



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Resiliencia y estrategias de afrontamiento como factores protectores de Burnout en Residentes de HPFBA.

Tesis de Posgrado

Para optar por el grado de especialista en medicina:

PSIQUIATRÍA

Presenta:

Daniel Eduardo Díaz Pacheco

Tutores Principales:

Doctor Fernando Corona Hernández

Maestra Juana Freyre Galicia

CIUDAD DE MEXICO, AGOSTO 2018



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.

ÍNDICE:

| | | |
|-------|--|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 5 |
| II. | MARCO TEÓRICO | 10 |
| | BURNOUT | 10 |
| | Definición | 10 |
| | El Burnout como un síndrome clínico. | 12 |
| | Factores de riesgo. | 15 |
| | El burnout en las actividades profesionales. | 28 |
| | Burnout y psiquiatría | 32 |
| | Prevención de burnout. | 32 |
| | RESILIENCIA | 34 |
| | Factores relacionados con resiliencia en adultos sanos. | 36 |
| | Neurobiología en la resiliencia. | 38 |
| | El concepto de resiliencia y su medición. | 38 |
| | ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | 40 |
| | Reacción de protección contra el estrés | 40 |
| | Teoría del afrontamiento. | 42 |
| | Factores moduladores del afrontamiento. | 46 |
| | Instrumentos de evaluación. | 49 |
| III. | METODOLOGÍA | 51 |
| | JUSTIFICACIÓN | 51 |
| | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 53 |
| | OBJETIVOS | 54 |
| | HIPÓTESIS | 55 |
| | VARIABLES | 56 |
| | TIPO DE ESTUDIO / TIPO DE MUESTRA / CRITERIOS DE SELECCIÓN | 58 |
| | INSTRUMENTOS | 69 |
| | PROCEDIMIENTO | 64 |
| | CONSIDERACIONES ÉTICAS. | 64 |
| | ANÁLISIS ESTADÍSTICO. | 65 |
| IV. | RESULTADOS | 66 |
| V. | DISCUSIÓN | 72 |
| VI. | CONCLUSIONES | 75 |
| VII. | BIBLIOGRAFÍA | 78 |
| VIII. | ANEXOS | 86 |
| IX. | AGRADECIMIENTOS | |

Índice de tablas y abreviaturas.

| | | |
|------|---|----|
| I. | TABLA 1 : PRIMERA MEDICIÓN DE BURNOUT | 67 |
| II. | TABLA 2 : SEGUNDA MEDICION DE BURNOUT | 67 |
| III. | TABLA 3 : ANSIEDAD VS AÑO DE RESIDENCIA | 69 |
| IV. | TABLA 4 : DEPRESIÓN VS AÑO DE RESIDENCIA | 70 |
| V. | TABLA 5 : ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS ESCALA RESI M | 71 |

OMS: Organización mundial de la salud.

PUEM: Plan único de especializaciones médicas.

DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

DHEAS: dehidroepiandrosterona

WCQ: Ways of coping questionair

RESI-M : Escala de resiliencia en mexicanos.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

RESUMEN

Introducción: Existen estudios que muestran que el nivel de Burnout en Residentes Médicos es importante, variando de un 25 a un 75% dependiendo de la especialidad y el país. LA psiquiatría tiene especial importancia debido a que tiene estresores personales, sociales y la influencia del estigma social. Debido a que esto impacta en gran importancia a la calidad de atención del paciente, es necesario la aplicación de medidas preventivas.

Objetivo: Conocer la relación que existen entre estrategias de afrontamiento y resiliencia con el desarrollo de Burnout en médicos residentes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Métodos: Se aplicaron Escala de Resiliencia para Mexicanos, Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, Inventario de Burnout de Maslach además de escala de depresión y ansiedad de Hamilton.

Resultados: Se recabó información de 77 residentes. Presentando mayor incidencia de Burnout en los residentes de primer año 44%. Se encontraron niveles de ansiedad leve con la escala de Hamilton en un 91% y con datos clínicos de depresión con un 28.6%. Con relación a las escalas para las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y el Burnout, no existe una relación significativa.

Conclusiones: Se encontró que existe una prevalencia más alta de Burnout en residentes de primer año en comparación con los otros años. Fue alta la prevalencia de síntomas ansiosos en la población total. No se muestran relaciones significativas que nos hagan pensar que algún tipo de habilidad en las subescalas de Resiliencia o en las de estrategias de afrontamiento puedan ser un factor protector para prevenir Burnout.

Palabras clave: médicos residentes, burnout, afrontamiento, resiliencia, ansiedad, depresión.

I. INTRODUCCIÓN

La formación de personal médico en psiquiatría en las últimas décadas ha tenido algunas dificultades. Se ha observado que la percepción negativa de la psiquiatría en la sociedad puede desalentar a los médicos generales de entrar a los campos de la salud mental (1,2). Reportes de médicos que han abandonado su formación como psiquiatras han indicado que sus razones principales son: la dificultad de los pacientes psiquiátricos, condiciones de trabajos deficientes, estrés laboral y problemas de moralidad en el personal sanitario (3). De acuerdo a las cifras a nivel mundial, el interés que muestran los médicos para estudiar la especialidad en psiquiatría se ubica entre el 3 al 4.5% (4).

La formación de médicos psiquiatras es de suma importancia debido al aumento en la incidencia de padecimientos psiquiátricos y los nuevos descubrimientos en neurociencias y su afianzamiento con el resto de las ramas médicas. En México, existen aproximadamente 2.7 médicos psiquiatras por cada cien mil habitantes, siendo el promedio mundial de 4.15/100 000 (OMS 2005). En un estudio nacional, se contabilizaron en 1988 un total de 1 108 psiquiatras de los cuales el 56% se encontraban en la Ciudad de México con una tasa de 6.3 psiquiatras/ 100 000 habitantes. El 65% de los psiquiatras son hombres y 35% son mujeres. Es evidente que el número de médicos especializados en psiquiatría es insuficiente para cubrir las necesidades de la población en México, según la OMS, entidades como la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León han cubierto o superado el promedio mundial, mientras que los estados de Zacatecas, Chiapas y Tlaxcala cuentan con menos de 1 psiquiatra por cada 100 000 habitantes (6).

Debido a la poca cantidad de psiquiatras, la mayoría de los países hoy en día no pueden permitirse la pérdida de médicos en formación debido a las deficientes condiciones laborales y el desarrollo de burnout. Sin embargo, poco se conoce sobre el desarrollo de burnout o de los factores que influyen en el desarrollo del mismo dentro de los médicos en formación de la psiquiatría.

Los médicos usualmente están expuestos a altos niveles de estresores en las jornadas laborales y tienen un alto riesgo de experimentar enfermedades mentales, abuso de sustancias, suicidio y disminución de la funcionalidad. Debido a que su trabajo está expuesto de manera importante a diversas emociones, incluidas la necesidad de rescatar al paciente, la frustración cuando la enfermedad del paciente progresa, los retos por enfrentarse a la práctica clínica, lidiar con la sexualidad de las personas; sentimientos de impotencia ante las pérdidas por enfermedades, el dolor que éstas generan o el miedo de enfermarse uno mismo o incluso llegar a morir. Todos estos factores pueden generar una necesidad de evasión del trato con los pacientes con el objetivo de alejar estos sentimientos inherentes de la relación médico paciente. La exposición repetida a éstas emociones y experiencias estresantes contribuye al alto nivel de estrés que los médicos pueden experimentar. (7,8)

Los médicos están expuestos a estresores emocionales y situaciones que son independientes de la relación médico paciente, citando una publicación de la World Medical Association (9):

“Los médicos en varios países están experimentando gran frustración en la práctica de su profesión, ya sea debido a la limitación de recursos gubernamentales, la institucionalización de

la atención médica, el sensacionalismo en los medios de comunicación sobre los errores médicos y la falta de ética de algunos médicos, o debido a los cambios en la figura de autoridad o de habilidades del médico ante los pacientes y los cuidadores de la salud” (9)

La psiquiatría por su parte tiene varios estresores específicos tales como el estigma social de la profesión, relaciones terapéuticas mucho más demandantes, peligro ante pacientes violentos verbal o físicamente y el acercamiento a los pacientes suicidas. (10)

El síndrome de burnout caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, ocurre más frecuentemente en residentes de especialidades médicas que en adultos de la población general y es ampliamente reconocido como un problema con consecuencias a largo plazo en el profesionalismo médico, el sistema de salud y el bienestar del paciente.

El reporte de los niveles de burnout dentro de residentes varía de un 27 a un 75% dependiendo de la especialidad, país y el método utilizado (11,12). Un estudio en 7468 residentes de psiquiatría de 22 países asociados a la European Psychiatric Association utilizando el Inventario de Burnout de Maslach, mostró que el 36.7% presentó criterios para un síndrome severo de burnout; el riesgo aumentaba en algunos factores individuales como: no haber elegido psiquiatría como primera opción, no tener hijos y menor edad. El tiempo de duración de la especialidad no fue significativa para la asociación con burnout. A pesar de los factores individuales, los años de entrenamiento, la nacionalidad, existieron tres factores relacionados de manera

importante con el desarrollo de burnout: largas horas de trabajo, falta de supervisión clínica y no tener tiempo suficiente para descansar (13).

El desarrollo de burnout no es universal y varios estudios han intentado explorar factores individuales que pueden estar relacionados con la protección o la vulnerabilidad para desarrollar el mismo. Un estudio en estudiantes de medicina encontró que aquellos que reportaban percepción positiva sobre el ambiente de aprendizaje, menores eventos estresantes, soporte social adecuado y menor fatiga fueron más resistentes a desarrollar burnout (14). Un estudio con residentes encontró que una persona calmada tiene un riesgo inversamente proporcional para el desarrollo de burnout, mientras que el ser una persona desorganizada puede ser un factor de riesgo (15).

Diversas intervenciones han sido desarrolladas e implementadas con el enfoque al estrés psíquico, basadas en la relación inversa que tiene el entrenamiento de habilidades de resiliencia y el burnout. Un estudio intentando determinar factores de resiliencia y de riesgo para el desarrollo de burnout mostró que, de una muestra de 68 residentes, cerca de una tercera parte de lo que se encontraban cursando el primer año experimentaron burnout. Aquellos que presentaban burnout, tenían menor nivel de habilidades de afrontamiento y de mindfulness y alto nivel de incidencia de síntomas depresivos, fatiga, preocupación y estrés (16).

En la actualidad en México, la duración de la especialidad en psiquiatría para los médicos generales egresados de distintas universidades del país es de 4 años, pudiendo llegar a ser hasta de 6 años si se decide formarse como psiquiatra infantil y de la adolescencia (PUEM. UNAM) (17).

La residencia médica conlleva situaciones de presión académica y laboral; los rasgos de personalidad de los alumnos pueden protegerles o ser factores de riesgo para presentar síntomas afectivos ante la dificultad de manejar el estrés crónico. Se ha documentado que la tristeza y el enojo son emociones negativas comunes en la residencia y que emergen ante la sobrecarga laboral, el comportamiento autoritario de residentes de grados superiores y la movilización de emociones frente al sufrimiento de los pacientes (18)

Ante estresores crónicos y un ambiente permanentemente hostil se pueden generar experiencias traumáticas. El crecimiento postraumático se caracteriza por una adquisición de experiencias positivas cognitivas, emocionales, interpersonales y espirituales consecuencia de eventos estresantes vitales. El crecimiento postraumático se ha asociado con mayores niveles de satisfacción en la vida, felicidad y bienestar físico, psicológico y emocional. (19)

El departamento de psicología de Oakland realizó un estudio en donde intenta vincular el desarrollo de un “crecimiento por experiencia” usando el inventario de crecimiento postraumático en médicos como factor protector a que se presente burnout en los mismos. Encontrando que: en los dominios de desgaste emocional y satisfacción personal, existe una relación directamente proporcional ante la escala de crecimiento postraumático, mientras que en el dominio de despersonalización se mostraba a la inversa, tomando en cuenta otros factores relacionados como la percepción de crecimiento personal y el apoyo familiar. (20)

También se ha relacionado el agotamiento emocional, la despersonalización y la insatisfacción profesional con conductas poco éticas y sin el beneficio del paciente, y al estar ligadas a las cuatro

características casi inherentes de los médicos: excelencia, competencia curativa, servicio y compasión los cuales si bien son un orgullo para la formación de profesionistas en medicina, también tienen un “lado oscuro”: invencibilidad, omnipotencia, privación de actividades personales y soledad (62).

II. MARCO TEÓRICO

BURNOUT

Definición.

El concepto de burnout hizo sus primeras apariciones en una novela de Graham Greene llamada *Un caso acabado (A Burnt- Out Case)* publicada en 1961. En esta novela, Querry un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana. En la obra se da a entender al lector que Querry encuentra sus logros personales y sus relaciones insignificantes, se siente vacío y anestesiado buscando únicamente su retirada. Le explica a un médico la razón por la cual va a África:

... Quería estar en un lugar vacío, donde no existiera ni edificación o mujer que me recordara que había un tiempo en el que me sentía vivo, con una vocación y la capacidad de amar – si eso es lo que era amar. Los músculos paralizados sufren, sus nervios sienten, pero yo soy uno de esos mutilados, doctor (21).

