



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Factores relacionados con el desarrollo de burnout en residentes de
Urgencias Médicas.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

Alejandro Hernández Posadas

311218222

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mi **Mamá**, desde que soy niño tú me demostraste lo que quería ser como persona y como profesionalista; cada vez que me platicabas sobre las cosas que hacías como psicóloga , me motivabas y me transmitías el amor que tienes por esta disciplina. Hoy, unos años más tarde, concluyo mis estudios de licenciatura con la misma sed de conocimiento y amor hacia la disciplina que tú me transmitiste todos estos años. Te agradezco cuando te tardabas horas explicándome cómo funcionaba el mundo, cuando me protegías con capa y espada de la adversidad y sobre todo , agradezco todos tus gestos de amor y cariño. Hoy quiero decirte que cada uno de mis logros siempre serán dedicados a ti. Así mismo, quiero mencionarte que cada que vez que me falte fuerza para continuar, encontraré fuerza en tu ejemplo. Te amo muchísimo

A mi **Papá**, el cual sufrió mucho al perder eventos importantes de mi vida trabajando para que nunca me faltara comida, ropa y pudiera estudiar. Te agradezco los sacrificios que realizaste y siempre cargaré conmigo los principios que me enseñaste. A pesar de la distancia siempre te amaré.

A mi **Hermana** (Pan), te agradezco todo el amor, cariño y apoyo que me has brindado. Tú has sido y eres una parte importante de los logros que tengo, ya que sin tus enseñanzas y cuidados no hubiera podido llegar tan lejos. Hoy quiero decirte que a pesar de que algunas veces discutimos, nunca se te debe olvidar que te amo y que siempre estaré para ti, en las buenas y en las malas.

A mis **Abuelos**, les agradezco todos los cuidados y amor que me han brindado. Son de las personas que más me han inspirado a seguir aprendiendo. Por ejemplo, mi abuelita con su amor, su paciencia y con su experiencia me ha enseñado que todas las acciones que uno hace las debe realizar con honestidad y humildad y mi abuelito me ha enseñado que todos los sueños y objetivos que quiero lograr se alcanzan con esfuerzo, terquedad e inteligencia. Los amo mucho.

A **Areli**, a veces me gustaría poder tener palabras que demuestren lo agradecido que me siento de conocerte y de poder crecer junto a ti, cada día que paso a tu lado y te conozco más siento que me vuelvo una mejor persona. Tú tienes ese tipo de personalidad que

ilumina con su luz su alrededor, ya que todas las personas que te conocen agradecen de tenerte cerca. Hoy te puedo decir con certeza que desde que entraste a mi vida has cambiado cada esquema, idea y cognición que tengo. Te amo.

A **Edgar Landa**, con usted aprendí cómo se debe practicar la disciplina, ya que usted me enseñó una visión de la psicología digna, respetable y basada en evidencia. Usted se ha convertido en mi maestro, mi ejemplo a seguir y sobre todo mi amigo. Gracias por los consejos que me ha brindado, las observaciones hacia mi trabajo y sobre todo gracias por inspirarme a ser el tipo de profesional que quiero ser.

A **Cynthia Díaz y Eduardo Vidal**, si alguna vez se preguntan por qué a pesar de que no tenga un reforzador económico o académico me sigo levantando todos los días a las 5 de la mañana para llegar al hospital y por qué sigo dando lo mejor de mí al trabajar y colaborar en el equipo, la respuesta la tendrán en la calidad de su profesionalismo y su persona. Los considero amigos importantes pero definitivamente ustedes han marcado mi trayectoria como psicólogo. Gracias por su amistad, paciencia y consejos amigos.

A **Gabriel, Joshua y Selene**, ustedes son mis amigos incondicionales, aquellos con los cuales he crecido y madurado. Gracias por sus consejos, cariño y sobre todo, gracias por todas las experiencias buenas y malas que hemos vivido juntos.

A **Cata**, tú me enseñaste que en la vida una sonrisa y una buena actitud pueden contra cualquier adversidad y que a veces debemos de bajar la defensa ante los demás para poder conocer a personas tan grandiosas como tú. Eres mi inspiración y ojalá nunca se te olvide que estaré para ti en las buenas y en las malas.

A **Psicología de urgencias**, el lugar que me vio nacer y crecer como profesional. Realmente me gustaría poder escribirle a cada uno de ustedes un agradecimiento personalizado pero resultaría una acción muy histriónica. Los quiero a todos amigos.

Índice

Resumen	5
Capítulo 1. Psicología de la salud	7
Capítulo 2. Burnout y factores relacionados	11
Pregunta de Investigación	19
Objetivos	19
Método	19
Participantes	
Diseño de investigación	22
Variables	22
Procedimiento	25
Escenario	25
Análisis de datos	26
Resultados	27
Discusión	37
Referencias	47
Anexos	60

Resumen

El objetivo del estudio consistió en analizar la asociación del burnout y las variables que han sido relacionadas en la literatura como los aspectos psicosomáticos, clima organizacional, desesperanza, ideación suicida y sintomatología ansiosa y depresiva, por lo cual se realizó un estudio no experimental correlacional transversal con un grupo de 50 médicos de la residencia de urgencias de 10 hospitales de la Ciudad de México. Se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional para evaluar los niveles del burnout y los aspectos psicosomáticos. La Escala de Clima Organizacional se empleó para evaluar el clima organizacional. Se usó la Escala de Ideación Suicida de Beck para evaluar ideación suicida. También se utilizó la Escala de Desesperanza de Cordova para evaluar la desesperanza y la Escala The Hospital Anxiety and Depression Scale se usó para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva. Los resultados mostraron una asociación moderada, positiva y estadísticamente significativa entre el burnout y las variables de sintomatología depresiva ($r_s=0.317$; $p<.05$), desesperanza ($r_s= 0.340$; $p<.05$) e ideación suicida ($r_s=0.309$; $p<.05$). Se encontró que el 96% de los médicos presentan niveles de burnout, de los cuales el 66% está comenzando a sentir los primeros síntomas y el 30% ya tiene altos niveles de burnout. Los hallazgos nos permiten concluir que existe una relación entre el burnout y la desesperanza, ideación suicida y la sintomatología ansiosa. Tomando en cuenta lo anterior se concluye que es necesario realizar un estudio longitudinal que nos permita evaluar las fluctuaciones del burnout y sus variables a través del tiempo para comprender su evolución durante la residencia en urgencias.

Palabras clave: Aspectos psicosomáticos, Burnout, Clima organizacional, Desesperanza, Ideación suicida, Sintomatología Ansiosa y Sintomatología Depresiva.

Abstract:

The aim of the present study was analyzing correlations between burnout and variables that have been related in the research literature such as psychosomatic aspects, organizational climate, despair, suicidal ideation and anxious symptomatology and depression. Therefore, a cross-sectional non-experimental study was carried out with a group of 50 emergency department residents from 10 hospitals in Mexico City. The Mexican Occupational Wear Scale was used to evaluate levels of wear and psychosomatic aspects. The Organizational Climate Scale was used to evaluate the organizational climate. Beck's Suicidal Ideation Scale was used to evaluate suicidal ideation. The Hospital Anxiety and Depression Scale was used to evaluate anxious and depressive symptoms. The results showed a moderate, positive and statistically significant association between burnout and variables of depressive symptomatology ($r_s = 0.317$, $p < .05$), despair ($r_s = 0.340$, $p < .05$) and suicidal ideation ($r_s = 0.309$; $p < .05$). It was found that 96% of the residents have burnout; 66% are beginning to feel the first symptoms and 30% already have high levels of burnout. The findings allow us to conclude that there is a relationship between fatigue and despair, suicidal ideation and anxious symptomatology. Therefore, it is concluded that it is necessary to perform a longitudinal study that allows us to see the fluctuations of burnout and its variables over time, to include its evolution during the residency.

Key Words: Psychosomatic aspects, Burnout, Organizational climate, Despair, Anxious symptomatology and depression.

Capítulo 1. Psicología de la salud

A lo largo de la historia se han presentado cambios en los patrones de enfermedad y de la salud, los cuales se van modificando a partir de los avances en los servicios de salubridad, las herramientas, las tecnologías, entre otros factores. A estos periodos se les ha denominado transiciones epidemiológicas y con base en Omran (1971) se pueden identificar cinco propuestas, a saber:

1. Primera propuesta: la mortalidad está relacionada de manera inversamente proporcional a los niveles de la población, ya que si la primera aumenta la otra disminuye y viceversa.
2. Segunda propuesta: la mortalidad de la población y los patrones de enfermedad se ven modificados durante la transición epidemiológica.
3. Tercera propuesta: los cambios más notorios en la mortalidad y los patrones de enfermedad serán reflejados principalmente en los niños y mujeres.
4. Cuarta propuesta: los cambios que tiene una sociedad están asociados a las características demográficas y económicas que brinda la modernización afectando los cambios en los patrones de salud y enfermedad.
5. Quinta propuesta: la duración y el tiempo de la transición estarán determinados por la sociedad, la dinámica y las peculiaridades que tenga la población.

Tomando en cuenta lo anterior, la literatura internacional ha mencionado que existen tres principales transiciones epidemiológicas, las cuales han modificado la mortalidad, natalidad y la expectativa de vida de los individuos (Harper & Armelagos, 2010; Omran, 1971); éstas son:

1. La era de las epidemias y la peste: se da a partir de las culturas neolíticas hasta mediados del siglo XVII, las características principales de esta transición son que los problemas sanitarios se debieron a las epidemias, guerras, desnutrición severa y problemas durante el parto. Existían altos niveles de mortalidad y fertilidad acompañados de una esperanza de vida que varía entre los 20 a los 40 años.
2. La era de las pandemias retraídas: se da a partir del siglo XVIII hasta mediados del siglo XX, las características principales de esta transición son que los problemas

sanitarios se debieron a enfermedades infectocontagiosas, enfermedades degenerativas y enfermedades de transmisión sexual. Existían bajos niveles de mortalidad y altos de fertilidad acompañado de una esperanza de vida entre los 30 a 50 años.

3. Enfermedades degenerativas y causadas por el hombre: se da a partir del siglo XX hasta la actualidad, las características principales de esta transición son que los problemas sanitarios se deben a enfermedades crónico-degenerativas y resistencia a los medicamentos. Los niveles de mortalidad descendieron aún más que en la segunda transición y aumentaron los niveles de fertilidad acompañados de una esperanza de vida que incluso superan los 50 años.

El concepto de salud se ha ido modificando de acuerdo a la transición epidemiológica que está cursando la población, por ejemplo, durante el principio de la humanidad se atribuían las enfermedades a síntomas somáticos y fisiológicos, por lo cual si se encontraban las causas naturales de la misma se podían eliminar y mejorar las condiciones de los individuos, dando pie al modelo biomédico (Ludwig, 1975). Este modelo tenía como característica ser reduccionista y se basaba en la división cartesiana, es decir, consideraba que entre la mente y el cuerpo existía una separación, ya que se tenía la creencia de que no había ninguna relación entre los procesos biológicos y los procesos psicológicos. Así mismo, tenía la característica de ser reduccionista debido a que se pensaba que la enfermedad sólo se debía a microorganismos o fuentes orgánicas. Este pensamiento también fue caracterizado por tener una visión exclusionista, ya que no consideraba como enfermedad aquellas respuestas o signos que no fueran síntomas físicos dejando a fuera aquellos que no se podían explicar o tratar (Engel, 1977).

El modelo biomédico se vio reforzado durante las dos primeras etapas, debido a que las necesidades de la salud que se tenían se basaban en combatir las deficiencias nutricionales, las complicaciones durante el parto y las enfermedades infecciosas como la malaria, la tifoidea y la tuberculosis (Harper & Armelagos, 2010), lo cual elevaba la mortalidad de la población a cifras críticas, disminuyendo el crecimiento de la misma. Por ende, los objetivos de la salud en esos momentos estaban orientados a buscar los agentes que generaban este tipo de enfermedades y no los factores psicológicos o sociales que

intervenían en este proceso; por ejemplo, se creía que los trastornos mentales eran producidos por alteraciones neurológicas, siendo ajenos a las variables sociales y psicológicas, por lo cual sólo debían ser tratados por un enfoque médico (Engel, 1977; Ludwig, 1975).

La visión del modelo biomédico tuvo que ser modificada debido a la llegada de la tercera transición, la cual promovió el cambio de las enfermedades infecciosas a las crónicas degenerativas como la principal causa de muerte (Omran, 1971). La consecuencia que trajo esta transición sobre el concepto de salud fue la consideración de los aspectos psicológicos y sociales, ya que las enfermedades con las que se estaban enfrentando iban poco a poco degenerando las funciones del individuo y los tratamientos que se empleaban eran a largo plazo con la característica de que no eran curativos y no solucionaban las secuelas biológicas, psicológicas ni sociales (Engel, 1977; Omran, 1971).

Por lo tanto, el modelo biomédico entró en crisis ya que las enfermedades que se estaban presentando se relacionaban con los hábitos y el contexto del individuo, ocasionando que se replanteara el concepto de salud, con el fin de superar las deficiencias que tenía este modelo (Lalonde, 1974). El impacto que tuvo la tercera transición sobre el concepto de la salud generó que ésta se definiera como un estado de completo bienestar físico, mental y social; mismo que se denominó como el modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Organización Mundial de la Salud (OMS), 1978).

El modelo biopsicosocial a diferencia del biomédico enfatiza en el contexto del individuo, ya que menciona que el concepto de salud varía de acuerdo a las condiciones culturales y sociales del mismo, por lo cual el personal de salud debe considerar los factores sociales y psicológicos del paciente para evaluar todas las posibles causas de una enfermedad, debido a el curso de las enfermedades se ven a afectadas por factores psicológicos y sociales (Engel, 1977).

A partir de este evento, se desarrollaron diferentes divisiones dedicadas a trabajar con los componentes psicológicos y sociales de las enfermedades; entre ellas se creó la división 38 de la Asociación Americana de Psicología (Matarazzo, 1980). La creación de un departamento específico dedicado al estudio de la conducta, permitió que se desarrollara

un área dedicada a aplicar los principios, técnicas y conocimientos científicos de la psicología, la cual se denominó Psicología de la Salud (Oblitas, 2008).

Los objetivos del área antes mencionada consisten en promover la salud, prevenir, evaluar e intervenir enfermedades específicas y mejorar el sistema sanitario; por lo tanto, en los últimos años la psicología se ha dedicado a desarrollar un campo que estudie la relación entre las cogniciones, emociones y conductas, con el fin de mejorar las condiciones de los individuos. Así mismo se ha buscado crear herramientas y técnicas que disminuyan la discapacidad que pueden presentar aquellas personas con enfermedades crónico-degenerativas (Oblitas, 2008; Sánchez-Sosa, 2002).

Hoy en día, uno de los retos de la psicología de la salud ha sido trabajar de manera interdisciplinaria con el fin de abordar diferentes padecimientos que se están exacerbando por factores psicológicos (Matarazzo, 1980). Se ha señalado que el psicólogo tiene un papel fundamental en la atención de múltiples enfermedades; por ejemplo, cáncer, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, del sueño y respiratorios, entre otros (Oblitas, 2006). Los psicólogos también han demostrado que tienen un papel importante en la atención del personal de la salud, ya que disminuyen múltiples sintomatologías psicológicas a partir del desarrollo de habilidades y técnicas, permitiendo que su acción no se limite solamente a los pacientes, sino que también se trabaje con los prestadores del servicio de la salud (Oblitas, 2006).

