psicológicos o comportamentales juegan un papel importante en el mantenimiento, agravamiento o mejoría del proceso, esto es, en su pronóstico y tratamiento. Por lo tanto, los estilos de afrontamiento con los que el paciente enfrenta la enfermedad, y la relación médico-paciente, serán decisivos en la evolución del cuadro clínico o fisiológico.

La interacción con el médico puede ser decisiva, puesto que de ella depende, en gran medida, la cooperación del paciente. Se reconoce que una buena relación entre ambos puede mejorar de un modo sustancial la adhesión del paciente al tratamiento, la propia efectividad del mismo y acortar el tiempo de recuperación. Además, las reacciones a la conducta del médico pueden traducirse en cambios psicofisiológicos que alteran el curso de la enfermedad (Fundamentos de promoción, 2014; La psicología de la salud, 2009; Pascual & Ballester, 1997).

Lo mismo sucede en el ámbito de la formación y la práctica médica. Para que se logren profesionistas competentes, la interacción entre educadores médicos y aprendices, y entre colegas de distintas jerarquías, deberá darse en sentido horizontal, como la suma de fuerzas dirigida al logro de un objetivo común, pero con roles bien definidos; dentro de un clima de confianza y respeto, en el que cada integrante se sienta parte del cuerpo médico y se perciba capaz de desempeñar su labor. Y que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea significativo, en el que se mantenga el interés y la motivación de los educandos por la construcción y aplicación del conocimiento.

Desde otro ángulo, el comportamiento también interviene en la vida interna de las organizaciones que se dedican a prestar servicios de salud, en la forma en que éstos se dispensan en la mejora de los sistemas asistenciales para la salud, así como, en la configuración de políticas sanitarias. Con esto, se pretende llegar al objetivo de igualdad en materia de salud, tanto en médicos como en pacientes, a través de cambios en los estilos de vida, en el medio ambiente y en el sistema sanitario (Becoña & Oblitas, 2004; Fundamentos de promoción, 2014; Pascual & Ballester, 1997; ¿Qué es la psicología de la salud?, 2007).

Por tanto, sabiendo que las conductas saludables y de riesgo se aprenden, y por ende se adquieren, mantienen y son susceptibles de modificarse, se propone a la psicoeducación como una técnica de modificación de la conducta, para la prevención del síndrome de burnout en médicos, ya que el aprendizaje por sí mismo, implica un cambio. De igual forma, se sugiere que se aplique junto con el modelado como técnica de aprendizaje, debido a que una gran parte de lo que aprendemos no lo hacemos a partir de la propia experiencia, sino de observar la conducta de otros y los resultados que derivan de la misma. Este aprendizaje observacional constituye uno de los constructos más relevantes en las intervenciones para cambiar las conductas de salud.

Así, de acuerdo al principio de semejanza, en la medida en que las personas se consideren semejantes a aquellas que están observando que ejecutan una conducta de riesgo, es probable que hagan lo mismo. Y, en la medida en que las personas se consideren semejantes a las personas que observan que no llevan a cabo una conducta de riesgo, pueden modificar su conducta.

Por otro lado, esta misma técnica de aprendizaje considera que es mejor observar modelos que son capaces de controlar su conducta, que aquellos que no la llevan a cabo. Este proceso de identificación puede hacer que la persona aprenda y modele las técnicas de afrontamiento más eficientes (Fiorentino, 2004; Fundamentos de promoción, 2014).

El modelado o aprendizaje por imitación es fundamental en la modificación de los hábitos de salud, porque expone a los individuos frente a otros que han logrado modificar sus hábitos de salud. El modelado puede ser más provechoso cuando

muestra las dificultades reales con que se encuentran las personas para hacer estos cambios (Conductas de salud, 2007). De este modo, se pretende que los médicos conozcan los hábitos y conductas saludables adecuados a su profesión, y la manera en cómo pueden incorporarlos a su cotidianidad, para que apliquen lo aprendido en sus personas y lo difundan entre sus iguales y pacientes, y a partir de ello, incidan de una forma más eficaz en la salud de la sociedad, logrando así un efecto en cadena.

Finalmente, para que el aprendizaje produzca el cambio deseado, se aplicará la estrategia en cuestión, bajo los siguientes lineamientos (Aspectos teóricos y estrategias de intervención, 2009; Conductas de salud, 2007; Fiorentino, 2004):

- Un primer paso en el cambio de la conducta sería la información, que deberá transmitirse de manera accesible, conforme al contexto al que se pretende transmitir, para que la audiencia comprenda el mensaje y no muestre rechazo y se pueda persuadir y conseguir que retenga el mensaje, y lo lleve a la práctica.
- Los mejores lugares para llevar a cabo la modificación conductual son: el lugar de trabajo, escuelas, grupos de autoayuda, el consultorio, el entorno comunitario y los medios de comunicación.
- Que quien transmita la información guarde cierta similitud con la audiencia o ésta lo perciba como alguien, de alguna manera, familiar, y sea un experto, para que tenga credibilidad, ya que un comunicador que se presente como un experto en la materia, digno de confianza y que sobre todo, practique lo que informa, suele ser la fórmula más eficaz.
- Que a través de la enseñanza, además de transmitir información, explicar la manera en que se pondrá en práctica, incluyendo la motivación y el reforzamiento continuo, para que se mantenga el interés en realizar el cambio de conducta y éste sea eficaz y duradero. Cabe señalar, que para que el cambio de conducta se mantenga, el individuo deberá contar también con el apoyo social de su gremio laboral o familiar.

- El cambio de actitud ejercerá su influencia sobre la conducta, cuando se adquiera a través de la experiencia directa (experimentarlo uno mismo), sea fácilmente accesible, relevante y de interés para la persona, y no entre en contradicción con las normas prevalentes.
- Persuadir a la gente de que es capaz de comportarse conforme a los cambios que se han sugerido, mismos que deberán ser deseables, fáciles de llevar a cabo y coherentes, al tener éstos un fundamento sólido y evidencia fehaciente de sus resultados. Se trata de crear sentido de autoeficacia en la audiencia: que crea firmemente en que ellos mismos pueden controlar su propia conducta.
- El mensaje deberá ser realista en cuanto a las consecuencias de la conducta que se desea modificar, las metas a lograr y los beneficios que se obtendrán.
- El mensaje deberá hacer especial énfasis sobre la necesidad de modificar una conducta determinada, al evidenciar que sus consecuencias afectan de manera directa a quien la ejecuta y en un grado de importancia.
- El mensaje deberá ser claro, preciso y simple.

4.1. ¿Qué es la psicoeducación?

La psicoeducación es una modalidad terapéutica y pedagógica de aprendizaje para la salud dirigida a individuos y grupos sociales (en los que se incluyen los pacientes, su familia y la red de cuidadores) que provee de forma accesible información científica, actualizada y relevante sobre el padecimiento, así como, entrenamiento en técnicas para afrontar el problema, para la obtención de una mejor calidad de vida a través de los diferentes niveles de prevención y en diversas patologías, tanto físicas como mentales, que se acompaña de apoyo psicológico y social, como parte inherente del proceso de educación (Albarrán & Macías, 2007; Montiel & Guerra, 2016; Torres, 2008).

En palabras más concretas, se trata de un aprendizaje experiencial acerca de uno mismo, del proceso o trastorno que se padece y de la mejor forma de afrontar sus consecuencias.

4.1.1. Objetivos de la psicoeducación

La psicoeducación tiene como objetivo final el conocimiento de la enfermedad y el control de síntomas, para así, mejorar la calidad de vida. En este sentido, se desarrolla a través de tres niveles de intervención, estratificando los resultados obtenidos para la evaluación de resultados (Torres, 2008):

- *Primer nivel: Conocimiento y valoración del cuerpo.*

Orientado al logro de tener conciencia corporal.

- *Segundo nivel: Conciencia de enfermedad.*

Dirigido a fortalecer la autoestima.

- *Tercer nivel: Adherencia al tratamiento.*

Encaminado a desarrollar autocontrol emocional.

4.1.2. Aplicaciones de la psicoeducación

La psicoeducación es válida, eficaz y efectiva en cualquier caso clínico de cada especialidad médica, al igual que en actividades de los diferentes niveles de prevención, ya que se fundamenta en la franca aceptación de la problemática de salud y a partir de ello, generar conocimiento acerca de la misma y diversas posibilidades de solución para ejercer un cierto control sobre ella y así, preservar y promover la independencia, autonomía, autoestima y autoeficacia de los individuos. Funge como un antídoto o contrapeso frente a la incomprensión, reproche, culpa e indefensión aprendida. De esta forma, ayuda a sustituir la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración, y el autoestigma por la autoestima.

Las ventajas que tiene la psicoeducación sobre otras psicoterapias, es que no pierde eficacia con el paso del tiempo y que su implementación conlleva un ahorro de recursos sanitarios y económicos. Pero, para que esto pueda llevarse a efecto, se recomienda implementar los programas lo antes posible, en el curso de la enfermedad (Colom, 2011; Montiel & Guerra, 2016).

En salud mental se ha aplicado en diferentes patologías (Torres, 2008):

- Trastornos de la personalidad.
- Adicciones a sustancias psicoactivas (Albarrán & Macías, 2007).
- Depresión (Albarrán & Macías, 2007).
- Esquizofrenia (Albarrán & Macías, 2007; Montiel & Guerra, 2016).
- Trastorno bipolar (Colom, 2011).
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por déficit de atención (Albarrán & Macías, 2007).
- Anorexia.

En la mejoría del pronóstico de determinadas patologías no psiquiátricas, como: determinadas cardiopatías, obstrucción pulmonar crónica, diabetes, osteoporosis, asma (Colom, 2011) y cáncer de mama (Montiel & Guerra, 2016).

4.1.3. Metodología de la psicoeducación

Los programas psicoeducativos se basan en el entrenamiento cognitivo-conductual para proveer información al individuo sobre su padecimiento, aspirando a modificar sus actitudes o conductas mediante la reestructuración de prejuicios sobre la enfermedad, la inclusión y regularidad de hábitos saludables e higiene comportamental dentro de los esquemas médicos, para posteriormente, guiarlo en la construcción del significado de la enfermedad, la identificación de los desencadenantes de los signos y síntomas, el manejo de los mismos y favorecer de esta manera, la adherencia terapéutica y la adaptación a su condición con optimismo y esperanza.