En 1969 Harold B. Bradley usaba el término para describir a los profesionales en programas correctivos. Pero no fue hasta cinco años después cuando el psiquiatra Herbert Freudenberg (1974) uso el término para describir lo que veía en los voluntarios de una clínica de

adicciones que el término obtuvo mayor importancia. Freudenberg describió como los voluntarios cuando iniciaban sus labores en la clínica, presentaban niveles elevados de entusiasmo y compromiso, teniendo grandes expectativas sobre el trabajo que iban a desempeñar y la experiencia que iban a desarrollar. Después de un año, ese entusiasmo y motivación se veía claramente disminuida haciendo que los trabajadores se encontraran en un estado de estrés laboral que se manifestaba de maneras físicas y psicológicas. En palabras de Freudenberg *“cuando los niveles de expectativa son dramáticamente opuestos a la realidad y la persona persiste intentando alcanzar dicha expectativa, el problema se viene en camino”* (22). Estas personas experimentaban un estado de fatiga o frustración debido a un fracaso en la obtención de la recompensa esperada, siendo entonces superados sus límites físicos y psicológicos y por consecuencia desarrollando cansancio, depresión y desilusión.

Hoy en día el término es ampliamente usado incluso en conversaciones de la vida cotidiana para describir fatiga y cansancio. Pero también es usado por un sinnúmero de investigadores quienes estudian el fenómeno.

Una de las definiciones más utilizadas en la actualidad viene de las investigaciones realizadas por Cristina Maslach y la profesora de recursos humanos Susan E. Jackson. En un principio realizadas de manera empírica al entrevistar a un grupo extenso de empleados: obreros, personal de salud mental, oficiales de policía, abogados, médicos, enfermeras, educadores siendo cuestionados acerca de sus trabajos y sus experiencias laborales. Se describe el burnout como un síndrome de desgaste emocional, despersonalización y disminución de la satisfacción personal que puede desarrollarse en individuos que

desempeñan una labor con otras personas. Sin embargo, el burnout no solo se ha visto como producto de una crisis en el área laboral, sino como respuesta ante un estrés crónico y la tensión emocional persistente.

El burnout como un síndrome clínico.

El Burnout ha sido descrito como una respuesta prolongada a los factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, determinado por las dimensiones de agotamiento emocional, cinismo e ineficacia. El **agotamiento emocional** es descrito como la sensación de no ser capaz de ofrecer más de sí mismo a nivel emocional; **cinismo** como una actitud distante hacia el trabajo, la gente está servida por él y sus colegas; e **ineficacia** como la sensación de no llevar a cabo tareas de forma adecuada y de ser incompetente en el trabajo. En términos generales, el burnout es la respuesta del organismo a la insuficiencia de las estrategias de afrontamiento que los individuos típicamente utilizan para manejar los factores de estrés en el trabajo (23).

A pesar de las diversas definiciones del síndrome presentado en la literatura, el agotamiento tradicionalmente ha sido descrito como una entidad relativamente uniforme en todos los individuos, con más o menos etiología y síntomas consistentes. Sin embargo, la experiencia clínica y terapéutica refuta esta hipótesis, resultando en la necesidad de caracterizar los diferentes tipos de agotamiento a fin de ajustar líneas de acción terapéutica para más eficacia. Farber ha propuesto una tipología preliminar con tres perfiles del síndrome (frenéticos, sub-

desafiados y gastados); esta tipología puede permitir el desarrollo de tratamientos más específicos. Basado en el trabajo clínico y fenomenológico de Farber, se ha sistematizado teóricamente esta tipología, que especifica las propiedades en que se basan los perfiles y se establece un criterio de clasificación que expresa coherentemente la propuesta en su totalidad (24).

El tipo frenético comprende una categoría de individuos muy aplicados y comprometidos que se caracterizan por la inversión de una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo en su dedicación al trabajo. Las características de las personas con este perfil clínico son un alto grado de participación, en la forma de cada vez un mayor esfuerzo en medio de las dificultades; grandiosidad, en el sentido de gran ambición y necesidad de logros; y la sobrecarga, como la sensación de agobio causado por la negligencia de sus propias necesidades (salud y vida personal) en un intento de satisfacer los requisitos de trabajo. El tipo sub-desafiado comprende los individuos que no tienen interés en su trabajo y realizan tareas de forma superficial porque carecen de desafíos, motivación o deseo de compromiso. Las características de este perfil son la indiferencia, como un medio para trabajar superficialmente y sin interés; la falta de desarrollo, debido a la insatisfacción de los propios talentos restantes no reconocida hasta que se contemplan otras opciones de empleo; y el aburrimiento, en el sentido de trabajo experimentado como un evento monótono y rutinario. El tipo desgastado comprende las personas cuyo nivel de implicación en su trabajo se reduce hasta el punto que no tienen en cuenta las responsabilidades de su posición. Las características de este perfil son: abandono, falta de participación en las tareas de trabajo, hasta el punto

de darse por vencido ante las dificultades; falta de reconocimiento, con la sensación de no tener reconocimiento a su esfuerzo y dedicación; y la falta de control, como la desesperación causada por su falta de control sobre los resultados de sus acciones en el trabajo(24).

El criterio de clasificación (dimensión en la que se basa la diferenciación) es el grado de dedicación, que se refleja específicamente en los valores de la participación, la indiferencia y la negligencia, que son los métodos de lidiar con el estrés y la frustración en el trabajo. Sin embargo, los individuos afectados pueden desafiar esta clasificación por la fluctuación entre los tres perfiles o por la evolución gradual de un perfil a otro en el tiempo como su dedicación disminuye.

El concepto de burnout se ha extendió a las ocupaciones más allá de los servicios humanos y la educación (por ejemplo, los clérigos, científicos informáticos, las fuerzas armadas, y los gerentes (25).

Hoy en día, el agotamiento no es un trastorno reconocido por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-V), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013). Los valores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son similares, pero en contraste con la APA reconoce burnout en la CIE-10 en el grupo de "Los problemas relacionados con la dificultad de gestión de la vida" como "agotamiento vital (Z73.0)" (Organización Mundial de la Salud 1992)(26).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son las causas internas o externas que aumentan la probabilidad de una persona de desarrollar una enfermedad. Los factores que contribuyen a los problemas del lugar de trabajo y burnout han sido ampliamente discutido en los últimos años (25).

i. Factores ambientales

Las condiciones de trabajo están cambiando y cada son más complejas como consecuencia de la globalización y la creciente competencia (26). La combinación de altas demandas laborales y de bajo control sobre el estrés en el trabajo, se ha relacionado con una amplia gama de resultados sobre la salud mental y física. Maslach y Leiter señalaron factores de riesgo para el agotamiento, que comprenden principalmente los problemas de configuración del trabajo (25). En esta sección, la naturaleza de la organización, tales como la sobrecarga de trabajo, la recompensa insuficiente, y en el papel o la posición del empleado como la falta de equidad, la inseguridad laboral en esta organización son evaluados.

Sobrecarga en el trabajo.

Desde la perspectiva de la organización, la carga de trabajo significa productividad. Sin embargo, desde la perspectiva de carga de trabajo del individuo significa tiempo y energía. Actualmente, la carga de trabajo se maneja en tres formas: el trabajo es más intenso, que exige más tiempo y es más complejo. Para aumentar la productividad en las organizaciones, los funcionarios deben trabajar con mayor esfuerzo a

costa de no tener descanso. Los miembros del personal tienen un horario de trabajo más largo y tratar de mantenerse al día con las demandas abrumadoras. Al mismo tiempo, los miembros del personal asumen más roles a la vez, es decir, los trabajos requieren multitareas (27).

En términos de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de burnout, las variables "número de horas trabajadas a la semana" y "tipo de contrato" mostraron significancia en el modelo ajustado para el subtipo burnout "frenético" (Tipo burnout "Frenético" se refiere a una categoría de sujetos que están muy involucrados y son ambicioso y los cuales se sobrecargar a sí mismos para cumplir con las demandas de sus trabajos)(28). En los trabajadores de cuidados directos a los pacientes la sobrecarga de trabajo también se asocia con el burnout. El entusiasmo y el cansancio no están conectados, mientras que el cinismo y la dedicación están negativamente correlacionados. Por otra parte, el riesgo de infarto agudo de miocardio se incrementa por horarios inusualmente largos de jornadas de trabajo, incluso dentro del año anterior al infarto (27)

Carencia de control.

En la vida profesional, las personas tienen control sobre aspectos importantes de su trabajo mediante el establecimiento de prioridades para el trabajo del día a día, la selección de métodos para hacer el trabajo, tomar decisiones sobre el uso de los recursos con el fin de mantener la autonomía y la participación en el trabajo. Las dimensiones del control de tareas, como autoridad de decisión (es decir, libertad de decisión en torno al ritmo de una obra y fases, y la independencia de los

demás trabajadores en el desempeño de tareas) y discreción habilidad (es decir, el nivel de desafíos cognitivos y variedad de tareas en el trabajo), podría contribuir de manera diferente a los resultados de salud. Por otra parte, la previsibilidad en el trabajo (es decir, la claridad de los objetivos del trabajo y la oportunidad de prever los cambios y problemas en el trabajo de uno) se ha sugerido para representar un componente adicional de control de trabajos. Sin embargo, sin control, los individuos no pueden equilibrar sus intereses con los de la organización. La incapacidad para anticipar y prever los cambios futuros puede haberse convertido en un factor de riesgo para la salud particularmente destacado en el rápido y cambiante ritmo de la vida de trabajo actual. La comprensión orientada al futuro de todo el proceso de trabajo puede hacer que el trabajo de uno más significativo, disminuyendo el riesgo de tensión crónica (29).

Recompensa insuficiente.

Las personas esperan que sus trabajos les traigan las recompensas materiales, prestigio y seguridad, pero debido a la crisis económica, la capacidad de las organizaciones para recompensar a sus empleados es reducido. Por otra parte, los empleados tienen que trabajar aún más, a pesar de que reciben menos, con el fin de mantener su trabajo.

Esta falta de recompensa hace que la pérdida de satisfacción intrínseca que contribuye al agotamiento, cinismo y falta de eficacia que caracterizan burnout (30).

ii. **Factores individuales.**

Para cualquier proceso de burnout, el conocimiento de las características individuales implicadas en la etiología del burnout es de importancia considerable. Aunque la literatura actual indica la posibilidad de que los aspectos estresantes del entorno laboral sean los predictores más importantes de agotamiento de la personalidad, es importante que los investigadores consideren la variación individual. Las reacciones a estrés pueden variar dependiendo de la capacidad de adaptación de las personas o en las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos, y por lo tanto son muy personales en la naturaleza. Las características individuales implicadas en la etiología del burnout se componen de rasgos de personalidad, predisposición a los trastornos psiquiátricos, y la susceptibilidad biológica, tales como factores genéticos o biomarcadores (27).

Personalidad.

Aydemir sugiere que la forma como las personas responden a los desafíos de su entorno puede ser visto como una función de su personalidad, constitución, percepciones, y el contexto en el cual se produce el factor estresante. Si la personalidad es identificada como un recurso, las personas con menos recursos son más vulnerables a la pérdida de recursos y tienen menor capacidad de ganancia de recursos. Entre los rasgos de la personalidad, tanto el neuroticismo y los cinco factores básicos de personalidad, también conocido como los cinco grandes factores (es decir, la extraversión, amabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional, y el intelecto / autonomía), de la personalidad

son los más frecuentemente estudiados en la literatura burnout; a pesar de que la mayoría de los rasgos de la personalidad que se discuten causan riesgo en el desarrollo del burnout, los otros rasgos de personalidad están asociados con la capacidad de recuperación (27). Una característica de la personalidad que ofrece resistencia al estrés, se ha propuesto como una explicación para la presencia de stress bajo entre diferentes poblaciones. Las personas resistentes tienen tres características comunes: a) que creen que pueden controlar los eventos en sus vidas (de control); b) que son capaces de considerarse a sí mismos como que participan plenamente en sus actividades diarias (de compromiso); y c) que son capaces de interpretar los problemas como retos interesantes para el crecimiento personal (desafío). Como resultado de sus experiencias, tales individuos son capaces de adaptarse con el tiempo, y esto parece estar relacionado con una mejor salud física y mental. Por lo tanto, aunque el estrés puede conducir al burnout, la personalidad resistente enfrenta al estrés, y puede proteger a los estudiantes contra el burnout (31).

Características demográficas (género, edad, educación, estatus marital).

Existe una carencia de estudios epidemiológicos basados en la población en el área de burnout debido a la naturaleza de la enfermedad. Por lo tanto, las características demográficas observadas en los estudios a menudo se derivan de los estudios de casos y controles que se consideran insuficientes para generalizar.

Teóricamente, los hombres y las mujeres son bastante similares en su experiencia de burnout. Las mujeres tienden a experimentar el

agotamiento emocional, mientras que los hombres son más propensos a tener sentimientos de despersonalización e insensibilidad en el trabajo. Hay que tener en cuenta que hay diferencias en las ocupaciones entre hombres y mujeres. Los resultados de los pocos estudios poblacionales que existen muestran que más mujeres que hombres sufren de burnout (32). Sin embargo, la diferencia de género se convierte en no significativo cuando se tomaron en cuenta otros factores. Además, que los hombres tienen menor disposición a admitir la fatiga que las mujeres. En un estudio de la vida de trabajo del médico, las mujeres eran 1,6 veces más propensas a reportar el agotamiento que los hombres. Las probabilidades aumentaron en un 12-15% por cada 5 horas trabajadas por semana durante 40 h (32).