Actualmente una de las poblaciones que es vulnerable a padecer altos niveles de múltiples sintomatologías psicológicas son los médicos (Dai et al., 2015; McLuckie et al., 2017; Pompili et al., 2010; Zhou et al., 2016), ya que bajo las condiciones en las que trabajan, el ambiente estresante y la mala utilización de los estilos de afrontamiento son factores de riesgo que permiten el desarrollo de estas (McLuckie et al., 2017).

Dadas las circunstancias descritas, se orientó la investigación para trabajar con los médicos debido a que son una población vulnerable a tener diferentes problemas psicológicos, biológicos y sociales. Una de las sintomatologías que ha tenido un gran impacto en los médicos ha sido el burnout, esto se debe a las consecuencias que le genera en su salud, por lo cual se orientará el trabajo hacia el modelo biopsicosocial, ya que se

estudiarán los factores biológicos, organizacionales y psicológicos que se han relacionado con el mismo (Kaschka, Korczak & Broich, 2011).

Capítulo 2. Burnout y sus variables asociadas

El síndrome de burnout es definido como una respuesta al estrés laboral crónico que lleva al individuo a sentirse emocionalmente agotado, lo cual genera sentimientos y actividades negativas hacia sus compañeros de trabajo y una sensación de baja realización personal. Este síndrome se debe conceptualizar como un constructo multidimensional compuesto por tres dimensiones (Freudenberg, 1974; Kaschka et al., 2011; Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson & Leiter, 1996; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017; Roldán, María, Barriga & María, 2015), las cuales son:

1. *Agotamiento emocional*: es un estado en el que la persona alcanza los límites de su capacidad y ya no puede responder emocionalmente al medio, lo que genera un desapego hacia el trabajo.
2. *Despersonalización o cinismo*: es el contacto impersonal y distante hacia sus colegas y pacientes.
3. *Insatisfacción con el logro personal*: es un aumento en las autoevaluaciones de pensamientos de ineficacia, incompetencia e inutilidad para el trabajo que se está desarrollando; también son acompañados por falta de motivación, sentimientos de desesperación, disminución de la productividad y la falta de realización personal.

Las consecuencias que se han asociado con el burnout de acuerdo a una revisión sistemática se dividieron en tres categorías las cuales son: factores fisiológicos, psicológicos y sociales (Arora et al., 2013). La literatura internacional menciona que las principales afectaciones a la salud que se han relacionado con el burnout son: alteraciones menstruales, cansancio crónico, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, cutáneas y alérgicas, fatiga, insomnio, hipertensión arterial, problemas gastrointestinales y trastornos del sueño. También se ha reportado que pueden haber cambios neuroendócrinos, homeostáticos e inflamatorios y se puede favorecer el consumo de alcohol, drogas psicotrópicas y las alteraciones de la salud (Arora et al., 2013; Esquivel-Molina et al., 2007; Kaschka et al., 2011; Roldán et al., 2015).

Así mismo, la literatura ha remarcado que este tipo de respuestas podrían ser originadas por aspectos psicosomáticos; es decir, aquellas respuestas psicológicas hacia el proceso del estrés que pueden convertirse a través del tiempo en consecuencias que afecten significativamente la vida de las personas, por lo cual se planteó estudiar la asociación que tiene esta variable con el burnout, tomando la perspectiva del modelo biopsicosocial en donde se asume que las enfermedades se ven afectadas por factores psicológicos y sociales (Engel, 1977; Kaschka et al., 2011; Uribe, 2007).

En la categoría de los *factores psicológicos*, las variables que se han asociado con el burnout son la baja motivación, conductas disruptivas, cinismo, crueldad, disminución en su rendimiento laboral y en la concentración, deshumanización, desesperación, impaciencia, insensibilidad, irritabilidad, reducido desempeño cognitivo y problemas de juicio. Incluso, se ha descrito que en situaciones extremas se pueden manifestar ataques de pánico, angustia extrema y riesgo suicida (Arora et al., 2013; Kaschka et al., 2011; Loría & Guzmán, 2006; Levin et al., 2017; Roldán et al., 2015).

Por último, las consecuencias que se han relacionado en el *área social* con el burnout son el ausentismo, aumento en las demandas, compromiso reducido en hacia los pacientes, trabajo y familia, problemas conyugales y familiares, conductas de alto riesgo y pérdidas económicas (Arora et al., 2013; Kaschka et al., 2011; Loría & Guzmán, 2006).

Actualmente el impacto de este fenómeno se ha estudiado en diferentes profesiones expuestas a ambientes estresantes como profesores, personal de salud, trabajadores sociales, entre otros (Romani & Ashkar, 2014). Una de las carreras que ha resultado más afectada por este fenómeno es la medicina, ya que afecta gravemente la productividad, eficiencia y efectividad de los médicos (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). La literatura muestra que el contexto en el que viven los médicos es muy demandante, ya que están expuestos a bajos salarios, altos niveles de estrés, acoso, instrucciones contradictorias y mala organización en los hospitales, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar burnout (Arora, Asha, Chinnappa & Diwan, 2013; Bronkhorst, 2015; Govardhan, Pinelli & Schnatz, 2012; Kaschka et al., 2011; Landa-Ramírez et al., 2017; Pompili et al., 2010; Talih, Warakian, Ajaltouni, Shehab & Tamim, 2016)

Así mismo, se ha visto que los niveles de burnout aumentan entre más se esté expuesto al contexto mencionado (Shanafelt et al., 2015). Los médicos presentan niveles altos de burnout durante el transcurso de su carrera, mismos que aumentan en el internado médico de pregrado y continúan aumentando durante la residencia y el ejercicio de su vida profesional (Shanafelt et al., 2012). Como se ha visto en las investigaciones internacionales y nacionales realizadas en médicos durante su preparación en la universidad, sus niveles de burnout oscilan entre el 31% al 58.06% (Dyrbye et al., 2010), en el internado de pregrado médico los niveles son del 16.3% al 84% (Athié-Gutiérrez et al., 2016; Díaz-Juárez, 2017) y al realizar la residencia los niveles varían entre el 50% al 76% (Shanafelt, 2009).

Los médicos residentes están especialmente expuestos a desarrollar burnout debido a las jornadas laborales que tienen, el ambiente estresante y el entrenamiento que reciben. Aunado a esto, la residencia médica es un periodo de constante presión, ya que tienen que mejorar sus habilidades y conocimientos en corto tiempo, asumiendo al estrés como el pan de cada día en su labor formativa y su asistencia médica en hospitales (López, González, Morales & Espinoza, 2007; Méndez, 2011).

Actualmente, una de las especialidades que presenta mayores niveles de burnout es el área de urgencias, debido a que el personal está expuesto al sufrimiento y la muerte de personas, bajos salarios y falta de apoyo de personal. Las variables sociodemográficas y organizacional (número de trabajos, una mala percepción del clima organizacional, no disponer de tiempo libre, jornadas laborales prolongadas, sobrecarga de trabajo y agresiones por parte de los pacientes y sus familiares) también predicen la aparición del burnout, esto genera problemas en el equilibrio trabajo-familia y la salud del personal médico (Arora et al., 2013; Green, Albanese, Shapiro & Aarons, 2014; Landa-Ramírez et al., 2017; Levin et al., 2017; Roldán et al., 2015; Shanafelt et al., 2015).

En México, la situación es dispar a lo que se ha reportado a nivel internacional ya que los servicios de urgencias están sobresaturados, lo que ha generado que el 68% de los pacientes sean enviados a su domicilio con una revisión mínima o son atendidos en áreas distintas a las destinadas como corredores, pasillos y salas de esperas. Las condiciones presentadas afectan la calidad del servicio, aumentando los tiempos de espera y los niveles

de mortalidad y morbilidad; así mismo, disminuye la satisfacción de los pacientes y prestadores de servicios (Polanco et al., 2013).

Existen estudios internacionales que identifican la prevalencia del burnout en médicos del área de urgencias, uno de ellos fue el estudio longitudinal realizado en la clínica Mayo del 2011 al 2014, el cual menciona que la especialidad médica que mantuvo mayores puntuaciones de burnout fue la de urgencias con una prevalencia del 65% de 355 urgenciólogos (Shanafelt et al., 2015). El segundo estudio fue realizado en Francia con 538 médicos de urgencias; los autores mencionan que hay una prevalencia alta de burnout, ya que puntuaron con un 51.5% (Estryn-Behar et al., 2011). El tercer estudio se realizó en 250 profesionales de la salud del área de urgencias, de los cuales 38 eran médicos, los resultados mostraron que el 71.05% tenía altos niveles de cansancio emocional, el 78.94% tenía altos niveles de despersonalización y el 71.05% tenía un moderado logro personal (Schooley, Hikmet, Tarcan & Yorgancioglu, 2016). Los estudios atribuyen las elevadas puntuaciones al desgaste que tienen los médicos, la falta de recompensa en el trabajo, compañeros problemáticos, pobre trabajo en equipo y conflictos entre el trabajo y la familia (Estryn-Behar et al., 2011; Schooley et al., 2016; Shanafelt et al., 2015).

En México se han hecho pocos estudios acerca de los niveles de burnout en médicos de urgencias, de los hallazgos descritos, se realizó un estudio con 130 residentes de diferentes sedes de la especialidad de urgencias y se encontró que el 60% presentaba burnout (Ávila-Sandoval, 2002). También se realizó otro estudio con 90 médicos del área de urgencias y lo que se encontró fue que el 40% presentaba un grado intermedio alto de burnout y del total, el 50% tenía niveles intermedios de agotamiento, 40% despersonalización y 74.45% de baja realización personal (Loría & Guzmán, 2006). Un estudio más reciente realizado con 74 trabajadores del área de urgencias (médicos y enfermeras) señaló un 66% de burnout en su personal (Landa et al., 2017). Es necesario mencionar que los factores que componen el burnout no se relacionaron con las variables sexo, edad, turno o tipo de contratación; sin embargo, hay una mayor presencia del burnout en los primeros años de la residencia (Ávila-Sandoval, 2002; Landa et al., 2017; Loría & Guzmán, 2006).

La literatura internacional menciona que los factores que favorecen la aparición del burnout en médicos se dividen en dos categorías: aquellos relacionados con la personalidad

y los *factores psicológicos* como tener grandes expectativas de sí mismo, ser perfeccionista, tener una fuerte necesidad de reconocimiento, considerar el trabajo como el sustituto de la vida social, entre otras características. La segunda categoría hace hincapié en los *factores ambientales* como las altas exigencias hacia el trabajador, instrucciones contradictorias, acoso, falta de libertad para tomar decisiones, problemas de jerarquía, mala organización del trabajo y falta de recursos de personal o de financiamiento (Kaschka et al., 2011).

En México, los estudios que se centran en los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar burnout se han enfocado especialmente en los factores ambientales, ya que una mala percepción del clima organizacional, recursos insuficientes, presión excesiva para lograr los objetivos, servicio sobresaturado, escaso personal, bajos ingresos, grandes cargas de trabajo y malas condiciones de trabajo aumentan las probabilidades de desarrollarlo (Aranda-Beltrán, Pando-Moreno, Torres-López, Salazar-Estrada & Franco-Chávez, 2005; Arenas, Hernández, Valdez & Bonilla, 2004; Landa-Ramírez et al., 2017).

También, las investigaciones mencionan que existen variables que aparecen con el burnout y se han asociado con el mismo, a nivel nacional e internacional se han dividido estas variables en dos categorías: psicológicas y organizacionales. Las *categorías psicológicas* que se han asociado de forma positiva, moderada y estadísticamente significativa la desesperanza, la ideación suicida y la sintomatología ansiosa y depresiva (Arora et al., 2013; Cortés-Sostres et al., 2015; Dahlin et al., 2005; Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2014; González-Álvarez, 2015; Govardhan et al., 2012; Landa-Ramírez et al., 2017; Pompili et al., 2010; Shanafelt et al., 2011; Talih et al., 2016; Zhou et al., 2016).

La **desesperanza** se ha definido como aquellas actitudes o expectativas negativas acerca del futuro, en donde predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión (Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005). Actualmente existen pocos estudios donde se describe la prevalencia de la desesperanza en médicos, ahora bien, de la revisión realizada se encontró que el 12.8% de médicos generales tiene niveles altos de desesperanza. (Pompili et al., 2010). En México, la situación es más grave, ya que un estudio reveló que el 24.30% del personal de médicos y enfermeras tiene desesperanza, lo

cual implica un riesgo para el personal de la salud ya que está asociado con depresión e ideación suicida (González-Álvarez, 2015; Landa-Ramírez et al., 2017).

La **ideación suicida** se ha definido como aquellas actitudes o expectativas negativas acerca del futuro, en donde predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión (Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005). Esta variable tiene una presencia importante en los médicos, ya que la prevalencia se encuentra entre el 5.4% al 14% (McLuckie et al., 2017; Tyssen, Vaglum, Grønvold & Ekeberg, 2001, Dahlin, Joneborg, & Runeson, 2005; Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2014; Talih et al., 2016; McLuckie et al., 2017). Incluso se menciona que hay de un 5.7% a 10.9% de probabilidad de que se presente la ideación suicida si hay puntajes altos en los tres factores del burnout (Shanafelt et al., 2011). En México, la situación es similar, ya que el porcentaje de médicos con ideación suicida va del 5.4% al 8% (Cortés-Sostres, Heinze-Martin, Moheno-kee & Vargas-Terrez, 2015; Landa-Ramírez et al., 2017), lo cual implica un factor de riesgo ya que se ha asociado con intento suicida (Iliceto et al., 2013).

La **sintomatología ansiosa** se ha definido como un estado displacentero de miedo, que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación a la intensidad real de la situación (National Institute of Mental Health (NIMH), 2018). La **sintomatología depresiva** se ha descrito como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, acompañado de la reducción de la energía que produce una disminución de la actividad (NIMH, 2018). La prevalencia de la sintomatología depresiva y ansiosa a nivel internacional en médicos residentes es elevada, ya que los niveles de ansiedad van del 31% del 41.31% (Pereira-Lima & Loureiro, 2015; Zhou et al., 2016) y los de depresión van del 21.64% al 28.8% (Pereira-Lima & Loureiro, 2015; Mata et al., 2015; Talih, Warakian, Ajaltouni, Shehab & Tamim, 2016). En México, los niveles de ansiedad en residentes van del 30.28% al 59.1% (Aguirre-Hernández, López-Flores & Flores-Flores, 2011; Jiménez-López, Arenas-Osuna & Ángeles-Garay, 2015; Landa-Ramírez et al., 2017; Reyes-Carmona, Monterrosas-Rojas, Navarrete-Martínez, Acosta-Martínez & Torruco-García, 2016) y los de sintomatología depresiva oscilan entre el 21.64% al 43.2% (Landa et al., 2017; Mata et al., 2015; Pereira-Lima & Loureiro, 2015; Reyes-Saavedra, 2015 Talih et

al., 2016). Un meta análisis realizado en el 2015 menciona que el tener sintomatología ansiosa y depresiva aumenta la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo (Mata et al., 2015).