Por lo que, los programas psicoeducativos son tanto informativos como conductuales, soliendo ser largos, debido a que el cambio al que se aspira, es mayor y complejo (Colom, 2011; Montiel & Guerra, 2016).

Partiendo de que la combinación de técnicas puede ser más efectiva para tratar todas las fases de un problema que una sola (Conductas de salud, 2007), estos programas suelen combinarse con: modelado, relajación muscular progresiva, autohipnosis, respiración profunda, meditación, relajación pasiva, visualización, imaginación guiada, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, solución de problemas, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, indicaciones sobre la sexualidad; en virtud de la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, aumento de los sentimientos de control y facilidades a la participación activa en los tratamientos (Montiel & Guerra, 2016).

Sin embargo, habrá de hacerse una selección inteligente, bien informada y prudente de técnicas apropiadas para cada problemática. Además, gran parte del éxito de estos programas se debe a la presencia de un profesional entusiasta y comprometido y no al uso de una gran cantidad de técnicas (Conductas de salud, 2007).

Así, la relación terapéutica médico-paciente deja de ser vertical, pasiva y directiva, para tomar un cause horizontal, siendo menos jerárquica y más interactiva que invita principalmente al paciente, a que tienda más hacia la proactividad como responsable del cuidado de su enfermedad; adquiriendo un compromiso con el profesional sanitario en la colaboración en su tratamiento no sólo en el cumplimiento de las prescripciones sino (también) complementando la información provista por aquél sobre su padecimiento mediante fuentes de información serias (que el mismo médico debe recomendar, como: libros, conferencias, talleres y otras más), y el planteamiento a éste de los cuestionamientos que vayan surgiendo e incluso, propuestas o estrategias que puedan mejorar su calidad de vida.

Su formato puede ser individual o grupal (Colom, 2011; Montiel & Guerra, 2016; Torres, 2008). Los pacientes incluidos en un grupo psicoeducativo, al tener la certeza de que quien les está orientando, asistiendo y acompañando es un experto que no sólo tiene conocimientos sobre su padecimiento sino (también) que entiende

lo que piensan, sienten y cómo se comportan; les hace sentir identificados, comprendidos, acompañados, protegidos, confiados, y sobre todo, motivados para aprender a afrontar exitosamente su problemática. Ya no tendrán que experimentar estos fenómenos psicológicos en la soledad y la vergüenza (Colom, 2011; Montiel & Guerra, 2016).

El profesional encargado de facilitar el proceso de psicoeducación, además de contar con su saber clínico propio, deberá hacerse del conocimiento de la idiosincrasia de cada participante, las peculiaridades de su cuadro clínico (para prevenir situaciones como aparición de una crisis, aumento de la expresividad emocional, interrupciones al tema tratado, conflictos entre los alumnos o descalificación de las intervenciones), capacidad de comunicación, empatía, refuerzo, dotes pedagógicas especiales y, sobre todo, un gran optimismo, aplicando la siguiente metodología (Torres, 2008):

- Crear un ambiente de grupo gratificante: buen humor y refuerzo social.
- Canalizar los liderazgos a favor de los objetivos de la actividad.
- Fomentar la participación de todo el grupo.

Para esto, crear una atmósfera segura, usar siempre la connotación positiva y una percepción selectiva sobre los aspectos de mayor fortaleza o positivos.

- Utilizar el diálogo con los estudiantes.

Elaborar la información a partir de preguntas más que de una exposición magistral.

- Utilizar la aproximación sucesiva a la meta y el incremento paulatino de las dificultades.
- Mantener los objetivos de la actividad y de la sesión del día.
- Usar recursos para mantener la concentración sobre la actividad y controlar la irrupción de otros temas.
- Ser estricto en horario y en las condiciones de realización de la actividad.

- Utilizar rutinas y normas claras que permitan identificar la actividad.
- Tener en cuenta los diferentes tiempos de aprendizaje de los *estudiantes*.
- Evaluar las condiciones sociales del grupo para la planificación de las actividades, frecuencias y horarios.
- Fomentar el diálogo entre los integrantes del grupo.
- Mantener una actitud de neutralidad frente a los tratamientos que actualmente reciben los integrantes del grupo; evitar criticarlos.

Cabe advertir que cada actividad exige un trabajo previo que permita su valoración, perfeccionamiento y aplicación guiada por objetivos y que la sistematización de los grupos no garantiza que los asistentes vayan a alcanzar todos los logros deseados. Se parte de que el aprendizaje, como un cambio más o menos permanente de conducta, como consecuencia de la educación pedagógica, dependerá en su mayor parte del grado de implicación y activación del aprendiz. Pero antes de planificar la intervención se requiere definir claramente el problema, recabar información, establecer prioridades relativas a los distintos aspectos sobre los que conviene intervenir, y otras acciones más (Pascual & Ballester, 1997).

Para el desarrollo de conductas saludables no basta con modificar las actitudes para que el individuo pase a la acción. Para que ello ocurra es necesario añadir a los mensajes las instrucciones adecuadas sobre cómo cambiar la conducta. Crear estructuras básicas en los patrones de conducta saludables supone:

- Dar normas de conducta, patrones, hábitos y reglas de salud.
- Utilizar modelado, suministrando los criterios, para que los estudiantes realicen o mejoren sus conductas de salud.
- Crear en el aula diversas situaciones de aprendizaje que permitan el desarrollo de estrategias para el cambio, hacia actitudes positivas entorno a la salud. Estas estrategias deberán plantearse a partir de la participación activa del sujeto, para facilitar la formación de diferentes creencias sobre las que se fundamenten estas actitudes.

4.1.4. Evaluación de un programa de psicoeducación

Las variables que se emplean con mayor frecuencia para medir la efectividad de un programa de psicoeducación y que confieren al clínico la seguridad y confianza de implementarlo, son (Colom, 2011; Torres, 2008):

- Medidas de desenlace, como: recurrencia de las crisis, disminución de recaídas, número de reingresos hospitalarios, disminución del tiempo de hospitalización pos psicoeducación.
- Mediciones séricas de medicamentos previas, durante y pos psicoeducación.
- Incremento de la calidad de vida.
- Escalas de desempeño psicosocial.
- Estudios aleatorizados multicéntricos con grupos control.

4.2. Psicoeducación como una propuesta para la prevención del síndrome de burnout en médicos

Se propone la impartición de un curso propedéutico teórico-práctico, de carácter obligatorio, sobre estrategias para formar médicos saludables y competentes, que estará dirigido a estudiantes de medicina del primer año de licenciatura, para favorecer su adaptación en diferentes momentos de su carrera mediante el desarrollo de la confianza en sí mismos, el sentido, compromiso y convicción de su quehacer, y prevenir de esta manera, el desarrollo del síndrome de burnout; con duración de un año, con clases de dos horas por tópico, de lunes a viernes, sea en las aulas universitarias u hospitalarias, en grupos de 30 personas, y evaluación igualmente, teórico-práctica, de periodicidad semanal, mensual, semestral y anual. El curso tendrá por nombre “Lo que debes saber antes de ser médico”.

Lo que se pretende a través del mismo, es presentar los factores de riesgo específicos que vulneran la salud de los médicos y que los predispone a desarrollar el síndrome de burnout, como ejes temáticos, mediante los cuales se proveerá información sobre sus mecanismos subyacentes, así como, diferentes posibilidades de solución que fungirán como factores protectores, para ampliar y complementar

la visión que los médicos tienen de su profesión, como acto de ayuda, desde los conocimientos que obtendrán y generarán a lo largo de su trayectoria profesional haciendo que su atención, también, se dirija hacia ellos mismos y que su proceder gire en torno a la cooperación.

De este modo, los educandos identificarán conceptos que son propios de la jerga médica, situaciones, emociones, sentimientos, actitudes y pensamientos que experimentarán a lo largo de su carrera, así como, diversas herramientas, para su óptimo desarrollo personal y profesional, lo que hará que se mantengan interesados y motivados por el mismo.

Dada la diversidad del contenido temático del curso, se propone que cada tópico sea desarrollado y presentado por el especialista competente. Por último, cabe advertir que la mayoría de los temas y subtemas que integran el programa del curso, se desarrollaron a lo largo del presente trabajo y que cuando corresponda, se hará uso de la información en ellos vertida, y aquellos tópicos que no aparecen en él, se incluyeron a manera de propuesta.

El programa académico, sería el siguiente (consultar apéndice 1, para su visualización global):

1. El síndrome de burnout.

Se comenzará por presentar al síndrome de burnout como una enfermedad profesional y riesgo de trabajo propio de la profesión de medicina, abordando su definición, epidemiología general y específica de esta población, etiopatogenia y cuadro clínico generales. De esta manera, los estudiantes tendrán conocimiento y harán conciencia de la existencia y presencia de esta entidad clínica en su gremio profesional.

2. Características de la carrera de medicina.

A través de este tópico se darán a conocer los aspectos que describen a la profesión médica, con el objeto de concientizar sobre su naturaleza altamente estresante y anticipar de este modo la conducta, para un mejor afrontamiento de lo que demanda. Estas características son:

- Es un acto de ayuda.
- Trabaja con seres humanos.
- Es una carrera larga.
- Es de elevada carga de trabajo.
- Exige precisión y calidad de excelencia.
- En cuanto a su aprendizaje, tanto las competencias declarativas como las procedimentales, son de alto grado de dificultad. Por lo que, su construcción es gradual.
- Es una carrera donde se debe estudiar mucho y de manera continua.
- Sus jornadas de trabajo son igualmente, largas.
- Desorden horario.
- Exige trabajar en equipo.
- Es una carrera jerarquizada.
- Es altamente competitiva.
- Exige capacidad de trabajar bajo presión.
- Exige la capacidad de tomar decisiones de forma expedita, de improvisación, así como, un alto grado de responsabilidad.
- Exposición constante a la enfermedad, a diversas expresiones de sufrimiento y la muerte.
- Exposición a situaciones emocionales no vividas con anterioridad como estar frente a: un cadáver, heridas de gravedad, quemaduras, sangre y otros fluidos corporales, malos olores, el cuerpo desnudo del paciente, el tocar a un paciente, un paciente amputado, procedimientos quirúrgicos, el fallecimiento de un paciente, un parto, entre otras.

- Exige autocuidado, autocontrol, capacidad de manejo de estrés y tolerancia a la frustración.
- Exige habilidades sociales, para trabajar en equipo y para la interacción entre colegas y otros profesionistas, al igual que para la relación médico-paciente, en que habrá personas de diferentes grupos de edad y niveles socioculturales.
- Exige capacidad de empatía.
- Exige humildad en el conocimiento. Es decir, si en un momento dado alguna situación estuviera fuera del alcance del médico, deberá admitirlo y referirlo al especialista competente.