El burnout es más frecuente en los grupos de edad más jóvenes. Una explicación para este hallazgo es que las personas mayores tienen más experiencia laboral que los jóvenes. Otra explicación es que el primer ataque de burnout es probable que suceda en los primeros años de la carrera. Si la gente tiene dificultades para tratar con el burnout en este punto, podrían dejar su profesión por completo o cambiar de empleo. Por lo tanto, las personas que enfrentan bien la tensión del trabajo y que se las arreglan para manejar la amenaza de burnout en los primeros años de su carrera profesional, es probable que lo hagan bien en el resto de su profesión (33).

Ser soltero es un factor de riesgo independiente de burnout. La mayoría de los trabajadores que están solteros experimentan burnout, mientras que los que están casados experimentan burnout en menor cantidad. Los empleados que están divorciados generalmente caen entre estos dos grupos; están más cerca de los solteros en términos de mayor

agotamiento emocional, pero más cerca del grupo de casados en términos de menor despersonalización y una mayor sensación de logro personal (34). La razón por la cual las personas con familia son menos vulnerables al burnout es que tienden a ser mayores, más estables, y psicológicamente más maduras (que tiene una comprensión sólida y precisa de la realidad social, y son más constructivas y con capacidad de adaptación). Además, su participación con su cónyuge e hijos hace que tengan más experiencia en el trato con los problemas interpersonales y los conflictos emocionales. Los individuos con niños tienden a ser más realistas y menos idealistas acerca de la seguridad en el empleo, el salario y los beneficios (34).

Casi todos los estudios sobre burnout se llevan a cabo con trabajadores educados en su campo. Además, se ha encontrado un alto grado de agotamiento emocional entre los trabajadores con formación de postgrado. Sin embargo, las personas con más formación que se orientan hacia las habilidades pragmáticas son menos propensas a experimentar el burnout. Como se indicó anteriormente, la formación tiene el beneficio adicional de mejorar la autoestima de los empleados, y refuerza la confianza de los empleados en la estabilidad del empleo y su valor para la empresa. La baja escolaridad es un factor importante para el nivel de burnout en las mujeres (35).

Factores genéticos.

A pesar de que la investigación sobre los factores de riesgo de burnout se ha centrado principalmente en las circunstancias en el trabajo y sobre las características personales, los factores genéticos también se han estudiado y se han hecho intentos de responder a la pregunta si esto se

debe a las influencias genéticas o factores ambientales compartidos por miembros de la familia. En un estudio de doble familia, Middeldorp y Col encontraron que existe una relación de la agrupación familiar con el burnout debido a factores ambientales compartidos por los miembros de la familia, lo que explica el 22% de la varianza. Los factores genéticos parecen no ser de importancia. La búsqueda de la predisposición genética para el burnout no es concluyente en los artículos de investigación publicados (36).

Bio-marcadores.

A pesar de que el burnout es un estado de estrés, los estudios de burnout se centran principalmente en la liberación de catecolaminas (las catecolaminas causan cambios fisiológicos generales que preparan al cuerpo para la actividad física, como la respuesta en la lucha) en sangre periférica a través del sistema nervioso autónomo y la liberación de cortisol a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (37). En términos de estudios sobre cortisol (una hormona esteroide que se libera en respuesta al estrés, preparando al organismo para hacer frente a estrés), no hay ninguna diferencia entre los pacientes con burnout y los controles con respecto a la respuesta del cortisol al inicio (37). No se encontraron diferencias entre los pacientes y los controles en una muestra de sangre en ayunas tomada de 08:00-10 a.m. y las observaciones sobre los niveles de cortisol en la sangre fueron confusas (37). El sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) es una hormona esteroide con una función inmunomoduladora que es opuesta al cortisol y no hubo diferencias entre los pacientes con burnout y los controles en términos de nivel en sangre de DHEAS en dos estudios, pero en uno de

los dos estudios, el nivel de DHEAS en la saliva fue mayor en los pacientes con burnout. Es decir, la evidencia no es concluyente para los estudios de DHEAS (37).

Desordenes psiquiátricos como factor de riesgo (Depresión y stress postraumático).

Debido a que son transversales, en lugar de estudios longitudinales los trabajos que evaluaron la relación entre los trastornos psiquiátricos, como la depresión y el trastorno de estrés post-traumático, y el burnout, no es fácil sugerir si los trastornos psiquiátricos se incluyen en la etiología del burnout o no. La mayoría de las veces los factores de riesgo de burnout también son factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos, especialmente para la depresión. Por lo tanto, la comorbilidad siempre está esperando ser descartada.

La depresión se correlacionó estadísticamente con el burnout. El porcentaje de varianza compartida entre el burnout y la depresión se estima que es 20%. Las personas que son propensas a la depresión (como lo indican las puntuaciones más altas de neuroticismo) son más vulnerables al burnout. Por lo tanto, se ha planteado la hipótesis de que la susceptibilidad personal o familiar de depresión puede formar un factor de riesgo para el desarrollo de burnout profesional (38). Dado que el estrés relacionado con el trabajo predice los síntomas depresivos y la depresión subsiguiente, y los rasgos de personalidad se encuentran para potenciar la asociación entre los factores de estrés de trabajo y la depresión, el burnout y la depresión parecen estar relacionados. En casos individuales, el juicio es llevado a cabo por médicos experimentados que se basan en sus hallazgos clínicos (38). Dado que

el burnout es un estado de estrés, las personas pueden estar predispuestas a desarrollar trastornos psicológicos relacionadas con el trabajo, tales como el trastorno por estrés postraumático y el síndrome de burnout (39). En un estudio sobre enfermeras, casi la totalidad de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés post-traumático también fueron positivos para el burnout. Además, Mealer y colegas sugirieron que las enfermeras que han desarrollado un trastorno de estrés postraumático pueden representar un subconjunto de aquellas con burnout. Parece que comparten la misma predisposición etiológica(39).

a) Manifestaciones del burnout (Síntomas)

Burnout es un proceso más que un estado de ánimo. Cada proceso describe los síntomas y señales entre contexto individual, interpersonal, organizacional y social. Para simplificar, los síntomas de burnout se pueden clasificar en cinco grupos que consisten en física, afectiva, cognitiva, conductual y motivacional (40).

1. Síntomas físicos:

La enfermedad física se encuentra con mayor frecuencia en las personas que sufren burnout que en otros. Se han encontrado que algunas enfermedades están relacionadas con el síndrome de burnout, por ejemplo, la diabetes de tipo II, y la enfermedad cardiovascular. La prevalencia de enfermedades aumenta con la severidad del burnout, tales como los trastornos cardiovasculares y enfermedades musculoesqueléticas (41). Las personas con reporte de burnout se quejan más sobre la salud física y tienen una mayor tasa de deterioro de la salud

física en un periodo de 1 año. La evidencia muestra que el burnout está vinculada a la mala salud de los posibles mecanismos, como el síndrome metabólico, la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, la inflamación sistémica, la función de inmunidad alterada, o el comportamiento de la salud pobre (41).

Las manifestaciones físicas de burnout pueden parecerse a las de estrés, en respuesta a la activación del sistema nervioso simpático. Los síntomas similares a la ansiedad incluyen dolor de cabeza, náusea, mareo, agitación, tics nerviosos, problemas sexuales, aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial alta (42). Burnout también se asocia con el sueño alterado, alteración de despertar, el tiempo de sueño corto y el insomnio. Se ha encontrado que los síntomas psicósomáticos, están relacionada con el agotamiento emocional y cinismo. Burnout se puede presentar con aumento de la tensión pre-menstrual, pérdida de ciclos menstruales, hiperventilación, úlceras, trastornos gastrointestinales, resfriados frecuentes y prolongadas, son planos de trastornos preexistentes (asma o diabetes), y lesiones de las conductas de riesgo. Los síntomas depresivos-como también se producen, incluyendo la fatiga crónica, agotamiento físico, cambios de peso, pérdida de apetito y dificultad para respirar (43). Dolor muscular, especialmente el cuello y dolor de espalda baja, y trastornos del sueño pueden discriminar agotamiento de no agotamiento. Aunque hubo una gran cantidad de evidencia para apoyar una asociación entre el burnout y las enfermedades físicas, el burnout no puede causar directamente los síntomas, pero media entre el estrés laboral y la mala salud física (44).

2. Síntomas afectivos:

El agotamiento emocional es probablemente el síntoma más icónico de burnout. Los síntomas depresivos y de ansiedad se presentan comúnmente en términos de estado de ánimo deprimido, cambio de estado de ánimo, disminución del control emocional, temores indefinidos, aumento de la tensión, sensación de ansiedad, agresividad, irritabilidad, siendo hipersensible, disminución de la empatía emocional con los beneficiarios, incremento de la ira, e insatisfacción laboral. La evidencia muestra que burnout puede ser un mediador entre el estrés laboral y la aparición o exacerbación de los síntomas depresivos (44). Otros han apoyado la relación recíproca entre el burnout y los síntomas depresivos y que la tensión laboral predispone al agotamiento a través de la depresión. Sin embargo, la tensión laboral puede conducir al desgaste directamente. La depresión y la ansiedad pueden determinar el agotamiento de las víctimas sin burnout en términos de los diferentes patrones de los indicadores de salud y los factores de estilo de vida. Por otra parte, no hay evidencia que apoye la idea de que el agotamiento, la depresión y la ansiedad están asociados con biomarcadores micro inflamatorios (proteína C reactiva de alta sensibilidad y fibrinógeno), dependiente de género. En las mujeres, el burnout se asoció positivamente con biomarcadores, mientras que la ansiedad se asoció negativamente con ellos. En los hombres, la depresión se asoció positivamente con biomarcadores, pero no con el agotamiento o ansiedad (45).

3. Síntomas Cognitivos:

La impotencia es el síntoma cognitivo que es prominente a nivel individual. A nivel interpersonal, el burnout muestra una percepción cínica y deshumanizante de los demás, negativismo, pesimismo,

empatía cognitiva disminuida, estereotipos y etiquetas despectivas, delegación de responsabilidades, aire de grandiosidad, y alteración en la percepción de la justicia. Pueden ocurrir las creencias irracionales, incluyendo las necesidades de dependencia, la evitación de problemas y la impotencia (46). El deterioro de la memoria también puede ocurrir y puede discriminar entre burnout y no burnout.

4. Síntomas en la conducta:

En la última etapa de estrés laboral crónico, los cambios en el comportamiento, obviamente, aparecen en términos de reacción al aumento de la excitabilidad. Los enfermos de Burnout son propensos a la hiperactividad, la impulsividad, la procrastinación (postergación), el abandono de las actividades recreativas, y las quejas compulsivas. También aumentan su consumo de alcohol para aliviar la frustración. El agotamiento emocional y la falta de realización personal se relacionan negativamente con la conducta ciudadana. Debido al pobre control de los impulsos, la agresión y la violencia son comunes. Los trabajadores pueden encontrar la presencia de arrebatos violentos, conflictos interpersonales, para responder a los demás de una manera mecánica, utilizando mecanismos de distanciamiento, los celos y la compartimentación. En los médicos, hay casos más frecuentes de atención al paciente de manera subóptima. El rendimiento laboral se ve afectada por la reducción de la eficacia, una tendencia a cometer errores, disminuye la productividad, la tardanza, el robo, la resistencia al cambio, dependencia de los supervisores, observar el reloj frecuentemente, seguir estrictamente las normas, aumento de los accidentes, incapacidad para organizar y mala administración del tiempo (47) .

El burnout en las actividades profesionales.

El síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en las profesiones que requieren una participación intensa con personas, incluyendo personal de salud como los médicos, enfermeras, estudiantes y residentes (48); docentes; y funcionarios.

Sector educativo. La salud mental de los docentes es un componente básico de la calidad de la educación y afecta el rendimiento de trabajo tanto de los profesores y como la salud mental de los estudiantes. Diferentes estudios han demostrado que la educación es un contexto laboral en el que los profesionales (profesores) parecen ser más propensos a sufrir de agotamiento, que puede estar asociada con un bajo nivel de salud mental, entre la causas de jubilación prematura entre los profesores alemanes, el más común (52%) fueron los diagnósticos psiquiátricos o psicosomáticos. Una gran parte de estos diagnósticos consistieron en depresión, trastornos de estrés, y síndromes de agotamiento, todos los cuales se superponen con los síntomas establecidos del llamado síndrome burnout. Una investigación sobre la salud mental de los estudiantes de una primaria y secundaria en la República Popular de China ha indicado que aproximadamente la mitad de todos los maestros tiene problemas psicológicos, ocurriendo lo mismo entre las profesoras que trabajan con niños con autismo (44,49). El desgaste profesional se considera como una consecuencia de las condiciones de trabajo estresantes a largo plazo entre los trabajadores de servicios humanos en especial los maestros, la enseñanza se mide

una de las profesiones estresantes. Se ha informado de que la mayoría de los maestros están experimentando un mayor nivel de burnout en comparación con otros profesionales en las diferentes áreas de empleo (50).

Sector empresarial. El sector de los funcionarios de los procesos empresariales es un sector relativamente nuevo que se ha establecido en la mayoría de los países industrializados y en algunos sectores de los países en desarrollo, como una fuerza de trabajo grande y relativamente joven. Existe la preocupación de que las exigencias del medio de trabajo pueden contribuir a los niveles de estrés y la vulnerabilidad psicológica entre los empleados, así como a los altos niveles de deserción(51).

Sector salud. Las investigaciones muestran que, en general, en ocupaciones que exigen la interacción con las personas, se presentan los niveles más altos de burnout. Además, los estudios muestran un mayor nivel de burnout en los profesionales de salud, especialmente los que trabajan en hospitales. Por ejemplo, los investigadores de los EE.UU. y Holanda, encontraron que el personal médico y paramédico presenta menos agotamiento emocional y despersonalización, pero más fallas en la eficiencia (52).