En México, existen un estudio que abordó estas variables en el personal de la salud del área de urgencias; sin embargo, su muestra contenía médicos adscritos, residentes e internos. Esto limitó que se pudieran diferenciar las características de la población de interés, ya que el nivel de desesperanza que se reportó fue de 24%, el 8% tenía ideación suicida y el 35% tenía sintomatología ansiosa y el 27.5% depresiva, de los cuales no se sabe si el puntaje se elevó o disminuyó de esa manera específicamente por alguno de los grupos anteriormente mencionados (Landa-Ramírez et al., 2017; Reyes- Saavedra, 2015). Tomando lo anterior en cuenta, se consideró relevante analizar la relación de la desesperanza, ideación suicida y la sintomatología ansiosa y depresiva con el burnout en residentes del área de urgencias para indagar el grado de asociación y la dirección que tiene, ya que no existen estudios al respecto en México donde se analice en esta población.

En cuanto a las *variables organizacionales*, se ha asociado de forma negativa, baja y estadísticamente significativa el burnout con el **clima organizacional** (Bronkhorst, 2015; Green et al., 2014; Landa-Ramírez et al., 2017). Esta variable se ha definido como aquellas prácticas y procedimientos formales e informales de la organización que guían y apoyan una aproximación hacia el trabajo proactiva, autoiniciado y persistente (Lisbona, Palací & Gómez, 2008). Una revisión sistemática indica que una percepción positiva se asocia con niveles bajos de burnout, depresión y ansiedad (Bronkhorst, 2015). Así mismo, el clima organizacional es capaz de incrementar las probabilidades de que los residentes presenten las consecuencias psicológicas, fisiológicas y sociales, ya que una percepción negativa de esta afecta en la percepción de las oportunidades de avance en la institución, la claridad del rol y el apoyo que percibe el médico en la organización (Green et al., 2014).

En México se realizó un estudio que abordó el clima organizacional en personal médico de urgencias, en el cual se incluyeron médicos internistas de pregrado, residentes y adscritos. Los resultados del estudio indicaron que el 45% tuvo una percepción neutra, el 32% fue positiva y el 23 % fue negativa de las variables, de los cuales no sabemos si la percepción está siendo modificada por alguno de los roles o las condiciones de los grupos

anteriormente mencionados (Landa-Ramírez et al., 2017; Vidal-Velazco, 2015). Por lo tanto, es necesario que se indague la relación que tiene el clima organizacional con el burnout, ya que se analizará cómo la percepción del clima organizacional se relaciona con el burnout en esta población.

El panorama que se tiene sobre los estudios de burnout en médicos residentes del área de urgencias es escaso, usualmente los estudios que existen incluyen médicos adscritos, residentes e internos del área, lo cual es un problema ya que hay diferencias bien establecidas entre estos grupos. Por ejemplo, los niveles de burnout son menores en los médicos internos de pregrado que en los residentes (Díaz-Juárez, 2017; Dyrbye et al., 2010; Shanafelt et al., 2012). La literatura científica menciona que se deben realizar estudios encaminados a identificar las necesidades específicas por cada profesión o grupo etario, por lo tanto se trabajará solamente con médicos residentes de urgencias con el objetivo de conocer las variables que están asociadas, ya que esta población es vulnerable por los altos niveles de burnout que presentan (Arora et al., 2013; Bragard et al., 2015; Estryng-Behar et al., 2011; Shanafelt et al., 2015).

Otro problema que se debe considerar en los estudios que tenemos sobre el burnout en residentes de urgencias es el uso del Inventario de Burnout de Maslach, el cual ha recibido varias críticas debido a que los puntos de corte que tiene, los niveles que maneja y sus clasificaciones diagnósticas no son clínicamente válidas de acuerdo con la cultura mexicana, por lo cual se propuso utilizar en esta investigación la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional para evaluar los niveles de burnout, ya que fue hecha específicamente para población mexicana (Maslach & Jackson, 1981; Uribe, 2007).

Por último, los estudios que se han realizado en México han sido exclusivamente de una sede u hospital, lo cual hace que no sean generalizables los resultados y que disminuya la validez externa de los mismos. Por lo tanto, se propuso un estudio multicéntrico con el fin de tener una muestra más representativa que no solamente aborde los problemas de una institución sino que dé un panorama de los niveles del burnout y las variables que se están asociando a él (Arora et al., 2013).

Tomando en cuenta lo anterior, se propone realizar una investigación que permita analizar la relación entre el burnout y los aspectos psicosomáticos, el clima organizacional, la desesperanza, la ideación suicida y la sintomatología ansiosa y depresiva en médicos que actualmente estén en la residencia de urgencias, provenientes de diferentes hospitales de la Ciudad de México, sobrepasando así las limitaciones previamente descritas y generando evidencia que podría ser más representativa de la situación actual de los residentes en los hospitales de la Ciudad de México.

Pregunta de investigación.

¿Existirá una correlación entre el burnout con los aspectos psicosomáticos, depresión, ansiedad, desesperanza, clima organizacional e ideación suicida en médicos que estén en la residencia de urgencias en 10 hospitales de la Ciudad de México?

Objetivo general:

Analizar la correlación entre el burnout con los aspectos psicosomáticos, depresión, ansiedad, desesperanza, clima organizacional e ideación suicida en médicos que estén en la residencia de urgencias en 10 hospitales de la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

Evaluar los niveles de burnout en médicos que estén en la residencia de urgencias en hospitales de la Ciudad de México.

Evaluar los niveles de los aspectos psicosomáticos, depresión, ansiedad, desesperanza, clima organizacional e ideación suicida que estén en la residencia de urgencias en hospitales de la Ciudad de México.

Método

Participantes:

Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística y de forma propositiva. Participaron 50 médicos que actualmente están cursando la residencia de urgencias, de los cuales la M de edad era de 26.92 años (**D.E.**=1.926) y la M de los años de servicio en

hospitales de los participantes fue de 2.26 (**D.E.**=1.775); 54.9% eran hombres y 43.1% mujeres. El 12% (n=6) fueron médicos de Hospital General Dr. Manuel Gea González, el 16% (n=8) pertenecían al Centro Médico Nacional La Raza, el 12% (n=6) fueron del Hospital Juárez de México, el 16% (n=8) eran del Hospital General Regional No. 25 “Zaragoza”, el 4% (n=2) pertenecían del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, el 16% (n=8) fueron del Hospital General de Zona No. 68, el 4% (n=2) eran del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza, el 6% (n=3) pertenecían del Hospital General Regional No. 196, 8% (n=4) fueron del Hospital General de Zona No. 8 "Gilberto Flores Izquierdo”, el 6% (n=3) eran del Hospital Regional 1° de Octubre como se muestra en la (*Tabla 1*).

Tabla 1.

Características Sociodemográficas de los participantes.

VARIABLES	Media y Mediana (Desviación Estándar)
Edad	26.92 Md=26 (D.E.=1.926)
Años de servicio	2.26 Md=2 (D.E.=1.775)
	N (Porcentaje)
Sexo	
Hombre	28 (54.9%)
Mujer	22 (43.1%)
Hospitales	
Hospital General Dr. Manuel Gea González	6 (12%)
Centro Médico Nacional La Raza	8 (16%)
Hospital Juárez de México	6 (12%)
Hospital General Regional No. 25 "Zaragoza"	8 (16%)
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"	2 (4%)
Hospital General de Zona No. 68	8 (16%)
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"	2 (4%)
Hospital General Regional No. 196	3 (6%)
Hospital General de Zona No. 8 "Gilberto Flores Izquierdo"	4 (8%)
Hospital Regional 1° de Octubre	3 (6%)

Diseño de investigación.

Se realizó un estudio no experimental, transversal correlacional, debido a que no se manipularon deliberadamente las variables, sólo hubo una recolección de datos y el objetivo era analizar la interrelación entre el burnout y sus factores asociados.

Variables:

Definición conceptual.

1. Burnout: Es una respuesta al estrés laboral crónico que lleva al sujeto a sentirse emocionalmente agotado, lo cual genera sentimientos y actividades negativos hacia sus compañeros de trabajo y una sensación de baja realización personal (Uribe, 2007).
2. Aspectos Psicosomáticos: Son aquellas respuestas psicológicas hacia el proceso del estrés que pueden convertirse a través del tiempo en consecuencias que afecten significativamente la vida de las personas (Uribe, 2007).
3. Sintomatología depresiva: La sintomatología depresiva está compuesta por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, acompañado de la reducción de la energía que produce una disminución de la actividad (National Institute of Mental Health (NIMH), 2018). Para fines del estudio se hace énfasis en el estado afectivo y cognitivo, ya que se descartan los síntomas físicos que se pueden deber por una enfermedad y nos concentramos en los síntomas cognitivos, los que son descritos en la literatura como los más representativos para la sintomatología depresiva (López-Alveranga et al., 2002).
4. Sintomatología ansiosa: La sintomatología ansiosa es un estado displacentero de miedo o aprensión, que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación a la intensidad real de la situación (NIMH, 2018). Para fines de la investigación se hizo énfasis en el área de las manifestaciones psíquicas de la ansiedad, ya que se descartan los síntomas físicos que se pueden deber por una enfermedad y nos concentramos en los síntomas cognitivos, los cuales son más representativos para la ansiedad (López-Alveranga et al., 2002).

5. Desesperanza: Son aquellas actitudes o expectativas negativas acerca del futuro, en donde predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión (Córdova, Rosales & Eguiluz, 2005).
6. Clima organizacional: Son aquellas prácticas y procedimientos formales e informales de la organización que guían y apoyan una aproximación hacia el trabajo proactiva, autoiniciada y persistente (Lisbona, Palací & Gómez, 2008).
7. Ideación Suicida: Es una serie de actitudes, planes y conductas relacionados al suicidio (González, Díaz, Ortiz, González & González, 2000).

Definición operacional.

1. Los niveles de burnout fueron medidos por la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) de Uribe (2007), la cual mide el burnout de acuerdo a la definición establecida por Maslach y Jackson (1981) y está adaptada a la población mexicana. La escala está compuesta por 30 reactivos con una escala Likert de 6 valores que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se divide en 3 factores, nueve reactivos para agotamiento emocional ($\alpha = .78$), nueve para despersonalización ($\alpha = .77$) y 12 para insatisfacción ($\alpha = .86$). El resultado final es obtenido a partir de la sumatoria de los puntajes finales de cada factor de la subescala de burnout y éstas a su vez se consiguen a partir de la transformación de la desviación estándar individual respecto a la media poblacional. Su interpretación se obtiene a partir del puntaje final el cual equivale a uno de los cuatro niveles de burnout y se dividen en Desgaste Ocupacional sano, normal, en peligro y quemado. Su confiabilidad es buena ($\alpha = .89$).
2. Los niveles de los aspectos psicosomáticos fueron medidos por la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) de Uribe (2007). La escala está compuesta por 32 reactivos con una escala Likert de 6 valores que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se divide en 4 factores, 11 reactivos para trastorno del sueño, 10 para trastornos psicosexuales, 6 reactivos para trastornos gastrointestinales, 5 reactivos para trastorno de dolor. El resultado final es obtenido a partir de la sumatoria de los puntajes finales de cada factor de la subescala y se divide entre el número de reactivos de todos los factores. Si el puntaje final oscila

entre 100 a 61 es clasificado como alto, si varía entre 60 y 40 es medio y si es menor o igual a 39 es bajo. Su confiabilidad es buena ($\alpha = .89$).

3. El nivel de sintomatología ansiosa fue medida por la escala The hospital anxiety and depression scale de Zigmund & Snaith (1983), la cual fue adaptada y validada por López-Alveranga et al. (2002). La escala está compuesta por 14 reactivos, es una escala tipo Likert que oscila del cero al tres, otorgando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21. Un puntaje igual o mayor a 7 indica la presencia de un probable caso de ansiedad. Su confiabilidad es buena ($\alpha = .86$).
4. El nivel de sintomatología depresiva fue medida por la escala The hospital anxiety and depression scale de Zigmund & Snaith (1983), la cual fue adaptada y validada por López-Alveranga et al. (2002). La escala está compuesta por 14 reactivos, es una escala tipo Likert que oscila del cero al tres, otorgando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21. Un puntaje igual o mayor a ocho indica la presencia de un probable caso de depresión. Su confiabilidad es buena ($\alpha = .86$).
5. El nivel de desesperanza fue medido con la Escala de Desesperanza de Córdova, Rosales & Eguiluz (2005). Se compone de 15 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta tipo Likert. El puntaje mínimo que es posible obtener es 15 y el máximo 75, los autores mencionan que el punto de corte para identificar desesperanza es igual o mayor a 32. Este instrumento cuenta con una buena confiabilidad en población mexicana ($\alpha = .84$).
6. La percepción del clima organizacional se medirá por la Escala de Clima Organizacional (CLIOR) de Lisboa, Palací & Gómez (2008). Es una escala que mide la percepción que el individuo tiene de su ambiente de trabajo y consta de 50 reactivos de tipo Likert con cinco opciones de respuesta. La escala al no tener una versión para población mexicana fue sometida a un análisis factorial y se agruparon cinco factores, los cuales son apoyo frente a los problemas relacionados con el trabajo ($\alpha = .88$), organización del trabajo ($\alpha = .88$), estructura ($\alpha = .90$), liderazgo ($\alpha = .76$), reconocimiento ($\alpha = .93$). Su confiabilidad es buena ($\alpha = .97$). No hay puntos de corte. (Lisboa, Palací & Gómez 2008; Peña, Muñiz, Campillo, Fonseca & García, 2013).

7. El nivel de ideación suicida se midió con la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) de Beck, Kovacs & Weissman (1979) y fue adaptada y validada por González, Díaz, Ortiz, González & González (2000). Es una escala que mide el riesgo e ideación suicida en las personas y consta de 21 reactivos. Los primeros 19 se califican, pero los dos últimos recopilan información sobre intentos de suicidio del sujeto. Su confiabilidad es buena ($\alpha = .84$). Si el individuo obtiene un puntaje de 0 en los reactivos 4 y 5, se suspende la prueba, codificándola como: "No aplicable". En caso contrario, se siguió aplicando.

Procedimiento.

Se acudió a la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, lugar en el cual los residentes de los hospitales tienen reuniones mensuales y se aprovechó dicho espacio para aplicar los instrumentos a los médicos que aceptaron participar en la investigación. La aplicación duró aproximadamente 40 minutos, se les otorgó lápiz, goma y cuadernillo con las escalas ya mencionadas, las cuales fueron repartidas por cuatro psicólogos los cuales estuvieron al pendiente de las dudas que tenía el personal médico. Al finalizar, se les dio una conferencia de 30 minutos sobre el burnout y los efectos que tiene en la salud, en las relaciones personales y en la institución en donde trabajan, posteriormente se les agradeció su participación.

Escenario.

La aplicación se llevó a cabo en el auditorio de Posgrado de la Escuela Superior de Medicina, la cual nos fue facilitada por las autoridades de la institución. El auditorio era amplio y tenía butacas, lo que permitió que tuvieran el espacio para contestar la batería. Las condiciones dentro del auditorio eran las óptimas.

