



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Medicina Conductual
Facultad de Medicina

Estrés en personal de salud, factores organizacionales e individuales

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Eduardo Abraham Vidal Velazco

Tutor: Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología, UNAM.*

Adjunto: Dr. Edgar Landa R., *Facultad de Psicología, UNAM*

Sinodales:

Mtra. Irma Zaldívar Martínez, *CSP Guillermo Dávila, FP, UNAM*

Dra. Angélica Riveros R., *COE, Facultad de Contaduría y Administración, UNAM*

Dra. Ana Moreno Coutiño, *Facultad de Psicología, UNAM*

CDMX.

Agosto, 2019



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.

Resumen

Los **objetivos** de la presente investigación incluyeron desarrollar un instrumento con validez ecológica sobre fuentes de estrés experimentadas por médicos residentes e identificar la presencia de dichas fuentes en el contexto de malestar psicológico. Después de un estudio exploratorio cualitativo para la elaboración del instrumento, un segundo estudio no experimental, mixto comparativo intra- e inter-sujeto exploró fuentes y consecuencias percibidas del estrés. **Método.** Participaron 121 médicos residentes de dos generaciones: 2018 (59 médicos) y 2019 (62 médicos). **Medición.** Se utilizaron las escalas: de Fuentes de Estrés (en construcción), Mexicana de Desgaste Ocupacional, Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la subescala de ideación suicida del IMADIS y la Mexicana de Clima Organizacional. Los **resultados** revelaron niveles notorios de estrés y burnout ($z=-2.079$, $p<.05$) despersonalización ($z=-3.312$, $p<.001$), sintomatología ansiosa ($z=-3.182$, $p<.001$) y depresiva ($z=-2.191$, $p<.05$). La comparación entre generaciones de participantes arrojó diferencias significativas en clima organizacional percibido ($U=1461$, $p<.05$). Los hallazgos muestran consistencias definidas en la percepción de fuentes individuales y organizacionales de estrés, y de la presencia de burnout, sintomatología ansiosa, depresiva y clima organizacional percibido. **Discusión.** Los resultados subrayan la necesidad de intervenciones para dotar de habilidades de afrontamiento del estrés a médicos residentes, así como sugerir ajustes institucionales que contribuyan a su salud mental y bienestar.

**El presente estudio fue posible gracias a los apoyos financieros
IN-303618 del PAPIIT-UNAM
y 695712 y 2827 (CVUs) del Consejo Nacional de Ciencia
y Tecnología (CoNaCyT)**

Agradecimientos:

Al Dr. Adolfo Chávez Negrete y Dra. Claudia Arreola por el acceso a los participantes y el apoyo institucional que hizo posible la realización del presente trabajo.

Psic. Ricardo Iván Figueroa García

Psic. Juan Manuel León Torres

Psic. Cynthia Magaly Díaz Juárez

Por su invaluable apoyo en la recolección,
sistematización y análisis de datos.

A mi Tutor por su apoyo incondicional
y su excelente guía académica.

Dedicatorias:

A mi mamá

A mi papá (†)

A mis hermanos

A Agustín

A mis amigos y seres queridos

Índice

Resumen	2
Capítulo I. El estrés, conceptualización	5
El estrés en médicos residentes	7
Clasificación de las fuentes de estrés en médicos	8
Niveles de estrés	10
Evaluación del estrés	13
Capítulo II. Fuentes individuales y Organizacionales de estrés	17
Estrés y variables organizacionales/profesionales	18
Estrés y variables individuales	23
Fuentes de estrés y variables sociodemográficas	25
Fundamentación del Estudio	26
Objetivos	28
Capítulo III. Estudio 1. Exploración cualitativa	29
Método	29
Resultados	34
Discusión	39
Capítulo IV. Estudio 2. Evaluación	41
Método	41
Resultados	48
Discusión	61
Conclusiones	70
Recomendaciones y limitaciones	71
Elementos hacia una propuesta de intervención	72
Referencias	78
Anexos	95

Capítulo I. El Estrés, conceptualización.

Al estrés se le ha caracterizado como la tensión que surge cuando un cambio, generalmente repentino, en las condiciones de vida de los individuos requiere que éstos pongan en marcha inmediata estrategias para cambiar la situación o para adaptarse a ellas (Selye, 1991; 1993).

Los investigadores no han logrado un consenso claro sobre el concepto de estrés, se han enfocado en entenderlo como eventos altamente estresantes, como una respuesta de un organismo o evaluaciones individuales de situaciones cuya característica central es el estrés (Cohen, Kessler & Underwood, 1997).

Su definición depende del enfoque con el que se conciba este constructo, de acuerdo con Cohen et al. (1997) existen tres perspectivas desde las cuales se han desarrollado modelos explicativos; 1) la perspectiva ambientalista que se enfoca en la evaluación de eventos estresantes o experiencias (como fuentes de estrés) que están normalmente (de forma objetiva) asociadas con demandas que implican adaptación; 2) la perspectiva psicológica hace énfasis en la evaluación subjetiva de esos eventos por parte de los individuos, y de sus habilidades para afrontar a las demandas derivadas de eventos o experiencias (evaluaciones o percepción del estrés); y 3) la perspectiva biológica que se enfoca en el estudio de la activación de sistemas fisiológicos específicos que múltiples estudios, han documentado estar modulados por ambas condiciones demandantes, tanto ambientales como psicológicas (respuestas al estrés).

Una concepción que incluye estas perspectivas define al estrés como "... las demandas ambientales que imponen o exceden la capacidad de adaptación de un organismo, generando cambios psicológicos y biológicos que pueden colocar a una persona en riesgo ante alguna enfermedad" (Cohen et al., 1997, pág. 3).

Debido a su naturaleza, el estrés puede manifestarse como una motivación que permite al individuo responder a los estímulos del medio, su nivel puede elevarse por un estresor intenso (interno o externo) que excede el umbral óptimo de adaptación de un organismo. Si esto se mantiene de manera prolongada y continua termina convirtiéndose en estrés agudo el cual suele producir diversos problemas psicológicos y somáticos. Posteriormente, si se mantienen las condiciones por un periodo aún más prolongado (por ejemplo, tres meses o más), al estrés se le denomina crónico, aunque no sea necesariamente intenso, pero que exige adaptación permanente y potencialmente puede conducir a la presencia de signos del *síndrome de desgaste profesional* o "*burnout*" (Bautista Espinosa, González, Juárez, Valencia & Zapote, 2006)

Así, el estrés está mediado por factores tensionantes que exigen una demanda a la persona, cuando ésta no se logra satisfacer genera malestar y reactividad que también se ha definido subjetivamente como "estrés", o sea que en ocasiones se usan como sinónimos el fenómeno y sus consecuencias (Bautista, et al., 2006). Por lo que se ha propuesto que las fuentes de estrés son aquellos estímulos/situaciones amenazantes para la supervivencia (Báguena, 2001).

También se entiende que los factores de estrés o eventos altamente estresantes son aquellos eventos en la vida de una persona, operacionalizadas como "...ocurrencias objetivas de magnitud suficiente para provocar cambios en las actividades habituales de la mayoría de las personas que las experimentan" (Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy & Dohrenwend, 1982, s/p).

El estrés en médicos residentes

En lo que respecta al personal de salud en general y a los médicos residentes en particular, están expuestos a múltiples fuentes de estrés desde los inicios de su formación profesional, por lo que el estrés (como reacción) y los factores estresores han estado presentes en su percepción y en sus ambientes (Tessa, 2015). Éstos pueden afectar seriamente su calidad de vida, incluyendo la atención que brindan al paciente. Esto los coloca en una situación de doble vulnerabilidad mediante efectos directos sobre su bienestar y funcionamiento e indirectamente sobre quien recibe sus servicios profesionales. Pueden desarrollar enfermedades físicas o conductas de riesgo (Reséndiz & Reyes, 2012), para fines de esta investigación se usará la perspectiva ambientalista del estrés y su conceptualización sobre fuentes de estrés o estresores.

El estudio del estrés en médicos residentes se ha abordado, recientemente, en diferentes partes del mundo (Palacios, Morán & Paz, 2014; Rodríguez, 2016; Ebrahimi & Kargar, 2018). El interés en estudiarlo radica en que puede generar consecuencias negativas, principalmente en aquéllos que experimentan niveles altos y sostenidos de estrés, generando consecuencias en diferentes áreas de su vida, lo que generalmente implica una reducción importante de su calidad de vida y bienestar psicológico (Raj, 2016).

El estrés suele asociarse con, o conducir a problemas tales como depresión (Hakanen & Schaufeli, 2012), ansiedad (Ahola, 2007), suicidio (Gold, Sen & Schwenk, 2013), desesperanza (Pompili et al., 2010) y abuso de sustancias psicoactivas (Arora, Asha, Chinnappa & Diwan, 2013; Martínez-Lanz, Medina-Mora & Rivera, 2005). No sólo se han documentado efectos del estrés en las personas que lo padecen, sino que puede afectar su interacción con otros trabajadores de la salud o personal del lugar donde laboran, con los pacientes a los que deben

atender o en las instituciones donde se desempeñan (Arora et al., 2013). Por estas situaciones, el estrés en médicos, principalmente en médicos en formación, ha cobrado relevancia y ha atraído el interés de los investigadores para estudiarlo y llevar a cabo acciones que permitan prevenirlo y reducir su prevalencia (Cooke, 1985, Ebrahimi & Kargar, 2018; Rodríguez, 2016).

Clasificación de las fuentes de estrés en médicos

El problema fundamental consiste en que se derivan repuestas desadaptativas en los residentes por características relativamente específicas del estrés asociado con el entrenamiento de residencia (Bronkhorst, 2015; Cooke, 1985). Se propone que el análisis cuidadoso de las fuentes u orígenes de ese estrés podría beneficiar la práctica de enseñanza de la medicina, así como la prevención de diversos problemas psicosociales. Con base en lo anterior, resulta importante identificar y categorizar los diferentes factores estresores en función de su naturaleza y ámbito de la vida cotidiana en donde se presenta (Famakinwa & Fabiny, 2008).

Gil-Monte y Peiró (1997) propusieron una taxonomía para la clasificación de diferentes estresores en cuatro niveles que interactúan y demandan una respuesta adaptativa en el personal de salud expuesto a ellos, estos niveles son:

- a) Individual: ideas asociadas al desempeño profesional, sentimientos de culpa ante errores, insatisfacción laboral, afectaciones físicas y emocionales.
- b) Relaciones interpersonales: deterioro en la interacción con compañeros y pacientes, falta de reconocimiento y apoyo por parte de jefes y directivos institucionales.

c) Organizacional: problemas de autonomía, estructura y distribución del trabajo, incapacidad de acción y cobertura a demandas de pacientes, condiciones inadecuadas e insuficientes de trabajo, largas jornadas y extenuantes cargas de trabajo.

d) Del entorno social: políticas públicas y acciones sociales relacionadas con el rol profesional, marcos de entrenamiento, práctica y ejercicio profesional, pérdida de estatus y/o prestigio, entre otros.

Otras propuestas más específicas (Reséndiz y Reyes, 2012) sugieren ocho categorías de estresores en médicos residentes del área de anestesiología: 1) laboral, 2) académico, 3) personal, 4) comunicación, 5) insatisfacción profesional, 6) enfermedades físicas, 7) problemas de sueño y 8) conductas de riesgo.

En la literatura de investigación se han documentado otros aspectos de la formación en residencia que son quizás igualmente estresantes, pero quizá menos notorios: trabajo monótono, carencia de estructura, naturaleza impredecible de la enseñanza clínica; dilemas éticos de atención al paciente que se dan por sentados y que no se abordan o resuelven explícitamente; falta de privacidad personal, estrés familiar, autonomía limitada, rotación frecuente y cambios de equipo.

Otro problema contextual surge de la selección que hacen los jefes que creen que los residentes “exitosos” subordinan la vida personal a la profesión y soportan un clima hostil ante expresiones de angustia personal o profesional (Bragard, Etienne, Merckaert, Libert, & Razavi, 2010; Cooke, 1985). Algunas de estas dificultades son ajenas a la naturaleza del trabajo hospitalario (aspectos de la vida social y personal), mientras que otras reflejan una cultura o tradiciones de entrenamiento (institucional/organizacional).

El estrés durante la formación es un fenómeno complejo e incompletamente descrito. Algunas dificultades de formación en residencia son dramáticas y fácilmente identificables (Bronkhorst, 2015; Cooke, 1985). Dado que diferentes clasificaciones no están claramente definidas y algunos estresores pueden pertenecer a dos o más categorías (Aach et al., 1988), para la presente investigación se sugiere contemplar dos categorías generales, **fuentes de estrés de tipo organizacional o profesionales**: que incluyen fuentes derivadas de la estructura organizacional, interacciones y procesos laborales, rol profesional y reacciones derivadas de la práctica profesional, etc., y **fuentes de tipo individual**, tiene que ver con aspectos o antecedentes de la vida personal, estilos de vida, salud, relaciones interpersonales de familia, amistades y pareja, consumo de sustancias, uso del tiempo libre y estados de ánimo.

Niveles de estrés

Diversas investigaciones han documentado diferentes niveles de estrés en médicos residentes, entre el 20% y 70% de estudios han identificado proporciones con niveles altos, resultados generalmente relacionados con las características de las muestras o grupos evaluados, tales como número de participantes, año de residencia, sexo y especialidades médicas. En general los servicios de urgencias (Loria & Guzmán, 2006), anestesiología (Lapa, Carvalho, Viana, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2016; Reséndiz & Reyes, 2012), medicina interna, cirugía general, neurocirugía (Arenas, 2006), oncología (González-Ávila & Bello-Villalobos, 2014) y ginecología (Ebrahimi & Kargar, 2018) informan niveles altos de estrés. En relación a datos recolectados en residentes de poblaciones mexicanas se han documentado resultados similares, 15%-50% de estrés alto, identificando además al servicio de urología con estrés alto (Arenas, 2006).

Una investigación realizada en 311 residentes de un hospital de Irán documentó que el 57.8% presentó niveles altos de estrés, y el resto niveles moderados. Las principales fuentes fueron: carga de trabajo, demasiadas horas laborales y pocas horas de descanso, así como la realización de exámenes y el aprendizaje. Los autores proponen que los hallazgos podrían atribuirse a una falta de experiencia para el empleo de recursos de afrontamiento, falta de supervisión en actividades académicas y clínicas, falta de apoyo por parte de los equipos de trabajo y la calidad del trato con superiores, personal y los pacientes del hospital (Ebrahimi & Kargar, 2018).