- **Enfermeras.** Se ha encontrado que las enfermeras experimentan mayores niveles de burnout relacionado con el estrés en comparación con otros profesionales de la salud. A pesar de los estudios que muestran que tanto la satisfacción laboral y el burnout son efectos de la exposición a entornos de trabajo

estresantes, lo que lleva a problemas de salud entre las enfermeras, se sabe poco acerca de la naturaleza causal y la dirección de estas relaciones(53). Los altos niveles de burnout en enfermeras a menudo se han atribuido a prolongado contacto personal directo de naturaleza emocional con un gran número de pacientes. Esto, entre otros factores, como la exposición prolongada al estrés laboral, así como los bajos niveles de satisfacción en el trabajo, también ha sido reconocido como factores que contribuyen a los altos niveles de burnout entre las enfermeras. El burnout en el personal de enfermería se ha demostrado que lleva al agotamiento emocional, así como una pérdida de la compasión por los demás (despersonalización) y una sensación de baja realización personal. Estas experiencias pueden tener implicaciones muy importantes para la salud y el bienestar de las enfermeras (53).

- **Estudiantes.** Repetidas evidencias de que los estudiantes de medicina son sometidos a un estrés considerable ha sido publicado en las últimas décadas (54). Hay evidencia de que la angustia mental durante la escuela de medicina predice problemas posteriores en los médicos, que además del sufrimiento personal de cada médico podría afectar negativamente la atención al paciente (55). Se sabe que los médicos no buscan el tipo de ayuda profesional por sí mismos, el que ofrecerían a sus pacientes. Los estudiantes de medicina parecen adoptar un comportamiento similar. Sin embargo, sabemos muy poco acerca de la prevalencia de los trastornos mentales clínicamente significativos. Hasta donde se conoce,

existen pocos estudios que presentan datos basados en entrevistas de diagnóstico en cualquiera de los estudiantes de medicina o médicos. Las tasas de prevalencia para los estudiantes de medicina varían; de prevalencia de un año basado en entrevistas estudios 8.6% de la depresión en una muestra americana se informó hace veinte años y, más recientemente, en una muestra del Reino Unido, la morbilidad psiquiátrica se encontró en el 16% de los estudiantes de medicina. Sobre la base de la auto-evaluación, se han reportado tasas de prevalencia de la depresión en el rango de 14-24%, y otros problemas psiquiátricos en 22-36% en una muestra longitudinal. En un estudio de los estudiantes universitarios suecos, 14-19% reportó haber estado deprimida durante el año académico anterior. Entre los médicos del Reino Unido, el 29% fueron considerados probables casos de ansiedad y el 11% de los médicos generales considerados probables casos de depresión. En un estudio italiano de los médicos del hospital y los médicos generales, la prevalencia de morbilidad psiquiátrica se encontró que el 22,3% (56).

- **Residentes.** Las investigaciones realizadas durante los últimos 10 años indican que el burnout está en aumento como una amenaza grave para los profesionales de la salud, especialmente para los residentes. Por otra parte, el desgaste afecta no sólo al empleado que sufre de ella. Como más residentes médicos se vuelven incapaces de trabajar debido al agotamiento, los residentes restantes se sobrecargan de responsabilidades adicionales o una carga más grande de pacientes. Hay una gran

cantidad de literatura sobre el desgaste entre los profesionales de la medicina (57). Sin embargo, un estudio más reciente mostró que la investigación sobre el burnout entre los residentes médicos es escasa.

- **Profesionales.** Parece que el Síndrome de Burnout en los médicos no difiere del síndrome en otras profesiones, pero las reacciones de los médicos puede ser únicas en algunos aspectos, en parte debido a que pueden tener consecuencias devastadoras para los pacientes. Además, las consecuencias de este síndrome pueden ser múltiples y podrían poner en peligro a una persona en un nivel psicológico y somático, así como afectar a la capacidad para el trabajo (48).

Burnout y Psiquiatría

Los índices más altos del síndrome de Burnout fueron encontrados en cirugía, medicina general, psiquiatría, la psiquiatría infantil, medicina interna, terapia intensiva y oncología. Algunos autores sugieren que los psiquiatras, como grupo, son vulnerables a experimentar burnout más que otros médicos y cirujanos (58).

Prevención del burnout.

Muchos de los factores para desarrollar burnout en los médicos es la naturaleza estática de su trabajo y la dificultad para emplear nuevas estrategias. En un modo general, se han recomendado incidir en tres áreas importantes: modificar la organización y la estructura de los procesos , capacitar y dar al médico las herramientas apropiadas para que se pueda adaptar a dichas modificaciones, fomentar acciones

individuales para reducir el estrés y mejorar la salud como mejorar las técnicas de afrontamiento y hábitos más saludables (59).

Trabajar sobre el compromiso también se ha identificado como un factor ocupacional protector de burnout ya que genera entusiasmo, dedicación, goce de la jornada laboral, orgullo. Se ha visto que los trabajadores comprometidos con sus empresas tienen altos niveles de energía y una identidad fuerte asociada a su empleo (60).

La resiliencia es usualmente un factor sugerido como protector contra el desarrollo de burnout en médicos. Desde el enfoque del individuo, puede ser visto como un atributo efectivo en contra de los efectos del estrés, por medio de maneras de afrontamiento adecuadas y hábitos saludables. Un estudio canadiense con médicos, encontró que la resiliencia es un proceso dinámico de actitudes positivas y estrategias eficientes. Encontrándose cuatro aspectos importantes en la resiliencia del médico a) la actitud y perspectiva, incluyendo el valor del rol como médico, mantener el interés en lo que se hace, desarrollar una capacidad de autopreocupación y aceptar sus limitantes, b) equilibrio y priorización, que incluyen el ponerse límites, acercarse a las actualizaciones médicas continuas y honrar el trabajo de uno mismo, c) estilos de práctica médica y d) relaciones de soporte con relaciones personales positivas, relaciones profesionales y buena comunicación. (61).

Se sabe también que aunque es importante identificar las manifestaciones ante el estrés, el desarrollo de técnicas de afrontamiento y de hábitos saludables que pudieran generar formas más organizadas de adaptarse al trabajo son cruciales para la prevención de burnout (59).

RESILIENCIA

Definición.

Uno de los grandes problemas con el concepto de resiliencia es su definición, sobre la que no hay un completo acuerdo. Hay sin embargo acuerdo de que cuando nos referimos a este concepto asumimos que implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o a la adversidad (63).

El término resiliencia procede del latín de la palabra *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El diccionario de la Real Academia Española define resiliencia como a) la capacidad de adaptación en un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado de situación adversos, b) la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.

Se considera que la resiliencia es un “rasgo psicológico” que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por las adversidades (64).

Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer definen la resiliencia como “el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento (65).

Para Luthar el término resiliencia se define como “la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades de la vida”. Para Masten y Powell la resiliencia es la descripción de un patrón de conducta y no los rasgos de un individuo, por lo que su término apropiado es “patrón resiliente” (66).

Finalmente, en la revisión de Fergus y Zimerman indican que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo. Para que aparezca la resiliencia tienen que estar presentes factores de riesgo como de protección que ayuden a conseguir un resultado positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo. La resiliencia, además, se centra en la exposición al riesgo u también se basa más en las fuerzas que en los déficits de los individuos. Los factores que puedan ayudar a las personas a evitar los efectos negativos de los riesgos pueden ser tanto cualidades o recursos (67).

Aquellos que han descrito y elaborado el concepto de resiliencia han encontrado que la habilidad para exitosamente afrontar el el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida del niño como: el temperamento biológico y las características internas, especialmente la inteligencia; el temperamento del niño y el locus de control interno o dominio; la familia y el ambiente de la comunidad en la que el niño vive, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes; y, el número, intensidad y duración de circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad (68). Por ello se

ha llegado a considerar que la resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés (69).

Factores relacionados con resiliencia en adultos sanos.

Dentro de los factores determinantes de la resiliencia se incluyen los neurobiológicos, genéticos, temperamentales y ambientales. Existe evidencia en pacientes sin comorbilidad psiquiátrica que asocian el temperamento, adaptación, trauma interpersonal en la infancia, cortisol urinario y el desempeño cognitivo ante estrés. Asociándose mayormente de manera negativa con el trauma interpersonal en la infancia. La adversidad en la infancia se ha asociado de manera extensa e importante con el desarrollo de diversas enfermedades psiquiátricas en la adultez, entonces no es una sorpresa que incluso en personas sin padecimientos psiquiátricos, los estresores en la infancia puedan ser factores desencadenantes de estrés.

Se ha asociado de manera positiva con el apoyo y seguridad principalmente asociado con el cuidado parental adecuado. Así mismo la elevada autoestima y un sistema interno de autocontrol se ha relacionado con baja reactividad del cortisol ante el estrés. Las personas con altos niveles de cortisol en orina, están asociados a ser resilientes. De manera interesante el alto nivel cognitivo de afrontamiento, también se asocia fuertemente a resiliencia (70).

Sexo. Los factores de riesgo o protección se asocian diferencialmente al género, en función del contexto social y cultural en el que se

desarrollan. Por ejemplo se ha demostrado que en algunas culturas no es bien visto que los hombres expresen sus problemas o sentimientos porque significa debilidad. Esta restricción social necesariamente limita el tipo de soporte social disponible para los varones (73).

Estado civil. Algunos autores sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas (en comparación con las solteras), las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (73).

Variables familiares. Se ha sugerido en la literatura que el soporte social es un mitigador de los efectos negativos del estrés y en este sentido la familia puede ser la fuente más importante de apoyo para promover en los individuos las habilidades y autoestima necesarias para sobreponerse a la adversidad (72). Los factores familiares protectores incluyen la cohesión familiar, la calidez familiar y la ausencia de psicopatología parental y de discordia familiar, así como haber contado en la infancia con al menos un adulto que sirvió de apoyo social (75).

Variables escolares. Las personas resilientes tienen más probabilidades de mostrar mejores habilidades académicas y una autopercepción de mayor competencia en la escuela y el trabajo. La influencia más importante de la escuela sobre los alumnos está en los aspectos relacionados con la vida escolar, las características del cuerpo docente, la naturaleza de la escuela como organización social y las acciones de los profesores en el salón de clase (estructura, planificación y preparación de clase, énfasis en exámenes y tareas, un sistema flexible y el uso de incentivos y recompensas) (76).

Neurobiología en la resiliencia.

Dentro de los estudios de resiliencia y vulnerabilidad se ha utilizado la idea de una “cascada homeostática psicobiológica”, definiendo esta cascada de homeostasis como la respuesta neuronal o neuroendócrina resultante de una repetitiva respuesta ante el estrés. Se han encontrado diversos biomarcadores de resiliencia neuroendócrinos, fisiológicos e inmunológicos: neurotransmisores (noradrenalina, serotonina y dopamina), neuropéptidos (NPY, CRF, oxitocina) y hormonas (cortisol y DHEA); polimorfismos del receptor 5HT1A y alfa 2 adrenérgico, respuesta acústica, cardiovascular, variación de la frecuencia cardiaca, marcadores inflamatorios (71).

El concepto de resiliencia y su medición: ¿hay un factor o dimensión psicológica subyacente?

A juicio de algunos autores existen diversos factores o dimensiones que subyacen a la resiliencia, contenidos en diversos instrumentos de medición, tanto originales como adaptados de una lengua a otra. Una pregunta elemental sería la siguiente: ¿cuántos factores o dimensiones son necesarios?

La medición de la resiliencia requiere de tres elementos principales: la identificación de los riesgos a los que se encuentren sometidas las personas, la medición de sus características disposiciones individuales, y la evaluación de las competencias, entendidas como el alcance de logros o metas en tareas del desarrollo adecuadas a la edad, el sexo y

la cultura de las personas. El conjunto de atributos personales cuya combinación permite superar los efectos nocivos de las situaciones de riesgo considera un conjunto de cualidades que pueden ser enmarcadas en diez dimensiones de carácter disposicional, a saber: afrontamiento, actitud positiva, sentido del humor, empatía, flexibilidad, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta (72):

1. El afrontamiento comprende la tendencia a enfrentar los problemas y la búsqueda de apoyos necesarios en caso de requerirse.
2. La actitud positiva abarca el enfoque positivo de la vida, la búsqueda de personas positivas, la disposición para el aprendizaje ante los problemas y el tratar de ser feliz a pesar de las contrariedades que se enfrentan cotidianamente.
3. El sentido del humor es la disposición a sonreír, incluso ante los problemas o situaciones difíciles.
4. La empatía se define como el entender y compartir los estados emocionales o los contextos de las demás personas.
5. La flexibilidad incluye la aceptación de los problemas como parte normal de la vida y la posibilidad de adaptarse a las pérdidas mediante un enfoque positivo hacia las cosas.
6. La perseverancia se entiende como la persistencia del esfuerzo para lograr metas a pesar de las dificultades y la habilidad para reajustarlas.

7. La religiosidad es la tendencia a conceptualizar los problemas que se enfrentan de acuerdo a las creencias religiosas que se tengan.
8. La autoeficacia consiste en las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados.
9. El optimismo es la tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en su vida.
10. La orientación hacia la meta consiste en tener metas y aspiraciones de la vida y hacer lo necesario para lograrlas.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Reacción de protección contra el estrés.

El afrontamiento consiste en aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Su importancia radica en la relación que guarda con la teoría del estrés, porque así se conocen las situaciones que el individuo enfrenta.