3. Concepto de medicina, ayuda, salud, enfermedad y salud mental.

A través de este eje temático se pretende replantear la ideología sobre la que se fundamenta la profesión médica, haciendo una reflexión sobre el concepto de medicina, como acto de ayuda y las implicaciones de este último término, para que los médicos concienticen sobre la necesidad de ser aptos para brindar ayuda a otro, y generar de esta forma, una actitud de responsabilidad sobre su bienestar propio, su formación profesional y comportamiento.

En cuanto a los conceptos de salud y enfermedad, se pretende generar una visión completa de los mismos mediante la perspectiva del modelo biopsicosocial, para dejar en claro, que a estos términos competen tanto los aspectos físicos como mentales, y que conciernen tanto a médicos como a pacientes. Que la salud, es el recurso indispensable para realizar cualquier actividad.

4. Autoconocimiento del médico.

En este apartado se pretende generar autoconocimiento en los estudiantes de primer año, como seres humanos y futuros médicos. Es decir, como seres vivos con un cuerpo, vulnerables a la enfermedad, finitos, susceptibles a los quebrantos emocionales, con necesidades de diversa naturaleza y con limitantes en su

conocimiento y proceder, y perfectibles. Así mismo, se desea que concienticen sobre la necesidad de ser apto para ayudar, ya que con la sola intención, no bastará. Los subtemas serían:

- 4.1. Actitudes de los médicos ante su propia salud.
- 4.2. Estado de salud y estilo de vida de los médicos.
- 4.3. Concepto de estrés.

Para evidenciar la relación mente-cuerpo-comportamiento y dar a conocer al estrés como un proceso psicofisiológico natural, normal y también patológico.

- 4.3.1. Criterios de clasificación del estrés
- 4.3.2. Fisiología del estrés
- 4.3.3. Impacto del estrés sobre la salud
- 4.3.4. Efectos de la privación del sueño (como aspecto característico de la profesión).
- 4.4. ¿Qué son las emociones?
- 4.5. Bases neurobiológicas de las emociones.

Para evidenciar las emociones como un componente natural de la estructura del ser humano.

5. Promoción de la salud en médicos.

Aquí se darán a conocer las medidas de autocuidado que los médicos deberán adoptar, para contribuir de manera activa, y a lo largo de su vida y su carrera, al mantenimiento de su salud.

5.1. Examen médico.

Para evaluar el estado general de salud de los médicos conforme a su sexo (gineco-obstetricia, para mujeres y urología para hombres) y enfermedad (es) subyacente (s) (competencia de la especialidad apropiada), de manera semestral para la primera posibilidad, o conforme al caso en la segunda.

5.2. Esquema de vacunación de adultos.

Para dar a conocer las inmunizaciones correspondientes a su edad.

5.3. Esquema de vacunación contextual (de acuerdo a la zona endémica o servicio hospitalario donde los médicos presten sus servicios).

5.4. Salud dental.

5.5. Salud mental.

Para evidenciar la necesidad de asesoría psicológica, al menos dos veces al año, por los altos niveles y constancia del estrés al que se expondrán a lo largo de su carrera, y promover de esta forma, la salud mental.

5.6. Hábitos saludables.

5.7. Nutrición para médicos.

La presentación de un programa de nutrición, desarrollado por nutriólogos, que se ajuste al estilo de vida de los médicos.

5.8. Medidas de seguridad y salud en el trabajo (conforme a los contextos donde se desenvolverán: anfiteatro, laboratorio y hospital).

5.9. Derechos y obligaciones de los médicos.

Para informar a los futuros médicos, sobre sus responsabilidades profesionales.

5.10. Derechos y obligaciones de los pacientes.

Para dejar en claro que en la relación médico-paciente, la acción conjunta entre éstos tiene consecuencias.

5.11. Derechos humanos.

5.12. Leyes de amparo para los médicos.

Para fomentar en los médicos su valía como seres humanos y dotar de herramientas de orden legal cuando se vea amenazado su bienestar social.

6. Intervención en crisis.

Para la aceptación, adecuada expresión y manejo de emociones, para poder enfrentar aquellas situaciones de gran carga emocional, emitir diagnósticos de gravedad, pronósticos poco favorables, comunicar el fallecimiento de un paciente a sus familiares, entre otras, y obtener la cooperación del paciente y/o sus familiares.

Las técnicas de los apartados 7 al 11, están encaminadas a desarrollar autocontrol, autoeficacia y resiliencia, para preservar y fortalecer de esta manera, la autoestima y la motivación.

7. Técnicas de relajación.

8. Técnicas de habilidades de enfrentamiento.

9. Técnicas de solución de problemas.

10. Técnicas de toma de decisiones.

11. Técnicas de automotivación.

12. Técnicas de administración del tiempo.

Para la adecuada distribución de la carga de trabajo y satisfacción de necesidades.

13. Habilidades sociales.

Para la comunicación eficiente en el trabajo en equipo, la interacción entre iguales, otros profesionistas y pacientes de diferentes grupos de edad, así como, para fomentar el apoyo social.

14. Equidad de género.

Para fomentar la convivencia respetuosa entre mujeres y hombres.

15. Ejercicios impresos y virtuales de estimulación neuropsicológica de atención y memoria, funciones neuropsicológicas básicas del aprendizaje (Fuenmayor & Villasmil, 2008).

Para potenciar el funcionamiento cerebral, para el adecuado procesamiento y comprensión de grandes volúmenes de textos, la interpretación de la información tanto específica como inespecífica de los casos clínicos e informes diagnósticos y la percepción de detalles.

16. Técnicas de aprendizaje significativo.

Para la adecuada construcción y aplicación del conocimiento.

17. Uso de bases de datos.

Para la búsqueda eficiente de material bibliográfico.

18. Redacción científica.

Para la adecuada expresión lingüística en actividades académicas, de investigación, extracurriculares, entre otras.

19. Primeros auxilios.

Para no esperar hasta el curso de urgencias del programa de licenciatura o a llegar a la especialidad, para atender un caso de emergencia en un momento dado. Además podría contemplarse como una medida de autocuidado y seguridad y salud en el trabajo.

Esta herramienta es imprescindible y podría considerarse como un ejemplo de educación médica contextualizada, ya que es una actividad que corresponde al grado académico de licenciatura, y porque el futuro médico la utilizará a lo largo de su carrera y de su vida. Por lo que, se sugiere que se actualice de manera obligatoria, una vez al año, mientras el futuro médico sea estudiante de licenciatura.

20. Protección civil.

Al considerarse una responsabilidad ciudadana y contemplarse como una medida de autocuidado y de seguridad y salud en el trabajo. Se sugiere que se actualice una vez al año, de manera obligatoria, mientras el futuro médico sea estudiante de licenciatura.

DISCUSIÓN

Tal como propusieron Baxter y Montgomery (1996; citados en Halbesleben, Leon, & Paustian-Underdahl, 2015), la mejor forma de comprender la mecánica del síndrome de burnout es poniéndola bajo la lente de la dialéctica. La dialéctica es un método de razonamiento que extrae la verdad a través del análisis de la fluctuación resultante de la confrontación e influencia de posiciones opuestas entre sí. Dicha fluctuación es cíclica y reversible, ya que a lo largo del tiempo y conforme a una situación determinada, los constructos pueden intercambiar roles, pero conservando cada uno su identidad propia.

Esta variación puede fungir simultáneamente, como un mecanismo de detrimento, compensación o neutralización (como una balanza), porque precisamente, el constructo opuesto puede contradecir, complementar o contrarrestar al otro. En suma, los enfoques que se contraponen son: individuales, dinámicos, contradictorios, complementarios e interdependientes entre sí.

Esta fenomenología se puede observar a lo largo de la génesis del síndrome de burnout, al fundamentarse en el desequilibrio entre la disponibilidad de recursos y las demandas existentes, donde los factores de riesgo tanto individuales como contextuales intervienen de manera activa, conjunta y complementaria en las percepciones de los individuos. De esta forma, los recursos compensan el impacto negativo de las demandas y éstos a su vez, se convierten eventualmente, en una demanda. Por ejemplo: el apoyo social provisto a los trabajadores, por fuentes laborales y extra-laborales, al principio constituye un recurso para contrarrestar las tensiones del trabajo, pero al mismo tiempo, representa una demanda debido a que exige una retribución o determinados resultados.

Aunque en la literatura no se habla de las razones por las que las personas desempleadas y jubiladas pueden desarrollar el síndrome de burnout, conforme a la dialéctica, se propone que esto puede ser posible debido a que el empleo, además de ser fuente de sustento económico, también lo es de sentido de vida y de pertenencia, pues es una actividad social. Por ello, el distrés puede instalarse al trabajar o al no hacerlo.

Otra posibilidad por la que esta población podría ser susceptible de padecerlo, sería por el tipo de actividades que desempeñan en su cotidianidad, que no necesariamente, se relacionan con una actividad laboral formal o informal, o con una actividad educativa. Tal vez éstas sean numerosas o tediosas. Por ejemplo, una persona desempleada o jubilada que cuida de un familiar enfermo, además de hacerse cargo de sus actividades cotidianas personales, tendrá que realizar las de asistencia.

Como podrá apreciarse, aunque no se trate de una actividad laboral o educativa, la sobrecarga de trabajo y el tedio se hacen presentes en esta posibilidad, mismos, que son propios de la fenomenología del burnout.

Para que el síndrome de burnout sea legislado y reciban atención clínica quienes lo padecen, es necesario concebirlo como riesgo y enfermedad de trabajo dado que se merma el bienestar físico, psíquico y social de los individuos, indispensable para su funcionamiento pleno. Por otro lado, representa un problema de salud pública y económico que impide el desarrollo armónico de las sociedades contemporáneas, ya que al encontrarse enfermo el recurso humano para el trabajo, se tienen que invertir grandes sumas de dinero para su atención clínica, al verse entorpecidos los procesos de trabajo, y la producción deficiente.

Al respecto, Segura (2014) detalló las razones por las que se debe asumir al síndrome de burnout como una enfermedad:

- Existen condiciones del entorno y del sujeto mismo que pueden tener una incidencia negativa en las personas.
- Es posible caracterizarlo a partir de las percepciones del individuo y las observaciones metódicas de los profesionales de la salud, para determinar su nivel de severidad.
- Su detección puede realizarse con instrumentos especialmente diseñados, y clasificarse y separarse de otras condiciones como estrés, fatiga, depresión, entre otras.
- Afecta a uno o más sistemas orgánicos del ser humano, con el agravante de comprometer no solo la salud mental.