Otro estudio con residentes y adscritos encontró que entre el 30% y 50% informaron estrés alto, éste resultó mayor en médicos residentes que en médicos adscritos (personal con nombramiento y sueldo). La fuente de estrés más frecuente fue la carga de trabajo, en función de su naturaleza, nivel de demanda e intensidad con niveles más altos ante la atención de una gran cantidad de pacientes (sesenta por turno) con pacientes crónicos, especialmente en turnos nocturnos. En muchos casos esto puede generar sensación de insatisfacción y pensamientos de abandono de la residencia. (Tür, Toker, Şaşmaz, Hacı, & Türe, 2016).

Particularmente, fuentes identificadas con mayor frecuencia como generadoras de estrés como una extenuante demanda de tiempo, una súbita e intensa responsabilidad en decisiones de vida o muerte y la enorme cantidad de información que requieren dominar pueden traducirse en agotamiento físico y emocional (Tessa, 2015; Cooke, 1985). También, se han mencionado grandes cargas de trabajo, tareas académicas y administrativas adicionales, condiciones laborales inadecuadas o insuficientes, largos horarios institucionales y poco tiempo de descanso como estresores en residentes (Ebrahimi & Kargar, 2018; Hernández, 2003).

En cuanto al contexto y clima laboral, se han sugerido la falta de apoyo y deterioro en la relación con compañeros y superiores como fuente importante de estrés (Green, Albanese, Shapiro & Aarons, 2014; Lapinski, Yost, Sexton & LaBaere, 2016; Satterfield & Becerra, 2010).

Una fuente de deterioro muy poco explorada en sentido interpersonal es el abuso hacia los residentes, que en algunos contextos podría ser frecuente expresada en términos de imposición de tareas que implican descalificación o castigo administrativo, burlas ante la comisión de errores, asignación excesiva de trabajo como castigo, discriminación racial y acoso sexual, todas ellas, en lo general, fuentes importantes de estrés (Cohen, Rollnick, Smail, Kinnersley, Houston & Edwards, 2005; García-Izquierdo, Llor, García-Izquierdo & Ruiz, 2006; Hernández, 2003; Phinder-Puente, Sánchez-Cardel, Romero-Castellanos, Shaw & Anderson, 2018; Vizcarra-García & Sánchez-Valdivieso, 2014).

En cuanto fuentes directamente relacionadas con la estructura organizacional y práctica profesional de personal, en cualquier organización se tienen altas cargas de trabajo, largas jornadas, responsabilidades delicadas, calidad de la relación con jefes y equipos de trabajos, condiciones inadecuadas, así como la falta de supervisión y apoyo podrían ser condiciones que contribuyen a la presencia de niveles altos de estrés.

Estudios que han evaluado fuentes de estrés más de tipo personal, informan que fuentes frecuentes en esta categoría incluyen falta de formación, disponibilidad de tiempo, apoyo social (Gómez, 2004), estrés por exámenes, temas difíciles de aprender, dificultades financieras, problemas de salud (Ebrahimi & Kargar, 2018) problemas psicosomáticos, deterioro en la calidad del sueño, dolores de cabeza (Duarte, Velasco, Sánchez-Sosa & Reyes, 2017; Penney, 1985; Shahrakai, Mirshekari, Ghanbari, Shahraki, & Shahraki, 2011), poco

tiempo para asuntos personales y relaciones interpersonales deterioradas (Schonhaut, Rojas & Millán, 2009).

Evaluación del estrés

La utilidad de la evidencia empírica está condicionada por criterios metodológicos de los estudios, uno de ellos incluye características estructurales y definitorias de los instrumentos de medición. Dado que la mayoría de los instrumentos, en la literatura de investigación en organizaciones evalúan fuentes de estrés en esta dimensión (organizacional/práctica profesional), relativamente pocos incluyen fuentes asociadas a aspectos individuales (Bragard et al., 2010; Hernández, 2003; Lapa et al., 2016; Phinder-Puente et al., 2014; Reséndiz & Reyes, 2012).

Adicionalmente, hay muy pocos instrumentos expresamente orientados a evaluar estresores en médicos residentes en las condiciones institucionales prevalentes en el sector salud mexicano. Normalmente las investigaciones se realizan identificando el estrés con escalas generales, que suelen tener poca sensibilidad y adecuación a médicos en formación porque se han adaptado de otros contextos laborales (Reséndiz & Reyes, 2012).

Por ejemplo, el *Cuestionario de estrés en anesthesiólogos* (SQA, por sus siglas en inglés) (Lapa, et al., 2016), es un instrumento elaborado para residentes de anestesiología portugueses; cuenta con diez reactivos, se responde con una recta visual de diez centímetros en donde se responde (visual-analógicamente) con la percepción de estrés respecto a cada reactivo. Evalúa tres áreas como fuentes de estrés, clínica, de equipo y organizacional. El instrumento y las subescalas cuentan con un alfa de Cronbach $>.80$, lo que indica que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. La limitación de este

instrumento es que se enfoca en evaluar el estrés únicamente en personal del área de anestesiología y que no está validado ni en población mexicana en general ni en las condiciones peculiares de los hospitales públicos mexicanos, además de que en su estructura predominan reactivos que exploran casi exclusivamente aspectos organizacionales.

Con respecto al contexto mexicano, existen pocos instrumentos que evalúan el estrés en personal de salud y son aún menos aquellos enfocados en médicos residentes desde su desarrollo (Reséndiz & Reyes, 2012). Uno de ellos es la Lista de Chequeo de estresores con escalas de intensidad para médicos residentes elaborado por Reséndiz y Reyes (2012). El instrumento consiste de 37 reactivos que exploran ocho áreas: laboral, académico, personal, comunicación, insatisfacción profesional, enfermedades físicas, problemas de sueño y conductas de riesgo. El instrumento y sus subescalas cuentan con un alfa de Cronbach $>.75$, lo que indica que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. No obstante, a pesar de que menciona que puede ser utilizada en cualquier tipo de residentes, las fuentes de estrés se obtuvieron sólo en residentes del área de anestesiología, por lo que es poco probable que las fuentes de estrés identificadas sean representativas para servicios o residencias de otras especialidades con características diferentes. La lista tampoco incluye áreas interpersonales como abuso/maltrato por otros residentes o jefes, el cual se ha reportado en la literatura de investigación como un estresor frecuente incluso conceptualizado como “*mobbing*” (Chávez-Rivera, Ramos-Lira & Abreu-Hernández, 2016; Cohen et al., 2005; García-Izquierdo et al., 2006; Hernández, 2003; Phinder-Puente et al., 2014)

Otro instrumento para población mexicana es el Cuestionario sobre factores estresantes en estudiantes de medicina (Barragán, 2007). El instrumento cuenta con 12 reactivos tipo Likert y evalúa dos áreas: académica y familiar, ambas subescalas cuentan con un alfa de

Cronbach $>.70$, lo que indica que cuenta con satisfactorias propiedades psicométricas. Este instrumento evalúa únicamente estudiantes que están cursando la carrera y no se enfoca en aquellos que ya están en un ambiente profesionalizante o de formación clínica hospitalaria.

Existen otros instrumentos que evalúan estrés en general y están orientados al estrés laboral o burnout, como la Escala Mexicana de desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe-Prado, 2007); el Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos (Hernández, Ortega & Reidl, 2012) y el Inventario de Wolfgang en médicos mexicanos (Palacios et al., 2014). Estos instrumentos permiten identificar el nivel de estrés, sin identificar específicamente las fuentes que lo generan.

Así, los instrumentos de medición que buscan identificar las fuentes de estrés se enfocan en fuentes organizacionales, en población de médicos en lo general o bien en residentes de especialidades muy específicas. Al no contar con reactivos representativos para condiciones identificadas por los propios participantes (Kogan, Smith & Jenkins, 1977) no permiten identificar grados de intensidad o peso relativo de cada fuente y su contribución al nivel de estrés en general. En virtud de lo anterior es necesario contar con un instrumento sensible, confiable y con *validez ecológica*, para identificar las principales fuentes de estrés (De Pinto, 2006; Kogan, Smith & Jenkins, 1977; Moore, 1980;). Para garantizar este tipo de validez y obtener información relevante del contexto de los médicos residentes se ha sugerido la elaboración de instrumentos mediante la integración de metodologías cualitativas, para indagar la percepción y situaciones asociadas a fuentes de estrés y posteriormente, estandarizarlas y hacerlas en formato de cuestionario (Phinder-Puente et al., 2014; Schonhaut et al., 2009).

Así, el objetivo central del estudio objeto del presente trabajo consistió en explorar las principales fuentes de estrés en médicos

residentes en las dimensiones organizacional e individual con reactivos que, de principio representen las condiciones (Parke, 1976) y las diferentes residencias de especialidades médicas en el contexto expreso de instalaciones hospitalarias públicas de la ciudad de México y a partir de su propio entorno institucional.

Capítulo II. Fuentes individuales y Organizacionales de estrés

El estrés se ha asociado a diferentes complicaciones y afectaciones en la calidad de vida, funcionalidad y rol profesional en los profesionales de la salud (Mata et al., 2015; Prieto-Miranda, López-Benítez & Jiménez-Bernardino, 2009;). Principalmente se ven afectados médicos en formación para quienes la adquisición de conocimientos y habilidades clínicas (que suelen demandar inmediatez) (Bronkhorst, 2015) se conjuga con condiciones inadecuadas de los sistemas de salud pública, la atención de pacientes y familiares, así como una excesiva carga de trabajo que reduce las horas de tiempo libre para el descanso y la vida personal (Garduño-Juárez, 2008).

Las variables que se han asociado a la presencia del estrés son el desarrollo del síndrome de burnout, alteraciones afectivas (principalmente sintomatología ansiosa y depresiva), ideación suicida, percepción de clima organizacional negativo. Estas percepciones suelen interactuar con aspectos de estructura e interacciones interpersonales con otros profesionales y también incluir alteraciones fisiológicas como del ciclo circadiano del cortisol, psicósomáticas tales como fatiga, dolor, alteraciones de sueño (Duarte et al., 2017; Piqueras et al., 2008) y reducción de la calidad de vida y bienestar (Prieto-Miranda et al., 2009).

La presencia de estas variables y sus niveles oscila en diferentes proporciones en diferentes investigaciones y parecen estar en función de aspectos metodológicos de los estudios, de las características de los participantes y de las condiciones contextuales en donde se desempeñan. No obstante se identifican efectos negativos en aspectos propios del ambiente de trabajo y rol profesional, así como alteraciones en el estado de ánimo, conducta, cogniciones y aspectos sociales (Vera, Anzaldo & Anzaldo, 2019)

Estrés y variables organizacionales/profesionales

El estrés está estrechamente relacionado con el ambiente y la naturaleza de las actividades dentro del rol profesional, en la literatura se ha conceptualizado como clima organizacional (Kahn & Byosiére, 1992).

El clima organizacional se conceptualiza como la percepción sobre aspectos estructurales (físicos, políticas y organización) y aspectos psicosociales (procesos de interacción) dentro de un contexto laboral determinado, por lo que a la combinación de ambos factores formarán una percepción que el trabajador tendrá sobre su entorno; las investigaciones lo han clasificado en percepción positiva, neutra y negativa (Villavicencio, 2015).

Se ha descrito que se asocia con la satisfacción, motivación, compromiso, desempeño y calidad de vida de las personas dentro de una organización. Así mismo se ha reportado que el clima organizacional tiene una relación directa con el bienestar y salud mental de los profesionales de la salud (Prieto-Miranda et al., 2009; Raj, 2016; Schonhaut et al., 2009).

Diversas investigaciones han documentado la percepción de médicos residentes en torno a su clima, se ha dicho que entre el 20% y 35% de residentes lo perciben de manera negativa (Bronkhorst, Tummers, Steijn, & Vijverberg, 2015; Landa et al., 2017; Muñiz, Peña-Suárez, De la Roca, Fonseca-Pedrero, Cabal & García-Cueto, 2014), principalmente en componentes como liderazgo, apoyo, reconocimiento, comunicación, integración de equipos de trabajo, condiciones inadecuadas, organización y distribución del trabajo (Berberoglu, 2018; Bronkhorst et al., 2015; Carlucci & Schiuma, 2014; Gago, Martínez & Alegre, 2017; Landa et al., 2017).

Algunas investigaciones indican una clara relación entre un nivel alto de estrés y una percepción negativa o insatisfactoria del clima organizacional, principalmente aspectos de la estructura y naturaleza del trabajo y sus tareas tales como intensidad, carga y frecuencia (Tür et al., 2016). Por lo que más que hablar de una relación directa entre componentes del clima organizacional y fuentes de estrés, (las fuentes de estrés de tipo organizacional suelen ser los mismos componentes del clima) se puede relacionar la percepción del clima y los niveles de estrés percibidos. Algunas investigaciones conceptualizan de manera similar los componentes del clima y las fuentes de estrés asociadas a aspectos de la organización (Bronkhorst, 2015).

Parte de este problema radica en la dificultad en la conceptualización del constructo de clima organizacional, así como en la clasificación de los componentes que lo integran (Villavicencio, 2015) lo cual condiciona que las fuentes de estrés formen parte de la naturaleza del clima. Así mismo, se sugiere concebir el desempeño individual para una medición integral de esta variable, por lo que sería necesario evaluar fuentes de estrés de tipo individual e identificar su relación con la percepción del clima (Carlucci & Schiuma, 2014).

Otra variable asociada al desempeño y condiciones ambientales es el síndrome de burnout, el cual se parece estarse convirtiendo en un pilar de la investigación sobre salud mental de los profesionales de la salud (Bronkhorst et al., 2015).

El burnout es un síndrome que se caracteriza por la percepción de carácter negativo de pensamientos, emociones y conductas hacia el trabajo. Se concibe como una respuesta al estrés laboral crónico y se presenta principalmente en personas cuyo rol profesional consiste en la atención, cuidado o trato con otras personas (Gil-Monte, 2005; Maslach, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2019). Debido a la naturaleza y el impacto en aquellos que lo manifiestan se ha generado una vasta

investigación sobre este tema siendo referente de salud mental en profesionales de la salud (Dyrbye et al., 2017).