El término de estrés es de uso tan común que a primera vista, su significado parece claro. La mayor parte de las personas conocen las cosas que las estresan y lo que se siente estar estresado. Se usa como sustantivo y como verbo. No solo trae consecuencias negativas para las

personas, sino también las hay positivas. También es visto como la energía que se considera necesaria para alcanzar metas.

Algunos investigadores emplean el término “stressor” (estresor) para referirse a eventos externos y usan el término “strain” (tensión) para referirse a estados internos estresantes. Sin embargo, esta distinción entre estados internos y externos es difícil de justificar dada la importancia de los procesos de evaluación cognitiva en la percepción del estrés (80).

Se ha observado que este concepto es un factor que comúnmente se encuentra relacionado con la vida de las personas y su ambiente sociocultural. El estrés puede influir de manera importante en la salud a través de la alteración de sistemas fisiológicos y psicológicos. Se ha encontrado que el estrés agudo, inducido de manera experimental, provoca alteraciones en las arterias del corazón en pacientes con enfermedad coronaria aguda (79).

Autores como Gutierrez y Ostermann han dividido para su análisis y estudio, al estrés en tres categorías (81):

- 1) estrés personal: son los componentes que reflejan la disposición individual y comportamientos (incluidas las emociones) que generan culpa, fracasos e ineffectividad y comportamientos socialmente inapropiados, como la evitación, proyección y reserva extrema.
- 2) estrés social: comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito de trabajo e incluyen condiciones de vida caótica, peligrosas o insalubres, relaciones conflictivas en la dinámica con la familia, los amigos y los vecinos.

- 3) estrés laboral: se refiere a los factores de estrés en el lugar de trabajo debidos a la naturaleza de la ocupación, a sus condiciones, a los conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz y a los conflictos entre el trabajo, las obligaciones personales y las necesidades propias de autorealización.

Teoría del afrontamiento.

Durante los últimos 20 años se han desarrollado investigaciones sobre las denominadas estrategias de afrontamiento (coping, en inglés). Su objetivo es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados, enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del puesto de trabajo.

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (77). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (78). Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo

ante una situación demandante. Aunque la naturaleza de estas estrategias no siempre es consciente, la investigación empírica se ha centrado básicamente en aquellas que los individuos pueden conscientemente reconocer.

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (78):

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Por ejemplo, ante una ruptura matrimonial, uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos, en búsqueda de soluciones, etc. (estrategias dirigidas a solucionar el problema), pero también cabe salir más de casa para no sentirse tan mal, intentar no pensar en los años pasados, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación). A veces el empleo de una estrategia de solución del problema tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional.

A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en afrontamiento activo y afrontamiento demorado. El afrontamiento activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El afrontamiento demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (78).

El segundo grupo centrado en las emociones tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar

y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (78).

De tal manera que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Estas estrategias centradas en las emociones incluyen varias categorías

- 1) El apoyo social emocional, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.
- 2) El apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza.
- 3) La reinterpretación positiva y crecimiento cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción

menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.

- 4) La concentración y desahogo de las emociones significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos.
- 5) La liberación cognitiva, generalmente ocurre de forma previa a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.
- 6) La negación, la cual implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa.
- 7) Por último, se encuentra la liberación hacia las drogas, lo que implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor.

Los estudios demuestran que las últimas cinco estrategias de la lista son las menos funcionales, mientras que las centradas en el problema son más efectivas en la mayoría de las áreas y circunstancias de la vida. Sin embargo, el apoyo social da a los sujetos, medios para poder expresar sus sentimientos, lograr la identificación con otras personas en crisis similares, poder recibir material que pueda ayudarlos, desarrollo de metas reales, proporcionar información y retroalimentarse. Estas personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes (78).

Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (83).

Es necesario tener en cuenta que la aplicación de las dos funciones del afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en las emociones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones. En general todas las situaciones son potencialmente disparadoras de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas (82)

Factores moduladores del afrontamiento (83).

a) Recursos o impedimentos internos

Estilos de afrontamiento. Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilos de afrontamiento. Se citan algunos ejemplos:

- Personas evitadoras y personas confrontativas: hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando

información o tomando una acción directa ante cualquier problema.

- **Catarsis:** aunque éste es un tema de tradición psicoanalítica, la investigación científica sobre los traumas ha comenzado también a indagar si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles.
- **Uso de estrategias múltiples:** la mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes.

Factores de personalidad

- **Búsqueda de sensaciones:** Zuckerman desarrolló esta interesante variable de personalidad que contribuye a explicar un buen número de conductas. Las personas “buscadoras de sensaciones” son individuos a los que no les importa tomar riesgos y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores.
- **La sensación de control:** una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. La pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales.
- **Optimismo:** consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud

optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas.

- Otras variables: aunque se han propuesto muchas otras variables psicológicas que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (Sentido del humor, sensación de coherencia entre la propia vida, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio) los estudios en ellas no han sido muy extensos.

b) Recursos o impedimentos externos.

También intervienen en el afrontamiento elementos externos como la educación, el dinero y el nivel socioeconómico, el apoyo social revivido o la existencia de diversos estresores simultáneos.

Estos factores pueden intervenir de dos modos distintos. En primer lugar, pueden afectar de forma directa las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando estos son fuertes.

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas (amigos o familiares). No es tanto la red física o número de personas cercanas, sino el apoyo percibido por parte de la persona.

Como técnica de afrontamiento, el apoyo social se utiliza más por mujeres que por hombres, un 18% frente a un 11% (83).

No todo apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés. El más efectivo parece ser tener alguien cercano en quien

confiar. Por otro lado, los efectos del apoyo social parecen no solo ser acumulativos. Así pues, no es solo importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

Instrumentos de evaluación.

A partir de los años ochenta, con la aparición del modelo de estrés de Lazarus y Folkman se hizo patente la necesidad de evaluar el afrontamiento como un proceso en relación con la situación concreta y con la valoración que el sujeto hace de ella. Lazarus señala que desde esta nueva perspectiva, el afrontamiento debe ser descrito cumpliendo tres criterios fundamentales: a) debe referirse a un contexto específico, b) debe observarse los cambios temporales en diferentes ocasiones y c) debe adoptarse un enfoque longitudinal para estudiar estos cambios (83).

La creación de instrumentos se ha encaminado hacia la elaboración de pruebas de lápiz y papel, sencillas y de fácil aplicación que permitan la evaluación de estrategias de afrontamiento ante diversas situaciones. Entre los cuestionarios de este tipo más conocidos y utilizados está el desarrollado por el propio Lazarus y su grupo, el WCQ (Ways of Coping Questionair), que evalúa estrategias generales de afrontamiento diferenciando estrategias centradas en el problema (83).

Con posterioridad partiendo del mismo modelo teórico y siguiendo un procedimiento de elaboración similar, en 1989 Carver, Scheier y

Weuntraub desarrollan el cuestionario COPE, que pretendía según sus autores lograr una mayor precisión en la formulación de los ítems (83).

En México Zavala, Rivas y colaboradores, validaron en 2008 la WCQ con una muestra de 240 adultos de la Ciudad de México, dicha escala evalúa ocho estilos (79):

1. *Enfrentamiento confrontativo*: consta de seis reactivos; describe los esfuerzos agresivos y conductas de riesgo y hostilidad para intentar cambiar la situación que se está viviendo, $\alpha = 70$;

2. *Distanciamiento*: también consta de seis reactivos; describe los esfuerzos cognoscitivos que se hacen para disminuir el significado de la situación que se vive, $\alpha = .61$;

3. *Autocontrol*: integrado por siete reactivos; describe los esfuerzos que hace la persona para regular o controlar los propios sentimientos y acciones, $\alpha = .70$;

4. *Búsqueda de apoyo social*: formado por seis reactivos; describe los esfuerzos que se llevan a cabo en la búsqueda de apoyo con los otros; apoyo informacional o emocional, $\alpha = .76$;

5. *Responsabilidad*: lo integran cuatro reactivos y son los conocimientos que se tienen sobre el manejo de uno mismo en situaciones problemáticas para intentar solucionar las cosas de manera adecuada, $\alpha = .66$;

6. *Escape-evitación*: son ocho reactivos y describen los deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evitar el problema, $\alpha = .72$;

7. *Trazo de un plan orientado al problema*: integrado por seis reactivos; describe los esfuerzos orientados al problema para tratar de cambiar la

situación, acompañados de una labor mental de análisis para dar la mejor solución, $\alpha = .68$;

8. *Reevaluación positiva*: formada por siete reactivos que describen los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal. También contiene una dimensión religiosa, $\alpha = .79$.

III. METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

La residencia en especialidades médicas es un periodo crítico para el médico en formación, siendo de gran importancia los factores internos (capacidad de enfrentarse a nuevos retos, inteligencia emocional, deficiencias en la interacción del sujeto, apego a raíces de origen, personalidad, temperamento, autoestima, percepción de falta de autorrealización, etc.) tanto como los externos (alta competencia entre colegas, poca oferta de plazas, métodos de selección de gran demanda académica, altas exigencias de los medios y de la sociedad, deficientes insumos y apoyo gubernamental en las instituciones, largas jornadas de trabajo con tiempo insuficiente para descansar, etc.), ya que de ellos depende la forma en que el médico se desempeña ante el paciente.

Es bien conocido que el burnout es un síndrome que se desarrolla en profesionales como: maestros, abogados, médicos, enfermeras, cuidadores, etc.

Los residentes además de estar expuestos a los factores inherentes de la especialización en las diferentes áreas de la medicina, son también blanco de las deficiencias del sistema de salud del país y de desarrollar estresores como cualquier otro trabajador.

En la psiquiatría existen particularidades que pudieran ser determinantes de un mayor riesgo de generar estrés. Existen pacientes con tendencia a ser hostiles y hasta violentos con el personal médico, constantemente amenazando o acechando para emplear la agresión física o verbal. Además, la entrevista psiquiátrica es una labor desgastante debido a la dificultad para establecer una adecuada relación entre el médico (terapeuta o no) y el paciente, como por la naturaleza de los padecimientos mentales, que dificultan la comunicación o la distorsionan. Así pues, el médico psiquiatra tiene como parte de su labor, lidiar con las adversidades, exponiéndose a ser agredido verbal y físicamente, comprender al paciente y crear una relación de empatía y vínculo, incluso aunque el mismo paciente no lo desee o esté reacio a ello (tanto por su padecimiento mental, como por las limitantes personales diversas) con el objetivo de ofrecer la mejor atención médica psiquiátrica.

Por eso hablar de burnout en médicos en formación de psiquiatría nos plantea indagar sobre las adversidades a la que están expuestos y reconocer los factores protectores que, a pesar de todo, les permite continuar su formación. Estos últimos no se han estudiado de manera precisa, eventualmente solo se describen como “virtudes en la personalidad” a la manera en que los médicos enfrentan las situaciones estresantes o el cómo aprenden a salir adelante, incluso ante el error o el fracaso (características que se pueden estudiar con escalas de

resiliencia y técnicas de afrontamiento), sin embargo, no está bien establecida la importancia protectora de los mismos.

Existen estudios previos con la población de residentes en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino sobre las manifestaciones somáticas y de depresión y su relación con hábitos de vida saludables o no, así mismo existen estudios sobre las técnicas de afrontamiento que los médicos residentes emplean mayormente y la incidencia según variables sociodemográficas de burnout entre los mismos. Sin embargo no existe un estudio que proponga como factores protectores de burnout a la resiliencia o a las características de las técnicas de afrontamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de residentes de psiquiatría es una población vulnerable debido a las exigencias que se encuentran relacionadas con la realización de una especialidad médica en el país y a la particularidad de las enfermedades dentro del ámbito psiquiátrico.

El burnout hoy en día es un padecimiento que condiciona que los trabajadores a la larga puedan padecer enfermedades médicas tanto no psiquiátricas como psiquiátricas y a su vez es un factor predisponente de ausentismo laboral y deserción. Debido a que existe gran demanda de médicos psiquiatras en el sector salud de México, es importante crear personal médico que tenga las aptitudes tanto médicas como humanas que otorguen una atención de calidad, evitar el burnout es crucial debido a que este mismo disminuye la calidad en la atención de

los pacientes volviéndose una atención carente de empatía y del sentido humano que exige la formación como psiquiatras.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se ha estudiado la prevalencia de Burnout en residentes la cual es importante y significativa. Sin embargo no se ha estudiado si existen factores personales protectores con relación a la manera de enfrentarse al estrés. En este estudio se toma como un posible factor protector las técnicas de afrontamiento y la resiliencia.

Por tal motivo surge la siguiente pregunta ¿Existe una menor incidencia de burnout en médicos residentes que poseen mejores técnicas de afrontamiento y mayor capacidad de resiliencia?. ¿Cuáles son los ámbitos protectores de mayor importancia ante el burnout?.

En este estudio se realizaron escalas de medición de Burnout, técnicas de afrontamiento y resiliencia durante un año y se compararon con el objetivo de dar respuesta a nuestras cuestiones previas.

OBJETIVOS

Objetivo General: Saber la relación directa que existe entre las estrategias de afrontamiento y resiliencia con el desarrollo de burnout en médicos residentes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos Específicos:

- Determinar la incidencia de Burnout en los residentes del hospital mediante el Inventario de Burnout de Maslach dentro de cada uno de los cuatro años académicos.
- Determinar las estrategias de afrontamiento que presentan los médicos residentes y los ámbitos más frecuentemente utilizados. Se realizará la escala Ways of Coping Questionnaire (WCQ) de Lazarus y Folkman en su versión en español.
- Determinar el nivel de resiliencia de los médicos residentes según el tiempo de inmersión en la residencia (grado académico) utilizando la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)
- Identificar a participantes que pudieran presentar datos clínicos de Depresión o ansiedad y correlacionarlo con los resultados de las escalas de Burnout.