- Puede tratarse a través de distintos medios, entre los que destacan la farmacoterapia y la psicoterapia.
- Ha sido estudiado en un entorno multidisciplinario o interdisciplinario, que incluye disciplinas, como: psiquiatría, psicología, matemáticas, epidemiología clínica y bioestadística.
- Al trabajar los individuos afectados por debajo del nivel óptimo de desempeño y comodidad, la frecuencia de errores de juicio o de procedimiento aumentan, trayendo consecuencias negativas para los clientes y sus familias, para otros usuarios y para las instituciones donde trabajan.

Por último, Díaz et al. (2012) y Segura (2014) advirtieron que no sólo deben considerarse los efectos de la organización del trabajo sobre las esferas física, mental y social del sujeto, como individuo y como parte de un colectivo sino (también) la forma en que está diseñado el ambiente donde pasa la mayor parte del tiempo, lo que incluye los procedimientos, el equipo, las herramientas y los sistemas que utiliza, así como las áreas donde labora.

En lo que respecta a la profesión médica, es un grave error el que continúe fundamentándose en la paradoja de ser una actividad prosocial y de ayuda centrada en una filosofía de sacrificio, sufrimiento y déficit constante. La intención de ayudar a otros es válida pero no la forma en que se realiza, porque los médicos, como prestadores de ayuda que son, no cuentan del todo con las aptitudes y los recursos necesarios para ello.

Desde que inician la educación médica y a lo largo del ejercicio profesional, se van desarrollando dentro de un ambiente hostil y de confusión permanente en el que impera la incongruencia entre lo que, en esencia, corresponde a la carrera de medicina como actividad de ayuda, y la cultura que se ha generado en torno a ella a lo largo de su historia. Lo que sugiere que la problemática principal del síndrome de burnout en los médicos es de carácter cognitivo, la cual, proviene de la forma en que se les educa ya que por principio, si el pensamiento precede a la conducta y éste fuera moldeado erróneamente, en consecuencia, la conducta resultante lo será

también. Basta con los datos epidemiológicos que reportan la presencia del síndrome desde la licenciatura.

Entonces, ¿cómo lograr que los médicos tengan sentido de ayuda, si ellos mismos no experimentan la asistencia en sí misma, por parte de su propia agrupación? Como podrá apreciarse, la profesión médica requiere replantearse desde sus aspectos más elementales, partiendo desde la educación.

Primero, deberá cambiar la ideología desoladora y amenazante en torno a la que se forma a los médicos por otra de esperanza, para que entonces, la medicina se conciba y sea en realidad una actividad de ayuda, centrada en una filosofía igualmente de ayuda. Se deberá comenzar por formar a los educadores médicos en torno a una cultura de salud, apegándose en su totalidad a lo que el concepto *salud* engloba (el bienestar de las esferas que conforman al hombre: biológica, psicológica y social), para influir a los futuros galenos a desarrollarse conforme a ella y lograr que su labor sea efectiva, concientizándolos sobre la vulnerabilidad propia de su naturaleza humana.

Por tanto, quienes se encargan de diseñar los planes de estudio deberán ser necesariamente médicos en ejercicio y con formación profesional en educación médica, porque al conocer los efectos que el estrés tiene sobre la salud, el currículo tendrá que adecuarse a:

- La formación de competencias conforme al grado académico y las necesidades contextuales de los diferentes campos de ejercicio profesional, que permite que el proceso enseñanza-aprendizaje sea significativo.
- El grado de dificultad de las asignaturas, para
- el establecimiento de metas realistas en cuanto al nivel de dominio de las diferentes competencias de cada curso, y el tiempo y medios para alcanzarlo, para
- una mejor definición y distribución de la carga de trabajo.
- Lo establecido por la ley en lo que concierne al trabajo, como la duración de las jornadas, aspectos de salud y seguridad, entre otros.
- Los derechos y obligaciones de los médicos y los pacientes, y

- los derechos humanos.

Y lo mismo se tendrá que hacer en el campo laboral, para modificar su dinámica por una más saludable y se logre una medicina más humanizada, dirigida al bienestar tanto de médicos como de pacientes.

La forma en que los educadores médicos pondrán en práctica esta nueva ideología será concibiendo también su labor como una actividad prosocial, en la que la motivación será el pilar, ya que la educación en sí misma, es una actividad social que implica interactuar con otros, influir a otros e influenciarse por aquéllos, para la adecuada adaptación e interacción con el ambiente, a través del logro de un resultado determinado. De este modo, desde la educación, los miembros del gremio experimentarán la medicina como una actividad de ayuda, al compatibilizar sus valores y aspiraciones personales con las institucionales.

Tal y como sucede en el efecto Pigmalión, los educadores médicos y los médicos de jerarquías superiores deberán empoderar a los individuos en entrenamiento, generando expectativas positivas en torno a ellos y comunicándoselas, para realizar potencialidades dentro de un ambiente de confianza, haciendo hincapié en que las competencias las irán construyendo junto con ellos y de manera gradual y así, atenuar las adversidades propias de la profesión y contextos, que la muestran como algo difícil, imposible e intimidante, promoviendo un mejor control emocional y una actitud positiva, y asegurar de esta manera, la cobertura de objetivos y perfiles.

Por lo anterior, el docente y los médicos de jerarquías superiores, al ser figuras de autoridad y modelos a seguir, deberán ser cautelosos con los mensajes que emiten, pues al fungir como reforzadores (positivos o negativos), el blanco principal de sus expectativas será la autoestima de los individuos en formación, el motor o el recurso principal de su desarrollo personal. De esta forma, si creen en ellos, éstos también creerán en sí mismos y lograrán hasta los objetivos más difíciles y viceversa. Y contando con éste y otros recursos, los individuos en formación tendrán la certeza sobre lo que deben hacer; que lo que están haciendo tiene sentido y que está siendo ejecutado correctamente, manteniéndose así, la pasión y la satisfacción por lo que hacen.

Desde la perspectiva del liderazgo, en la educación y en el ejercicio profesional predominan los juegos de poder que nuevamente, hacen que se desvirtúe la esencia de la profesión médica en cuanto a actividad prosocial y de ayuda que en sentido estricto es. Si es tal, entonces el liderazgo debería ejercerse a través de la colaboración, concibiendo al sistema jerárquico en que se dispone la profesión como una polifonía, en el que cada integrante forma parte de un mismo sistema, facultado para ejecutar el acto de ayuda, pero conforme a su rol y nivel de competencia, siendo interdependiente con los demás participantes (donde nadie es superior ni inferior, al compartir la misma condición de estar en *construcción*, dado el carácter del conocimiento como proceso inacabado) en los que también se incluye al paciente, porque el médico comparte con él la vulnerabilidad que es propia de su naturaleza igualmente humana. Como se dice coloquialmente, “la unión hace a la fuerza”.

En cuanto al marco conceptual, desde el primer año o semestre de la carrera de medicina, los educadores médicos deberían comenzar por enfatizar que: los términos de salud y medicina, las emociones, los conocimientos sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo humano, los procesos mórbidos y las estrategias de prevención y tratamiento, también les atañe a los médicos de todos los niveles académicos y profesionales, para después, complementarlas con los conceptos de autocuidado y autoconocimiento, y continuar con su promoción durante la formación y el ejercicio profesional. Y de esta manera, dar lugar a una medicina realmente humana: estudiada sobre seres humanos, por seres humanos para el beneficio de sí mismos y los demás.

Retomando parte de la definición del síndrome de burnout, de que es una entidad clínica derivada de la exposición prolongada a situaciones de estrés constante e intenso, la relación entre estrés y enfermedad queda demostrada. Sin embargo, por la manera en que los médicos se desenvuelven a lo largo de su formación y ejercicio profesional, pareciera que no son del todo conscientes de dicha relación. Por lo que, otro factor sugerente de la problemática cognitiva que subyace al síndrome de burnout en los médicos es la concepción que éstos tienen del estrés, como un fenómeno inocuo y meramente psicológico. Y que al ser *psicológico* consideran que

es algo vano que se asocia a una sensación subjetiva, a emociones que son intangibles, independientes y ajenas al funcionamiento del cuerpo humano.

Por el contrario, el estrés es un fenómeno complejo que no sólo se limita a la esfera psicológica del hombre sino (también) involucra a la biológica y a la social. Que no sólo se desencadena ante demandas que provengan del ambiente que rodea al individuo (sean éstas amenazas francas que pongan en peligro la vida del individuo, o que correspondan a demandas psicosociales que exigen el cumplimiento de cierto tipo de objetivos o la cobertura de determinados perfiles o estándares) sino (también) de aquéllas que provienen de su propio organismo (una hemorragia, un dolor incapacitante, un infarto en curso, alguna descompensación metabólica, entre otras) y mente (miedos, preocupaciones, autoexigencias, metas por cumplir, entre otras).

Es un mecanismo de adaptación en el que cuerpo y mente se comunican entre sí, a través del sistema nervioso, el cual, recibe información del exterior o del interior, mediante los sentidos y otras aferencias, para procesarla y preparar al individuo en toda su economía, para generar las eferencias pertinentes y actuar frente a las situaciones que se le presenten. En términos más sencillos, el estrés es un proceso mediante el cual, el individuo se prepara física y mentalmente para la acción. Y una vez que la situación resuelve, el individuo, en todo su complejo, retorna de manera simultánea al equilibrio.

El carácter o componente *psicológico* del estrés va más allá de algo trivial, pues envuelve las dimensiones que conforman a la mente y la conducta: cognición, emoción, personalidad, comportamiento e interacción social (Fundamentos para el estudio de la psicología, 2008; La evaluación neuropsicológica, 2009), que confirman una vez más la relación mente-cuerpo, donde el pensamiento y la emoción preceden, acompañan o siguen a la acción, produciendo diferentes patrones de funcionamiento en cada uno de los aparatos y sistemas del organismo, al igual que determinados comportamientos, resultados o consecuencias, que son susceptibles de medirse a través del método científico, al ser observables, replicables y controlables, para la descripción, predicción, explicación y

comprensión del comportamiento (Fundamentos para el estudio de la psicología, 2008; Simón & Amenedo, 2001).