Se ha documentado que la presencia de burnout en médicos residentes es muy frecuente, investigaciones han indicado que esta población es la que mayor vulnerabilidad tiene de presentar manifestaciones de este síndrome (Arora et al., 2013; Díaz-Piga et al., 2017), las características principales son un agotamiento emocional y físico extremo, despersonalización o trato distante y frío hacia otros; y una insatisfacción del rol profesional (Maslach, 2003).

La evidencia empírica respecto a la prevalencia de burnout documenta la presencia de 20% a 75% de niveles altos en médicos residentes (Dyrbye et al., 2010; Hernández-Vargas, Dickinson & Fernández, 2008; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné & Serra, 2015). Estos hallazgos, sin embargo, pueden estar condicionados por diferentes aspectos, principalmente por el tipo de especialidad y año de residencia, naturaleza del trabajo y sexo (Dyrbye et al., 2010; Shanafelt et al., 2019). Las especialidades médicas de cuidados críticos, urgencias y quirúrgicas han reportado mayor presencia de manifestaciones de burnout, en especial residentes de los primeros años, estos resultados se presentan de manera similar en contextos internacionales y nacionales (Dyrbye et al., 2010; Hernández-Vargas et al., 2008; Landa et al., 2017; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Ríos, Athié, Martínez, 2015; Vilà-Falgueras et al., 2015).

En promedio, 6 de cada 10 médicos residentes reportan experimentar el síndrome de burnout, por lo que es necesario evaluarlo y generar estrategias de intervención, debido a que sus consecuencias impactan en diferentes áreas de la vida de la persona que lo padece. Puede afectar en el ámbito social, desempeño laboral, disminución de la calidad de la atención, alteraciones emocionales,

ideación suicida y problemas psicosomáticos (Arora et al., 2013; Landa et al., 2017).

El burnout se ha estudiado como una respuesta al estrés crónico por lo que sus manifestaciones se han asociado con la presencia de diferentes fuentes de estrés (Gil-Monte & Peiró, 1997). Se ha identificado que tiene una relación positiva con un clima organizacional insatisfactorio/negativo (Landa et al., 2017), principalmente si existe una carga excesiva de trabajo, falta de apoyo y supervisión, liderazgo pobre, acoso laboral, exigencias de pacientes y familiares (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008).

El burnout también se ha asociado a estados afectivos negativos, desequilibrio entre la vida laboral y personal, sobre todo cuando existe una lejanía en relaciones interpersonales, familiares, de amigos y pareja (Shanafelt et al., 2019); aspectos de salud y alteraciones psicosomáticas, alteraciones de sueño y fatiga extrema (Arora et al., 2013; Duarte et al., 2017). Otra asociación se da con aspectos como la formación clínica y académica, asociada a un sentido demandante de responsabilidad (Arora et al., 2013). Las investigaciones concluyen que el burnout se asocia con la presencia de fuentes individuales y organizacionales, siendo éstas últimas con las que mayor relación pareciera haber.

Tanto la carga de trabajo como el nivel de estrés son indicadores de salud mental en el trabajo, por lo que tanto el clima organizacional y el burnout reflejan indicadores de bienestar y salud laboral pues son variables que impactan en la motivación, productividad y satisfacción (Tür et al., 2016). Recientemente se ha propuesto integrar al *burnout* (síndrome de quemarse por el trabajo) como parte de la clasificación de enfermedades de la CIE 11 (OMS, 2019), por lo que entenderlo y establecer estrategias de intervención representa una necesidad imperante.

Los hallazgos en torno a estas variables requieren tomarse con cautela, ya que la mayoría proviene de instituciones públicas en donde las condiciones pueden no asemejarse entre sí (en cuanto a funcionamiento, cargas de trabajo, horarios y tipos de pacientes que se atienden, entre otros) al estar matizadas por diferentes problemáticas y políticas públicas. Adicionalmente, la mayoría son estudios con diseños transversales que prácticamente no realizan comparaciones, esto permite tener sólo una visión del comportamiento de las variables limitada a una temporalidad y condiciones, sin conocer el comportamiento ante cambios de estas condiciones, lo que podría proporcionar hallazgos superficiales.

En el presente estudio la medición de las variables se realizó mediante una secuencia que incluyó una exploración cualitativa, seguida del diseño y aplicación de instrumentos de recolección de datos (entrevistas, grupos focales o instrumentos de autoinforme), ante esto algunos estudios han propuesto la combinación de instrumentos (Plata, Flores, Curiel, Juárez & Rosas, 2011; Schonhaut et al., 2009). Por ejemplo, se ha insistido en que el comportamiento de las variables depende de las demandas institucionales y de la naturaleza del trabajo, por lo que los resultados pueden estar en función de condiciones específicas que no necesariamente representen otros contextos evaluados, y por ende, sus hallazgos no puedan generalizarse. En efecto, es necesaria la realización de estudios comparativos con múltiples mediciones y al menos dos instrumentos de evaluación (Mata et al., 2018; West, Dyrbye & Shanafelt, 2018).

Estrés y variables individuales

Principalmente se han estudiado variables relacionadas con problemas psicoafectivos, tales como la sintomatología ansiosa y depresiva, afectaciones del estado de ánimo asociadas a una disminución del funcionamiento y la calidad de vida, y su frecuencia ha incrementado en los últimos años, incluso en población general (OMS, 2018). Resulta interesante señalar que estas variables pueden jugar un papel dual en el sentido de ser, a la vez, consecuencias del estrés pero también funcionar como fuentes de sufrimiento y estrés adicional al demandar nuevas estrategias de adaptación relativamente urgentes ante problemas como la ansiedad y síntomas depresivos, con todo lo que implica lidiar con ellos.

La sintomatología depresiva es una serie de síntomas que varían de manera subjetiva en función de intensidad, frecuencia y temporalidad, que, a diferencia de un trastorno depresivo formalmente diagnosticado, sus efectos aunque pueden no ser tan incapacitantes, generan afectaciones serias en la vida cotidiana (Natera & González-Forteza, 2012). Sus manifestaciones son muy numerosas pues incluyen: disminución de actividad física, pérdida de energía, pérdida de interés en lo que se solía hacer y disfrutar, baja motivación, sentimientos de tristeza profunda, de inutilidad, de desventaja e indefensión, de pérdida, desesperación, enojo, incertidumbre, culpa, baja autoestima, llanto, minusvalía, ideación suicida, disminución de la concentración, disminución del deseo sexual, pérdida involuntaria de peso, fatiga o sensación de aletargamiento, pensamientos negativos de sí mismo, alteraciones de apetito y sueño (Aguirre, López & Flores, 2011; Natera & González-Forteza, 2012; Piqueras et al., 2008).

Con respecto a la sintomatología ansiosa, de igual forma, puede no llegar a cumplir criterios diagnósticos formales para su designación como trastorno, sus manifestaciones incluyen sentimientos de

paralización e indefensión, aprensión, miedo, terror, sentimiento de amenaza o muerte inminente, falta de aliento, palpitaciones, opresión en el pecho, asfixia, miedo a perder el control, preocupación excesiva, taquicardia, sudoración, aumento de tensión muscular, sensación de "adrenalinazo", anticipación, hipervigilancia, inseguridad, conducta de evitación e hiperactivación motora, entre otras (Aguirre et al., 2011; Piqueras et al., 2008).

La sintomatología ansiosa, suele estar acompañada de sintomatología depresiva y viceversa, siendo la primera, la que en mayores porcentajes se ha documentado en estudios con médicos residentes (Aguirre et al., 2011; Montiel-Jarquín et al., 2015). Se ha identificado una presencia de entre 10% y 46% de sintomatología ansiosa en médicos residentes y de 16% a 43% sintomatología depresiva. Estos hallazgos se han replicado en estudios nacionales e internacionales (Landa et al., 2017; Mascarúa-Lara, Vázquez-Cruz & Córdova-Soriano, 2014; Mata et al., 2015; Montiel-Jarquín et al., 2015; Plata et al., 2011).

En relación a la asociación entre sintomatología depresiva y ansiosa con fuentes de estrés se ha documentado que fuentes organizacionales y profesionales suelen ser más frecuentes, tales como excesivas cargas de trabajo, largas jornadas, tareas y responsabilidades (Mata et al., 2015), condiciones laborales inadecuadas (Aguirre et al., 2011), aunque aspectos de interacción en el trabajo suelen ser las más frecuentes, tales como falta de apoyo social, acoso o maltrato por parte de jefes y compañeros (Guerrero, Heinze, Ortiz, Cortés, Barragán y Flores-Ramos, 2013; Satterfield y Becerra, 2010), eventos estresantes y problemas económicos suelen agregarse a las asociaciones con estas sintomatologías (Mata et al., 2015; Plata et al., 2011).

Diversos estudios refieren que estos problemas afectivos oscilan frecuentemente con la presencia de fuentes de estrés de tipo

organizacional, no obstante, la experiencia de vida, reducción de tiempo dedicado a la vida personal y situaciones vitales estresantes suelen también estar acompañados de niveles altos (Montiel-Jarquín et al., 2015; Plata et al., 2011).

Las consecuencias de estas alteraciones afectivas suelen impactar en el funcionamiento (calidad de la atención y errores médicos) (Mata et al., 2015), satisfacción con el rol profesional y calidad de vida de los residentes (Prieto-Miranda et al., 2009), en particular, la presencia de sintomatología depresiva puede evolucionar a un cuadro diagnóstico de depresión y se ha identificado como potencial predictor de la presencia de ideación e intento suicida (Guerrero et al., 2013). Debido a esto, en la presente investigación se incluyó la ideación suicida para identificar su presencia en los residentes.

Fuentes de estrés y variables sociodemográficas

Se ha asociado el estrés con el sexo, en hallazgos en los que las mujeres refieren mayor estrés, sin embargo, los datos no son concluyentes pues algunos estudios sugieren que en mujeres se presenta una mayor proporción de niveles altos y otros señalan lo contrario (Shanafelt et al., 2019), no obstante, resulta necesario explorar si la variable sexo se asocia con el nivel de estrés dependiendo de condiciones organizacionales y profesionales de los médicos residentes (Ebrahimi & Kargar, 2018).

También se ha sugerido que los residentes de los primeros años suelen referir mayor estrés y otras variables concomitantes organizacionales e individuales, pero otros estudios sugieren que la prevalencia incrementa de manera gradual conforme avanzan los años de residencia, aunque también se ha señalado que el cambio no es lineal (Mata et al., 2015; Shanafelt et al., 2019). Por último, las redes de

apoyo, familiares y organizacionales han documentado como variable moderadora del estrés, en donde la percepción de un mayor apoyo social se asocia a niveles más bajos de estrés (Satterfield & Becerra, 2010; Tür et al., 2016).

Fundamentación del estudio

La residencia médica es un contexto que entraña diferentes estresores potenciales derivados de la práctica y rol profesional, así como de una estructura de formación jerarquizada y rígida, esto parece generar efectos negativos en la calidad de vida y bienestar, así como disfunciones en el desempeño y vida personal (Ebrahimi & Kargar, 2018; Rodríguez, 2016; Tessa, 2015) En el contexto del sistema de especialización de médicos (hospitales escuela) parecen coexistir factores de riesgo que generan altos índices de vulnerabilidad, por lo que es necesario contar con herramientas y estrategias para evaluar estresores tanto organizacionales-profesionales como individuales con validez ecológica, es decir, explorados de principio en las condiciones en las que ocurren (Derive et al., 2017; Prieto-Miranda et al., 2009).

La mayoría de los instrumentos empleados para investigar las fuentes de estrés están contruidos para población de profesionales de la salud, sin ser específicas para la evaluación en residentes, además brindan información de nivel general de estrés sin detallar puntuaciones de las diferentes fuentes ni la intensidad de cómo son percibidas, los modelos empelados en los instrumentos más usados para esta variable hacen énfasis en el efecto de factores de tipo organizacional con poca atención a aspectos más individuales y personales.

Aunque la literatura de investigación sugiere evaluar factores estresores involucrados en el propio contexto profesional de médicos

residentes inmersos en contextos hospitalarios nacionales, se han creado pocos instrumentos para población mexicana. La mayoría se han traducido y adaptado de escalas desarrolladas en otros países y para contextos muy distintos al sector salud público de México y que probablemente no sean culturalmente relevantes a nuestro país. Adicionalmente, las condiciones ambientales de enseñanza, prácticas y estructura de formación varían en las instituciones del sector salud. En virtud de lo anterior es, además, necesario contemplar diferentes servicios médicos para recolectar la información que sirva de base para la elaboración de reactivos. En el presente estudio se busca el desarrollo de un instrumento social y culturalmente relevante para evaluar estresores en médicos residentes mexicanos, que cuente con validez ecológica.

Dados que los efectos del estrés se reflejan en diferentes ámbitos de la vida de los residentes es necesaria la identificación de factores de riesgo que pudieran incidir en la presencia de estrés, (Dyrbye et al., 2017). Con base en una búsqueda realizada en bases de datos de artículos de investigación científica como PudMed, Psycinfo, Cochrane, Redalyc y *google scholar* usando los términos “Residents medical”, “Stressors”, “Organizational stressors”, “personal stressors”, “sources of stress”, “Depression”, “Anxiety”, “Organizational climate”, “suicidal ideation”, se ha determinado que existe escasa evidencia sobre la evaluación de las variables de interés en conjunto. Se encontraron algunos estudios que contemplan alguna combinación de factores para población de residentes.

Así mismo, los hallazgos disponibles han surgido, en su mayoría, de estudios transversales, por lo que es necesario realizar evaluaciones con comparaciones intra-sujeto, que permitan identificar el comportamiento de las variables en un mismo grupo a lo largo del tiempo (en al menos dos ocasiones), y la comparación de grupos independientes entre sí, bajo condiciones similares.

Objetivos

Estudio 1. Exploración cualitativa

Objetivo general

- Identificar, en lo general y en primera instancia, fuentes de estrés mediante entrevistas a profundidad en médicos residentes de un hospital de la Ciudad de México.

Objetivos Específicos

- Bosquejar categorías de las fuentes de estrés obtenidas.
- Derivar una primer propuesta de cuestionario con reactivos validados con médicos residentes de diferentes especialidades.