HIPOTESIS

Hipótesis de investigación (Hi):

- a) Los médicos residentes con mejores estrategias de afrontamiento tienen una menor incidencia en el desarrollo de burnout.
- b) Los médicos residentes con mayor capacidad de resiliencia tienen una menor incidencia en el desarrollo de burnout.

Hipótesis nula (Ho):

- a) Los médicos residentes con mejores estrategias de afrontamiento no tienen una menor incidencia en el desarrollo de burnout.
- b) Los médicos residentes con mayor capacidad de resiliencia no tienen una menor incidencia en el desarrollo de burnout.

VARIABLES.

Variables dependientes:

- a) Burnout.

Variables independientes:

- a) Estrategias de afrontamiento.
- b) Resiliencia.
- c) Tiempo de inmersión en la residencia (Grado académico)

CUADRO OPERACIONAL DE VARIABLES.

| Variable | Definición | Escala de medición | de Tipo de variable. |
|-----------------|---|---|-----------------------------|
| BURNOUT | Respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes | Inventario de Burnout de Maslach | Dependiente. |

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|-----------------------|
| | emocionales e interpersonales. | | |
| RESILIENCIA | Capacidad humana para sobreponerse a periodos de estrés emocional o situaciones adversas. | RESI - M | Independiente. |
| ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | Esfuerzos cognitivos conductuales que debe realizar individuo para manejar las demandas externas e internas y que se evalúan como algo que excede los recursos de las personas. | Ways of Coping Questionnaire (version en español) | Independiente |

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------|
| TIEMPO DE INMERSIÓN HOSPITALARIA | Año en que se encuentra residente en HPFBA (1º, 2º, 3º y 4º) | Numeración ordinaria en | Independiente. |
| ANSIEDAD | Expresión clínica derivada de las dificultades para enfrentar situaciones nuevas y difíciles. | ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON | Dependiente |
| DEPRESIÓN | de las dificultades para enfrentar situaciones nuevas y difíciles. | ESCALA DE DEPRESIÓN HAMILTON | |

TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es de tipo descriptivo, correlacional y prospectivo.

TIPO DE MUESTRA.

La muestra se obtuvo por conveniencia de entre el grupo de 100 médicos residentes totales en el año 2017 en el HPFBA. El muestreo fue no probabilístico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

- Criterios de inclusión:

- Médicos que han sido seleccionados bajo el proceso interno de la institución para realizar residencia médica en el HPFBA tanto de 1er año, 2º año, 3er año y 4º año durante el año 2017.
- Que firmen carta de consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Médicos que no firmaran el consentimiento informado.
 - Médicos que tengan problemas médicos no psiquiátricos incapacitantes de manera importante (enfermedades reumatológicas, neurológicas, metabólicas, etc.)
- Criterios de eliminación:
 - Médicos residentes que abandonen la residencia médica por alguna causa o sea imposible la aplicación de la segunda medición en nuestro estudio.
 - Médicos que no completaran correctamente los cuestionarios aplicados.

INSTRUMENTOS

Inventario de Maslach para Burnout.

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y

actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Escala de Resiliencia en Mexicanos.

Se utilizará la Escala de Resiliencia Mexicana (Resi-M) elaborada por Palomar y Gómez en 2010, la cual consiste en un cuestionario formado

por cinco factores: fortaleza y confianza, competencia social, apoyo familiar y estructura.

La escala es un instrumento tipo Lickert de 43 ítems con recorrido de 1 a 4 puntos (de “totalmente en desacuerdo a “totalmente de acuerdo”), conformado por las subescalas de Fortaleza y confianza en si mismo (ítems 1-19, alfa =0.93), competencia social ítems 20-27 (alfa = 0.87), Apoyo familiar (ítems 28-33 alfa 0.87), Apoyo social (ítems 34-38, alfa = 0.84) y Estructura (ítems 39-43, alfa =0.79). La escala presenta una consistencia total alfa de Cronbach de 0.93, que explica 43.60% de la varianza.

Escala de estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento serán evaluadas por la versión revisada del cuestionario Ways of Coping Questionnaire (WCQ) en español (Lazarus y Folkman, 1988) con 66 preguntas y 8 subescalas (apoyo social, afrontamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol, reevaluación positiva, planeación de solución de problemas, escape-evitación y aceptación de la responsabilidad. Cada pregunta se califica en una escala de 3 puntos tipo Likert (0=Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= De acuerdo 3= Totalmente de acuerdo)

Las 8 subescalas se componen de la siguiente manera Apoyo social: 8, 18, 22, 31, 45; Afrontamiento confrontativo: 6, 7, 17, 28, 34, 46; Distanciamiento: 12, 13, 15, 21, 41, 44; Autocontrol: 10, 14, 35, 43, 54, 62, 63; Reevaluación positiva: 20, 23, 30, 36, 38, 56, 60; Planeación de

solución de problemas 1, 26, 39, 48, 48, 52; escape-evitación 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58, 59; Aceptación de la responsabilidad: 9, 25, 29, 51.

Se puede calificar con datos gruesos, con el total de puntaje en cada subescala. O con datos relativos los cuales describen la proporción representativa de cada tipo de afrontamiento y está expresada en rangos de 0 a 100. Un número más alto relativo significa que la persona ocupa esos mecanismos más que otros.

Para calcular los datos relativos:

- a) Se calcula el promedio del total de cada subescala: el total entre el número de ítems de cada subescala obteniendo un valor 1.
- b) Se suman los promedios de todas las subescalas y se obtiene un valor 2
- c) Se divide el valor 2 entre el valor 1 y se obtiene en porcentaje en cada una de las escalas un valor 3.

Además a manera de obtener información sobre los síntomas de ansiedad y depresión, se aplicarán escalas de ansiedad y depresión de Hamilton modificadas, que puedan ser autoaplicadas. También se solicitará a los participantes que especifiquen si se encuentran en proceso psicoterapéutico, durante cuánto tiempo, así como el tipo de terapia a la que asisten.

PROCEDIMIENTO.

1. Se presentó ante el comité de investigación.
2. Se entregó a cada participante un juego de 3 cuestionarios (Inventario de Burnout de Maslach, Escala de resiliencia en mexicanos, Inventario de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman) y un consentimiento informado.
3. Se recuperaron los cuestionarios y se procederá a realizar una primera captura de resultados.
4. Se realizaron nuevamente después de 10 meses, un retest de la escala de Burnout.
5. Se procesaron los datos con el programa IBM-SPSS versión 1.0 y se obtendrán resultados.
6. En caso de que se detecte alto grado de Burnout, se plantea localizar al participante y ofrecerle a través de la Subdirección de enseñanza que se le brinde apoyo en Salud Mental de la UNAM.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, con base al título segundo, artículo 17, el trabajo a realizar se clasifica en categoría 1 (riesgo mínimo). Se solicitará consentimiento de participantes de forma voluntaria para la aplicación de cuestionarios. Los participantes estarán

libres de retirarse si así lo desean del estudio. La información será manejada de manera confidencial para cada participante.

También se aplicaron las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

Uno de los beneficios que se ofrecerán a los participantes, es que la Subdirección de enseñanza le brinde apoyo en Salud Mental de la UNAM., en caso de que detectemos un nivel elevado de Burnout. Los datos fueron manejados de manera confidencial, únicamente el realizador del estudio tendrá acceso a ellos.

ANALISIS ESTADÍSTICO.

Al final de los periodos mencionados, los datos recabados se vaciaron en una base de datos de Excel y posteriormente se procesaron a partir del programa SPSS IBM para Mac. Se realizó estadística descriptiva, con la distribución de frecuencias y la correlación entre los niveles de

Burnout, el año de residencia y las escalas Resi-M y estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

IV. RESULTADOS

Se recolectó información de un total de 77 residentes los cuales se les aplicó las escalas de Burnout, Resiliencia en mexicanos, Estrategias de Afrontamiento, Hamilton para Ansiedad y Depresión.

La tabla 1 muestra los resultados de las dos mediciones de Burnout por año de residencia. En ella se observa que 11 residentes obtuvieron puntajes altos para Burnout en la primera medición, mientras que en la segunda aplicación solo 10 residentes tuvieron puntajes altos para Burnout. Por grado académico los residentes de primer año fueron quienes más frecuentemente presentaron puntajes altos en síndrome de Burnout con un 27.8% como se muestra en la tabla. En la segunda medición de burnout, se obtuvo un porcentaje más alto en los residentes de 1er año con un 44.4%. En la tabla 2 se hace una comparativa entre la primera medición y la segunda medición de Burnout. Obteniendo que 5 residentes de primer año obtuvieron puntajes para ambas escalas compatible con Burnout, mientras que sólo 1 de cuarto año obtuvo en

ambas escalas puntajes positivos para Burnout. El resto de los participantes que habían tenido puntuaciones altas en la primera, no resultaron positivos en la segunda.

Tabla 1.

| PRIMERA MEDICIÓN DE BURNOUT | | | | | |
|------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|
| AÑO | NO | % | SI | % | TOTAL |
| R1 | 13 | 72.2 | 5 | 27.8 | 18 |
| R2 | 22 | 91.7 | 2 | 8.3 | 24 |
| R3 | 19 | 86.4 | 3 | 13.6 | 22 |
| R4 | 12 | 92.3 | 1 | 7.7 | 13 |

Tabla 2.

| SEGUNDA MEDICIÓN DE BURNOUT | | | | | |
|------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|
| AÑO | NO | % | SI | % | TOTAL |
| R1 | 10 | 55.6 | 8 | 44.8 | 18 |
| R2 | 24 | 100 | 0 | 0 | 24 |
| R3 | 22 | 100 | 0 | 0 | 22 |
| R4 | 11 | 84.6 | 2 | 15.4 | 13 |

*P.000

En la tabla 3 se puede observar que los valores de las escalas de Hamilton para Ansiedad por año de residencia y por género, agruparon a la muestra en niveles de Ansiedad Leve (91%). En los hombres se encontró solo un participante con ansiedad moderada y uno con ansiedad severa, siendo éstos de primer año; en las mujeres se encontraron 2 participantes con ansiedad moderada y 3 con ansiedad severa, siendo ellas de primero, tercero y cuarto año de la residencia.

Tabla 3.

ANSIEDAD TOTAL * AÑO DE RESIDENCIA

Tabla de contingencia

| | | | AÑO DE RESIDENCIA | | | | Total |
|----------------|----------|-------------------------------|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ANSIEDAD TOTAL | LEVE | Recuento | 15 | 24 | 21 | 10 | 70 |
| | | % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 83.3% | 100.0% | 95.5% | 76.9% | 90.9% |
| | MODERADA | Recuento | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| | | % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 11.1% | 0.0% | 0.0% | 7.7% | 3.9% |
| | SEVERA | Recuento | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 |
| | | % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 5.6% | 0.0% | 4.5% | 15.4% | 5.2% |
| Total | | Recuento | 18 | 24 | 22 | 13 | 77 |
| | | % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9.207 ^a | 6 | .162 |
| Razón de verosimilitudes | 10.435 | 6 | .107 |
| N de casos válidos | 77 | | |

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .51.

Se intentaron identificar aquellos participantes que presentaran datos compatibles con depresión, por lo que en la tabla 4 se encuentran los resultados de la aplicación de la escala de depresión de Hamilton. Mostrando que 15 residentes tienen datos de depresión ligera, 5 moderada y 2 muy severa; mientras que 55 residentes no tuvieron puntajes de depresión según esta escala. Se muestran los resultados también por año y por género. En comparación con las mediciones de Hamilton para Depresión y Ansiedad. Sólo uno de los participantes presentó resultados positivos de Burnout en ambas mediciones y

también presentó datos compatibles con depresión calificada como muy severa, en cuanto a los resultados de ansiedad en los que presentaron datos de Burnout en ambas escalas, 4 presentaron niveles de ansiedad leve, 1 niveles de ansiedad moderada y 1 niveles de ansiedad severos.

El porcentaje de participantes con escalas positivas para depresión es relativamente bajo; 19.5% para depresión leve, 6.5% depresión moderada y 2.6% depresión severa. (Tabla 4)

Tabla 4.

DEPRESION VALOR * AÑO DE RESIDENCIA

Tabla de contingencia

| | | | AÑO DE RESIDENCIA | | | | Total |
|-----------------|------------|---|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| DEPRESION VALOR | LIGERA | Recuento % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 3 16.7% | 3 12.5% | 4 18.2% | 5 38.5% | 15 19.5% |
| | MODERADA | Recuento % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 0 0.0% | 0 0.0% | 2 9.1% | 3 23.1% | 5 6.5% |
| | MUY SEVERA | Recuento % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 2 11.1% | 0 0.0% | 0 0.0% | 0 0.0% | 2 2.6% |
| | NO | Recuento % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 13 72.2% | 21 87.5% | 16 72.7% | 5 38.5% | 55 71.4% |
| Total | | Recuento % dentro de AÑO DE RESIDENCIA | 18 100.0% | 24 100.0% | 22 100.0% | 13 100.0% | 77 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 20.967 ^a | 9 | .013 |
| Razón de verosimilitudes | 20.617 | 9 | .014 |
| N de casos válidos | 77 | | |

a. 12 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .34.