Análisis de datos.

Se realizaron correlaciones r de Spearman entre el Burnout y los Aspectos Psicosomáticos, Depresión, Ansiedad, Desesperanza, Clima Organizacional e Ideación Suicida con el objetivo de saber si existían correlaciones estadísticamente significativas entre el burnout y

sus variables asociadas; así mismo se analizaron los datos descriptivos de cada una de las variables. El valor p que se utilizó fue ($p < .01$).

Resultados

Se realizaron análisis descriptivos con el objetivo de encontrar la distribución de los niveles burnout y sus variables asociadas. La primera variable a describir es el burnout, lo que se encontró fue que el 66% de los médicos están en peligro de desarrollarlo y ya están comenzando a tener los primeros síntomas del mismo, el 30% ya se encuentran quemados y el 4% tienen niveles de burnout normal (*Figura 1*).

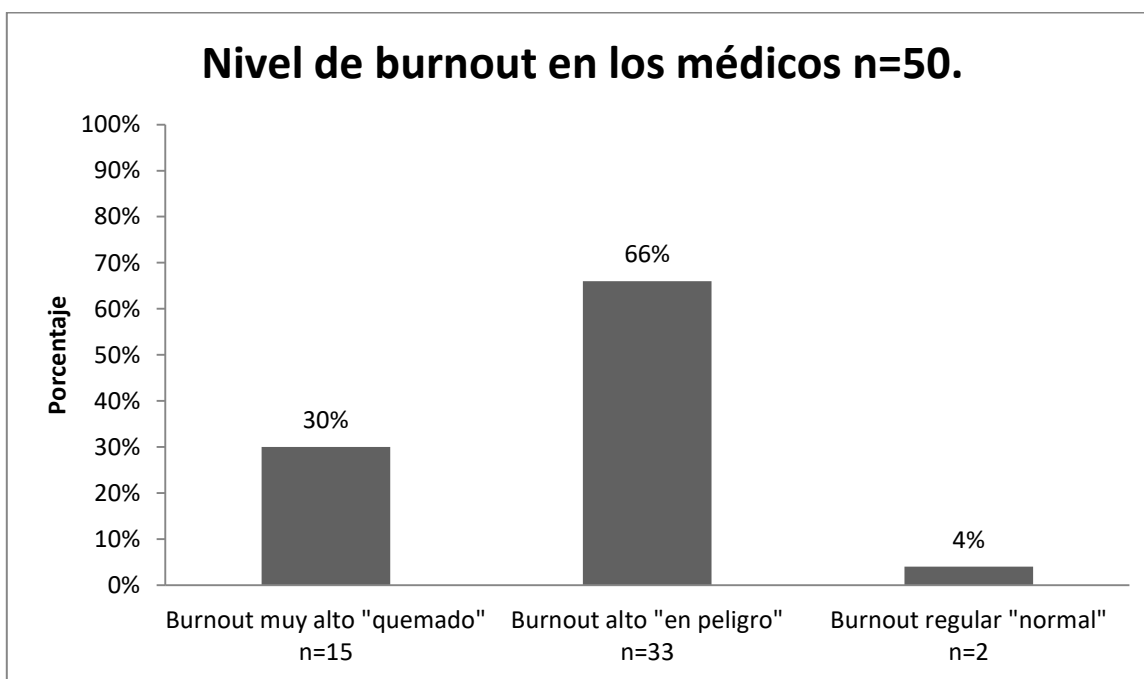


Figura 1. Nivel de burnout en los médicos de la especialidad de urgencias de acuerdo a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

Al analizar los factores del EMEDO, se encontró que en Agotamiento el 52% de los médicos tiene un nivel alto y el 48% tiene un nivel medio. En Despersonalización el 86% tiene un nivel medio, el 10% tiene un nivel alto y el 4% tiene un nivel bajo. Por último, en insatisfacción con el logro personal el 80% tiene un nivel medio, el 14% tiene un nivel alto y el 6% tiene un nivel bajo (*Figura 2*).

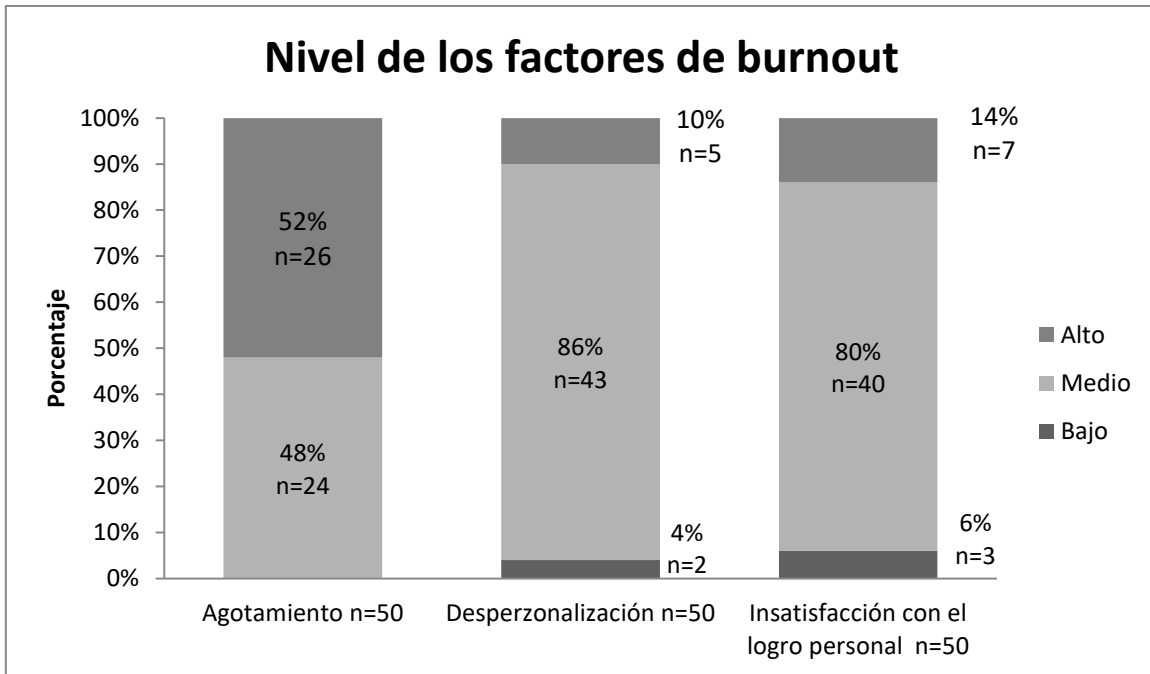


Figura 2. Nivel de los factores de burnout en médicos de la especialidad de urgencias a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

Posteriormente, se analizó la distribución de los niveles de los Aspectos Psicosomáticos, lo que se encontró fue que el 76% tienen un nivel medio, lo cual nos indica que ya están comenzando a tener los primeros síntomas provocados por el estrés, el 22% tienen un nivel alto y el 2% tiene un nivel bajo (*Figura 3*).

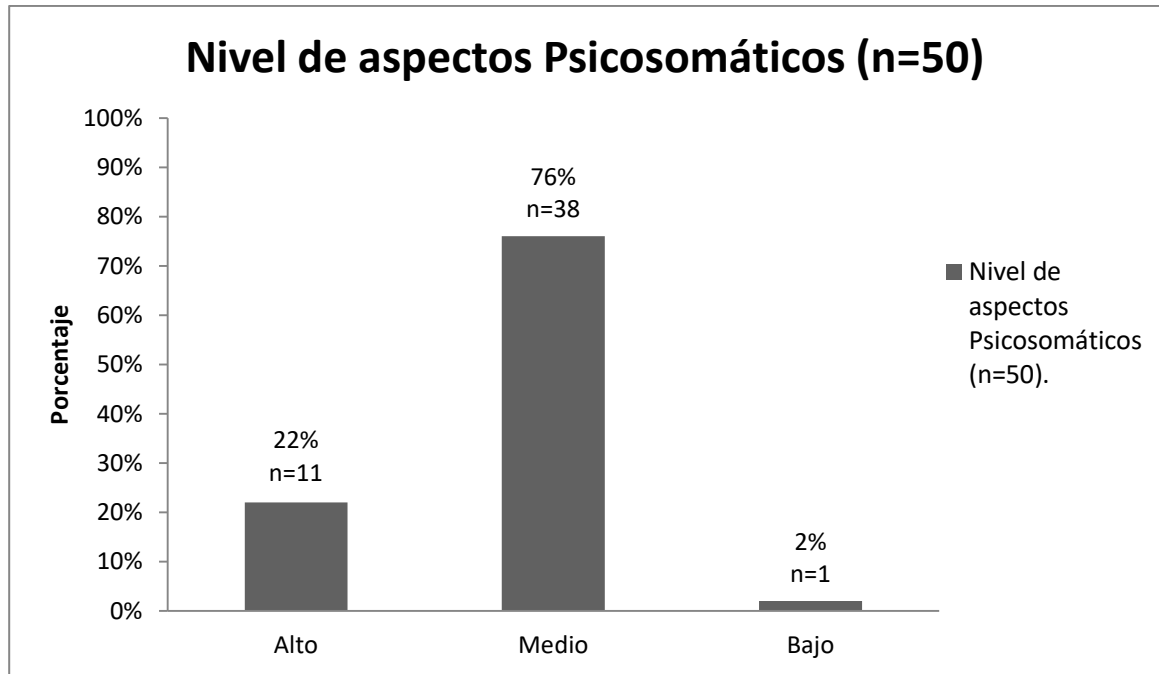


Figura 3. Nivel de aspectos psicosomáticos en médicos de la especialidad de urgencias de acuerdo a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

Cuando se analizaron los factores de los aspectos psicosomáticos, se encontró que en problemas de sueño el 54% tiene un nivel alto, el 44% tiene un nivel medio y el 2% tiene un nivel bajo. En problemas psicosexuales el 58% tiene un nivel intermedio y el 42% tiene un nivel alto. En cuanto a los problemas gastrointestinales 88% un nivel medio y el 12% tiene un nivel alto. Por último, en problemas de dolor el 58% tiene un nivel medio, el 34% tiene un nivel alto y el 8% tiene un nivel bajo (Figura 4).

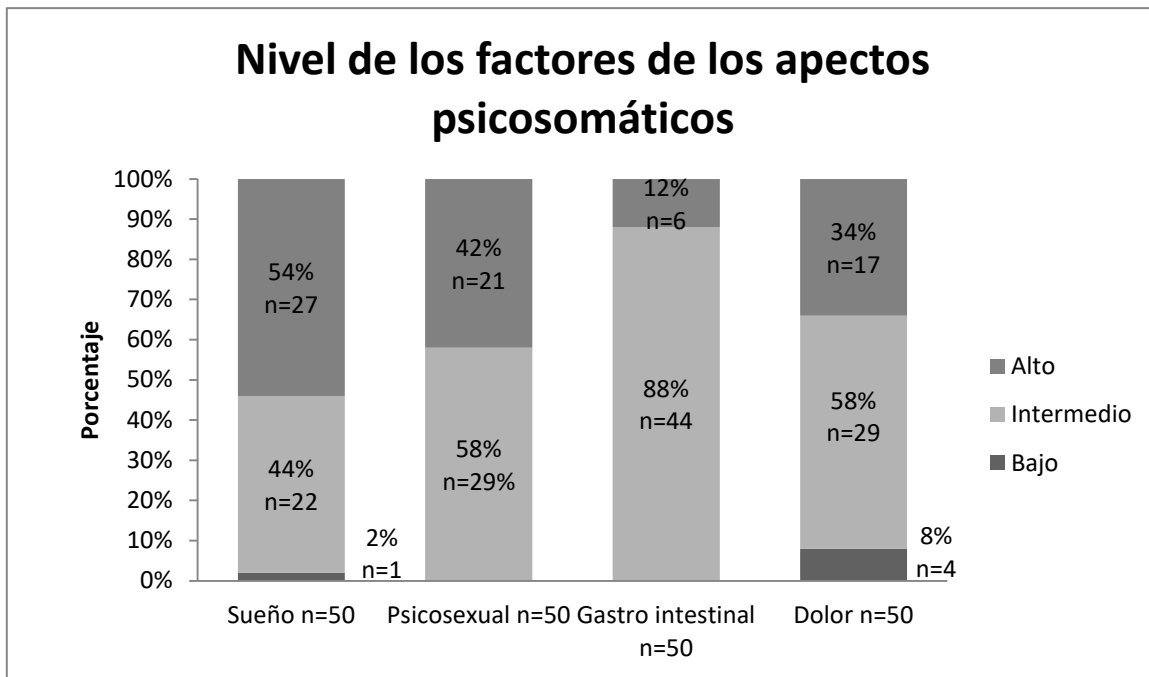


Figura 4. Nivel de los factores de los aspectos psicosomáticos en médicos de la especialidad de urgencias de acuerdo a la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO).

También se analizó la distribución de la presencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, lo que se encontró fue que el 62% de los médicos de la especialidad en urgencias presentan sintomatología ansiosa y el 64% sintomatología depresiva (Figura 5). En cuanto a los niveles de desesperanza, lo que se encontró fue que el 76% no tienen desesperanza y el 24% si tiene presencia de desesperanza (Figura 6). Al analizar la variable de ideación suicida se encontró que el 4% de los médicos la presentan (Figura 7).

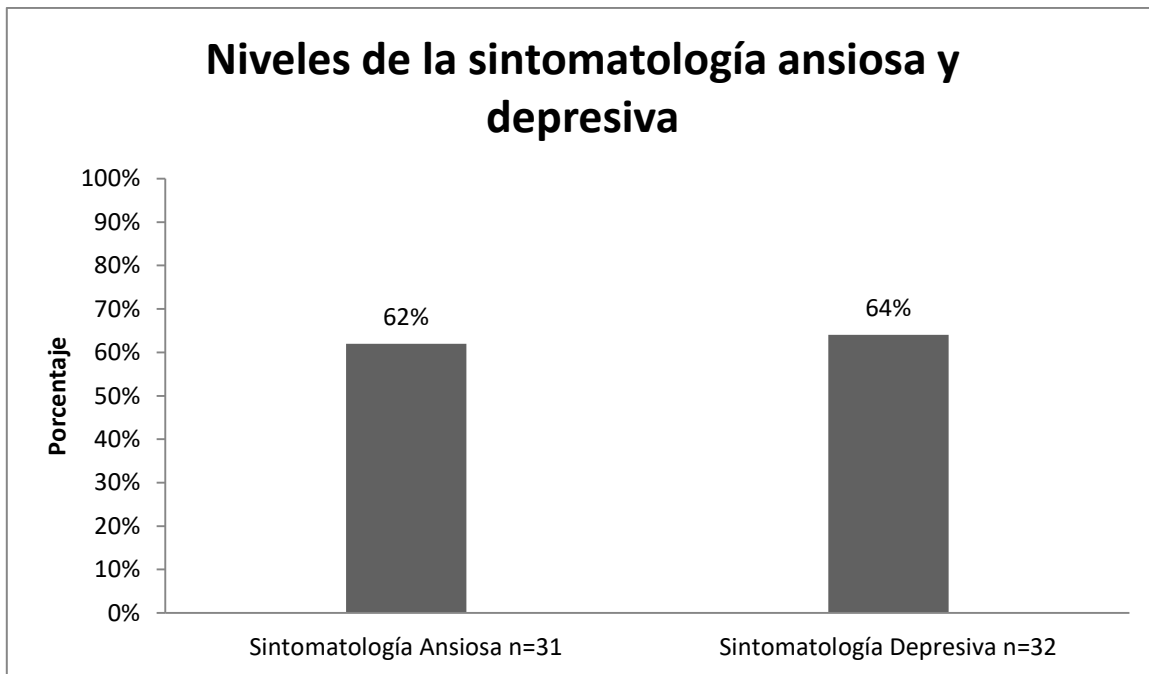


Figura 5. Nivel de sintomatología ansiosa y depresiva en médicos de la especialidad de urgencias de acuerdo al Hospital Anxiety Depression Scale (HADS).