Estudio 2. Evaluación

Objetivo general: Identificar las fuentes de estrés y su asociación con la presencia de burnout, clima organizacional, ideación suicida, sintomatología ansiosa y depresiva en médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

Objetivos Específicos: **a)** Examinar de manera intra-sujeto los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva, burnout, clima organizacional, ideación suicida en el grupo de la generación 2018 (en dos evaluaciones con nueve meses entre ellas) e identificar si existen diferencias estadísticamente significativas. **b)** Examinar de manera inter-sujeto los niveles de las variables de interés (entre los grupos de las generaciones 2018 y 2019) identificando posibles diferencias significativas. **c)** Realizar una primera propuesta de intervención derivada de los hallazgos documentados en ambos estudios.

Capítulo III. Estudio 1. Exploración cualitativa

Método

Participantes

Participaron 14 residentes, 10 de primer año (5 hombres y 5 mujeres) con un promedio de edad $M= 23.69$ (D.E.= 7.46); 4 residentes de segundo año (2 hombres y 2 mujeres) con un promedio de edad de $M= 26.98$ (D.E.= 2.696), procedentes de diversos servicios médicos de un hospital del sector público de la Ciudad de México.

La tabla 1 muestra los datos descriptivos de los participantes en las entrevistas, se incluye su media de edad, el número de participantes de cada año de residencia, sexo, y servicio médico donde efectúa su residencia.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los participantes de las entrevistas a profundidad

	Residentes de primer año	Residentes de segundo año
N de participantes	N= 10 residentes 5 hombres y 5 mujeres	N=10 residentes 2 hombres y 2 mujeres
Edad	M= 23.69 (D.E.= 7.46)	M= 26.98 (D.E.= 2.696)
Servicio médico	Urología Psiquiatría Oftalmología	Anestesiología Cirugía

N= número

M=media

D.E= Desviación estándar

Diseño

No experimental, exploratorio, cualitativo, mediante entrevistas a profundidad con diseño de participación abierta.

Se empleó el método de entrevistas a profundidad para la exploración de la información con la que se elaboró una primera propuesta de instrumento (Saunders et al., 2018). Se llevaron a cabo 14 entrevistas hasta lograr la saturación de la información y densidad en las categorías (Kruger & Casey, 2009). Se optó por emplear este método para garantizar la verificabilidad de los datos y evitar sesgos derivados de la presencia de otros participantes, así como la filtración de información que pudiera involucrar a terceros y pudiera generar consecuencias negativas a los participantes.

Entrevistas, procedimiento

Se solicitó al departamento de enseñanza e investigación del hospital el permiso de llevar a cabo las entrevistas con los residentes. Una vez aprobada la solicitud la Jefatura de Enseñanza invitó a los médicos residentes a participar de manera voluntaria en este estudio mediante un comunicado en la sesión general del hospital. Una vez que se inscribieron el mismo número de residentes hombres y mujeres se agendó una cita para llevar a cabo las entrevistas.

Se realizó una búsqueda sobre la evidencia y modelos teóricos de fuentes/factores de estrés en estudiantes médicos, a partir de la cual se construyó una guía de entrevista con los temas más relevantes descritos por la literatura, mediante preguntas abiertas que invitaban identificar la presencia de los supuestos identificados o si los entrevistados incluían algunos otros.

El método de la entrevista fue semiestructurada a fin de preservar la comparabilidad de la información y poder profundizar en las respuestas (véase el Anexo 1); incluyó temas generales para recabar información de primera instancia sobre estresores que los residentes considerasen que están presentes a lo largo de su desempeño en el contexto hospitalario. La guía se construyó a manera de lista de verificación para asegurar el carácter "estándar" de la recolección de datos y su conducción sistemática y consistente por un observador independiente. Se puso especial cuidado en no omitir ningún paso en la secuencia y que en todos los grupos se realizara el mismo procedimiento. La guía estuvo conformada de 24 preguntas abiertas.

Se iniciaba mencionando que los entrevistadores no tenían ninguna relación laboral con la institución del hospital y que eran investigadores independientes de la UNAM. Se mencionaban 2 o 3 factores muy generales consistentemente identificados en la literatura de investigación (preguntados inmediatamente después de la descripción del propósito de las entrevistas a guisa de establecimiento de rapport). Se les pedía autorización para audiograbar la entrevista, explicándoles que se hacía con el fin exclusivo de preservar la integridad de sus respuestas y pidiéndoles no decir su nombre. A continuación se les pedía que indicaran con toda libertad y confianza las fuentes o eventos estresantes que hubieran experimentado. Adicionalmente se exploraron los motivos que los hacían percibir esas situaciones como estresoras y las estrategias que empleaban para afrontarlas. Por último se les pidieron recomendaciones que ellos consideraban adecuadas para las autoridades de enseñanza del hospital.

La aplicación consistente de las preguntas la supervisó un psicólogo con amplia experiencia clínica y en la recolección y análisis

de datos cualitativos, quien recolectaba toda la información relevante, verbal y no verbal de los entrevistados.¹

Las autoridades del hospital proporcionaron una sala de juntas en buenas condiciones para realizar las entrevistas. En las entrevistas únicamente participaron los residentes, el entrevistador y la experta en exploración cualitativa.

Se hizo énfasis en que las entrevistas eran únicamente para recabar información sin que esto los comprometiera o afectara en lo absoluto su relación profesional, personal o institucional con el hospital, sus autoridades, los pacientes o sus compañeros. Se especificó que la información se usaría exclusivamente con fines de investigación y en todo momento se preservaría la confidencialidad el anonimato y la seguridad de su identidad individual. Debido a que les indicó que no dijeran su nombre, se les pidió que adoptaran un seudónimo que ellos eligieran para poder dirigirse a ellos durante la entrevista, mismo que no sería del conocimiento de nadie más.

Una vez que los participantes otorgaron expresamente el consentimiento verbal de su participación, se les explicaba la estructura de la entrevista, el entrevistador plantearía una pregunta y el (la) entrevistado(a) contestaría con toda libertad.

La recolección de datos de las entrevistas se dió por terminada una vez que la información proporcionada por los participantes fuera repetitiva un mínimo de tres ocasiones. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 minutos. Cuando terminaba la entrevista se agradecía la participación y se les proporcionaban los datos del entrevistador para cualquier duda o interrogante posterior.

¹ El autor agradece a los doctores Angélica Riveros Rosas y Juan José Sánchez Sosa la conducción de las entrevistas y su análisis y al Dr. Adolfo Chávez Negrete la organización de las sesiones, preservando las condiciones de confidencialidad y completo anonimato de la recolección de datos.

El mismo procedimiento se siguió en las tres fechas en que se llevaron a cabo las entrevistas. Al terminar todas ellas se prosiguió al análisis de contenido de la información recabada. Para la captura y el análisis de los datos se empleó un método de control doble ciego, en donde una persona completamente ajena al estudio y sin conflictos de interés se encargó de la transcripción de las audiograbaciones. Asimismo, otra persona ajena a la investigación y entrenada se encargó del análisis de los datos mediante el método de categorización, en donde se identificó la variedad de fuentes de estrés abordada por los participantes, procesando la información mediante el programa *Atlas ti*, se realizó una red semántica del contenido de las respuestas, para finalmente realizar una propuesta de categorías generales (Robles, 2011; Rodríguez, Gil & García, 1999).

Segunda exploración

Posteriormente se construyó una lista con las fuentes de estrés más frecuentes (véase la tabla 2) y se aplicó como lista de verificación (a responderse *sí-no*) a un grupo diferente de residentes de la misma institución (N=121) a fin de agregar un segundo análisis añadiendo validez ecológica. Cada pregunta podía responderse "*me ha ocurrido a mí*" o "*me consta que le ha ocurrido a un(a) compañero(a)*".

Por último, se desarrolló la propuesta final del instrumento (véase el Anexo 2.), cabe mencionar que en el presente informe no se incluyen los resultados del piloteo de la versión final debido a que ésta continúa en proceso.

Resultados

En primer lugar se obtuvieron las siguientes fuentes de estrés las cuales formaron parte de los temas más recurrentes en cada una de las entrevistas:

- Cargas excesivas de trabajo, especialmente administrativo (llenar formas, informes, etc.).
- Imposibilidad práctica para descansar, dormir o relajarse.
- Lejanía o "abandono" por parte de la universidad en el sentido de que sus calificaciones y evaluaciones dependen completamente del hospital, sin posibilidad de retroalimentar al sistema universitario de residencias.
- Arbitrariedad y sesgos en la asignación de calificaciones y promedios.
- Rigidez de horarios o incompatibilidad de actividades en ellos.
- Imposibilidad de ocuparse de actividades domésticas mínimas indispensables.
- Alejamiento extremo de su vida social y familiar.
- Maltrato en la forma de reclamos, regaños o humillaciones por parte de residentes de años avanzados ("R+") o supervisores, frente a sus compañeros.
- Llamadas de atención mediante "memos" o "reportes" injustificados por parte de supervisores.
- Selectividad sesgada personalizada y arbitraria en castigos a unos y tolerancia a otros.
- Solicitudes impositivas, arbitrarias, abusivas e injustificadas por parte de "R+" o supervisores.

- Materiales-insumos insuficientes o equipo en malas condiciones.
- Dormir como única forma de "desestresarse".

Se llevó a cabo el análisis de la información codificándola y clasificándola en categorías con base en la similitud de las respuestas (véase la Tabla 2.). Posteriormente se seleccionó la frase más representativa de la respuesta que fundamenta su ubicación en esa categoría. Se identificó la frecuencia con la que se mencionó cada estresor por parte de los residentes. Después, haciendo uso de las frases, se procedió a la elaboración de los reactivos y una propuesta de instrumento.

Tabla 2.

Categorización de las fuentes de estrés y frecuencia de situación descrita como estresante.

	Categoría y su definición	Situación reportada como estresante (f)
Aspectos organizacionales	<p>Reconocimiento y apoyo</p> <p>Implica la estimulación, valorización y atención que los superiores otorgan al buen desempeño y a la aportación de ideas.</p> <p>Formas de atención y soporte que da la institución frente a los problemas relacionados o no con el trabajo.</p>	<p>Falta de reconocimiento al trabajo bien hecho (14)</p> <p>Tener que atender sin el apoyo de “r-más” (10)</p> <p>Lejanía institucional de la UNAM (6)</p> <p>Abandono o desatención por las autoridades (13)</p> <p>Que no nos crean cuando nos quejamos (8)</p> <p>Que no nos enseñen (14)</p>
	<p>Acoso Laboral</p> <p>Conducta intimidante, degradante, ofensiva o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo, suele ser tolerado y justificado en todos los niveles de la práctica médica, considerándose como una conducta inherente a la formación.</p> <p>(Ortiz-León, Jaimes-Medrano, Tafoya-Ramo, Mujica-Amaya, Olmedo-Canchola & Carrasco-Rojas, 2014).</p>	<p>Acoso por parte de los compañeros y jefes (5)</p> <p>Obligarnos a comprar comida para otros (8)</p> <p>Que anden buscando pretextos para ponerle a uno un “memo” o reporte (13)</p> <p>Castigos por desagrado personal o desquite (10)</p> <p>Que le agarren a uno “tirria” (7)</p> <p>Regaños injustos-irracionales (11)</p> <p>Trato grosero por “r-más” (13)</p> <p>Incomprensión cínica por parte de “r-más” (“<i>nosotros sí podíamos</i>”) (11)</p> <p>Comentarios denigrantes de nuestra capacidad como residentes (17)</p> <p>Desinterés por parte de otros compañeros (3)</p> <p>Tener que ser complaciente o sumiso (5)</p> <p>Menosprecio por parte de residentes avanzados (8)</p> <p>Sentirse en desventaja en conocimientos(9)</p> <p>Humillaciones frente a otros por residentes más avanzados (“r-más”) (13)</p>
	<p>Práctica profesional</p> <p>Procedimientos y procesos que inherentes a la práctica médica dependiente al servicio médico, implica las formas de atender y</p>	<p>Pacientes en estado crítico (6)</p> <p>Familiares o pacientes conflictivos o alterados (8)</p> <p>Menosprecio por parte de pacientes o familiares (4)</p>

	tratar a los pacientes.	Ver a "r-más" alterados o enojados con los pacientes (3) Que no nos dejen entrar a quirófano (7) Poca actividad quirúrgica (5) Demandas irracionales de cómo andar vestido (7)
	Condiciones laborales inadecuadas Aspectos del trabajo con posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, incluyendo, además de los aspectos ambientales y los tecnológicos, las cuestiones de organización y ordenación del trabajo. (ISTAS, 2007)	Equipo en malas condiciones (12) Falta de materiales (10) Ingreso económico bajo (14) Horarios innecesariamente extensos (10) Agobio por cobertura de guardias (9) Tener que hacer las cosas "rápido y a como dé lugar" (7) Imposibilidad de ahorrar (10) Carga de trabajo excesiva (13) Tener que pagar comida por no poder ir al comedor (10)
	Comunicación Proceso de intercambio de información entre dos o más partes con el fin de establecer acuerdos integrando opiniones	Imposibilidad de consultar dudas (2) Falta de claridad en instrucciones incompletas o defectuosas (6) No nos explican por qué se hacen así las cosas (4) Retroalimentación inútil (9) Imposibilidad de quejarse (12) Las autoridades no saben de muchas quejas de los residentes (5)
Aspectos Individuales	Reducción del tiempo libre Y vida personal Limitación en la disponibilidad del tiempo que se emplea para realizar alguna actividad por voluntad propia y disminución de interacción con personas de carácter familiar, pareja o amistad.	Cargas administrativas que interfieren con estudio, práctica o descanso. (11) Forzar caprichosamente actividades que interfieren con descanso o estudio (11) Imposibilidad para atender rutinas personales (8) Lejanía de familia y/o amigos (14)
	Académico/práctico Aspectos y deberes relacionados con la enseñanza y evaluación de la educación formal.	Imposibilidad de estudiar (8) Preocupación por calificaciones (7) Interrupción de clases por actividades poco formativas (9) Poca oportunidad para preparar exámenes (14)

	<p>Regulación emocional Capacidad para manejar emociones de manera adecuada ante situaciones/estímulos internos o externos.</p>	<p>Afectación de nuestro estado de ánimo (13) Incapacidad para manejar hartazgo o malestar personal (6)</p>
	<p>Problemas de salud Afectaciones que alteran el bienestar y que predisponen a desarrollar síntomas o cuadros clínicos de enfermedad (p. ejem. fatiga o pérdida de energía) Así como el consumo de sustancias.</p>	<p>Sueño insuficiente o poco reparador (20) La presión me hace enfermarme (6) Somnolencia, fatiga, agotamiento (23) Uso de sustancias controladas (2)</p>

El instrumento (véase el Anexo 2.) constó de 54 reactivos con opción de respuesta de Escala Numérica Visual (ENV) en donde los participantes responden en una escala con un número del 0 a 10 la intensidad del estrés que perciben respecto al estímulo contenido en cada uno de los reactivos. Los valores de la escala oscila de 0 que indica "nada estresante" a 10 "lo más estresante". Este tipo de escala te permite evaluar datos de intensidad del estímulo o síntoma en un periodo determinado (Sessler & Pedram, 2009).