Prueba de ello, se encuentra en la infinidad de publicaciones de las revistas arbitradas. Lo cual a su vez, da cuenta de que lo *psicológico* es estudiado dentro de una ciencia (la psicología) a través de métodos tanto cuantitativos como cualitativos en los que se contrasta la realidad subjetiva (creencias, presuposiciones y experiencias propias de cada persona) con la objetiva (la realidad externa que ocurre independientemente de las creencias que las personas tengan a cerca de ella), para llegar al verdadero conocimiento (Ciencia y metodología científica, 1988; Comprensión científica del comportamiento, 2004; Las etapas preliminares de la investigación, 2002; Los métodos utilizados en la investigación psicológica, 2002; Similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo, 2006).

Que la explicación de la conducta y de la actividad mental no se lleva a cabo desde un campo especializado o aislado, sino desde conocimientos procedentes de distintas materias y diferentes niveles de estudio: genético, evolutivo, ontogenético, anatómico, fisiológico, cognitivo y sociales. Es decir, de manera interdisciplinar (Fundamentos para el estudio de la psicología, 2008; Introducción a la Psicofisiología, 1995).

Recapitulando, no es que el médico sea ignorante sobre el fenómeno del estrés, sino más bien, que tiene una visión incompleta de él y del componente psicológico de lo concerniente a su área de estudio. Por lo que, es necesario que profundice sobre este último aspecto, ya que dicho componente, es una constante dentro de su quehacer que en sentido estricto, la salud comprende tanto el bienestar físico como mental y social.

De esta manera contará con una perspectiva más completa del ser humano, que le permitirá concebirse a él mismo y a los demás como un todo, independientemente de su grado de especialización, para hacer un planteamiento integral de las diversas problemáticas de salud, sin descuidar ninguna de las esferas que conforman al hombre, y así, lograr un desarrollo profesional armónico y brindar una atención de calidad.

CONCLUSIONES

El síndrome de burnout es una enfermedad profesional y riesgo de trabajo secundario a la exposición constante a largos periodos de actividad bajo estrés tanto en el ambiente de trabajo como fuera de él, de carácter cíclico, instalación silente y etiología e impacto multidimensionales. Por lo que, el estrés constituye el sustrato del síndrome, en cuanto a que éste es el proceso que lo desencadena en el que se suman y acumulan múltiples y diversos factores estresores, que van agotando paulatinamente los recursos del individuo, hasta conducirlo al grado de desgaste del burnout. Esto es, que el estrés es la causa mientras que el síndrome es el efecto. Es un fenómeno constante dentro del síndrome, que determina la evolución del mismo.

Tomando en cuenta que el síndrome de burnout es un estado de agotamiento crónico y constante en el que el individuo se percibe en un permanente déficit o pobreza de energía vital y recursos, para cubrir exigencias percibidas, igualmente ostentosas, derivado del intento de lograr los mejores resultados a través de acciones ejecutadas en exceso, adecuadas o inadecuadas, y con recursos igualmente apropiados o inapropiados, podría considerarse a dicho síndrome como una actitud, porque si la actitud precede a la emoción, y la emoción se convierte en sentimiento, se explica la persistencia de la sensación de malestar.

De esta forma, es el resultado de una actitud pasiva frente a los estresores, al tomar éstos el control del individuo sometiéndolo al miedo, la ira, la tristeza y el desprecio, sintiéndose inútil, impotente, inseguro, torpe, fracasado, hartado, aburrido, deprimido, solo, agotado, temeroso, ansioso, entre otras percepciones.

El estudiarlo como un proceso conforme a la dialéctica y haciendo una buena entrevista clínica será fundamental, para hacer un diagnóstico certero y elaborar planes de intervención y prevención eficaces, dada su condición de reversibilidad tanto en el individuo como en el ambiente de trabajo.

Respecto a la evaluación, para una adecuada interpretación de los resultados, habrá que correlacionar los datos que se obtuvieron de los métodos cualitativos con los cuantitativos, considerando en todo momento, el contexto sociocultural y educativo de los individuos.

Dada la complejidad del síndrome y las comorbilidades que le acompañan, su abordaje será multidisciplinario y pertinente a cada individuo o grupo.

Irrefutablemente, la medicina es una actividad prosocial y de ayuda, pero para que en un sentido estricto se haga valer su esencia y por ende disminuya la probabilidad de que el síndrome de burnout se desarrolle en los médicos, en cuanto a su ideología, debería tender más hacia la cooperación que al altruismo, practicándose de esta manera desde el inicio de la educación médica en la licenciatura, continuando en el posgrado y en la educación continua, y comprendiendo todas las áreas de su ejercicio profesional (práctica clínica, investigación, docencia y administración), para que el efecto sea en cadena: ayudar desde la salud, para generar salud para lograr médicos saludables y una sociedad igualmente saludable. Así, dicho proceder tendrá que emanar y hacerse patente entre los individuos que la llevan a cabo, para que de esta forma, éstos sean realmente aptos para ayudar a otros, por lo que, no sólo es responsabilidad de los médicos el procurar y conservar el bienestar de sí mismos y el de la población sino (también) de las escuelas de medicina y las instituciones sanitarias, al ser las instancias formadoras y proveedoras del recurso humano y material para ello. De este modo, como puntualizaron Becoña, Vázquez y Oblitas (2006), se deberá conceptualizar de manera dinámica a la salud, como algo que hay que desarrollar y no como algo que se deba conservar de manera pasiva.

Por tanto, debe haber un cambio de paradigma en el que los derroteros de la medicina no sólo se dirijan al paciente sino (también) al médico mismo, desde el principiante hasta el experto, incluyendo hombres y mujeres, porque él al igual que los demás individuos, también forma parte de una sociedad como ser humano que es, con los mismos derechos y con las mismas obligaciones. Así pues, como señaló Segura (2014), la investigación en salud pública no sólo debe estudiar y propender por una mejor salud de las poblaciones sino (también) por la del grupo de profesionales y técnicos que se encargan de atenderla.

La forma en que puede hacerse efectivo este arquetipo es mediante un cambio de perspectiva, en la que se considere que la educación es también una actividad prosocial, que no se encarga de formar técnicos exclusivamente, sino también,

personas, para que de este modo se conciben a los programas educativos de la carrera de medicina no sólo como el medio por el cual se formen competencias profesionales, a través del conocimiento del hombre o de un *otro* dentro del proceso salud-enfermedad sino (también) como una ruta de autoconocimiento en la que los médicos en formación concienticen sobre su naturaleza igualmente humana, como seres biopsicosociales, vulnerables y perfectibles, para que a partir de ello, su quehacer tenga lugar de una manera más saludable y responsable, y en consecuencia, sea eficaz, eficiente y satisfactorio.

Considerando las características de la profesión, la forma en que los médicos son educados y en que ejercen su carrera, así como, sus características individuales, se puede apreciar que viven sometidos bajo estrés permanentemente. Por lo que, en la medida de lo posible, deberán abastecerse de los recursos adecuados para hacer frente a las situaciones que se les presentan y controlar mejor su respuesta de estrés, para evitar que el síndrome de burnout se instale.

Uno de esos recursos sería allegarse del conocimiento sobre su condición, para modificar las cogniciones y actitudes que tienen al respecto y desarrollar conductas saludables. De esta manera si conocen y comprenden la fenomenología del estrés, y la hacen consciente en sí mismos, lograrán desenvolverse eficaz y eficientemente dentro de su profesión, al hacer uso racional de los recursos de sus esferas biológica, psicológica y social.

El estrés no es una enfermedad sino un proceso natural, que consta de un complejo polarizado de respuestas tanto orgánicas como psicológicas, y que en este caso, se emiten en y por cualquier ser humano, incluyéndose a los médicos mismos. Por un lado es un proceso proveedor de recursos que le permite al individuo adaptarse al ambiente y sobrevivir, pero por otro, es un proceso verdaderamente desfalcador que llega a desgastar al individuo hasta conducirlo a la enfermedad e incluso, la muerte. Y la manera en que esto puede ser posible, es cuando:

- La situación demanda más de los recursos que el individuo posee.
- Ésta, además, se presente constantemente y por mucho tiempo.

- El individuo se conciba incapaz frente a la situación o esté en desacuerdo, experimente desagrado, miedo o negación de la misma.
- Los mecanismos fisiológicos de regulación presenten alguna disfunción y no puedan ejercer control sobre la respuesta de estrés.

Por esta razón, es necesario que se equilibren las fuerzas de tensión entre demandas y recursos, y estudiarlo desde la dialéctica. De este modo, se concebiría al estrés como un proceso bifásico y cíclico, en el que por cada activación del organismo corresponde una fase de recuperación, para el retorno a la homeostasis y renovación de recursos.

Y en la medida en que se sepa sobre los recursos con que cuentan los individuos, las demandas deberán ser congruentes con los mismos, para el establecimiento de metas y la generación de expectativas realistas, y el logro de objetivos personales e institucionales. Para lo cual, la psicoeducación resultaría una estrategia eficaz para la prevención del síndrome de burnout en médicos, porque además de proveer información, muestra la forma en que la conducta puede modificarse para una mejor adaptación y calidad de vida.

Se sugiere que además de implementarla en estudiantes del primer año de licenciatura, a través de un curso propedéutico, se aplique ahora, en educadores médicos, médicos de jefatura y otros médicos en ejercicio profesional, mediante un curso de educación continua, debidamente diseñado para cada caso en particular, para que su proceder sea conforme al bienestar, a lo largo de su vida y trayectoria profesional, ya que de ellos depende el curso de la cultura médica como autoridades del conocimiento y modelo a seguir.