Los

resultados de la escala de resiliencia se obtuvieron primero sumando los puntajes correspondientes para cada subescala, y posteriormente

se calculó el promedio, tomando en cuenta un puntaje mayor 100% y uno menor 0%. La tabla 5 contiene los resultados por promedio de la escala de Resiliencia, y la media en el porcentaje de la muestra total.

Dentro de la escala de Resiliencia se encontraron los puntajes mas altos en más del 80% del total de la muestra en las subescalas de Apoyo Familiar y Apoyo Social.

Tabla 5

| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|----------------------------------|----|--------|--------|---------|------------------|
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. Desviación |
| PORCENTAJE FORTALEZA | 77 | 40.30 | 100.00 | 77.6247 | 15.07076 |
| PORCENTAJE COMPETENCIA SOCIAL | 77 | 9.50 | 100.00 | 70.3935 | 21.05875 |
| PORCENTAJE APOYO FAMILIAR | 77 | 5.50 | 100.00 | 80.1208 | 20.06947 |
| PORCENTAJE APOYO SOCIAL | 77 | 53.30 | 100.00 | 85.4351 | 17.21203 |
| PORCENTAJE ESTRUCTURA | 77 | 26.60 | 100.00 | 71.8299 | 17.12795 |
| N válido (por lista) | 77 | | | | |

Se hizo la correlación de año de residencia en que se encuentra el participante con las escalas Resi-M y estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman. Se puede observar que hay correlación clinicamente significativa ($p= 0.05$) con el año de residencia y la subescala de Planeación de Resolución de estrategias de

afrontamiento. Mientras que existe una relación inversamente proporcional con la Subescala de Fortaleza ($p = -0.057$) para resiliencia.

Además se hizo la correlación con la primera y segunda aplicación de Burnout con las escalas de Resi-M y estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman. Pudiendo observar que existe una relación inversamente proporcional con el desarrollo de Burnout y con las estrategias de Aceptación de la Responsabilidad, Escape y el Apoyo social. No existe relación significativa con los items de la escala de Resiliencia ni con los otros items de las subescalas de estrategias de afrontamiento.

Un total de 34 participantes refirieron acudir a algún tipo de psicoterapia, de los cuales 3 participantes presentaban datos compatibles con Burnout tanto para la primera medición como para la segunda, en cuanto que 3 únicamente lo presentaron en la primera medición.

V. DISCUSIÓN.

Es importante para la salud, la formación de personal capacitado y con aptitudes que les favorezcan la buena práctica profesional. Sin embargo es bien sabido que la carga de trabajo, los horarios de estancia

intrahospitalaria, las sobreexigencias institucionales y de la población misma por lo que la labor de un médico en formación no es sencilla.

Existen estudios que muestran un marcado riesgo de desarrollar Burnout en médicos, siendo este un fenómeno global. Se ha visto que el Burnout en médicos puede llevar a una pobre calidad en la atención, aumento de errores médicos y dificultad de aprendizaje, así como una mala calidad de vida. (85)

En población de Médicos Residentes se ha encontrado que estos son más propensos a presentar síndrome de Burnout que la población general. Además hay una alta incidencia de médicos mujeres que presentan síntomas de depresión o ansiedad en comparación con los hombres. Así mismo se ha encontrado que los residentes de primer año, tienen mayor incidencia de presentar síntomas de Burnout que los demás. Estos resultados son muy similares a los de nuestro estudio. (86)

No hay aun un estudio que determine en nuestro país, cuales son las especialidades médicas con mayor incidencia de Burnout, sin embargo es importante conocer el panorama global, puesto que ofrece un campo de estudio bastante amplio.

Se han identificado asociación entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia como protector de problemas emocionales mentales en estudiantes de medicina. (87)

La academia de Psiquiatría de Estados Unidos realizó un estudio en 2016 con una muestra de 85 residentes, en donde encontraron una relación significativa inversamente proporcional con el burnout y el mindfulness, así como con las técnicas de resiliencia, en nuestro estudio no se logró observar un resultado similar, sin embargo se acerca la tendencia, ya que encontramos la relación inversamente proporcional con Escape, Aceptación de la Responsabilidad y apoyo social de las escalas de Resiliencia. (16)

La percepción de crecimiento personal también se ha estudiado en población de médicos, y se ha encontrado que no existe una relación clara con el desarrollo de Burnout en los mismos, sin embargo los efectos protectores varían según los dominios de las escalas de Burnout. En la escala de Desgaste emocional, la resiliencia y un soporte familiar son de mayor importancia antes que la autopercepción del crecimiento personal. Así mismo, aquellos que presentan niveles altos de despersonalización, son aquellos que se perciben a sí mismos con un bajo nivel de soporte familiar. (20)

Existen datos de gran importancia para el desarrollo de Burnout específicamente en residentes de psiquiatría realizados por la Asociación Europea de Psiquiatría en 22 países hasta en un 36.7%. Los principales factores que mayor riesgo imprimen son: el no haber elegido como primera opción la carrera de psiquiatría, no tener hijos y una edad joven. Además se ha encontrado que en comparación con otras especialidades, los residentes de psiquiatría tienen menores niveles de burnout. (13).

Con la llegada de tecnología, han aparecido estrategias para reducir el estrés, el uso de aplicaciones que determinan el nivel de desgaste en el médico con el llenado de escalas breves. Además se ha intentado fomentar en algunos médicos estrategias de Mindfulness para prevenir el desarrollo de Mindfulness, sin embargo aun hace falta mucho por estudiar para poder identificar factores protectores de Burnout, puesto que existen muchos factores relacionados con el mismo a nivel individual y social.

VI. CONCLUSIONES.

Se encontró que existe una prevalencia más alta de Burnout en residentes de primer año en comparación con los otros años, siendo

predominantemente alta su segunda aplicación lo que se explica por la carga intensa de trabajo durante ese año. Fue alta la prevalencia de síntomas ansiosos en la población total siendo un 90.3% con ansiedad leve, mientras que se encontró un porcentaje mayor al 25% para síntomas de Depresión, pudiendo ser sobrepuesta en algunos participantes que puntuaron para Burnout.

En este estudio se muestra una relación significativa entre el año de residencia y la Planeación de Resolución, pudiendo ser que mientras mayor experiencia se gana en el ambiente hospitalario, es mayor la capacidad de resolución de problemas, mientras que existe una relación proporcional inversa con la Fortaleza.

No se muestran relaciones significativas que nos hagan pensar que algún tipo de habilidad en las subescalas de Resiliencia o en las de estrategias de afrontamiento puedan ser un factor protector para prevenir el Burnout. Sin embargo existe una relación inversamente proporcional con el nivel de Burnout en ambas aplicaciones con las estrategias de Aceptación de la Responsabilidad, Escape y Apoyo Social, no obteniendo resultados similares en las aplicaciones individuales de Burnout.

Un estudio con estas características pudiera beneficiarse y arrojar información más confiable si se realizara de manera prospectiva y con una muestra más amplia, donde fuera el mismo investigador quien realizara las pruebas psicométricas lo que evitaría un sesgo importante al momento de recopilar la información.

Las limitantes de este estudio fueron que los cuestionarios son autoaplicables, con lo que se genera un sesgo importante. La muestra es pequeña y no alcanzó a cubrir la totalidad de los residentes.

Sería de gran utilidad la comparación de residentes de psiquiatría con otras especialidades.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Farooq K, Lydall GJ, Malik A, Nidetel DM, ISOSCCIP Group, Bhurga D. Why medical students choose psychiatry - a 20 country cross sectional survey BMC. Med. Educ. 2014;14:12.
2. Goldacre MJ, Fazel S, Smith, Lambert T. Choice and rejection of psychiatry as a career: surveys of UK medical graduates from 1974 to 2009. Br. J. Psychiatry. 2013; 202:228-34.
3. Lambert TW, Turner G, Fazel S, Goldacre MJ. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. Psychol Med. 2006; 36: 679-84.
4. Maj M. The WPA action plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7 (3): 129-130.
5. De la Fuente R. La enseñanza de la Psiquiatría en México. Salud Mental 2014; 37: 523-30.
6. Heinze G, Del Carmen Chapa G. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. 2016; 39: 69-76.
7. Meier, D. E.; Back, A. L. The inner life of physicians and care of the seriously ill. J. Am. Med. Assoc. 2001, 286, 3007-3014. [CrossRef]
8. McCue, J.D. The effects of stress on physicians and their medical practice. N. Engl. J. Med. 1982, 306, 458-463. [CrossRef]
9. World Medical Association. Medical Ethics Manual - 2nd Edition. Available online: http://www.wma.net/en30publications/30ethicsmanual/pdf/chap_6_en.pdf. (acceso en marzo 2017)
10. Rössler W. Stress, Burnout and Job dissatisfaction in mental health workers Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2012; 262: S65-9.
11. Prints JT, Gazedam Donofoo SM. Burnout in medical residents: a review. Med. Educ. 2007; 41: 786-800.
12. Thomas NK. Resident Burnout. JAMA 2004; 292:285-9.

13. Jovanovic N, Podlesek A, Volpe U. et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatric not being first career choice. *Eur. Psychiatry* 2016; 32: 34-41.
14. Dyrbye LN, Power DV, Maise F, Eacjer A. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of IS medical students. *Med. Educ.* 2014; 44 (10): 1016-26.
15. Ripp J, Bbyatsky M, Falar R, Bazari H, Bellini L. The incidence and predictors of job burnout in first year internal medicine resident: a five institution study. *Acad. Med.* 2011; 86(10); 1304-10.
16. Chaukos D, Chad-Friedman E, Mehta D. Risk and Resilience factors associated with resident burnout. *Acad. Psychiatry.* 2016. DOI: 10.1007/s40596-016-0628-6.
17. Comité Académico Facultad de Medicina UNAM. Plan único de especializaciones médicas en Psiquiatría. 2008. En línea http://sap.salud.gob.mx/media/57578/puem_psiquiatria.pdf. (consultado en marzo 2017)
18. Bustamante-Ogando JC et al. Evaluación psicológica para un posgrado de Pediatría. *Acta pediátrica mexicana.* 2014; 35:202-211.
19. Arnold D, Calhoun LG, Tedesch. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology:* 45: 239-63.
20. Taku K. Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. 2013. *Personality and Individual Differences.* 59: 120-23.
21. Greene G. A burnout case. Harmondworth, UK: Penguin (Publicado originalmente en 1960) [CrossRef]
22. Freudenberg H. Burnout: The high Cost of Achievement. Garden City, New York PRes 1980 p.13 [CrossRef]
23. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC public health.* 2010;10:302.

24. Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Mosquera Mera D, Lopez del Hoyo Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of occupational medicine and toxicology*. 2009;4:31.
25. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52:397-422.
26. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 4th edition of ICD-10. Geneva, Switzerland 2011.
27. Aydemir O, Icelli I. Burnout: Risk Factors. In: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working*. US: Springer 2013. p. 119-43.
28. Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva Demarzo MM, Gascon S, Garcia-Campayo J. Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PloS one*. 2014;9(2):e89090.
29. Vaananen A, Koskinen A, Joensuu M, Kivimaki M, Vahtera J, Kouvonen A, et al. Lack of predictability at work and risk of acute myocardial infarction: an 18-year prospective study of industrial employees. *American journal of public health*. 2008;98(12):2264-71.
30. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of applied psychology*. 2008;93(3):498-512.
31. da Silva RM, Goulart CT, Lopes LF, Serrano PM, Costa AL, de Azevedo Guido L. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities-an analytic study. *BMC nursing*. 2014;13(1):9.
32. Kumar S, Mellsop G. Burnout: Gender Aspects. In: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working*. US: Springer 2013. p. 99-117.
33. Peisah C, Latif E, Wilhelm K, Williams B. Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging & mental health*. 2009;13(2):300-7.
34. Seidler A, Thinschmidt M, Deckert S, Then F, Hegewald J, Nieuwenhuijsen K, et al. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core

component emotional exhaustion - a systematic review. *Journal of occupational medicine and toxicology*. 2014;9(1):10.

35. Norlund S, Reuterwall C, Hoog J, Lindahl B, Janlert U, Birgander LS. Burnout, working conditions and gender--results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC public health*. 2010;10:326.

36. Middeldorp CM, Cath DC, Boomsma DI. A twin-family study of the association between employment, burnout and anxious depression. *Journal of affective disorders*. 2006;90(2-3):163-9.

37. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(6):505-24.

38. Reyes-Torres M, Rios-Santos JV, Lopez-Jimenez A, Herrero-Climent M, Bullon P. Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome. Creation of a structural model. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2012;17(5):e821-4.

39. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety*. 2009;26(12):1118-26.

40. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009;14(3):204-20.

41. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of psychosomatic research*. 2006;61(1):59-66.

42. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic medicine*. 2006;68(6):863-9.

43. Jourdain G, Chenevert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2010;47(6):709-22.

44. Zhong J, You J, Gan Y, Zhang Y, Lu C, Wang H. Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers. *Psychological reports*. 2009;105(3 Pt 2):1248-54.
45. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of affective disorders*. 2007;104(1-3):103-10.
46. Ohue T, Moriyama M, Nakaya T. Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Japan journal of nursing science : JJNS*. 2011;8(1):76-86.
47. Van Bogaert P, Clarke S, Wouters K, Franck E, Willems R, Mondelaers M. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. *International journal of nursing studies*. 2013;50(3):357-65.
48. Pejuskovic B, Lecic-Tosevski D, Priebe S, Toskovic O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatria Danubina*. 2011;23(4):389-95.
49. Zhang L, Zhao J, Xiao H, Zheng H, Xiao Y, Chen M, et al. Mental health and burnout in primary and secondary school teachers in the remote mountain areas of Guangdong Province in the People's Republic of China. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014;10:123-30
50. Pas ET, Bradshaw CP, Hershfeldt PA. Teacher- and school-level predictors of teacher efficacy and burnout: identifying potential areas for support. *Journal of school psychology*. 2012;50(1):129-45.
52. Machado T, Sathyanarayanan V, Bholra P, Kamath K. Psychological vulnerability, burnout, and coping among employees of a business process outsourcing organization. *Industrial psychiatry journal*. 2013;22(1):26-31.
52. Ashtari Z, Farhady Y, Khodaei MR. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *African journal of psychiatry*. 2009;12(1):71-4.

53. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(6):2214-40.
54. Wallin U, Runeson B. Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2003;18(7):329-33.
55. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social science & medicine*. 1997;44(7):1017-22.
56. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC medical education*. 2007;7:6.
57. Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, Gazendam-Donofrio SM, Sprangers F, Jaspers FC, et al. Burnout among Dutch medical residents. *International journal of behavioral medicine*. 2007;14(3):119-25.
58. Kumar S, Hatcher S, Dutu G, Fischer J, Ma'u E. Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study. *The International journal of social psychiatry*. 2011;57(2):166-79.
59. Lee RT, Seo B, Hladkyl S. Correlates of physician burnout across regions and specialities. A meta-analysis. *Hum. Resour. Healt* 2013.
60. Bakker A, Schaufeli W, Leiter M. Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work Stress* 2008, 3 , 187-200.
61. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physicians resilience. *Can. Fam. Physician* 2008. 54:722-729.
62. Nedrow A, Nicole A. Physician resilience and burnout: Can you make te switch?. *Family Pactice Management* 2013. January-February 25-30
63. Luthar SS y Cushing G. Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. En *Resilience and development. Positive life adaptations*. Nueva York. Kluwer Academics. pp. 129-160 [CrossRef]
64. Barlett DW. On resilience: Questions of validity. En: *Educational resilience in inner-city America* (pp. 97-108) [CrossRef]

65. Richardson GE, Nigier BL, Jensen S. The resilience model. *Health Education* 1990; 21: 31-39
66. Masten AS, Powell JL. A resilience framework for research, policy and practice. Cambridge University Press 2003: 1-25.
67. Fergusson S y Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 1-26.
68. Kumpfer KL. Factors and processes contributing of resilience. The resilience framework. Kluwer Academy. 1993: 179-224.
69. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanism. Cambridge University Press. 1990: 181-214.
70. Simeon D, Yehuda R, Cunill R. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2007 32, 1149-1152. [ScienceDirect]
71. Walker FR, Pfings K, Carnevali L. In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017; 74: 310-320.
72. Gaxiola JC, González S. Predictores el rendimiento académico con disposiciones resilientes y no resilientes. 2012. *Revista de psicología* 30: 48-74.
73. Fahas A. Evaluation Resiliency Patterns Using the ER89: A case study from Kuwait. *Social Behaviour and Personalitu*. 28(5) 505-514.
74. Secombe K. Families in poverty in the 1990s: Trends , causes, consequences and lessons learned. *Journal f Marriage and the Family*. 2000: 62: 1094-1113.
75. Grossman JB. does mentoring work?. An impact study of the Big Brothers /Big Sisters program. *Evaluation review*. 2003: 22: 403-26.
76. Rutter M. Fifteen thousand hours. 1979. Cambridge University Press. [CrossRef]
77. Stone AA, Helder L, Schneider. Coping with stressfull events. Coping dimensions and issues. En Cohen LH 1988 182-210.
78. Lazarus RS, Folkam S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Martínez Roca 1986.

79. Zavala YL, Rivas RA. Validación del instrumentos de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psocología y educación*. 2008 10: 159-82
80. Salin P . *Psiquiatría en medicina interna*. Mc Graw Hill. México 2003
81. Gutiérrez R y Ostermann R. *The SWS Survey of stress*. World and Mental Health México. Universidad Nacional Autónoma d eMéxico 1994.
82. Di Colloredo CA, Aparicio DP. Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres anta la situación de desplazamiento. *Avances psicológicos en la disciplina*. 2007, 1:2 125-56.
83. Snyder CR coping. *The psychology of what works*. New York Oxford University Press 1999.
84. Stone AA, Neale JM, New Measure of dayli coping development and preliminary results. *J Personal Soc. Psychology* 1984 46:892-906.
85. Kumar Shailesh. *Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention*. Healthcare MDPI 2016.
86. Goldhagen Brian, Kingslover K, Stinnett Sandra. *Stress and Burnout in residents: impact of minfulness-based resilience training*. *Advances in medical education and practice*. Dovepress. 2015: 6 525-532
87. Thompson Gwen, et. al. *Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support*. *Teaching and learning in medicine*. 216. Vol 28, num 2 174-182.

ANEXOS.

a) CONSENTIMIENTO INFORMADO.



SECRETARIA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



México, D.F. A ____ de _____ de 20 ____.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACION DE INGRESO A ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN Y APLICACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN.

“Resiliencia y estrategias de afrontamiento como factores protectores de Burnout en Residentes de HPFBA.”

El que suscribe: _____

(Nombre completo del participante)

En calidad de médico residente de ____ año, doy mi autorización para participar en el estudio de investigación **“Resiliencia y estrategias de afrontamiento como factores protectores de Burnout en Residentes de HPFBA”** Aceptando también la aplicación de las escalas que forman parte del procedimiento de investigación, así como la utilización de la información obtenida para fines científicos.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO.

TESTIGO

TESTIGO

b) INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdicilmente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces el año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

| ITEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| A. E. 1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo | | | | | |
| A. E. 2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado | | | | | |
| A. E. 3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado | | | | | |
| R. P. 4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender | | | | | |
| D. 5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mi, como si fuesen objetos impersonales | | | | | |
| A. E. 6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa | | | | | |
| R. P. 7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender | | | | | |
| A. E. 8. Siento que mi trabajo me está desgastando | | | | | |
| R. P. 9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo | | | | | |
| D. 10. Siento que me he hecho más duro con la gente | | | | | |
| D. 11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente | | | | | |
| R. P. 12. Me siento muy enérgico en mi trabajo | | | | | |
| A. E. 13. Me siento frustrado por el trabajo | | | | | |
| A. E. 14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo | | | | | |
| D. 15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente | | | | | |
| A. E. 16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa | | | | | |
| R. P. 17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo | | | | | |
| R. P. 18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender | | | | | |
| R. P. 19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo | | | | | |
| A. E. 20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades | | | | | |
| R. P. 21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada | | | | | |
| D. 22. Me parece que los beneficiados de mi trabajo me culpan de algunos problemas | | | | | |

- A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL
- D. DESPERSONALIZACIÓN
- R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

c) ESCALA DE RESILIENCIA PARA MEXICANOS (RESI-M)

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

| Item | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| 1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos. | | | | |

(Continúa)

| Item | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|
| <p>23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas.</p> <p>27.- Sé cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p> | | | | |

d) Escala WCQ de Lazarus y Folkman

Para responder a los enunciados en éste cuestionario usted debe tener en mente una situación estresante específica. Tome unos pocos momentos y piense acerca de las situaciones más estresantes que ha experimentado en la semana pasada.

Estresante significa una situación que fue difícil de enfrentar para usted, tal vez porque sintió mucha incomodidad acerca de lo que sucedió, o porque tuvo que hacer esfuerzos considerables para aceptar la situación. La situación puede haber involucrado a su familia, su trabajo, sus amigos o algo de importancia para usted. Antes de responder a las preguntas, piense acerca de los detalles de la situación estresante, tales como donde sucedió, quien estuvo involucrado, como actuó y porque es importante para usted. Tal vez podría estar involucrado todavía en la situación o tal vez ya sucedió.

Para responder a cada una de las oraciones, por favor conserve la situación estresante en mente.

Lea cada oración cuidadosamente y encierre con un círculo [0, 1, 2,3] el que más se acerque a cómo usted enfrentó la situación.

0= Totalmente en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= De acuerdo 3= Totalmente de acuerdo

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1 | Sólo me concentré en lo que tenía que hacer inmediatamente, lo que venía después. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Traté de analizar el problema con el fin de entenderlo mejor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Volví a mi trabajo o a otra actividad para concentrarme en otra cosa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Sentí que el tiempo podría hacer una diferencia, sólo necesitaba esperar a que pasara. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Negocié o me comprometí para conseguir algo positivo de esta situación. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Hice algo que no pensé que funcionaría, pero al menos estaba haciendo algo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Traté de que la persona responsable (a cargo de la situación) cambiara su opinión. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Me critiqué o hice comentarios sobre mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Traté de no quemar mis oportunidades, dejé las cosas abiertas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Esperaba un milagro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Fue el destino. A veces sólo tengo mala suerte. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Fue como si nada hubiera pasado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Traté de guardarme mis sentimientos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Busqué el lado positivo, por así decirlo; traté de ver el lado bueno de las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Dormí más de lo habitual. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Expresé la ira a la persona(s) que causó el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Acepté simpatía y comprensión de alguien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Me dijeron cosas que me ayudaron a sentirme mejor. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 20 | Me inspiré para hacer cosas creativas sobre el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Traté de olvidar todo el asunto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Conseguí ayuda profesional. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | Cambié o crecí como persona. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | Me disculpé o hice algo para compensar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Hice un plan de acción y lo seguí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Acepté lo que pensé que era la siguiente mejor cosa en lugar de lo que quería. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28 | Dejé salir mis sentimientos de alguna manera. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29 | Me di cuenta de que me yo mismo generé el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30 | Salí de la experiencia mejor que cuando entré. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31 | Hablé con alguien que pudiera hacer algo concreto sobre el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32 | Traté de escapar del problema por un tiempo al descansar o tomar unas vacaciones. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33 | Traté de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, usando drogas o medicamentos, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34 | Tomé una gran oportunidad o hice algo muy arriesgado para resolver el problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35 | Traté de no actuar con demasiada precipitación o seguir mi primera corazonada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36 | Encontré nueva fe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37 | Mantuve mi orgullo y la cabeza en alto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38 | Redescubrí lo que es importante en la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39 | Cambié algunas cosas para que las cosas salieran bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Generalmente evité estar con gente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41 | No dejé que me afectara; me rehusé a pensar demasiado en ello. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42 | Pedí consejos a mi familia o amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43 | Oculté a los demás qué tan graves eran las cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44 | Tomé las cosas a la ligera, me negué a tomarlas muy en serio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45 | Hablé con alguien sobre cómo me sentía. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46 | Me mantuve firme y luché por lo que quería. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47 | Lo saqué sobre otras personas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48 | Aproveché mis experiencias pasadas; ya he pasado por algo similar antes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49 | Yo sabía lo que debía hacer, así que dupliqué mis esfuerzos para hacer que las cosas funcionaran. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50 | Me negué a creer que había sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51 | Me prometí a mí mismo que las cosas serían diferentes próxima vez. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52 | Se me ocurrieron un par de soluciones al problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53 | Acepté la situación, ya que nada se podía hacer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54 | Traté de ocultar mis sentimientos sobre el problema para que no interfirieran con otras cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55 | Desearía poder cambiar lo que sucedió o lo que sentí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56 | He cambiado algo acerca de mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 57 | Soñaba despierto o imaginado un mejor momento o lugar en el que estar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58 | Me hubiera gustado que la situación se hubiera ido o de alguna manera se hubiera terminado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59 | Tuve fantasías o deseos acerca de cómo las cosas podrían resultar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60 | Recé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61 | Me preparé para lo peor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62 | Repasé en mi mente lo que podía hacer o decir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63 | Pensé en cómo una persona que admiro manejaría esta situación y la utilicé como modelo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64 | Traté de ver las cosas desde el punto de vista de otra persona. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65 | Me recordé que las cosas podían haber sido mucho peores. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66 | Corrí o hice ejercicio. | 0 | 1 | 2 | 3 |

e) Hamilton para Depresión y Ansiedad.

5.1.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

| <i>Ítems</i> | <i>Criterios operativos de valoración</i> |
|--|---|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4) |
| 4. Insomnio precoz | 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche |
| 5. Insomnio medio | 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.) |
| 6. Insomnio tardío | 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama |
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta |
| 9. Agitación | 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. |
| 10. Ansiedad psíquica | 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle |

| | |
|---|---|
| 11. Ansiedad somática | <p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | <p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p> |
| 13. Síntomas somáticos generales | <p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p> |
| 14. Síntomas genitales | <p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales |
| 15. Hipocondría | <p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p> |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B) | <p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p> |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | <p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p> |

7.1.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

| <i>Definición operativa de los ítems</i> | <i>Puntos</i> | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|
| 1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borboríngos, diarrea, estreñimiento) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

AGRADECIMIENTOS

“Tú no eliges a la psiquiatría, la psiquiatría te elige a ti.” sic.

Agradezco a la vida y a La Existencia.

A mi familia y mis ancestros, a mis raíces y costumbres.

A mis compañeros de vida, amigos, amores, maestros, aprendices y gente significativa en mi vida, en cualquier parte del mundo o del universo donde estén...

Estoy agradecido también de ser parte de la institución que me forma como psiquiatra por mucho tiempo mi hogar, que me permitió conocer a la gente que conocí y aprender de los momentos, las vivencias y los vínculos que creé. Orgulloso lo conservaré.

Acepto y honro el lugar que me corresponde...

Y haré con ello lo que es mi deber...

vivir,

hasta el fin y lo que siga.