Discusión

El objetivo del presente estudio consistió en la exploración, en primera instancia, de fuentes de estrés mediante entrevistas a profundidad en médicos residentes de un hospital de la Ciudad de México.

El presente segmento abarcó desde conversaciones y exploraciones informales con autoridades (quienes solicitaron los estudios) hasta una propuesta de instrumento que evalúa estresores y su intensidad percibidos por médicos residentes de diferentes servicios hospitalarios. En general, las categorías que se identificaron en el análisis de contenido de las entrevistas a profundidad concuerdan con las documentadas en otros estudios (McLuckie et al., 2018; Phinder-Puente et al., 2014; Reyes, Monterrosas, Navarrete & Torruco, 2016) aunque en esos estudios no están contenidas en un solo instrumento (Reséndiz & Reyes, 2012). Se obtuvieron 9 categorías, 5 hacen referencia a aspectos organizacionales (condiciones inadecuadas, comunicación, práctica profesional, acoso laboral y reconocimiento-apoyo) y 4 a quejas o consecuencias individuales: situaciones académicas tales como bajo desempeño, problemas de salud, pobre regulación emocional, escasez de tiempo libre y de vida más personal.

Respecto a las fuentes de tipo organizacional tanto las condiciones inadecuadas, la comunicación y la práctica profesional se han integrado en algunos instrumentos y documentado en varios estudios (Ebrahimi y Kargar, 2018; Gómez, 2004; Hernández, 2003). El acoso laboral y la dimensión reconocimiento-apoyo son categorías que muy pocos instrumentos incorporan para la evaluación de fuentes de estrés (Dyrbye et al., 2017), por lo que la presente aportación podría beneficiar su evaluación y ampliar el conocimiento en torno a estas variables ya que existe evidencia de que estos factores influyen en la presencia de niveles altos de estrés en esta población (Chávez et al.,

2016; Derive, Casas Martínez, Obrador Vera, Villa & Contreras, 2017; Ortiz-León et al., 2014; Vidal-Velazco, 2015).

En cuanto a los aspectos individuales las situaciones académicas, problemas de salud, regulación emocional y reducción de tiempo libre y vida personal fueron las categorías que integraron este factor. Si bien la mayoría se han contemplado anteriormente en algunos instrumentos (Reséndiz & Reyes, 2012) la regulación emocional se ha abordado prácticamente sólo a nivel teórico, ya que son pocas las investigaciones empíricas que las han evaluado (Hakanen & Schaufeli, 2012), esta es otra bondad que representa el instrumento propuesto a partir del presente estudio.

La literatura de investigación en esta línea de trabajo sugiere, para el diseño de instrumentos, una medida de intensidad de la percepción de las fuentes de estrés (Ahlers, Van der Veen & Van Dijk, 2010). Algunos estudios han usado escalas numéricas verbales (por ejemplo, respuestas del 0 al 10) buscando identificar con mayor precisión la valoración de los estímulos contenidos en los reactivos. Dimensiones en las que esta estrategia ha generado resultados favorables incluyen la evaluación de la intensidad percibida del dolor (Ahlers et al., 2010; Sessler & Pedram, 2009). Algunos autores han postulado que una escala de medición de 0 a 10 describe una mejor distribución de la respuesta reduciendo errores y sesgos de medición al emplear estimadores de actitud centrados en el estímulo (Herrera, 2019; Roberts, Laughlin & Wedell, 1999; Wieland, 1966).

Capítulo IV. Estudio 2. Evaluación.

Método

Participantes

Participó un total de 121 médicos residentes de primer año de las generaciones 2018 (n=59) y 2019 (n=62) de diferentes servicios médicos, de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Seleccionados de manera no probabilística por conveniencia divididos en dos grupos en función de la generación a la que pertenecían (véase la Tabla 3).

Tabla 3.

Variables descriptivas de los participantes por generación y evaluación.

Variable	Categoría	1ra evaluación Generación 2018 n=59 (%)	2da evaluación Generación 2018 n=59 (%)	1ra evaluación Generación 2019 n=62 (%)
Sexo	Mujeres	33 (56%)	34 (58%)	33 (53%)
	Hombres	26 (44%)	25 (42%)	29 (47%)
Lugar de residencia	CDMX y Metropolitana	16 (27%)	17 (29%)	10 (17%)
	Interior de la república	43 (73%)	42 (71%)	52 (83%)

n= número

Diseño

No experimental, mixto comparativo intra-sujeto (2 mediciones) e inter-sujeto (2 grupos). Se realizaron dos evaluaciones en un grupo (generación 2018) y una en el segundo grupo (generación 2019). (Ato, López y Benavente, 2013).

Variables

Fuentes de estrés

Se conceptualizaron para el presente estudio como estímulos o situaciones amenazantes para la supervivencia o la existencia organizada del individuo (Báguena, 2001), "...ocurrencias objetivas de magnitud suficiente para provocar cambios en las actividades habituales de la mayoría de las personas que las experimentan". Para fines del estudio se contemplaron fuentes relacionadas a aspectos organizacionales e individuales (Dohrenwend et al., 1982).

Burnout

Conceptualizado como un síndrome que se caracteriza por percepción de carácter negativo de pensamientos, emociones y por conductas hacia el trabajo. Se entiende como una respuesta al estrés laboral crónico que se presenta principalmente en personas cuyo rol profesional consiste en la atención, cuidado o trato con otras personas (Maslach, 2003; Gil-Monte, 2005).

Sintomatología Depresiva

Sus manifestaciones incluyen disminución de actividad física, pérdida de energía, pérdida de interés en lo que solía hacer y/o disfrutar, baja motivación, sentimientos de tristeza, inutilidad, desventaja, pérdida, desesperación, enojo, incertidumbre, culpa, baja autoestima, llanto,

minusvalía, ideación suicida, disminución de la concentración, disminución del deseo sexual, pérdida involuntaria de peso, fatiga o sensación de aletargamiento, pensamientos negativos de sí mismo, alteraciones de apetito y sueño (Natera y González-Forteza, 2012; Aguirre et al., 2011; Piqueras et al., 2008).

Sintomatología Ansiosa

Sus manifestaciones incluyen sentimientos de paralización e indefensión, aprensión, miedo, terror, sentimiento de amenaza o muerte inminente, falta de aliento, palpitaciones, opresión en el pecho, asfixia, miedo a perder el control, preocupación excesiva, taquicardia, sudoración, aumento de tensión muscular, sensación de adrenalina, anticipación, hipervigilancia, inseguridad, conducta de evitación y activación motora (Aguirre et al., 2011; Piqueras et al., 2008).

Ideación suicida

Incluye principalmente pensamientos intrusivos de diversa intensidad relacionados con la muerte y valoraciones sobre la vida, asociada a planes, objetos, formas y circunstancias de realizar el acto suicida con un grado indeterminado de intención para llevarlo a cabo (Denis-Rodríguez, Barradas Alarcón, Delgadillo-Castillo, Denis-Rodríguez & Melo-Santiesteban, 2017; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Clima Organizacional

Definido como la percepción que tienen quienes laboran en una organización, sobre el ambiente circundante en ésta. Las percepciones hacen alusión a aspectos internos (personales) y externos (organizacionales) de vital importancia en el desempeño de funciones y procesos (Patlán-Pérez & Flores-Herrera, 2013).

Medición (Instrumentos)

- *Escala de fuentes de estrés* (en construcción).

Se construyó un instrumento *ad hoc* derivado de la información recabada en la exploración cualitativa. El cuestionario consta de 54 reactivos dicotómicos que evalúan presencia/ausencia de fuentes de estrés individuales y organizacionales en médicos residentes. El formato del cuestionario incluyó tres opciones de respuesta: a) "*me ha ocurrido a mí*", b) "*sé que le ha ocurrido a otros*" y c) un espacio en blanco *para agregar estresores* que no estuvieran en los reactivos. Con la aplicación de este instrumento se buscó obtener una validación ecológica adicional por parte de los médicos residentes para la elaboración final del instrumento (Véase el Anexo 2).

- *Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional*. Conocida como (EMEDO), consta de 110 reactivos que evalúan tres componentes, burnout, problemas psicosomáticos y variables sociodemográficas. Para fines del presente estudio, se usó el componente de burnout que consta de 30 reactivos, divididos en tres factores: agotamiento (alfa=.78), despersonalización (alfa=.77) e insatisfacción (alfa=.86). Se compone de escalas tipo Likert con 6 opciones de respuesta que oscilan de "*totalmente de acuerdo*" a "*totalmente en desacuerdo*"; la escala fue construida y validada en México por Uribe-Prado (2007).

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)* (López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Arcila-Martínez, Sierra-Ovando, González-Barranco & Salín-Pascual, 2002). Está constituida por 14 reactivos con dos sub-escalas: 7 reactivos miden aspectos cognitivos y emocionales de la sintomatología depresiva, principalmente anhedonia; y 7 para sintomatología ansiosa. Se excluyen elementos somáticos relacionados con trastornos emocionales y físicos. Las respuestas incluyen escalas

tipo Likert que van de 0 a 3 identificando frecuencia de síntomas; el rango de puntuación es de 0 a 21 para cada sub-escala. Cuenta con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan de .84 a .86.

- *Escala Hospitalaria de Ansiedad, depresión e Ideación suicida*. Se utilizó la subescala de ideación Suicida del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida (IMADIS) (Jurado, 2017). La escala, desarrollada en México evalúa la ideación suicida en tres dimensiones: desesperanza, autoeficacia y apoyo social e impulsividad. Cuenta con 12 reactivos con 5 opciones de respuesta escala tipo Likert que van de “nunca” a “siempre”. Su autor informa un alfa de Cronbach de .91, lo que indica que la subescala cuenta con adecuada consistencia interna.

- *Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO)*. Validada en población mexicana con personal de salud (Patlán Pérez & Flores Herrera, 2013). Cuenta con 29 reactivos con 5 opciones de respuesta escala tipo Likert que van de “nunca” a “siempre”. El instrumento cuenta con validez de constructo mediante análisis de factores, se describe una estructura de tres grupos que integran ocho factores: 1) Sistema individual (Satisfacción de los trabajadores y Autonomía en el trabajo), 2) Sistema interpersonal (Relaciones sociales y unión y apoyo entre los compañeros de trabajo), 3) Sistema organizacional (consideración de directivos, beneficios y recompensas, y motivación y esfuerzo). Los factores cuentan con un alfa $> .70$, denotando aceptable consistencia interna.

Procedimiento

Se contactó a las autoridades del hospital para cubrir la petición de realizar un diagnóstico sobre aspectos de interacción y psicoafectivos de médicos residentes.

Se obtuvo acceso a los participantes y se aplicaron los requisitos éticos para llevar a cabo las evaluaciones: garantía de confidencialidad,

anonimato, participación voluntaria y de que la participación no generaría ningún problema laboral o de interacción para el participante.

El objetivo expresado por las autoridades del hospital fue evaluar, al ingreso de los residentes y en un periodo posterior, posibles cambios en aspectos psicoafectivos y de interacción, así como la percepción de factores estresantes. Se propuso comparar dos generaciones para explorar posibles diferencias en el perfil de residentes de primer año.

Se evaluaron a dos grupos, el primero corresponde a médicos residentes de la generación 2018, en quienes se realizaron dos mediciones: en febrero y noviembre de 2018 (N=59).

Se evaluó a los participantes mediante una batería compuesta por los instrumentos descritos anteriormente con un total de 162 reactivos y un tiempo de aplicación promedio de 30 minutos. Las respuestas a la batería se estructuraron en un formato de lectura óptica para reducir el riesgo de error en la captura de los datos. Se aplicó el instrumento en un auditorio dispuesto por las autoridades del hospital, con buena iluminación y comodidad para los participantes. En la segunda ocasión se evaluó al mismo grupo de participantes manteniendo idénticas las condiciones mencionadas.

Después de proporcionárseles materiales (lápices, goma y sacapuntas) se les dieron las (mismas) instrucciones leídas en voz alta y por escrito para contestar la batería, y se respondieron preguntas en caso de haberlas. Se hizo énfasis en contestar rellenando correctamente los óvalos en las hojas de lectura óptica y asegurarse de que coincidieran los números de reactivo en los cuestionarios con los de las hojas de respuesta. El segundo grupo se evaluó una vez, también manteniendo idénticas las condiciones antes descritas, se llevó a cabo en febrero de 2019 a 62 médicos residentes.

Posteriormente se procedió a la captura y análisis de los datos, cabe mencionar que para garantizar la integridad de las evaluaciones se aplicó un procedimiento ciego, en donde cuatro psicólogos ajenos a la investigación calificaron los instrumentos. La captura de los datos, se realizó mediante la lectura de las hojas ópticas de manera automática con apoyo de la DGTIC, de la UNAM, eliminando así errores de captura y cualquier sesgo por conflicto de interés u otra fuente.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos para identificar el comportamiento general de las variables, así como sus niveles, empleando medidas de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar.

Así mismo se empleó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para comparar las mediciones intra-grupo y la prueba U de Mann-Whitney para comparar las mediciones inter-sujeto. Estas pruebas se seleccionaron en función del nivel de medición de las variables y su distribución y de la naturaleza de las comparaciones efectuadas. En todas los análisis se contempló un nivel de significancia $\leq .05$.

Resultados

Variables individuales

- Burnout y sus componentes

A continuación se presentan los datos obtenidos en las tres evaluaciones en relación a la variable burnout, en la figura 1 se observa que los niveles de burnout para la primera evaluación de ambas generaciones es similar, para la segunda evaluación del primer grupo, se percibe una diferencia principalmente en los niveles de la categoría “sano” siendo mayor que en las otras mediciones.