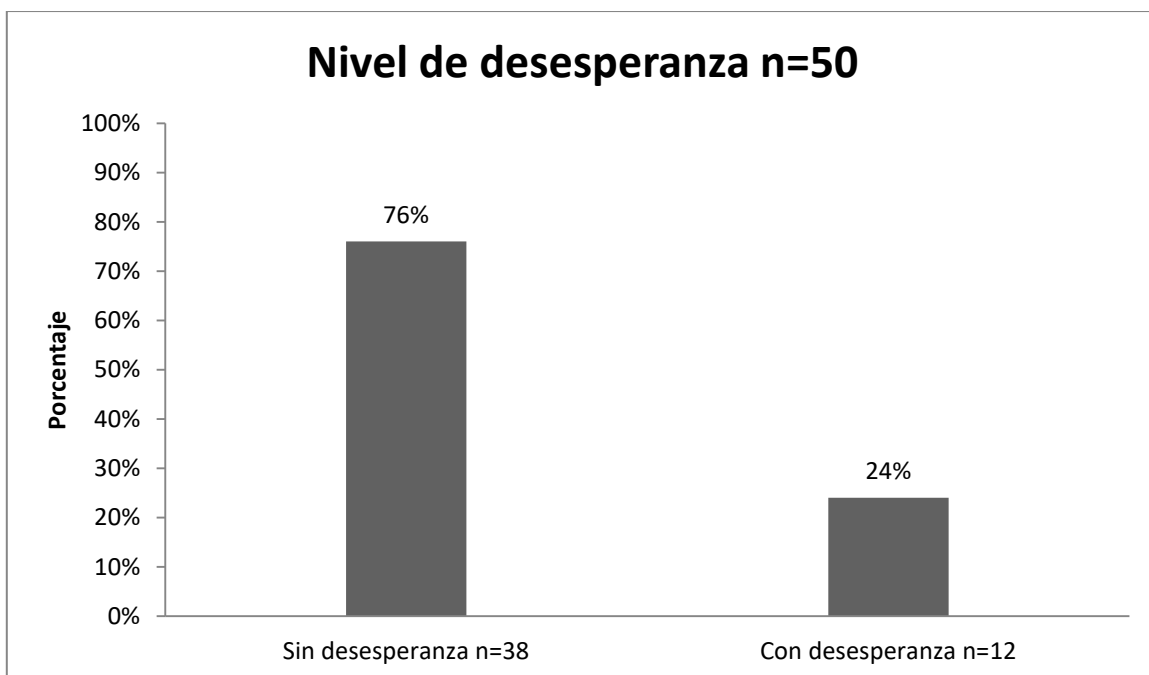


Figura 6. Nivel de desesperanza en médicos de la especialidad de urgencias de acuerdo a la Escala de Desesperanza.

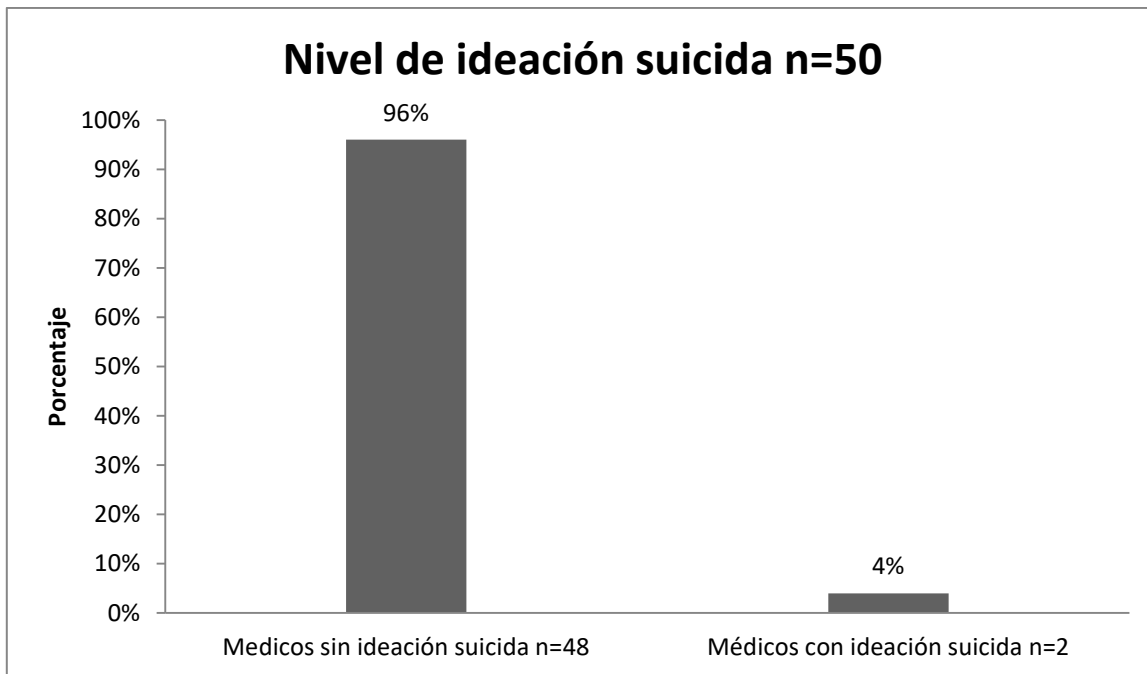


Figura 7. Nivel de ideación suicida en médicos de la especialidad de urgencias de acuerdo a la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS).

Al no tener un punto de corte en la Escala de Clima organizacional, lo más recomendable metodológicamente fue obtener las frecuencias de respuesta con el objetivo de ver cuál fue la tendencia que tuvieron los médicos al responderla. Lo que se encontró fue que el 31.87% está ni en desacuerdo ni de acuerdo con el clima organizacional, el 25.95% está en desacuerdo, el 25.45% está de acuerdo, el 10.78% está totalmente en desacuerdo y el 5.92% está totalmente de acuerdo (*Tabla 2*).

Tabla 2.

Tabla de Frecuencias de la Escala de Clima Organizacional (CLIOR) en médicos de la especialidad de urgencias.

	F	Fr
Totalmente en desacuerdo	153	10.78%
En desacuerdo	368	25.95%
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	452	31.87%
De acuerdo	361	25.45%
Totalmente de acuerdo	84	5.92%
Total:	1418	100%

F= Frecuencia Fr=Frecuencia relativa

Por último, se sacaron las frecuencias de cada factor de la escala de clima organizacional, debido a que se busca saber cuál era la tendencia que tenían los médicos respecto a los componentes de estas variables. En el factor de Reconocimiento se encontró que el 37.41% está ni en desacuerdo ni de acuerdo, el 24.82% está de acuerdo, el 24.48% está en desacuerdo, el 9.18% está totalmente en desacuerdo y el 4.08% está totalmente de acuerdo. En cuanto al factor de la Estructura se encontró que el 30.59% está ni en desacuerdo ni de acuerdo con las estructura de la organización, el 30.33% está en desacuerdo, el 20.56% está de acuerdo, el 14.65% está de totalmente en desacuerdo y el 3.85% está totalmente de acuerdo. En el factor de Organización se encontró que el 35.45% está de acuerdo con la organización del hospital, el 27.55% está ni en desacuerdo ni de acuerdo, el 20.91% está en desacuerdo, el 9.18% está totalmente de acuerdo y el 6.88% está totalmente en desacuerdo. Respecto al factor de Apoyo se encontró que el 30.61% está ni en desacuerdo ni de acuerdo con el Apoyo recibido en la organización, el 26.53% está en desacuerdo, el 23.97% está de acuerdo, el 11.22% está en totalmente en desacuerdo y el 7.65% está totalmente de acuerdo. Por último, en el factor de Liderazgo se encontró que el 37.41% está ni en desacuerdo ni de acuerdo con el Liderazgo de la organización, el 29.93% está en desacuerdo, el 14.96% está de acuerdo, el 13.60% está totalmente en desacuerdo y el 4.08% está totalmente de acuerdo (*Tabla 3*).

Tabla 3.

Frecuencias de los factores de la Escala de Clima Organizacional (CLIOR) en médicos de la especialidad de urgencias.

	Reconocimiento		Estructura		Organización		Apoyo		Liderazgo	
	F	Fr	F	Fr	F	Fr	F	Fr	F	Fr
Totalmente en desacuerdo	27	9.18%	57	14.65%	27	6.88%	22	11.22%	20	13.60%
En desacuerdo	72	24.48%	118	30.33%	82	20.91%	52	26.53%	44	29.93%
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	110	37.41%	119	30.59%	108	27.55%	60	30.61%	55	37.41%
De acuerdo	73	24.82%	80	20.56%	139	35.45%	47	23.97%	22	14.96%
Totalmente de acuerdo	12	4.08%	15	3.85%	36	9.18%	15	7.65%	6	4.08%
Total:	294	100%	389	100%	392	100%	196	100%	147	100%

F= Frecuencia Fr=Frecuencia relativa

Después de realizar los análisis descriptivos, se realizaron las correlaciones de Spearman para buscar posibles asociaciones entre el burnout y sus componentes con las variables antes descritas.

Tabla 4.

Tabla de coeficiente de correlación r de Spearman entre el Burnout y sus variables asociadas (las correlaciones de mayor significancia están en negritas cursivas).

	Aspectos Psicosomáticos	Ansiedad	Depresión	Desesperanza	Ideación suicida	Clima organizacional
Burnout	0.013	0.161	<i>0.317*</i>	<i>0.340*</i>	<i>0.309*</i>	-0.218
Agotamiento	<i>0.593**</i>	<i>0.640**</i>	<i>0.571**</i>	<i>0.456**</i>	<i>0.335*</i>	<i>-0.543**</i>
Despersonalización	<i>-0.282*</i>	-0.185	-0.075	0.017	-0.045	-0.091
Insatisfacción con el logro personal	<i>0.335*</i>	<i>0.463**</i>	<i>0.465**</i>	<i>0.511**</i>	<i>0.482**</i>	<i>-0.486**</i>

***La correlación es significativa al nivel $p < .05$ **La correlación es significativa nivel $p < .01$**

Los resultados de la correlación de r de Spearman mostraron una asociación moderada, positiva y estadísticamente significativa entre el burnout y las variables de sintomatología depresiva ($r_s=0.317$; $p < .05$), desesperanza ($r_s= 0.340$; $p < .05$) e ideación suicida ($r_s=0.309$; $p < .05$). También se relacionaron los componentes del burnout con los factores asociados, lo que se encontró fue que el Agotamiento correlacionó de forma moderada, positiva y estadísticamente significativa con Aspectos psicossomáticos ($r_s= 0.593$; $p < .01$), Ansiedad ($r_s= 0.640$; $p < .01$), Depresión ($r_s= 0.571$; $p < .01$), Desesperanza ($r_s= 0.456$; $p < .01$), Ideación suicida ($r_s=0.355$; $p < .05$) y hubo una correlación de forma moderada, negativa y estadísticamente significativa con clima organizacional ($r_s= -0.543$; $p < .01$). El factor de Despersonalización se correlacionó de forma baja y negativa con Aspectos psicossomáticos ($r_s= -0.282$; $p < .05$). La insatisfacción con el logro personal correlacionó de manera moderada, positiva y estadísticamente significativa con Desesperanza ($r_s= 0.511$; $p < .01$), Ideación suicida ($r_s= 0.482$; $p < .01$), Depresión ($r_s= 0.465$; $p < .01$), Ansiedad ($r_s= 0.463$; $p < .01$) y Aspectos psicossomáticos ($r_s= 0.335$; $p < .05$) y se correlacionó de manera negativa con Clima organizacional ($r_s= -0.486$; $p < .01$) (Juárez, Villatoro & López, 2002) (Tabla 4).

Tabla 5

Coefficiente de correlación r de Spearman entre los factores del Burnout y los factores de los aspectos psicossomáticos (las correlaciones de mayor significancia están en negritas cursivas).

	Factor sueño	Factor Dolor	Factor Gastrointestinal	Factor Psicosexual
Burnout	0.256	-0.077	0.131	0.066
Agotamiento	0.676**	0.509**	0.410**	0.439**
Despersonalización	0.095	-0.171	-0.223	-0.164
Insatisfacción con el logro personal	0.467**	0.234	0.308*	0.349*

*La correlación es significativa al nivel $p < .05$ **La correlación es significativa nivel $p < .01$

También se correlacionó el Burnout con los factores de los aspectos psicossomáticos, lo que se encontró fue que no hubo una correlación estadísticamente significativa entre ellos. Posteriormente se correlacionaron los factores del burnout con los componentes de los aspectos psicossomáticos, lo que se obtuvo fue que el factor de Agotamiento correlacionó de forma moderada, positiva y estadísticamente significativa con los factores de problemas con el sueño ($r_s = 0.676$; $p < .01$), problemas de dolor ($r_s = 0.509$; $p < .01$), con problemas psicosexuales ($r_s = 0.439$; $p < .01$) y problemas gastrointestinales ($r_s = 0.410$; $p < .01$). El factor de Despersonalización no tuvo ninguna correlación con los factores de los aspectos psicossomáticos. Por último, el factor de Insatisfacción con el logro personal se correlacionó de manera positiva, moderada y estadísticamente significativa con los factores de problemas de sueño ($r_s = 0.467$; $p < .01$) y tuvo una correlación baja, negativa y estadísticamente significativa con problemas psicosexuales ($r_s = 0.349$; $p < .05$) y con problemas gastrointestinal ($r_s = 0.308$; $p < .05$) (Juárez, F., Villatoro & López, 2002) (Tabla 5).

Tabla 6.

Coefficiente de correlación rs de Spearman entre los factores del Burnout y los factores del Clima organizacional (las correlaciones de mayor significancia están en negritas cursivas).