APÉNDICE 1

“LO QUE DEBES SABER ANTES DE SER MÉDICO”

1. EL SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. Antecedentes históricos

1.2. Definición

1.3. Epidemiología general

1.4. Epidemiología del síndrome de burnout en médicos

1.5. Etiopatogenia

1.5.1. Factores de riesgo contextuales

1.5.1.1. Factores de riesgo ambientales

1.5.1.2. Factores de riesgo organizacionales

1.5.1.3. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo

1.5.1.4. Factores de riesgo relativos a las relaciones Interpersonales de trabajo

1.5.1.5. Factores de riesgo relativos a los cambios supraorganizacionales

1.5.1.6. Variables sociales extra-laborales

1.5.2. Factores de riesgo individuales

1.6. Cuadro clínico

1.6.1. Cuadro clínico individual

1.6.2. Cuadro clínico organizacional o colectivo

1.6.3. Fases del síndrome de burnout

1.6.3.1. Fase inicial de entusiasmo

1.6.3.2. Fase de estancamiento

1.6.3.3. Fase de frustración

1.6.3.4. Fase de apatía

1.6.3.5. Fase de quemado

1.6.4. Clasificación

2. CARACTERÍSTICAS DE LA CARRERA DE MEDICINA

3. CONCEPTO DE MEDICINA, AYUDA, SALUD, ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL

4. AUTOCONOCIMIENTO DEL MÉDICO

4.1. Actitudes de los médicos ante su propia salud

4.2. Estado de salud y estilo de vida de los médicos

4.3. Concepto de estrés

4.3.1. Criterios de clasificación del estrés

4.3.2. Fisiología del estrés

4.3.3. Impacto del estrés sobre la salud

4.3.4. Efectos de la privación del sueño

4.4. ¿Qué son las emociones?

4.5. Bases neurobiológicas de las emociones

5. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS MÉDICOS

5.1. Examen médico

5.2. Esquema de vacunación de adultos

5.3. Esquema de vacunación contextual

5.4. Salud dental

5.5. Salud mental

5.6. Hábitos saludables

5.7. Nutrición para médicos

5.8. Medidas de seguridad y salud en el trabajo

5.9. Derechos y obligaciones de los médicos

5.10. Derechos y obligaciones de los pacientes

5.11. Derechos humanos

5.12. Leyes de amparo para médicos

6. INTERVENCIÓN EN CRISIS

7. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

8. TÉCNICAS DE HABILIDADES DE ENFRENTAMIENTO

9. TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

10. TÉCNICAS DE TOMA DE DECISIONES

11. TÉCNICAS DE AUTOMOTIVACIÓN

12. TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

13. HABILIDADES SOCIALES

14. EQUIDAD DE GÉNERO

15. EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE ATENCIÓN Y MEMORIA

16. TÉCNICAS DE APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

17. USO DE BASES DE DATOS

18. REDACCIÓN CIENTÍFICA

19. PRIMEROS AUXILIOS

20. PROTECCIÓN CIVIL

REFERENCIAS

Abad-Mas, L. y Etchepareborda, M.C. (2001). Sustrato biológico y evaluación de la atención. *Revista de Neurología Clínica*, 2 (1), 113-124.

Acosta-Corona, C.G., Herrera-Silva, J.C. y Treviño-Moore, A. (enero-febrero de 2006). Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63, 18-30.

Acosta, M.A., Flores, J.L. y Quintana, J.L. (2003). ¿Por qué resulta útil una buena definición de medicina? *Humanidades Médicas*, 3(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000200006&lng=es&tlng=es.

Aguilar, J.A., Espinoza, I. y Umaña, O. (2010). Mitos y realidades de las enfermedades en el trabajo. *Revista Buena Salud: Medicina, vida y bienestar. Revista Informativa Oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*, 2 (17), 14-17.

Albarrán, A.J. y Macías, M.A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 10 (2), 118-124.

Alemán, M., Diego, A., Lasala, F., Maliandi, M.R. y Mejía, R. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*, 65 (4), 295-301.

Álvarez-De Toledo, O., Cuenca-Gómez, D. y Gutiérrez-Medina, S. (2008). ¿Por qué quiero ser médico? *Educación Médica*, 11(1): S1-S6.

Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.

Álvarez, R., Graue, E. y Sánchez, M. (2007). El síndrome de burnout: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y desarrollo profesional.

Recuperado de

http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html

Álvarez, C., Julio, V., Sosa, A. y Vacarezza, M. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 11-14.

Álvarez, J. y Pérez, B.A. (2014). Indicadores de salud mental en médicos y enfermeras. *Medicina, Salud y Sociedad*, 4 (2), 142-165.

Antecedentes. (2005). En I. Seligson y L. Reynoso (Autores.), *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual* (pp. 1-18). México: El Manual Moderno.

Aprendizaje y memoria: Mecanismos Básicos. (2006). En N.R. Carlson (Autor.), *Fisiología de la conducta* (8ªed., pp. 453-495). Madrid; México: Addison Wesley.

Arango, S., Castaño, J.J., Henao, C.J., Jiménez, D.P., López, A.F. y Páez 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), 2009. *Archivos de Medicina*, 10 (2), 110-126.

Arias, F., Camacho-Ávila, A. y Juárez-García, A. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia & Trabajo*, 12 (35), 251-256.

Arroyave, G., Chapela, M.C., Granados, J.A. y Jarillo, E.C. (1999). La educación médica: Una perspectiva desde las corrientes educativas. *Nueva Época Salud Problema*, 4 (7), 45-54.

Artazcoz, L., Escribà- Agüir, V. y Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22 (4), 300-308.

Arteman, A., Bel, M.J., Braquehais, M.D., Bruguera, E., Casas, M. y Montejo, J.E. (2012). El programa de atención integral al médico enfermo de Barcelona: Salud mental para una buena praxis. *Revista Española de Medicina Legal*, 38 (3), 107-112.

Aspectos teóricos y estrategias de intervención para la modificación de las conductas de salud. (2009). En I. Amigo (Autor.), *Manual de psicología de la salud* (3ª ed., pp.31-44). Madrid: Pirámide.

Ayala, M.J., Brunner, V., Hernández, M.I., Mericq, V., Rodríguez, J., Toso, A. y Urquidi, C. (2012). Intereses y perspectiva sobre la carrera de medicina: Un contraste entre estudiantes de medicina de primero y séptimo año. *Revista Médica de Chile*, 140, 609-615.

Ayuso, J.A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: Una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39 (3), 1-14.

Bakker, A.B., & Costa, P.L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research* 1, 112-119.

Balances energéticos, regulación de la alimentación, obesidad y ayuno prolongado, vitaminas y minerales. (2001). En A.C. Guyton y J.E. Hall (Autores.), *Tratado de fisiología médica* (10ª ed., pp.967-980). México: McGraw-Hill Interamericana.

Barbosa, T.L., Batista, A.C., Felizardo, L. Ferreira, J.K., & Rosendo, R.A. (2014). Burnout syndrome: Characteristics, diagnosis, risk factors and prevention. *Journal of Nursing*, 8 (10), 3539-46.

Bartfield, J., Hoff, T.J., & Pohl, H. (2004). Creating a learning environment to produce competent residents: The roles of culture and context. *Academic Medicine*, 79 (6), 535-540.

Bastías, N., Fasce, E., Ortíz, L., Pérez, C. y Schaufele, P. (2011). Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 8 (1), 45-51.

Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146.

Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L.A. (2006). Promoción de estilos de vida saludables: ¿Realidad, reto o utopía? En L.A. Oblitas (Autor.), *Psicología de la salud: Teoría y práctica* (2ª ed., pp.71-106). México: Plaza y Valdés.

Becoña, E. y Oblitas, L.A. (2004). Promoción de estilos de vida saludables. En L.A. Oblitas (Autor.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.57-81). México: Thomson Learning.

Beltrán-Jiménez, B.E. y Ortíz-Acosta, R. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica*, 14 (1), 49-55.

Benbassat, J. (2014). Role modeling in medical education: The importance of a reflective imitation. *Academic Medicine*, 89 (4), 550-553.

Bernal, B., Contreras, C.M., Gutiérrez, A.G., Rodríguez, J.F. y Saavedra, M. (2002). Neuroquímica de la motivación y la emoción. En M. Hernández (Autor.), *Motivación animal y humana* (pp. 39-63). México: El Manual Moderno.

Betancur, A., Guzmán, C., Lema, C., Pérez, C., Pizarro, M.C., Salazar, S., Uribe, L. y Vásquez, E.M. (2012). Síndrome de burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 3 (2), 184-192.

Bianchi, R., Castillo, M., Díaz-Veliz, G., Escanero, J.F., Gargiulo, P., Gorena, D., Lafuente, J.V., Manso, J.M., Mayora, J., Miranda, T. y Mora, S. (2007). El diseño curricular por competencias en educación médica: Impacto en la formación profesional. *Educación Médica*, 10 (2), 86-92.

Biopsicología de la emoción, el estrés y la salud: Miedo, el lado oscuro de la emoción. (2007). En J. Pinel (Autor.), *Biopsicología* (6ª ed., pp. 474-499). España: Pearson Addison Wesley.

Brazeau, C.M.L.R., Schroeder, S.R., & Boyd, L. (2010). Relationships between medical student burnout, empathy and professionalism climate. *Academic Medicine*, 85 (10), S33-S36.

Caballero, K. (2002). El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 6 (1-2), 1-10.

Cabrera, G., Lucumí, D. y Tascón, J. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), 91-101.

Cáceres, G.H., Echevarría, M.F., Ghilarducci, C.G. y Pomares, D.J. (2010). Síndrome de burnout en médicos residentes del NEA: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas? *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 201, 8-17.

Cardinali, D.P., Rosler, J.R. y Zuluaga, J.A. (2003). Sistemas sensoriales. En C.H. Best (Autor.), *Bases fisiológicas de la práctica médica* (13ª ed., pp. 873-916). Buenos Aires; México: Médica Panamericana.

Cardozo, R., Guevara, H., Loaiza, L., Ortunio, M. y Sánchez, K. (2010). La motivación en los estudiantes de medicina de la Universidad de Carabobo. Una aproximación teórica. *Comunidad y Salud*, 8 (1), 16-24.

Carod-Artal, F.J., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout syndrome in an international setting. En S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (pp. 15-35). doi: 10.1007/978-1-4614-4391-9_2

Carrasco-Rojas, J.A., Jaimes-Medrano, A.L., Mujica-Amaya, M.L., Olmedo-Canchola, V.H., Ortiz-León, S. y Tafoya-Ramos, S.A. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*, 82 (3), 290-301.

Carrillo, A.M., Garza de la, M.A. y Tapia, R. (1986). Aspectos preventivos y sociales en la carrera de medicina, México. *Educación Médica y Salud*, 20 (2), 203-215.

Carrillo-Esper, R., Espinoza, I. y Gómez, K. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28 (6), 579-584.

Castillo, S. y Madrigal, M. (2010). Síndrome de burnout en médicos: Factores de riesgo. *Medicina, Vida y Bienestar: Revista Informativa oficial del Colegio de*

Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2 (17), 32-37. CLASIFICACIÓN CIE-10 Y DSM-IV.

Cazalla-Luna, N y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10, Julio, 43-64.