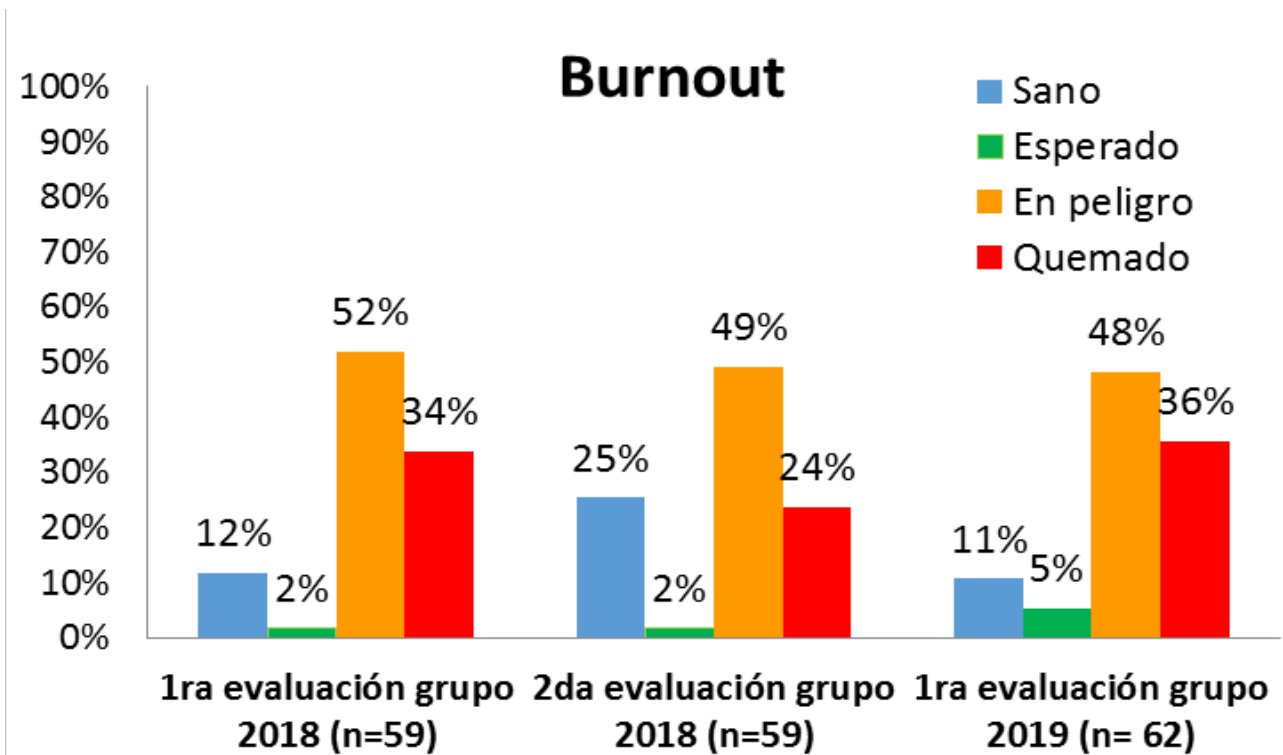


Figura 1. Niveles de Burnout en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Con respecto a los componentes de burnout, se realizó el análisis descriptivo para cada uno, en la figura 2 se muestra el agotamiento físico y emocional, nuevamente se observan similitudes en la primera evaluación de ambos grupos, siendo ligeramente mayor el porcentaje

de nivel muy alto para la generación de 2019. Para la evaluación de seguimiento del primer grupo, cabe resaltar que no se presentaron niveles muy altos, distribuyéndose entre los niveles sano, esperado y alto.

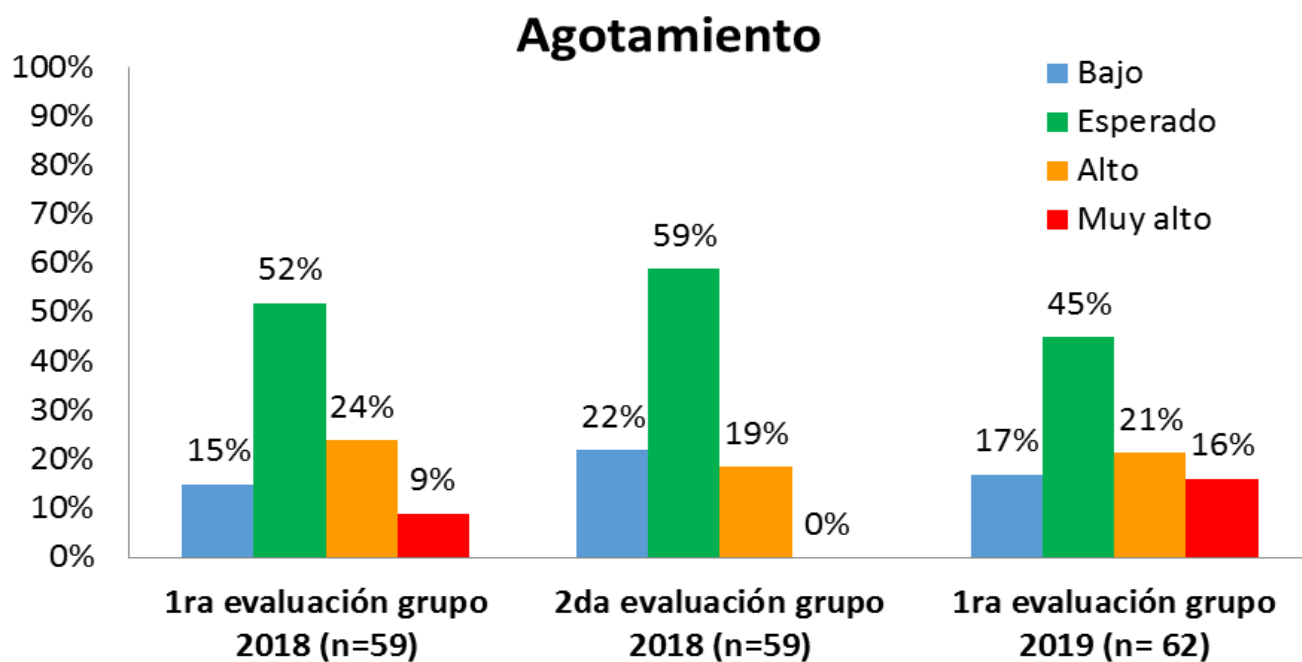
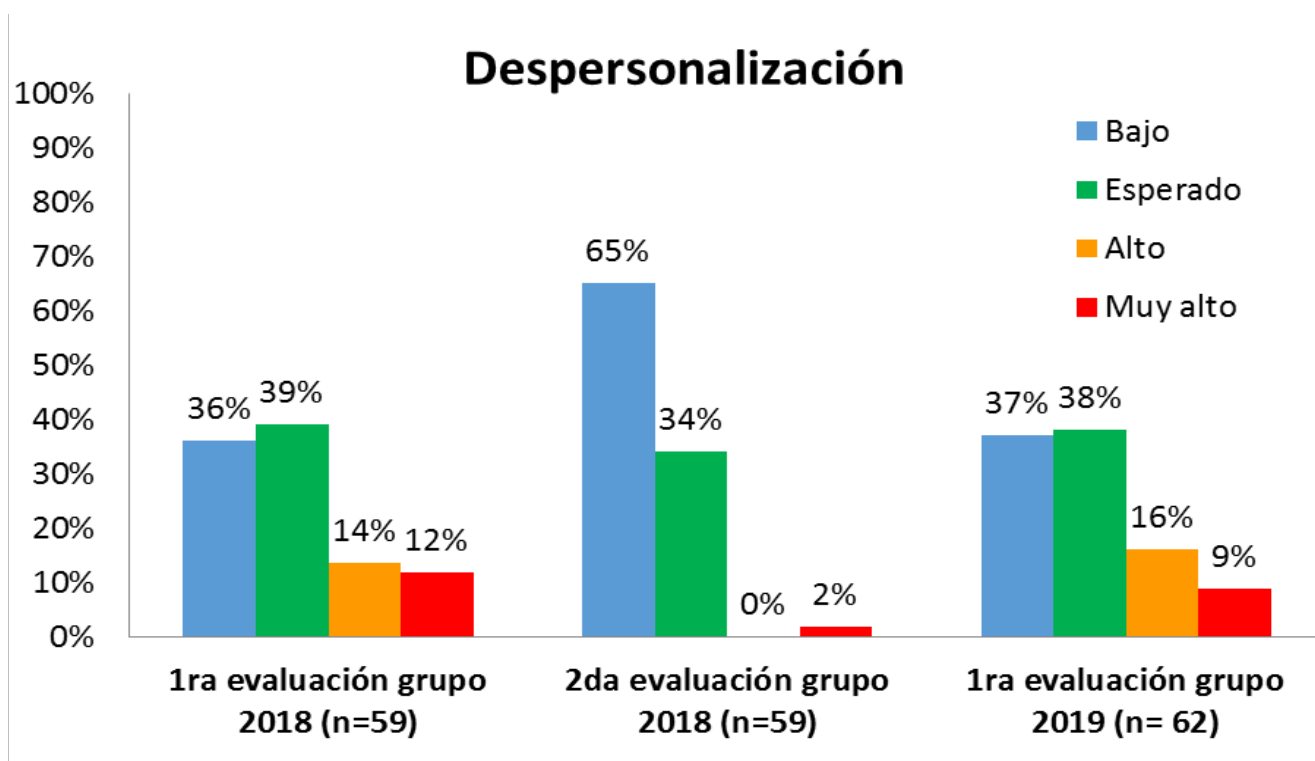


Figura 2. Niveles de Agotamiento en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.



Para el componente de despersonalización (*figura 3*), se hallaron niveles similares en los dos grupos, presentando niveles altos y muy altos de 28% y 27%, en el grupo de seguimiento se identifica una diferencia, distribuyéndose en su mayoría en niveles bajo y esperado *Figura 3*. Niveles de Despersonalización en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Con respecto al componente de insatisfacción, hubo mayor variabilidad en su distribución, la primera evaluación para el grupo de 2018 mostró mayor porcentaje en nivel bajo (60%), para el grupo 2019, el nivel bajo obtuvo el mayor porcentaje (49%) siendo menor que para el primer grupo. En el seguimiento, el nivel esperado obtuvo el mayor porcentaje, siendo muy similar que el nivel bajo (42%).

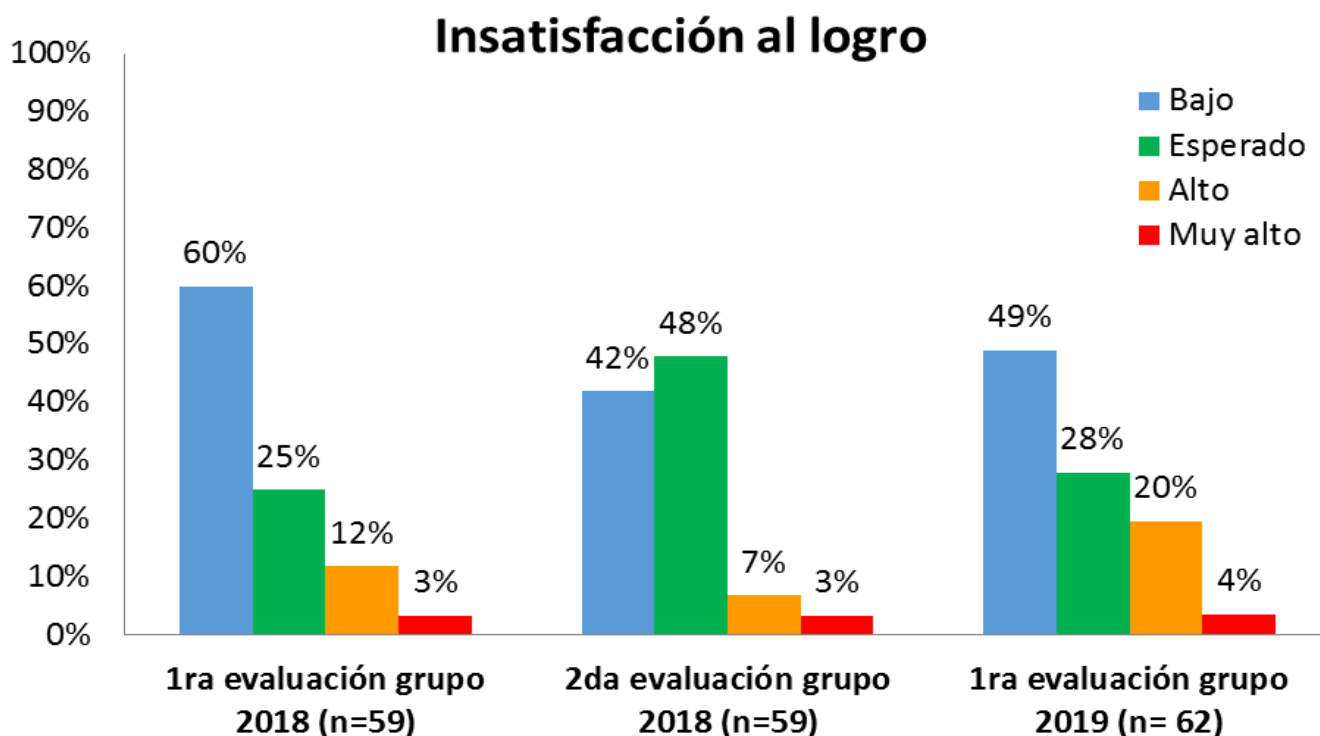


Figura 4. Niveles de Insatisfacción al logro en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Para cada componente, en la primera evaluación de ambos grupos se obtuvieron los porcentajes más altos en los niveles altos y muy altos, para la evaluación de seguimiento del primer grupo, los niveles se distribuyeron principalmente en bajos y relativamente esperados.

Sintomatología depresiva

Para esta variable se identificó su presencia y ausencia (véase la Figura 5), el grupo de 2019 obtuvo un mayor porcentaje (45%), en relación al grupo de 2018 (37%). No obstante, en el seguimiento se nota un incremento, siendo mayor que en todas las evaluaciones (58%).