	Factor Reconocimiento	Factor Estructura	Factor Organización	Factor Apoyo	Factor Liderazgo
Burnout	-0.199	-0.211	-0.283*	-0.131	-0.168
Agotamiento	-0.509**	-0.470**	-0.378**	-0.478**	-0.286*
Despersonalización	0.024	0.049	-0.050	0.162	0.147
Insatisfacción con el logro personal	-0.445**	-0.368**	-0.469**	-0.373**	-0.221

*La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$

**La correlación es significativa nivel $p < .01$

Por último, se correlacionaron los factores del Burnout con los factores del Clima organizacional, lo que se encontró fue que el Burnout correlacionó de manera negativa, baja y estadísticamente significativa con el factor de Organización ($r_s = -0.283$; $p < .05$). El factor de Agotamiento se correlacionó de manera moderada, negativa y estadísticamente significativa con los factores de Reconocimiento ($r_s = -0.509$; $p < .01$), Apoyo ($r_s = -0.478$; $p < .01$) Estructura ($r_s = -0.470$; $p < .01$), Organización ($r_s = -0.378$; $p < .01$) y Liderazgo tuvo una correlación baja, negativa y estadísticamente significativa ($r_s = -0.378$; $p < .05$). Por último, el factor de Insatisfacción con el logro personal se correlacionó de manera moderada, negativa y estadísticamente significativa con los factores de Reconocimiento ($r_s = -0.445$; $p < .01$), Organización ($r_s = -0.469$; $p < .01$), Apoyo ($r_s = -0.373$; $p < 0.01$) y Estructura ($r_s = -0.368$; $p < .01$) (Juárez, Villatoro & López, 2002).

Discusión

El objetivo de la investigación consistió en analizar la correlación entre el burnout con los aspectos psicosomáticos, depresión, ansiedad, desesperanza, clima organizacional e ideación suicida en médicos residentes del servicio de urgencias de 10 hospitales de la CDMX.

Los primeros elementos que se analizaron fueron los niveles de burnout y los factores relacionados. Los resultados obtenidos evidencian que el nivel de burnout fue del 96%, donde el 30% de los residentes en urgencias manifiestan niveles muy altos y el 66% apenas manifestaron los primeros síntomas como agotamiento, despersonalización e insatisfacción del logro; este resultado es más elevado a lo que la literatura internacional remarca, ya que los niveles de burnout oscilan entre el 45.5% al 65% (Dyrbe et al., 2010; ; Rothenberger, 2017; Shanafelt et al., 2015) y también difiere a los niveles a nivel nacional los cuales varían entre el 60% al 66% (Ávila-Sandoval, 2002; Landa et al., 2017). Los altos niveles de burnout que se obtuvieron estarían relacionados/un factor asociado a su explicación debido a que la sobresaturación de trabajo en los servicios de urgencias en México es mayor a lo que la literatura internacional remarca, propiciando condiciones a la presencia de los niveles de estrés de los residentes, ya que ellos están a cargo de atender a los pacientes que ingresan y tendrán que estarse capacitando para mejorar sus habilidades y conocimientos en poco tiempo (López, González, Morales & Espinoza, 2007; Méndez, 2011); Así mismo, los niveles de burnout pudieran estar influidos cuando la organización no cuenta con el personal ni los instrumentos para atender la demanda de trabajo que se está presentando (Ortega-Loubon, Salas & Correa, 2011; Polanco et al., 2013).

De acuerdo a la división que propone una revisión sistemática para dividir los factores que han asociado con el burnout, se retomará para explicar los datos encontrados en esta investigación, por lo cual se formarán 3 categorías: factores psicológicos, psicosomáticos y organizacionales (Arora et al., 2013). En esta investigación, la categoría de los factores psicológicos se compone de la sintomatología depresiva, ansiosa, desesperanza e ideación suicida; Los factores psicosomáticos se conformaron de problemas de sueño, gastrointestinales, psicosexuales y dolor. Por último, la categoría clima

organizacional se conformó con los factores de reconocimiento, estructura, organización, apoyo y liderazgo.

En la categoría de los factores psicológicos, se encontró que el 64% de los residentes de urgencias reportan sintomatología depresiva y el 62% de los residentes en urgencias presentan sintomatología ansiosa, los cuales son porcentajes mayores a lo que la literatura internacional y nacional remarca, ya que los estudios mencionan que la sintomatología depresiva oscila entre el 21.64% al 43.2% y la sintomatología ansiosa fluctúa entre el 31% al 58% (Jiménez-López et al., 2015; Landa et al., 2017; Mata et al., 2015; Pereira-Lima & Loureiro, 2015; Reyes- Saavedra, 2015 Talih et al., 2016; Zhou et al., 2016). Los porcentajes elevados quizá se podrían deber a 3 posibles explicaciones: características del instrumento, componentes ambientales/ organizacionales y variables mediadoras que estén elevando las sintomatologías. La primera posible explicación se podría deber al instrumento que se utilizó, ya que el HADS solo se centra en los síntomas cognitivos de la sintomatología depresiva y no en los somáticos, por lo cual evita aquellos falsos positivos en aquellas personas que tengan alguna enfermedad y provoque los síntomas similares a la depresión. También, al ser un instrumento de auto-reporte, sólo se obtiene la percepción del individuo y no lo que realmente se está manifestando en los médicos; Por lo cual es necesario que en futuras investigaciones se realicen registros conductuales y registros psicofisiológicos para tener mayor certeza en el diagnóstico. Otra posible explicación de este resultado se podría deber a que en el área de urgencias es caracterizado por tener largas jornadas laborales y un ambiente altamente estresante, el cual podría estar disminuyendo las horas de sueño que tienen los residentes, lo cual ha sido identificado como uno de los predictores de sintomatología ansiosa y depresiva (Gong et al., 2014; Govardhan et al., 2012; Talih et al., 2016). También la literatura ha señalado que tal vez la poca tolerancia a la incertidumbre y el uso de un estilo de afrontamiento orientado a la emoción en el servicio de urgencias quizás podrían estar funcionando como variables mediadoras que estén exacerbando la sintomatología ansiosa y depresiva, por lo cual es necesario que se hagan estudios donde se analicen las variables mencionadas en relación con las sintomatologías (Howlett, et al., 2015; Iliceto et al., 2013; Gong et al., 2014; Zhou et al., 2016).

Por otro lado, el 24% de los participantes presentaron desesperanza, siendo este resultado similar a lo que marca la literatura nacional e internacional (Pompili et al., 2010; Landa-Ramírez et al., 2017). El resultado obtenido puede deberse a las altas exigencias del ambiente, las instrucciones contradictorias, el acoso, la falta de libertad para tomar decisiones y la mala organización del trabajo; Por lo cual, estas particularidades que se presentan en el servicio de urgencias quizá podrían generar pensamientos y actitudes negativas a los residentes sobre el futuro de su situación en su profesión y ambiente de trabajo (Kaschka et al., 2011, Pompili et al., 2010).

Por último, al analizar la variable de ideación suicida se encontró que el 4% de los participantes la presentó, siendo un porcentaje menor a lo que la literatura internacional y nacional marcan, ya que mencionan que ésta oscila entre el 5.4% al 14% (McLuckie et al., 2017; Tyssen et al., 2001; Schernhammer & Colditz, 2004; Dahlin et al., 2005; Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2014; González-Álvarez, 2015; Talih et al., 2016; Landa-Ramírez et al., 2017; McLuckie et al., 2017). El resultado obtenido se podría deberse a que los médicos ante el estigma que rodea el suicidio, prefieran no referir datos de esta variable por miedo a que los perciban débiles, incompetentes o poco capaces de manejar el estrés de su profesión (Iliceto et al., 2013).

En cuanto a los aspectos psicosomáticos, el 22% de los residentes en urgencias tuvieron niveles altos, lo cual implica que los residentes de urgencias están percibiendo respuestas fisiológicas que pueden estar afectando la vida de los mismos. En cambio, el 76% presentó un nivel medio, lo que implica que están comenzando a percibir los primeros síntomas fisiológicos provocados por el estrés (Esquivel-Molina et al., 2007; Kaschka et al., 2011; Arora et al., 2013; Roldán et al., 2015). Es necesario mencionar que los estudios que abordan las consecuencias fisiológicas no utilizan el término de aspectos psicosomáticos, sino reportan los niveles por separado de los factores que componen esta variable, por lo cual no se pueden hacer mediciones de constructo sino comparaciones de los componente que integran a la misma; Por ejemplo, la literatura nacional e internacional refiere que los niveles de problemas relacionados al sueño en médicos residentes fluctúan entre el 15.3% al 65% (Rosen, Gimotty, Shea & Bellini, 2006; Téllez-López, Guerrero-Sánchez, Gutiérrez-Torres, Niño- Ramírez & Silva olivares, 1995), los problemas

gastrointestinales oscilan entre el 21.9% al 50% (Cholongitas & Pipili, 2010; Velásquez-Pérez, Colín-Piana & González-González, 2013) y los niveles de problemas relacionados al dolor fluctúan entre el 6.3% al 45% (Long, Bogossian & Johnston, 2013; Velásquez-Pérez et al., 2013), los resultados obtenidos en cada uno de los factores fueron similares a los del estudio presente. La evidencia empírica ha referida que la exposición continua al ambiente estresante del servicio de urgencias, las jornadas laborales extensa y las rotaciones constantes está asociado a la presencia de estos niveles (Pagnin, de Queiroz, Carvalho, Dutra, Amaral & Queiroz, 2014). Por último, no se encontraron estudios donde se evaluaran los problemas psicosexuales en médicos, siendo una aportación del estudio presente ya que se encontraron altos niveles de este factor, es necesario que en futuras investigaciones se apliquen pruebas específicas que den más detalles sobre esta población y que se analice la repercusión que tiene este factor en la calidad de vida de los residentes.

Por último, al analizar la percepción del clima organizacional se encontró que más de una tercera parte no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo con el mismo. Dichos resultados difieren de las investigaciones internacionales donde mencionan que hay una percepción negativa (Bronkhorst, 2015) y de las nacionales donde el 50% del personal de salud reportó tener una percepción negativa del clima organizacional (Landa-Ramírez et al., 2017). El resultado obtenido se podría deber a que actualmente se están desarrollando los puntos de corte de la escala de clima organizacional, la cual limita el resultado a frecuencias y no a la percepción general de la variable antes mencionada, ya que no se tiene una adecuada clasificación de los niveles de percepción. Tomando en cuenta lo anterior, no se pudo comparar los resultados obtenidos con investigaciones internacionales ya que no se utilizó el mismo instrumento; Así mismo, no se pudo comparar la percepción del clima organizacional con estudios realizados en México, ya que la escala de clima organizacional se analizó con un método diferente al usado de la investigación. Es necesario buscar otras escalas que midan la percepción del clima organizacional o realizar una escala que incluyan los factores que la literatura ha mencionado que pertenecen a esta variable (Bronkhorst, 2015); Así mismo, se recomienda que los puntos de corte no sean sacados por medidas de posición, ya que sólo describen la distribución del puntaje y no la percepción de esta variable.

Al analizar las correlaciones de las tres categorías, se encontró que en el área de la salud mental la variable burnout correlacionó de manera moderada, positiva y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, desesperanza e ideación suicida; es decir, cuando se presentan altos niveles de burnout se presentan al mismo tiempo niveles elevados de las variables mencionadas; los resultados obtenidos concuerdan con la literatura internacional y nacional (Cortés-Sostres et al., 2015; Dahlin et al., 2005; Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2014; González-Álvarez, 2015; Govardhan et al., 2012; Shanafelt et al., 2011; Talih et al., 2016; Landa-Ramírez et al., 2017; Pompili et al., 2010).

La correlación de la sintomatología depresiva con el burnout muestra un foco de atención en la salud mental de los urgenciólogos, ya que la literatura demuestra que es un predictor para el desarrollo de un trastorno depresivo (Govardhan et al., 2012; Landa-Ramírez et al., 2017; Talih et al., 2016). Una posible explicación a esta relación es que existen factores que quizá permitan la presencia de esta sintomatología, ya que los médicos al cursar la residencia se encuentran expuestos a las extensas jornadas laborales, privación del sueño, el ambiente estresante, agotamiento y la constante presión de mejorar sus habilidades y conocimientos en corto tiempo. (López et al., 2007; Méndez, 2011; Govardhan et al., 2012; Talih et al., 2016; Kalmbach, Arnedt, Song, Guille & Sen, 2017). Otra posible explicación podría ser que la presencia del estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar quizá esté modificando sus ciclos de sueño y su rendimiento en el servicio de urgencias, lo cual podría generar mayores niveles de agotamiento, una baja realización del logro personal y un contacto impersonal y distante hacia sus colegas y pacientes. Es necesario que en estudios posteriores se analice qué factor está precediendo a cual, ya que como se ha visto en la literatura no se tiene bien establecido si el burnout genera la sintomatología depresiva o viceversa (Govardhan et al., 2012; Talih et al., 2016; Kalmbach et al., 2017).

La asociación entre el burnout con la desesperanza se podría explicar debido a que posiblemente los residentes están tan cansados por las extensas jornadas laborales, la privación del sueño y el ambiente estresante que posiblemente estén generando sentimientos de desesperación, decepción y desilusión hacia el futuro de su situación laboral (González-Álvarez, 2015, López et al., 2007; Landa-Ramírez et al., 2017; Méndez,

2011; Pompili et al., 2010). Otra posible explicación podría ser que los sentimientos de desesperación, decepción y desilusión generen un ambiente estresante que quizá aumenta los niveles de agotamiento, los pensamientos de insatisfacción con su logro personal y las conductas disruptivas con sus colegas y pacientes (Pompili et al., 2006; Pompili et al., 2010).

La correlación que se encontró entre la ideación suicida y el burnout, quizás podría ser explicada por el ambiente estresante donde trabajan los profesionales de la salud, ya que no se les permite demostrar ninguna debilidad porque ellos se encuentran en un rol de salvaguardar vidas. (Cortés-Sostres et al., 2015; Dahlin et al., 2005; Dyrbye et al., 2008; Dyrbye et al., 2014; González-Álvarez, 2015; Iliceto et al., 2013; Landa-Ramírez et al., 2017; Shanafelt et al., 2011; Talih et al., 2016). Sin embargo, podría ser que esta situación no disminuya los síntomas que tienen, al contrario, podrían estar aumentando sus niveles de distrés mental, el cual ha sido reconocido como el predictor más fuerte para desarrollar ideación suicida (Dyrbye et al., 2014; McLuckie et al., 2017; Tyssen, Vaglum, Grønvold, & Ekeberg, 2001). Otra posible explicación podría ser que los médicos al tener altos niveles de distrés mental como se ha reportado en la literatura en sujetos con ideación suicida, quizás este asociado con que se sientan insatisfechos con su logro personal y tengan un contacto impersonal y distante hacia sus colegas y pacientes (Dyrbye et al., 2014; McLuckie et al., 2017)

En cuanto a la sintomatología ansiosa y el burnout, no se encontró una correlación estadísticamente significativa como menciona la literatura nacional e internacional (Landa-Ramírez et al., 2017; Talih et al., 2016; Zhou et al., 2016). Es necesario mencionar que la literatura remarca que existen variables mediadoras como los estilos de afrontamiento y la poca tolerancia a la incertidumbre que generan una relación entre las mismas (Iliceto et al., 2013; Zhou et al., 2016), por lo cual sería necesario indagar cuáles otras variables influyen en la relación de burnout con ansiedad en los médicos residentes del área de urgencias (Landa-Ramírez et al., 2017; Talih et al., 2016; Zhou et al., 2016). Otra posible explicación a estos resultados podría ser el uso de la escala HADS para medir ansiedad, ya que no contempla el constructo general de esta variable, sino que retoma solamente la dimensión cognitiva y física, lo cual no se había investigado con el énfasis que se abordó en el

presente estudio, ya que se utilizaron otros instrumentos que evaluaban el constructo completo de ansiedad. Este resultado podría mostrar las diferencias entre el burnout y la ansiedad (Jiménez-López et al., 2015; Landa-Ramírez et al., 2017; López-Alveranga et al., 2002; Pereira-Lima & Loureiro, 2015; Zigmund et al., 1983). Por último, otra posible explicación es que la sintomatología ansiosa está relacionada con la depresión como se ha visto con anterioridad y no con el burnout, siendo un indicador que se debe analizar.