Celis, M.A., Farias, F., Gutiérrez, G.A., Moreno, S. y Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11 (4), 305-309.

Chibnall, J.T., Haight, S.J., Schindler, D.L., & Slavin, S.J. (2012). Associations of medical student personality, and health/wellness characteristics with their school performance across the curriculum. *Academic Medicine*, 87 (4), 476-485.

Ciencia y metodología científica. (1988). En F.N. Kerlinger (Autor.), *Investigación del comportamiento* (2ªed., pp. 3-16). México: McGraw-Hill.

Coker, A.O., Lasebikan, V.O., & Olagunju, A.T. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27-32.

Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias: Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165.

Colin-Piana, R., González-González, M. y Velásquez-Pérez, L. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, 149, 183-195.

Comprensión científica del comportamiento. (2004). En P. Cozby (Autor.), *Métodos de investigación del comportamiento* (pp.1-15). México: McGraw-Hill.

Conceptos y principios de psicofisiología clínica. (2001). En E. Amenedo y M.A. Simón (Coords.), *Manual de psicofisiología clínica* (pp. 29-41). España: Pirámide.

Conductas de salud. (2007). En Sh.E. Taylor (Autor.), *Psicología de la Salud* (6ªed., pp.44-79). México: McGraw-Hill Interamericana.

Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: Una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 311-319.

Cortés-Morelos, J., Fouilloux-Morales, M., Petra-Micu, I. y Talayero-Uriarte, J.A. (2012). Representación semántica del concepto “medicina” en estudiantes de la Facultad de Medicina, UNAM. Un estudio longitudinal. *Investigación en Educación Médica*, 1 (2), 49-56.

Corteza cerebral: Funciones intelectuales del cerebro: Aprendizaje y memoria. (2001). En A.C. Guyton y J.E. Hall (Autores.), *Tratado de fisiología médica* (10ª ed., pp.799-815). México: McGraw-Hill Interamericana.

Cruz, P., Estrada, W., Pacsi, A.Y. y Pérez, A. (2014). Liderazgo laissez faire. *Revista de Investigación de Administración*, 1 (1), 67-72.

De la Torre, G.G. (2002). El modelo funcional de atención en neuropsicología. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (1), 113-121.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica. Recuperado de

<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/m14/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=%5bpage%5d/%5btoPage>

Desarrollo histórico de la neuropsicología. (2004). En G.D. Rains (Autor.), *Principios de neuropsicología humana* (pp.3-19). México: McGraw-Hill Interamericana.

Díaz, A., Hamui, A., Ponce, M.E., Ramírez, O.F., Reynaga, J., Valverde, I. y Varela, M. (2012). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos*, 34 (138), 92-107.

Dickinson, M.E., Fernández, M.A. y Hernández-Vargas, C.I. (2008). El síndrome de desgaste profesional burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51 (1), 11-14.

DiLalla, L.F., Dorsey, J.K., & Hull, S.K. (2008). Prevalence of health related behaviors among physicians and medical trainees. *Academic Psychiatry*, 32, 31-38.

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J.A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348.

Dixon, D., Hart, J., Johnston, M., López-Roig, S., Pastor, M.A., & Sánchez, S. (2009). Analysing motivation to do medicine cross-culturally: The international motivation to do medicine scale. *Escritos de Psicología*, 2 (2), 3-9.

Domínguez-Álvarez, E., Heshiki-Nakandakari, L., Osornio-Castillo, L., Sánchez-de Tagle, R. y Valadez-Nava, S. (2014). Expectativas y sentimientos de los estudiantes de medicina ante el internado de pregrado. *Investigación en Educación Médica*, 3 (12), 193-197.

Dox, I.G., Eisner, G.M., Melloni, D.J. y Melloni J.L. (2005). Diccionario médico: El Gran Harper Collins Ilustrado. Madrid: Marbán.

Dunn, L.B., Green Hammond, K.A., Lehrmann, J., Moutier, Ch., & Weiss Roberts, L. (2008). Personal health care of residents: Preferences for care outside of the training institution. *Academic Psychiatry*, 32 (1), 20-30.

Durning, S., Dyrbye, L.N., Eacker, A., Harper, W., Massie, F.S. Jr., Moutier, C., Power, D.V., Shanafelt, T.D., Sloan, J.A., Szydlo, D.W., & Thomas, M.R. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: A multi-institutional study. *Academic Medicine*, 85 (1), 94-102.

Dyrbye, L.N., Eacker, A., Harper, W., Massie, F.S. Jr., Novotny, P.J. Power, D.V., Shanafelt, T.D., Sloan, J.A., & Szydlo, D.W. (2009). The learning environment and medical student burnout: A multicentre study. *Medical Education*, 43, 274-282.

Dyrbye, L.N., Huntington, J.L., Lawson, K.L. Novotny, P.J., Shanafalet, T.D., Sloan, J.A., & Thomas, M.R. (2006). Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. *Academic Medicine*, 81(4), 374-384.

Escanero, J.F., Giménez, I., Guerra, M. y Soria, M. (2006). La decisión de estudiar medicina: Características. *Educación Médica*, 9 (2), 91-97.

Espinoza-Martínez, C.E., González-Velázquez, M.I., López-Morales, A. y Morales-Guzmán, M.I. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (3), 233-242.

Estela-Villa, L.M., Jiménez-Román, C.R., Landeo-Gutiérrez, J.S., Tomateo-Torvisco, J.D. y Vega-Dienstmaier, J.M. (2010). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos de séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 73 (4), 147-156.

Estévez-González, A., García-Sánchez, C. y Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *Revista de Neurología*, 25 (148), 1989-1997.

Estrada-Aguilar, L., García-García, J.A., González-Martínez, J.F. y Uriega-González Plata, S. (2010). Educación médica basada en competencias. *Revista Médica del Hospital General de México*, 73 (1), 57-69.

Estrés, deterioro cognitivo y neurodegeneración. (2001). En M.I. Cordero, C. Sandi y C. Venero (Autores.), *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento* (1ª ed., pp.7-38). España: Ariel Neurociencia.

Evaluación conductual directa: Qué registrar y cómo hacerlo. (2008). En G. Martin y J. Pear (Autores.), *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla* (pp. 287-304). Madrid: Pearson-Educación.

Evaluación funcional de las causas de la conducta problemática. Qué registrar y cómo hacerlo. (2008). En G. Martin y J. Pear (Autores.), *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla* (pp. 305-314). Madrid: Pearson-Educación.

Evans, S.C., Fresán, A., Lovell, A.M., Maj, M., Medina-Mora, M.E., Reed, G.M., & Robles, R. (2014). Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: Results from the WHO-WPA and WHOIUPsYS global surveys. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 165-177.

Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2016. Médicos mexicanos civiles inscritos, sustentantes, seleccionados y promedio general de conocimientos médicos por facultad o escuela de medicina. Recuperado de http://enarm.salud.gob.mx/2014_enarm/a0_tem_informativos/a0_reportesacademicos.php

Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas: Características y evolución a su formato electrónico. Recuperado de http://cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/enarm_caracteristicas_evolucion.pdf

Factores psicosociales y de organización. Recuperado de

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>

Fernández, H.J. (2007). La educación médica en la globalización. *Medicina Universitaria*, 9 (35), 92-97.

Fidalgo, M. (2006). *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): Definición y proceso de generación*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

Fidalgo, M. (2006). *NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): Consecuencias, evaluación y prevención*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

Florentino, M.T. (2004). Conductas de la salud. En L.A. Oblitas (Autor.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.57-81). México: Thomson Learning.

Fisiología y patología del estrés. (2001). En M.I. Cordero, C. Sandi y C. Venero (Autores.), *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento* (1ª ed., pp.7-38). España: Ariel Neurociencia.

Frantchez, V., Pintos, M., Pucci, F., Stolovas, N. y Tomasina, F. (2011). Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Revista Médica Uruguay*, 27 (1), 21-29.

Fuenmayor-Romero, J.C. y Semprún-Perich R.D. (2007). Un genuino estilo de liderazgo educativo: ¿Una realidad o una ficción institucional? *Laurus*, 13 (23), 350-380.

Fuenmayor, G. y Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9 (22), 187-202.

Fundamentos de promoción y prevención de la salud. (2014). En P. Sanjuán (Autor.), *Promoción y prevención de la salud desde la psicología* (pp.9-42). Madrid: Síntesis.

Fundamentos para el estudio de la psicología. (2008). En P. Gray (Autor.), *Psicología: una nueva perspectiva* (5ªed., pp. 1-23). México: McGraw-Hill.

Galimberti, U. (2002). Diccionario de psicología. México: Siglo XXI Editores.

Galor, S. y Hentschel, U. (2013). El uso de los mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17(1), 118-133.

García, V. (2015). Educación médica: los retos. *México social*. Recuperado de <http://www.mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/752-educacion-medica-los-retos?tmpl=component&print=1>

García-Sahagún, M.C., Herrera Saint-Leu, P., López-Bárcena, J., Martínez-González, A., Morales-López, S., Ocampo-Martínez, J., Petra, I. y Uribe-Martínez, G. (2008). Modelo de competencias del profesor de medicina. *Educación Médica*, 11(3), 157-167.

Giacomantone, O.A. y Suárez, I.B. (2009). Profesionalismo médico, su relación con la educación médica del siglo XXI. *Educación Médica Permanente*, 1 (1), 4 -18.

Gil-Lacruz, M. e Izquierdo, A. (2004). Intervención en el patrón de conducta tipo A: Un modelo interdisciplinar. *Persona*, 7, 71-85.

Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 135-149.

Graue-Wiechers, E. (2011). Educación médica y los sistemas de salud. *Gaceta Médica de México*, 147, 517-525.

Gutiérrez, A.M. y Rafael, E.V. (2010). El efecto Pigmalión en la actividad docente y administrativa. *Quipukamayoc*, 17 (33), 173-181.

Guzmán, S. (2012). Promueven ejercicio para combatir estrés laboral. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversaldf.mx/home/nota44550.html>

Haddad, J. (2005). Problemas de los estudiantes de medicina. *Revista Médica de Honduras*, 64, 263-268.

Halbesleben, J.R.B., Leon, M.R., & Paustian-Underdahl, S.C. (2015). A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Research*, 2, 87-96.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23,3), 23-41.

Hormonas de la corteza suprarrenal. (2001). En A.C. Guyton y J.E. Hall (Autores.), *Tratado de fisiología médica* (10ª ed., pp.1045-1061). México: McGraw-Hill Interamericana.