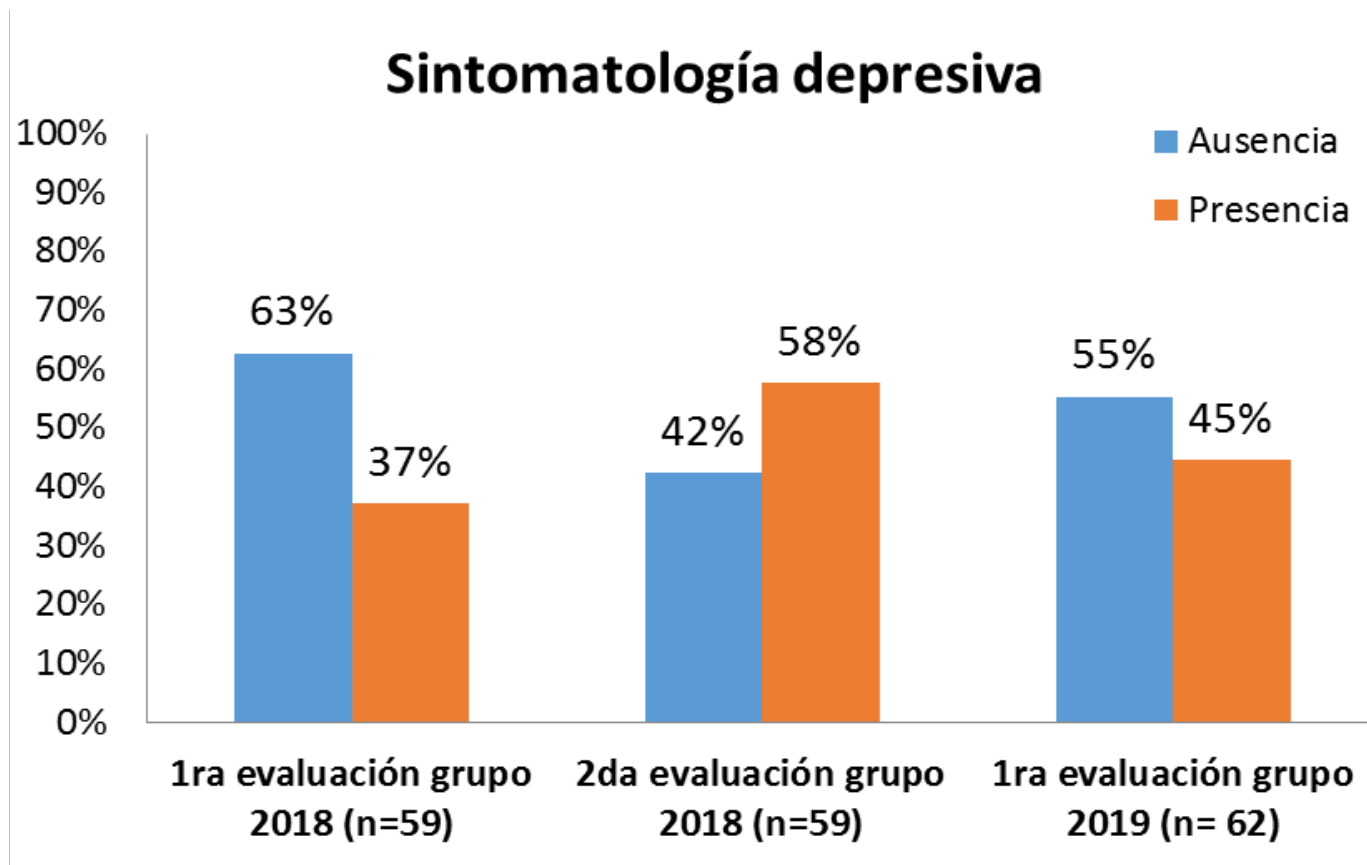


Figura 4. Presencia de sintomatología depresiva en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Sintomatología ansiosa

La distribución de la presencia de esta variable, fue muy similar a la de sintomatología depresiva, el grupo de 2019 presentó un 45%, siendo menor que en el grupo 2018 (37%). Para el grupo de seguimiento, hubo un incremento notable de casi el doble (68%).

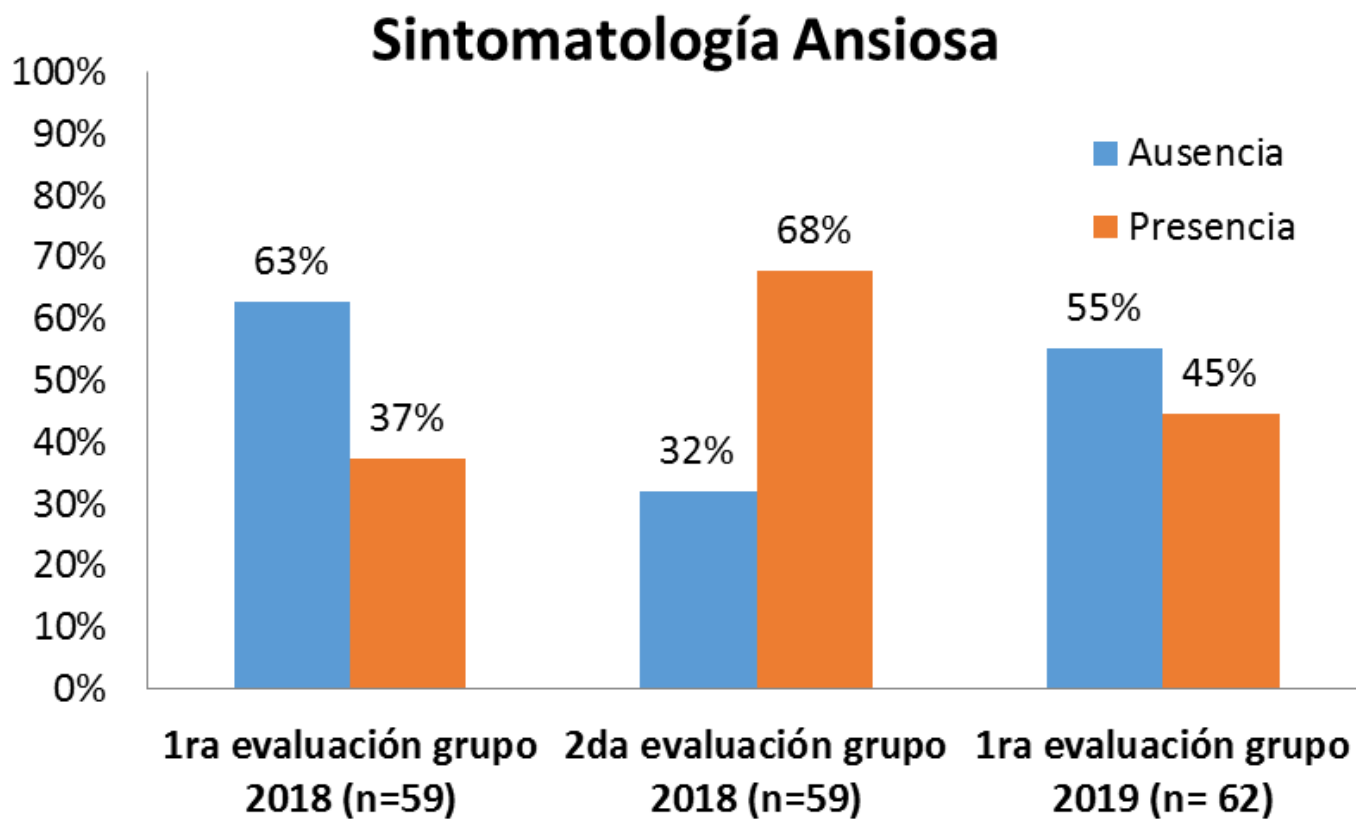


Figura 5. Presencia de sintomatología ansiosa en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Ideación suicida

Para la ideación suicida, hubo mayor presencia en el grupo de 2018 (5%) que en el de 2019 (2%), aquél porcentaje se mantuvo en la medición de seguimiento (5%).

Ideación suicida

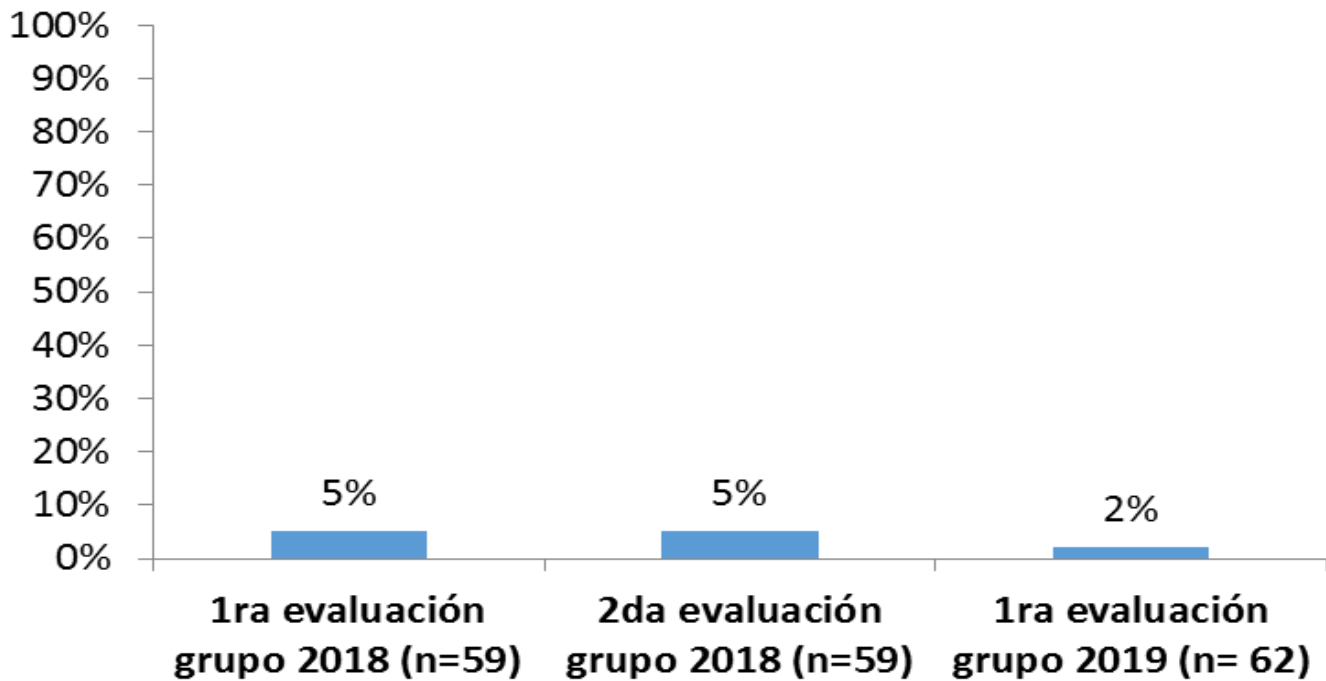


Figura 6. Presencia de ideación suicida en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Variables organizacionales

El clima organizacional se identificó en percepción negativa, positiva y neutra. El grupo de 2019, obtuvo el mayor porcentaje de percepción positiva (30%), mientras que para ambas mediciones del grupo de 2018, fue mayor la percepción negativa, 34% en la primera y 37% en la de seguimiento.

Clima Organizacional

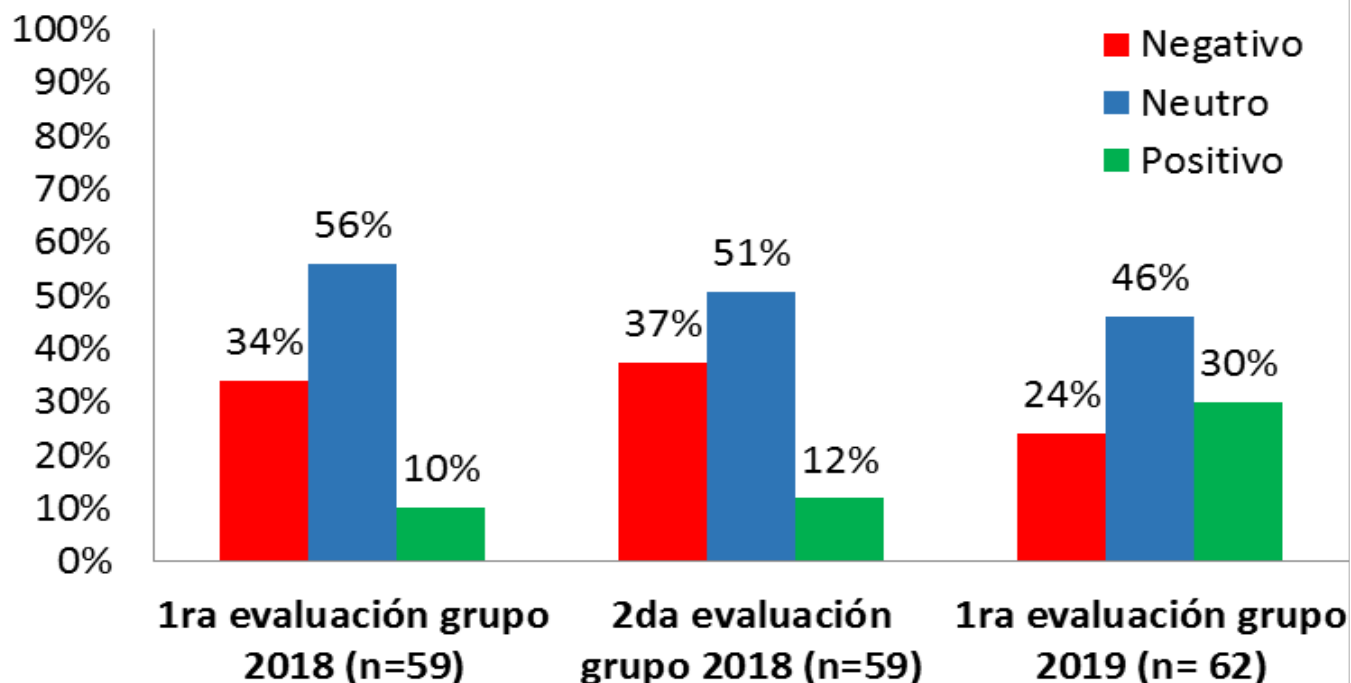


Figura 7. Percepción organizacional en las evaluaciones para el grupo 2018 y 2019.