En la categoría de los aspectos psicosomáticos se encontró que no hubo una correlación estadísticamente significativa con el burnout. El resultado obtenido quizá se podría deber a que la definición conceptual de *aspectos psicosomáticos* es muy ambigua, ya que evalúa las respuestas psicológicas que tiene el individuo ante el estrés, las cuales la literatura menciona que no solamente son problemas de sueño, gastrointestinales, psicosexuales y dolor sino que también engloba problemas cardiovasculares, inflamatorios, cutáneos y de alergia, siendo un constructo que no ejemplifica ni delimita todas las categorías que aborda, dando posibles falsos negativos al no cubrir la variable completa (Arora et al., 2013; Esquivel-Molina et al., 2007; He, Chen, Zhan, Wu & Opler, 2014; Kaschka et al., 2011; Roldán et al., 2015). Asimismo, los factores que integran esta variable tal vez podrían ser producto de otras enfermedades que ya tenían los residentes, por lo cual es necesario que en futuras investigaciones se tome en cuenta como criterio de inclusión el que los residentes no tengan alguna enfermedad que genere los síntomas que la variable estudia; Así mismo, es necesario que se realicen registros fisiológicos para corroborar que se estén presentando los síntomas de la variable mencionada.

Por último, lo que se encontró en la categoría de clima organizacional fue que no hubo una correlación estadísticamente significativa entre la variable mencionada con el burnout, lo cual es contrario a lo que la literatura nacional e internacional reportan (Bronkhorst, 2015; Green et al., 2014; Landa-Ramírez et al., 2017). Esto quizá se podría deber a que los médicos podrían haber contestado la escala a partir de la deseabilidad social, dando una imagen demasiado favorable de la institución con el fin de evitar tener represalias en su rol o en su profesión, a pesar de que se les haya mencionado que los datos que se obtuvieron serían tratados de forma confidencial. También, podría ser que los médicos realmente tienen una buena percepción del clima organizacional en el que

trabajan; sin embargo, esta posible explicación queda en duda debido a que una buena percepción de esta variable es predictor para bajos niveles de burnout, sintomatología ansiosa y depresiva (Bronkhorst, 2015; Domínguez-Espinoza, Aguilera-Mijares, Acosta-Canales, Navarro-Contreras & Ruiz-Paniagua, 2012). Sin embargo, es necesario poner atención en esta variable, ya que el clima organizacional afecta en las oportunidades de avance en la institución, la claridad del rol y el apoyo de la organización las cuales están asociadas con el desarrollo de burnout (Green et al., 2014).

También, al analizar los componentes del clima organizacional se encontró una correlación baja, negativa y estadísticamente significativa entre la organización de la institución con el burnout; es decir, cuando hay una buena percepción de la organización habrán niveles bajos de burnout. Este resultado es similar a lo que la literatura internacional y nacional remarca (Bronkhorst, 2015; Green et al., 2014; Landa-Ramírez et al., 2017). El resultado quizá se podría deber a que la ambigüedad en los roles, la sobrecarga de trabajo, el tiempo insuficiente para completar las tareas y las demandas competitivas generan estrés en los residentes, siendo éste un probable predictor del burnout (Green et al., 2014).

Sugerencias

En primer lugar, se debe considerar que este estudio se realizó con médicos que apenas habían comenzado su primer año de residencia en el área de urgencias, por lo que los resultados obtenidos no representan completamente la situación que viven los residentes, ya que no se contemplaron criterios de representatividad como el cálculo del tamaño de la muestra, su homogeneidad, entre otras. Cabe mencionar que los grupos de participantes de los hospitales no fueron homogéneos, por lo cual no se realizaron comparaciones entre grupos. Se recomienda que en futuras investigaciones se controle la homogeneidad de los participantes y se contemplen criterios de representatividad para que la muestra sea representativa y se puedan realizar comparaciones entre grupos (López, González, Morales & Espinoza, 2007; Méndez, 2011).

También se detectaron limitaciones en las escalas que se utilizaron; por ejemplo, la Escala de clima organizacional al no tener puntos de corte se limitó a los resultados de las frecuencias y no a la percepción del clima organizacional de la institución, por lo cual es

necesario que se hagan los respectivos estudios para generar puntos de corte en la escala o buscar otra con mejores propiedades psicométricas, validada en México y con puntos de corte de acuerdo a nuestra población (Uribe, 2007).

Retomando lo anterior, sería importante buscar otra escala que mida ideación suicida, ya que la Escala de Ideación Suicida de Beck no es sensible con la población mexicana, este resultado se concluyó debido a que los médicos no contestaban la escala o la dejaban inconcluso cuando se daban cuenta que abordaba la variable de ideación suicida; Incluso los residentes en urgencias pusieron comentarios en la escala como “yo no me quiero suicidar”(sic) o “eso es para gente que es débil” (sic). Esto podría deberse a que es difícil determinar el riesgo de suicidio en las profesiones de la salud debido a la controversia en el proceso de recopilación de datos y el estigma que rodea el suicidio en éstas.

Por último, es necesario que se preste especial atención a los niveles de burnout, ya que indican un foco de atención en la salud mental de los residentes en el área de urgencias, por lo cual es preciso que se realicen futuras investigaciones que tomen en cuenta las limitaciones antes mencionadas para poder tener una mejor visión de la situación actual de los residentes.

También el estudio que se realizó fue transversal, lo que significa que sólo hubo una medición en el tiempo, el cual nos permitió saber la asociación del burnout con las variables relacionadas en un momento en el tiempo; Sin embargo, las variables de salud mental son fluctuantes a través del tiempo, por lo que esta investigación no nos permite conocer las variaciones de las mismas. Es necesario realizar en futuras ocasiones estudios longitudinales donde se pueda ver la evolución del burnout durante la especialidad de urgencias ya que el 66% de los residentes están comenzando a manifestar los primeros síntomas. Como se ha visto en otros estudios, esta variable y la sintomatología ansiosa y depresiva tienden a incrementar a través del tiempo, elevando las probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad generalizada (Mata et al., 2015; Shanafelt et al., 2015).

Tomando en cuenta que el estudio es correlacional, sólo se puede afirmar si existe una asociación entre el burnout y las variables mencionadas, por lo que el estudio no nos permite saber si una variable predice a otra. Es necesario realizar, en un futuro, experimentos puros que nos permitan saber qué variables predicen el burnout y sus factores asociados para así saber sobre cuáles se tiene que intervenir para disminuirlos.

Bondades del estudio.

A pesar de las limitaciones que se mencionaron con anterioridad, el estudio ofrece una evaluación actualizada del burnout y de los factores que han sido asociados en residentes de urgencias, lo cual nos permite tener una idea de la situación que actualmente vive la población mencionada, a diferencia de los estudios que existen (Ávila-Sandoval, 2002; Loría & Guzmán, 2006). Así mismo, se realizó un estudio correlacional sobre los factores que la literatura describe que se han relacionado con el burnout, mismo que permitió conocer si estas correlaciones se presentaban en los residentes de urgencias en la CDMX (Pompili et al; Govardhan et al., 2012; Arora et al., 2013; Bronkhorst, 2015; Talih et al., 2016; Landa-Ramírez et al., 2017).

Otro aspecto importante fue que el estudio actual fue multicéntrico, el cual evita posibles fuentes de invalidez externa ya que representa de mejor manera los participantes con los que se trabajó (Arora et al., 2013), a diferencia de los estudios anteriores que sólo se hacían en una sede (Ávila-Sandoval, 2002; Loría & Guzmán, 2006).

También, las investigaciones que actualmente abordan el burnout y sus variables asociadas incluyen enfermeros y médicos del área de urgencias, lo cual es un problema ya que hay diferencias bien establecidas entre estas profesiones (Pompili et al., 2006; Arora et al., 2013; Bragard et al., 2015; Landa-Ramírez et al., 2017), considerando lo anterior, el presente estudio se limitó a trabajar con residentes del área de urgencias para conocer las características que tiene la muestra señalada en los niveles de burnout y sus variables asociadas.

Por último, se decidió aplicar la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional la cual fue hecha para detectar burnout en población mexicana; Así mismo, la escala tenía sus

puntos de corte, sus niveles de burnout y sus clasificaciones diagnósticas adaptados a la cultura mexicana (Uribe, 2007).

Referencias:

- Aguirre-Hernández, R., López-Flores, J.F., Flores-Flores, R.C. (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 3(8), 28-33.
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., & Franco-Chávez, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(3), 225–231.
- Arenas, M.L., Hernández, T.I., Valdez, S.R. y Bonilla, F.P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46, 316- 332.
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A. D. (2013). Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 25(6), 491–495. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12135>
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Athié-Gutiérrez, C., Cardiel Marmolejo, L. E., Camacho-Aguilera, J., Mucientes-Avellaneda, V. M., Terronez-Girónd, A. M., Cabrera-Mora, N.M., ... Sainos Ramírez, C.A. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Inv Ed Med*; 5(18), 102-107
- Avila-Sandoval C. (2002). Prevalencia de estrés manifestado como ansiedad y depresión entre los residentes en urgencias médico quirúrgico del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Tesis de especialización en Medicina de Urgencias. IPN-IMSS.

- Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352
- Bragard, I., Dupuis, G., & Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 22(4), 227–234. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000194>
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., & Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000026>
- Cholongitas, E., & Pipili, C. (2010). Impact of burnout syndrome on gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome in health care workers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(2), 209-210. <https://doi.org/10.4088/JCP.09l05415whi>
- Córdova, M., Rosales, J.C. y Eguiluz, L.L. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2) 311-324.
- Cortés-Sostres, J.F. Heinze-Martin, G. Moheno-klee, V. & Vargas-Terrez, B. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación en Educación Médica*. 4(16), 229-235.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594-604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x>

- Dai, Y., Zhang, B., Sun, H., Li, Z., Shen, L., & Liu, Y. (2015). Prevalence and Correlates of Psychological Symptoms in Chinese Doctors as Measured with the SCL-90-R: A Meta-Analysis. *Research in Nursing & Health*, 38(5), 369-383. <https://doi.org/10.1002/nur.21673>
- Díaz-Juárez, C.M. (2017). Resiliencia, sintomatología ansiosa, depresiva y burnout en médicos internos (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Domínguez-Espinoza, A.C., Aguilera-Mijares, S., Acosta-Canales, T.T., Navarro-Contreras, G. & Ruiz-Paniagua, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de Aprobación social. *Acta de investigación psicológica*. 2(3), 808-824.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., ... Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341.
- Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., ... Shanafelt, T. D. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 304(11), 1173-1180. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1318>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(3), 443-451. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000134>
- Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., ... Shanafelt, T. D. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 304(11), 1173-1180. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1318>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136.
- Estryn-Behar, M., Doppia, M.-A., Guetarni, K., Fry, C., Machet, G., Pelloux, P., ... Prudhomme, C. (2011). Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 28(5), 397–410. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.082594>
- Esquivel-Molina, C., Buendía-Cano, F., Martínez-García, O., Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex, Seguro Social. Vol 45*: 427-36.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gong, Y., Han, T., Chen, W., Dib, H. H., Yang, G., Zhuang, R., ... Lu, Z. (2014). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PloS One*, 9(7), e103242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103242>
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. y González, J.J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- González-Álvarez, V.R. (2015). Desesperanza, “burnout” e ideación suicida en enfermeras y médicos de un servicio de urgencias (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México

- Govardhan, L. M., Pinelli, V., & Schnatz, P. F. (2012). Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Connecticut Medicine*, 76(7), 389-395.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41-49. <https://doi.org/10.1037/a0035299>
- Harper, K., & Armelagos, G. (2010). The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(2), 675-697. <https://doi.org/10.3390/ijerph7020675>
- He, S., Chen, Y., Zhan, J., Wu, J. & Opler, M. (2014). Job Burnout, Mood State, and Cardiovascular Variables Changes of Doctors and Nurses in a Children's Hospital in China. *ISRN Nursing*. 2014, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/386719>
- Howlett, M., Doody, K., Murray, J., LeBlanc-Duchin, D., Fraser, J., & Atkinson, P. R. (2015). Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 32(9), 722-727. <https://doi.org/10.1136/emered-2014-203750>
- Iliceto, P., Pompili, M., Spencer-Thomas, S., Ferracuti, S., Erbuto, D., Lester, D., ... Girardi, P. (2013). Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 16(2), 143-152. <https://doi.org/10.3109/10253890.2012.689896>
- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Ángeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28.

- Juárez, F., Villatoro, J. A. y López, E. K. (2002). Apuntes de Estadística Inferencial. México, D. F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(46), 781–787. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
- Kalmbach, D. A., Arnedt, J. T., Song, P. X., Guille, C., & Sen, S. (2017). Sleep Disturbance and Short Sleep as Risk Factors for Depression and Perceived Medical Errors in First-Year Residents. *Sleep*, 40(3). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw073>
- Landa-Ramírez, É., Rangel-Domínguez, N. E., Villavicencio-Carranza, M. A., Weingerz-Mehl, S., Reyes-Saavedra, M. I., González-Álvarez, V. R., ... Jiménez-Escobar, I. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, 27(2), 245–254.
- Lalonde, M., (1974). A new perspective on the health of Canadians, Ottawa: Government of Canada.
- Levin, K. H., Shanafelt, T. D., Keran, C. M., Busis, N. A., Foster, L. A., Molano, J. R. V., ... Cascino, T. L. (2017). Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurology residents and fellows in 2016. *Neurology*, 89(5), 492–501. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004135>
- Lisbona, A., Palací, F.J. y Gómez, A. (2008). Escala de clima para la iniciativa y para la seguridad psicológica: adaptación al castellano y su relación con el desempeño organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 153-167.
- López, A., González, F., Morales, M., y Espinoza, C. (2007). Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3) 233-242.