Introducción. (2008). En G. Martin y J. Pear (Autores), *Modificación de conducta: Qué es y como aplicarla* (pp.1-14). Madrid: Pearson.

Introducción al estudio del estrés. (2001). En M.I. Cordero, C. Sandi y C. Venero (Autores.), *Estrés, memoria y trastornos asociados: Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento* (1ª ed., pp.7-38). España: Ariel Neurociencia.

Introducción a la psicofisiología. (1995). En J.M. Martínez (Autor.), *Psicofisiología* (pp.15-31). España: Síntesis.

Isidro, A.I. y Vega, M.T. (1997). Las creencias académico-sociales del profesor y sus efectos. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 1, 1-6.

Jennings, M.L. (2009). Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *Journal of Medical Humanities*, 30, 253-269.

Jiménez, M.E. y Mesén, M.M. (2010). Salud y seguridad laboral: Desafíos para los próximos años. *Revista Buena Salud: Medicina, vida y bienestar. Revista Informativa Oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*, 2 (17), 18-23.

Kaschka, W.P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: A fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108 (46), 781-787.

La adaptabilidad de la conducta. (2008). En P. Gray. (Autor.), *Psicología: Una nueva perspectiva* (5ª ed., pp. 49-89). México: McGraw Hill Interamericana.

Las etapas preliminares de la investigación (2002). En D. Clark-Carter (Autor.), *Investigación cualitativa en psicología: Del diseño experimental al reporte de investigación* (pp.1-17). México: Oxford.

La evaluación neuropsicológica: Fundamentos y teoría. (2009). En M. Pérez (Coordinador.), *Manual de neuropsicología clínica* (pp. 31-47). Madrid: Pirámide.

La psicología de la salud. (2009). En I. Amigo (Autor.), *Manual de psicología de la salud* (3ª ed., pp.21-44). Madrid: Pirámide.

Laitala, M., Nuutinen, M., Rautio, A., & Sunnari, V. (2005). Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Medical Education*. Recuperado de <http://biomedcentral.com/1472-6920/5/36>

Lanz, A y Viesca, C. (2007). La formación de médicos en México y sus problemas a fines del siglo XIX. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50 (2), 91-94.

Ley Federal del Trabajo. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf

López-Pérez, L. (2009). ¿Qué onda con los egresados de la carrera de medicina? *Salud Urbana*, 8, 17-22.

Los métodos utilizados en la investigación psicológica. (2002). En D. Clark-Carter (Autor.), *Investigación cualitativa en psicología: Del diseño experimental al reporte de investigación* (pp.1-17). México: Oxford.

Luengo, J. (2004). La educación como objeto de conocimiento: El concepto de la educación. En J.L. Álvarez, J. Luengo, E. Ortero, y A. Pozo (Autores.), *Teorías e instituciones contemporáneas de educación* (pp.30-47). Madrid: Biblioteca Nueva.

Lusiardo, M. y Rodrigo, M. (2011). Alexitimia como constructor de la personalidad: Concepto, clínica, etiología y enfoque terapéutico. *Salud Militar*, 30 (1), 48-52.

Madrigal, M. (2006). Burnout en médicos: Aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 23 (2), 137-153.

Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.

Martínez, C. (2004). La vocación de ser médico. *Revista de la SEMG*, 64, 318-319.

Mecanismos encefálicos de la conducta y la motivación: El sistema límbico y el hipotálamo. (2001). En A.C. Guyton y J.E. Hall (Autores.), *Tratado de fisiología médica* (10ª ed., pp.817-829). México: McGraw-Hill Interamericana.

Medeiro, M., Muñoz, C., Ramírez, A. y Ramírez, F. (2012). Alcances del síndrome de burnout en estudiantes de medicina. *Revista de ANACEM*, 6 (2), 110-112.

Montiel, V. y Guerra, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre psicoeducación: Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19 (36), 324-335.

Moñivas, A. (1996). La conducta prosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, 9, 125-142.

Muñoz, A., Rodríguez, M. Del R., Rodríguez C.E. y Sanmiguel, M.F. (2014). El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 66, 105-122.

Neurofisiología de los procesos motivacionales. (2002). En M. Hernández (Autor.), *Motivación animal y humana* (pp. 21- 37). México: El Manual Moderno.

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>

Nuzzarello, A. & Goldberg, J.H. (2004). How perceived risk and personal and clinical experience affect medical students decisions to seek treatment for major depression. *Academic Medicine*, 79 (9), 876-881.

Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13 (1), 9-15.

Organización Mundial de la Salud. (Agosto 2014). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta* (Nota descriptiva No. 220). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Ortega, M.E., Ortiz, G.R. y Martínez, A.J. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica*, 32 (3), 235-242.

Pacheco, C. (Conductora). (27 de noviembre de 2015). Conversando con Cristina Pacheco - Dr. Ruy Pérez Tamayo [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=va2iDNHVNo>

Padilla-Cuadra, J.I., Villalobos-Pérez, A. y Vindas-Sánchez, L. (2012). Decisión de estudiar medicina: Factores determinantes y elección de la especialidad. *Acta Médica Costarricense*, 54 (2), 109-113.

Padrós, J. (2009). El médico enfermo. *HUMANITAS Humanidades Médicas*, 41, 1-19.

Paredes, R. y Rivero, O. (mayo, 2001). *El papel de la medicina general en el sistema nacional de salud*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2001/ponencia_may_2k1.htm

Pascual, L.M. y Ballester, R. (1997). *La práctica de la psicología de la salud: Programas de intervención*. Valencia: Promolibro.

Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. (2002). Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>

Pedrals, N., Rigotti, A. y Bitran, M. (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. *Revista Médica de Chile*, 139, 941-949.

Pérez, M. (2009). La evaluación neuropsicológica: Fundamentos y práctica. En M. Pérez (Editor.), *Manual de Neuropsicología Clínica* (pp.31-47). Madrid: Pirámide.

Pinzón, C.E. (2008). Educación y práctica de la medicina: Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33 (1), 33-41.

Problemas e hipótesis. (1988). En F.N. Kerlinger (Autor.), *Investigación del comportamiento* (pp. 3-16). México: McGraw-Hill.

¿Qué es la psicología de la salud? (2007). En Sh.E. Taylor (Autor.), *Psicología de la Salud* (6ªed., pp.4-15). México: McGraw-Hill Interamericana.

Que reforma los artículos 353-C y 353-E de la Ley Federal del Trabajo, a cargo de la diputada María Concepción Ramírez Diez Gutiérrez, del Grupo Parlamentario del PAN. (3 de abril, 2014). *Gaceta Parlamentaria*, XVII (3995-V). Recuperado de <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/abr/20140403-V/Iniciativa-17.html>

Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud a cargo del diputado Gabriel De Jesús Cárdenas Guízar, del Grupo Parlamentario del PAN. (13 de noviembre, 2014). *Gaceta Parlamentaria*, XVII (4155-IV). Recuperado de

<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/nov/20141113-IV/Iniciativa-7.html>

Ramos, J. (2002). Neurobiología de la emoción y su relevancia en la motivación social. En M. Hernández (Autor.), *Motivación animal y humana* (pp. 331-355). México: El Manual Moderno.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es/>

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5368114&fecha=13/11/2014

Ríos, F. y Schonhaut, L. (2009). Atención primaria de salud: Factores de desmotivación y estabilidad laboral de los médicos generales. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (8), 378-385.

Rodríguez, J. R., Varela, S. R. A. y Muñoz, R. D. (1999). Tiempo de trabajo no realizado: Ausencia y absentismo laboral. *La gestión de la diversidad: XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés, Logroño (La Rioja), 16, 17 y 18 de junio, 1999* (pp. 123-126). Universidad de La Rioja.

Rosales, Y. y Rosales, F. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud Mental*, 36, 337-345.

Segura, O. (2014). Agotamiento profesional: Concepciones e implicaciones en la salud pública. *Biomédica*, 34, 535-545.

Shanafelt, T.D., West, C.P., Sloan, J.A., Novotny, P.J., Poland, G.A., Menaker, R., Rummans, T.A., & Dyrbye, L.N. (2009). Career fit and burnout among academic faculty. *Archives of Internal Medicine*, 169 (10), 990-995.

Similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. (2006). En R. Hernández (Autor.), *Metodología de la investigación* (4ªed., pp.4-29). México: McGraw-Hill.

Simón, M.A. y Amenedo, E. (2001). Manual de psicofisiología clínica. España: Pirámide.

Su, J.A., Tsang, H.Y., Weng, H.H., & Wu, J.L. (2009). Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress & Health*, 25, 423-430.doi: 10.1002/smi.1261

Técnicas de relajación y respiración. (2005). En J. Olivares (Autor.), *Técnicas de modificación de conducta* (4ªed. rev., pp. 27-78). Madrid: Biblioteca Nueva.

Torres, N. (2008). Psicoeducación. En C. Gómez-Restrepo (Colaborador.), *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3ªed., pp.681-683). México: Médica Panamericana.

Trastornos de ansiedad, autismo, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y trastornos por estrés. (2006). En N.R. Carlson (Autor.), *Fisiología de la conducta* (8ªed., pp. 604-633). Madrid; México: Addison Wesley.

Urgen acabar con violencia contra médicos residentes. (junio, 2013). *Boletín*, 1861. Recuperado de <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/sesion-permanente/boletines/7556-boletin-1861-urgencia-acabar-con-violencia-contra-medicos-residentes.html>

Valdés, C., Valdés, F. y Valdés, W. (2009). Perfil socioeconómico del estudiante de medicina del primer año de la Universidad de Chile. *Revista de Medicina y Humanidades*, 1(3), 48-62.

Villaseñor, N. (7 de abril de 2016). ¿Te sientes quemado o desgastado por el trabajo? Es el síndrome de burnout. *Agencia Informativa Conacyt*.

Recuperado de

<http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/6398-sindrome-de-burnout-reportaje-final>

Visdómine-Lozano, J.C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 729-751.

Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50 (7), 512-517.

Wojtczak, A. (2003). Glosario de términos de educación médica. *Educación Médica*, 6 (2), 21-56.

Worley, L. (2008). Our fallen peers: A mandate for change. *Academic Psychiatry*, 32, 8-12.

Yusoff, M.S.B., Abdul Rahim, A.F., Baba, A.A., Ismail, S.B., Mat Pa, M.N., & Esa, A.R. (2013). The impact of medical education on psychological health of students: A cohort study. *Psychology, health & medicine*, 18(4), 420-430.