- López-Alveranga, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. & Salín, R. (2002). Hospital Anxiety and Depression Scale en sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.
- Long, M. H., Bogossian, F. E., & Johnston, V. (2013). The prevalence of work-related neck, shoulder, and upper back musculoskeletal disorders among midwives, nurses, and physicians: a systematic review. *Workplace Health & Safety*, 61(5), 223-229; quiz 230. <https://doi.org/10.1177/216507991306100506>
- Loría C., J. y Guzmán, L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5(3), 432-443.
- Ludwig, A. M. (1975). The psychiatrist as physician. *JAMA*, 234(6), 603-604.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach C, Jackson S, Leiter M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: 3rd ed. California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 314(22), 2373-2383. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>

- McLuckie, A., Matheson, K. M., Landers, A. L., Landine, J., Novick, J., Barrett, T., & Dimitropoulos, G. (2017). The Relationship Between Psychological Distress and Perception of Emotional Support in Medical Students and Residents and Implications for Educational Institutions. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1007/s40596-017-0800-7>
- Méndez, A. (2011). Síndrome de Burnout en Residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An Med Asoc Med Hosp ABC*, 56(2), 79-84.
- NIMH » Anxiety Disorders. (s. f.). Recuperado 13 de febrero de 2018, a partir de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
- NIMH » Depression. (s. f.). Recuperado 13 de febrero de 2018, a partir de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Noguera-Orozco M, Pérez-Terán B, Barrientos-Casarrubias V, Robles-García R, Sierra-Madero J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2a. ed.). México: Thomson.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 2, 219-216.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Alma Ata. Recuperado el 18 de octubre 2015 de: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>

- Ortega-Loubon, C., Salas, R., Correa, R. (2011) Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Hospital aquilino tejeira*. 2011. 7(24), 1-7. doi: 10:3823/072
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1905–1933. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Carvalho, Y. T. M. S., Dutra, A. S. S., Amaral, M. B., & Queiroz, T. T. (2014). The relation between burnout and sleep disorders in medical students. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 38(4), 438-444. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0093-z>
- Peña S., E., Muñiz, J., Campillo Á., A., Fonseca P., E. y García C., E. (2013). Assessing organizational climate: psychometric properties of the CLIOR Scale. *Psicothema*, 25(1), 137-144. doi: 10.7334/psicothema2012.260.
- Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 20(3), 353-362. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.936889>.
- Polanco G., C., Castañón G., J., Buhse, T., Samaniego M., J., Arreguín N., R. y Villanueva M., S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and

using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.002>

Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G. D., Dominici, G., Talamo, A., ...

Tatarelli, R. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *La Clinica Terapeutica*, 161(6), 511-514.

Reyes-Carmona, C., Monterrosas- Rojas, A. M., Navarrete-Martínez, A., Acosta-Martínez, E. P.,

& Torruco-García, U. (2016). Ansiedad de los estudiantes de la facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en Educación Médica*. 6(21), 42-46.

Doi.org/10.1016/j.riem.2016.05004

Reyes- Saavedra, M. I. (2015). Asociación de sintomatología depresiva y ansiosa relacionadas al desarrollo de burnout en personal de salud de urgencias médicas (tesis de pregrado).

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Roldán, A., María, A., Barriga, Q., & María, A. (2015). Burnout Syndrome, Family and Work

Related Variables on General Practitioners in Bogota. A Strategy of Work Quality. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.017>

Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *The Libyan Journal of Medicine*, 9, 23556.

Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(1), 82-85.

Rothenberger, D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the Colon and Rectum*, 60(6), 567–576.

<https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, 1-12.

Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *The American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2295-2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>

Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M., & Yorgancioglu, G. (2016). Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. *Medicine*, *95*(10), e2856. DOI: 10.1097/MD.0000000000002856

Shanafelt, T. D. (2009). Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*, *302*(12), 1338-1340. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1385>

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)*, *146*(1), 54-62. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, *172*(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the

General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Talih, F., Warakian, R., Ajaltouni, J., Shehab, A. A. S., & Tamim, H. (2016). Correlates of Depression and Burnout Among Residents in a Lebanese Academic Medical Center: a Cross-Sectional Study. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(1), 38-45. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0400-3>

Téllez-López, A., Guerrero-Sánchez, E., Gutiérrez-Torres, F., Niño-Ramírez, P., & Silva Olivares, V. (1995). Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey. *Salud Mental* V, 18(1), 14-22.

Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, O. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64(1), 69-79.

Uribe P., J.F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21.

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

Vidal-Velazco, E.A. (2015). Relación entre elementos del clima organizacional y desarrollo de burnout en personal hospitalario de urgencias (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67, 361-370.

Zhou, J., Yang, Y., Qiu, X., Yang, X., Pan, H., Ban, B., ... Wang, W. (2016). Relationship between Anxiety and Burnout among Chinese Physicians: A Moderated Mediation Model. *PloS One*, 11(8), e0157013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157013>

Anexos:

Anexo 1. Cuestionario de variables sociodemográficas.



Datos generales



La finalidad de las siguientes preguntas es recabar información para investigación, los datos que nos proporcione son anónimos y confidenciales. Sólo serán utilizadas con fines estadísticos. No existen respuestas buenas ni malas.

¡Gracias!

1. Edad _____ años
2. Sexo: _____ M _____ F
3. Estado civil _____ Con pareja _____ Casado _____ Soltero _____
Divorciado _____ Viudo _____
4. **¿Cuántos años han tenido actividades profesionales o de entrenamiento en hospitales?**

5. Año de residencia _____
6. Servicio _____
7. Correo electrónico

¡No escribas tu nombre ni hagas marcas que te puedan identificar personalmente!

Anexo 2. Escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO)

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

INSTRUCCIONES

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

Para contestar utilice las **hojas de respuesta** (F02) anexas, marcando con una “x” el recuadro correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

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

Ejemplo tipo 1:

1. Considero que es importante asistir a fiestas.

TD			TA		
	X				

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

Ejemplo tipo 2:

¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

NUNCA			SIEMPRE		
	X				

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

1. Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por la mañana para ir a trabajar.
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.
5. Siento que un día de estos mi mente estallara de tanta presión en el trabajo.
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.
7. Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.
9. Establezco fácilmente comunicaciones con los usuarios de mi trabajo.
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.
16. En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.
17. Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.
30. En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con qué frecuencia...?

31. Consideras que duermes en exceso (más de 8 horas diarias).
32. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.
33. Tienes dolores de cabeza.
34. Sientes dificultad para deglutir.
35. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.
36. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.
37. Sientes indiferencia sexual.
38. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.
39. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.
40. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.
41. Sufres de intolerancia a diferentes alimentos.
42. Sufres vómitos.
43. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
44. Te duele la espalda y el cuello.
45. Tienes molestias al orinar.
46. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p.e. Roncar)
47. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
48. Dejas de dormir por varios días.
49. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
50. Sufres nauseas.
51. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (ej. Manejando, conversando).
52. Te duele el pecho.
53. Tienes molestias al defecar.
54. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estas con una pareja.
55. Sufres diarrea.
56. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas **57, 58 y 59** son sólo para **hombres**, las preguntas **60, 61 y 62** sólo para **mujeres**.

57. Tienes problemas de eyaculación precoz.

58. Tienes problemas de erección.

59. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.

60. Tu menstruación es irregular.

61. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).

62. Durante tu periodo menstrual, sufres dolores insoportables que limitan tus actividades.

Hoja de respuestas F02

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

TD= total desacuerdo

TA= total acuerdo

H= solo hombres

M= solo mujeres

	NUNCA					SIEMPRE
31.-						
32.-						
33.-						
34.-						
35.-						
36.-						
37.-						
38.-						
39.-						
40.-						
41.-						
42.-						
43.-						
44.-						
45.-						
46.-						
47.-						
48.-						
49.-						
50.-						
51.-						
52.-						
53.-						
54.-						
55.-						
56.-						
57.-						H
58.-						H
59.-						H
60.-						M
61.-						M
62.-						M

Anexo 3. The Hospital Anxiety and Depression Scale.

H.A.D.S.

Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
3. Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder:
 Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
6. Me siento alegre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
7. Soy capaz de permanecer sentado tranquila y relajadamente:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
8. Me siento lento y torpe:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
10. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera dejar de moverme:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No, en absoluto

Anexo 4. Escala de Clima Organizacional

ESCALA CLIOR

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, por favor marque con una "X" el recuadro que mejor describa su opinión

No olvide responder cada una de ellas. Gracias.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
C1. Dispongo de los medios necesarios para desarrollar mi trabajo.					
C2. Mis esfuerzos se premian adecuadamente.					
C3. Mis superiores valoran el orden y la precisión de mi trabajo					
C4. Mis jefes valoran bien las ideas que apporto para mejorar el trabajo					
C5. Mis jefes me animan cuando tengo problemas para que pueda solucionarlos					
C6. Mis sugerencias sobre mi trabajo estás bien atendidas					
C7. Me siento realmente apoyado por mis superiores					
C8. Se dan oportunidades para la formación					
C9. Tengo autonomía para organizar mi propio trabajo					
C10. Los jefes se interesan por mis problemas laborales					
C11. Los objetivos de mi trabajo están claramente definidos					
C12. Los jefes saben escuchar a sus subordinados					
C13. En mi trabajo se valoran las aportaciones innovadoras					
C14. Cuando hago bien algo, mis superiores me felicitan					
C15. La relación entre el perfil del puesto y las tareas que realizo es buena					
C16. Se estimula la aportación de ideas nuevas					
C17. Tengo bien definido mi trabajo					
C18. Se cumple adecuadamente con los plazos establecidos					
C19. Se aprovechan de forma adecuada las nuevas tecnologías					
C20. Mis jefes me vigilan estrechamente					
C21. Mis superiores no atienden las demandas					
C22. Pienso que emocionalmente doy más que lo que recibo en mi trabajo					
C23. El trato de mis superiores es bastante despótico					
C24. Los jefes se guardan información importante					
C25. Todo se decide desde arriba					
C26. La planificación del trabajo a largo plazo es inexplicable					
C27. La organización del trabajo es autoritaria					
C28. En mi entorno laboral hay quien tiene privilegios injustificados					
C29. A los trabajadores se les oculta los objetivos y los resultados obtenidos.					
C30. Las órdenes que se reciben son contradictorias					
C31. El método de trabajo en mi servicio se ha quedado anticuado y obsoleto					

Anexo 5. Escala de Desesperanza de Cordova.

E.D

- 1- Pienso que mi futuro mejorará en comparación con mi situación presente.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 2- Pienso que las situaciones o condiciones que viviré en el futuro serán muy prometedoras.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 3- Pienso que si en el futuro cambian las cosas será para empeorar.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 4- Pienso que alcanzaré todas las metas que me he propuesto.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 5- Pienso que tengo un gran futuro por delante.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 6- Pienso que no tengo la capacidad o habilidad para formarme un buen futuro.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 7- Estoy convencido(a) del refrán: "Cada quién es arquitecto de su propio destino o futuro".

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 8- Siento desesperación debido a que el futuro me parece incierto.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

- 9- Siento desesperación porque creo que las cosas no van a cambiar con el paso del tiempo.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

10- Tengo grandes ilusiones.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

11- Mis ilusiones decaen cuando pienso en el futuro.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

12- Siento decepción al no percibir un futuro prometedor.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

13- La decepción me asalta cuando me doy cuenta de que por más que me esfuerce “el que nace para maceta no pasa del corredor”.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca

Anexo 6. Escala de Ideación Suicida de Beck

EBIS

Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los grupos de frases que aparecen debajo. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que **mejor** describa cómo se ha sentido en los **últimos siete días, incluyendo el día de hoy**. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de escoger alguna.

- | | |
|---|---|
| <p>1. a. Tengo muchos deseos de vivir
b. Mis deseos de vivir son medianos o moderados
c. No tengo deseos de vivir</p> <p>2. a. No tengo deseos de morir
b. Tengo pocos deseos de morir
c. Tengo muchos deseos de morir</p> <p>3. a. Tengo más razones para vivir que para morir
b. Tengo tantas razones para vivir como para morir
c. Tengo más razones para morir que para vivir</p> <p>4. a. No tengo deseos de suicidarme
b. Tengo pocos deseos de suicidarme
c. Tengo de moderados a fuertes deseos a suicidarme</p> <p>5. a. Si estuviera en una situación de vida o muerte, haría todo lo posible por salvar mi vida
b. si estuviera en una situación de vida o muerte, me la jugaría entre las dos opciones
c. Si me encontrara en una situación de vida o muerte, no trataría de salvar mi vida</p> | <p>7. a. Rara vez o sólo muy de vez en cuando pienso en suicidarme
b. Frecuentemente pienso en suicidarme
c. Casi todo el tiempo estoy pensando en suicidarme</p> <p>8. a. No acepto la idea de suicidarme
b. Ni acepto ni rechazo la idea de suicidarme
c. Acepto la idea de suicidarme</p> <p>9. a. Me puedo controlar para evitar suicidarme
b. No estoy seguro de que me puedo controlar para evitar suicidarme
c. No me puedo controlar para evitar suicidarme</p> <p>10. a. Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc. Son razones por las que no me suicidaría
b. Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc., me preocupan un poco cuando pienso en suicidarme
c. Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc. no me preocupan cuando pienso en suicidarme</p> <p>11. a. Mis razones para suicidarme tienen que ver con la gente, como desquitarme de alguien, hacer feliz a alguien, hacer que me pongan atención, etc.
b. Mis razones para suicidarme no sólo tienen que ver con la gente, sino que también son una forma de resolver mis problemas
c. Mis razones para suicidarme tiene que ver principalmente para escapar de mis problemas</p> |
|---|---|
- ¡ATENCIÓN! Lea estas instrucciones:**

 - Si en el grupo 4 y 5 marco la **a**, sáltese hasta el 20
 - Si en el grupo 4 o en el 5 marco ya sea **b** o **c**, continúe con el 6.
6. a. Hay temporadas que me duran poco tiempo en que pienso en suicidarme
b. Hay temporadas que me duran un tiempo medio en que pienso en suicidarme
c. Hay temporadas que me duran un tiempo largo en que pienso en suicidarme

12. a. No tengo ningún plan específico para suicidarme
b. He pensado en formas para suicidarme pero no he considerado los detalles
c. Tengo listo un plan concreto para suicidarme
13. a. No tengo a la mano la forma ni la oportunidad para suicidarme
b. La forma en la que me suicidaría es complicada, además de que no tengo una buena oportunidad para llevarla a cabo
c. Tengo a la mano o espero tenerla, la forma de suicidarme y también tengo o tendré la oportunidad de llevarla a cabo
14. a. No tengo el valor o la habilidad para suicidarme
b. No estoy seguro de tener el valor o la habilidad para suicidarme
c. Tengo el valor y la habilidad para suicidarme
15. a. Pienso que no intentaré suicidarme
b. No sé si intentaré suicidarme o no
c. estoy seguro de que intentaré suicidarme
16. a. No he hecho preparativos para suicidarme
b. He hecho algunos preparativos para suicidarme
c. Casi he terminado o ya terminé los preparativos para suicidarme
17. a. No he hecho una nota o carta para que la encuentren si me suicido
b. He pensado en escribir una carta o nota para que la encuentren si me suicido, o he empezado a escribir una, pero no la he terminado
c. He terminado de escribir una carta o nota para que la encuentren después de suicidarme
18. a. No he hecho ningún arreglo con respecto a lo que pasará después de suicidarme
b. He pensado en hacer algunos arreglos con respecto a lo que pasará después de suicidarme
c. He hecho arreglos concretos con respecto a lo que pasará después de suicidarme

19. a. No he ocultado a la gente que me quiero suicidar
b. He evitado decirle a la gente que me quiero suicidar
c. He mentido o le he ocultado a la gente que me quiero suicidar
20. a. Nunca he intentado suicidarme
b. Intenté suicidarme una vez
c. Intenté suicidarme dos o más veces

¡ATENCIÓN! Lea estas instrucciones:

Si usted ha intentado suicidarse alguna vez, por favor conteste la siguiente pregunta

21. a. La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran pocas
b. La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran medianas
c. La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran muchas

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU
COOPERACIÓN Y PACIENCIA!**