Comparaciones entre mediciones

Se omitieron los datos de ideación suicida y clima organizacional en el análisis comparativo debido a que los datos descriptivos prácticamente no arrojaron diferencias. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas a nivel intra-sujeto en las variables burnout ($z=-2.079$, $p<.05$), despersonalización ($z=-3.312$, $p<.001$), sintomatología ansiosa ($z=-3.182$, $p<.001$) y depresiva ($z=-2.191$, $p<.05$) (ver tabla 4).

Tabla 4.

Resultados de la prueba rangos de Wilcoxon para la comparación entre mediciones del grupo 2018 en las variables de burnout y sus componentes, sintomatología ansiosa y depresiva.

Variable	Puntaje Z	p
Burnout	-2.079	.038
Agotamiento	-1.880	.060
Despersonalización	-3.312	.001
Insatisfacción al logro	-1.658	.097
Sintomatología ansiosa	-3.182	.001
Sintomatología depresiva	-2.191	.028

p<.05

Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos (ver tabla 5), únicamente se identificó una diferencia estadísticamente significativa en la variable de clima organizacional (U=1461, p<.05).

Tabla 5.

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre los grupos 2018 y 2019 en las variables de burnout y sus componentes, sintomatología ansiosa, depresiva, ideación suicida y clima organizacional.

Variable	U de Mann-Whitney	p
Burnout	1763	.707
Agotamiento	1769	.746
Despersonalización	1732	.608
Insatisfacción al logro	1632	.287
Sintomatología ansiosa	1744	.603
Sintomatología depresiva	1773	.733
Ideación suicida	1765	.288
Clima organizacional	1461	.037

p<.05

Fuentes de estrés

Se realizó un análisis de frecuencias para la identificación de las principales fuentes de estrés percibidas por los residentes. La Tabla 6 muestra las fuentes de estrés reportadas por el grupo 2018 en la primera evaluación. La carga de trabajo excesiva resultó ser la fuente con mayor frecuencia, seguida de somnolencia, fatiga, agotamiento y humillaciones frente a otros. Las Fuentes de estrés correspondieron a 3 categorías: condiciones laborales inadecuadas, acoso laboral y salud; siendo la primera la que más fuentes de estrés se identificaron en la lista.

Tabla 6

Frecuencia de las principales fuentes de estrés de la primera evaluación para la Generación 2018

Categoría de la fuente de estrés	Reactivo (fuente de estrés)	Frecuencia (%)
Condiciones laborales inadecuadas	1. Carga de trabajo excesiva	54 (91.52)
Salud	4. Somnolencia, fatiga, agotamiento	53(89.83)
Acoso laboral	18. Humillaciones frente a otros residentes más avanzados ("R-más")	45(76.27)
Salud	17. Sueño insuficiente o poco reparador	44(74.57)
Condiciones laborales inadecuadas	11. Horarios innecesariamente extensos	41(69.49)
Condiciones laborales inadecuadas	42. Tener que hacer las cosas rápido y a cm de lugar	38(64.40)
Acoso laboral	3. Regaños injustos e irracionales	37(62.71)
Acoso laboral	19. Trato grosero por "R-más"	37(62.71)
Condiciones laborales inadecuadas	10.Ingreso económico bajo	34(57.62)
Acoso laboral	24. Menosprecio por parte de residentes avanzados	34 (57.62)

La tabla 7, a continuación, muestra las fuentes de estrés informadas por el grupo 2018 en la segunda evaluación. La somnolencia, fatiga, agotamiento pasó a ser la fuente con mayor frecuencia, seguida de sueño insuficiente o poco reparador y afectación en nuestro estado de ánimo. Las fuentes de estrés correspondieron a seis categorías:

problemas de salud, regulación emocional, reducción del tiempo libre, poca vida personal, condiciones laborales inadecuadas, acoso laboral y académico. De acuerdo con la clasificación general, hubo 3 de tipo organizacional y 7 de tipo individual.

Tabla 7.

Frecuencia de las principales fuentes de estrés de la segunda evaluación para la Generación 2018

Categoría de fuente de estrés	Reactivo (fuente de estrés)	Frecuencia (%)
Problemas de Salud	4. Somnolencia, fatiga, agotamiento	51 (86.44)
Problemas de Salud	17. Sueño insuficiente o poco reparador	47 (79.66)
Regulación emocional	12. Afectación en nuestro estado de ánimo	43 (72.88)
Reducción del tiempo libre y vida personal	6. Cargas administrativas que interfieren con estudio, practica o descanso	42 (71.18)
Reducción del tiempo libre y vida personal	13. Lejanía de familia y/o amigo	42 (71.18)
Acoso laboral	29. Incomprensión cínica por parte del R+ (<i>"nosotros si podíamos"</i>)	41 (69.49)
Condiciones laborales inadecuadas	34. Tener que pagar comida por no poder ir al comedor	41 (69.49)
Académico	2. Imposibilidad de estudiar	39 (66.10)
Condiciones laborales inadecuadas	10. Ingreso económico bajo	39 (66.10)
Académico	5. Preocupación por calificaciones	38 (64.4)

La Tabla 8 muestra las fuentes de estrés reportadas por el grupo 2019. En este grupo la somnolencia, fatiga, agotamiento fue la fuente con mayor frecuencia, seguida de sueño insuficiente o poco reparador y preocupación por calificaciones. Las fuentes de estrés correspondieron

a 4 categorías: problemas de salud, reducción del tiempo libre y vida personal, condiciones laborales inadecuadas y desempeño académico. De acuerdo con la clasificación general de fuentes, hubo 5 de tipo organizacional y 5 de tipo individual.

Tabla 8

Frecuencia de las principales fuentes de estrés de la primera evaluación para la Generación 2019.

Categoría de fuente de estrés	Reactivo	Frecuencia (%)
Problemas de salud	4. Somnolencia, fatiga, agotamiento	51 (82.25)
Problemas de salud	17. Sueño insuficiente o poco reparador	47 (75.80)
Académico	5. Preocupación por calificaciones	47 (75.80)
Reducción del tiempo libre y vida personal	13. Lejanía de familia y/o amigo	42 (67.74)
Condiciones laborales innecesarias	1. Carga de trabajo excesiva	40 (64.51)
Reducción del tiempo libre y vida personal	6. Cargas administrativas que interfieren con estudio, practica o descanso	39 (62.90)
Condiciones laborales innecesarias	7. Falta de materiales	39 (62.90)
Condiciones laborales innecesarias	8. Equipo en malas condiciones	39 (62.90)
Condiciones laborales innecesarias	10. Ingreso económico bajo	38 (61.29)
Condiciones laborales innecesarias	11. Horarios innecesariamente extensos	37 (59.67)

Discusión

El objetivo del segundo estudio consistió en identificar las fuentes de estrés y su asociación con la presencia de burnout, clima organizacional, ideación suicida, sintomatología ansiosa y depresiva en médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

El análisis de resultados sobre las fuentes de estrés permitió identificar que en el grupo 2018 las categorías de acoso laboral, condiciones laborales inadecuadas y de salud, fueron las fuentes más frecuentes, esto concuerda con lo reportado por otros estudios (Cohen et al., 2005; Ebrahimi & Kargar, 2018; Gómez, 2004; Hernández, 2003; Phinder-Puente et al., 2014). En la segunda evaluación de este grupo se mantuvieron estas fuentes y se agregaron varias relacionadas con lo académico, regulación emocional y reducción del tiempo libre y vida personal (todas en referencia a aspectos individuales). Este hallazgo refleja que el estrés se focalizó inicialmente en fuentes de origen organizacional y con el paso del tiempo las quejas de tipo individual adquirieron ligeramente mayor relevancia. Es posible que, como señalan Plata et al. (2011) el proceso de adaptación y cambio en la residencia suele demandar esfuerzo y tiempo en los residentes, que va en aumento conforme avanza el primer año.

Con respecto al grupo de la generación 2019, predominó la categoría de condiciones laborales inadecuadas (tipo organizacional). Las más frecuentes de tipo individual fueron problemas de salud personal, problemas de desempeño académico, reducción del tiempo libre y escasa vida personal. Comparando con el otro grupo, ambos coinciden en que las fuentes organizacionales fueron las más predominantes y difieren en que el acoso laboral no representó una de las principales fuentes de estrés. Las variaciones percibidas en cuanto a acoso y otros aspectos de interacción interpersonal se pueden atribuir a factores de tipo institucional, a partir de relatos reiterados que

surgieron durante la exploración cualitativa. Estos defectos interactivos parecen relacionados con políticas o costumbres informales en torno al trato y en las condiciones laborales de residentes médicos en hospitales e institutos públicos de salud y también aparentemente relacionados con estructuras y jerarquías rígidas que aprovechan algunos integrantes del personal de mayor jerarquía para maltratar a los de menor. Éstos pueden incluir tanto a médicos adscritos (contratados por el hospital) como a supervisores académicos o residentes de años más avanzados ("R+"). En efecto, el acoso laboral suele ser una fuente de estrés presente en numerosas investigaciones sobre estrés en médicos residentes (Chávez-Rivera et al., 2016; Cohen et al., 2005; Forbes Staff, 2019; Phinder-Puente et al., 2014).

Los hallazgos de las primeras evaluaciones de ambos grupos coinciden con lo documentado en la literatura de investigación (Ebrahimi & Kargar, 2018; Satterfield & Becerra, 2010; Tür et al., 2016). Se han señalado aspectos de la organización, tales como cargas de trabajo, jornadas largas, condiciones inadecuadas y responsabilidad derivada de la atención representan los principales estresores de tipo organizacional, sin embargo poco se ha descrito en torno a aspectos individuales. Algunos estudios han señalado que el desequilibrio entre la vida personal y la profesional se asocia con niveles altos de estrés (Shanafelt et al., 2019). También se ha establecido que problemas personales de salud y falta de redes de apoyo suelen ser los estresores más frecuentes, aunque varios de estos estudios se han limitado a una descripción general sin examinar el peso relativo de las quejas o consecuencias de tipo individual (Barragán, 2007; Reséndiz & Reyes, 2012; Schonhaut et al., 2009). En el presente estudio estos aspectos fueron relevantes en el contexto de que la residencia demanda adaptación constante y reajuste de muchas otras áreas de la vida (Bautista, et al., 2006; Schonhaut et al., 2009).

Fuentes de estrés y variables individuales

Con respecto a los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva los resultados señalan que éstos no sólo se mantienen sino que se pueden incrementar en una tercera parte, lo cual resulta consistente con hallazgos de otros estudios (Dyrbye et al., 2010; Guerrero et al., 2013; Plata et al., 2011). Varios estudios, incluyendo el presente identifican una alta presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Las primeras evaluaciones revelaron que 3 de cada 10 residentes presentan sintomatología depresiva y 4 de cada 10, sintomatología ansiosa. Los seguimientos mostraron cifras mayores (6 de cada 10 con síntomas depresivos y 7 de cada 10 con síntomas ansiosos) con un empeoramiento notorio reflejado en las diferencias estadísticas. Esto coincide con hallazgos de otros estudios, en donde se ha documentado mayor proporción de sintomatología ansiosa que depresiva (Landa et al., 2017; Marzouk et al., 2018; Mata et al., 2015; Silva et al., 2017); También se ha documentado incremento en ambas sintomatologías en evaluaciones de seguimiento con incrementos que oscilan de 13% a 15% (Dyrbye et al., 2010; Mata et al., 2015; Rotenstein et al., 2016; Silva et al., 2017).

Los cambios intragrupo revelan empeoramiento, especialmente en quejas relacionadas con problemas personales asociados a la salud, lo académico y reducción del tiempo libre y vida personal (Silva et al., 2017). Las condiciones organizacionales se mantuvieron, por lo que al incrementarse la frecuencia de fuentes de estrés de tipo individual, también incrementa la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. (Guerrero et al., 2013; Montiel-Jarquín et al., 2015; Satterfield & Becerra, 2010).

Los resultados sugieren que ambas sintomatologías se presentan a la par de estresores personales e institucionales. En efecto, el presente estudio identificó que el incremento de estresores individuales se

asocia con un aumento de ambas sintomatologías, por lo que se sugiere realizar un monitoreo de sus niveles mediante evaluaciones más cercanas en el tiempo, para analizar su comportamiento durante periodos específicos e identificar su relación con diversos tipos de estresores (Dyrbye et al., 2017). La relevancia de diagnosticar y monitorear la sintomatología ansiosa y depresiva radica en las alteraciones que pueden generar en la calidad de vida, bienestar de los médicos residentes (Prieto-Miranda et al., 2009), así como en su formación y práctica clínica incluyendo la comisión de errores profesionales (Mata et al., 2015).

Con respecto a la ideación suicida los niveles documentados por el presente estudio están dentro de la gama señalada en otros estudios (Jiménez-López, Arenas-Osuna & Angeles-Garay, 2015; Landa et al., 2017). Ya puede considerarse grave, institucional y socialmente hablando, que dos participantes manifestaron ideación suicida tanto en la primera como la segunda evaluación del grupo de la generación 2018 y para el grupo 2019 se identificó a un participante con ideación suicida. Si bien estos hallazgos son similares a los documentados en otros estudios (Rotenstein et al., 2016) es de destacarse que el tema del suicidio entraña un serio dilema social, político, religioso y cultural. En este contexto, existe la posibilidad de sesgos derivados de la deseabilidad social lo cual daría cifras relativamente espurias a la baja (Cochrane-Brink, Lofchy, & Sakinofsky, 2000). Los vestigios identificados fundamentan análisis más cercanos y atención inmediata, para salvaguardar la integridad de los médicos residentes, sus familias y los efectos generados a terceros (Nordentoft, 2007; Tür et al., 2016).

Es de destacarse que, entre las precauciones metodológicas del presente estudio está la recolección de datos 100% anónima, lo cual si bien reduce sesgos, no permite identificar si los puntajes de ideación en ambas evaluaciones correspondían a los mismos participantes. Sería

muy importante sugerir medidas de detección y atención para aquéllos en quien se identifique este riesgo.

Factores organizacionales-profesionales

Los niveles de burnout para ambos grupos fueron muy similares oscilando entre el 34%-36% ya con niveles altos y 48%-52% en peligro (con manifestaciones que pueden agravarse). Estos hallazgos son consistentes con los documentados en investigaciones nacionales e internacionales (Dyrbye et al., 2010; Hernández-Vargas et al., 2008; Landa et al., 2017; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008, Ruotsalainen et al., 2015) y denotan un problema prevalente, delicado y presente con una gran amplitud institucional.

La segunda evaluación de la generación 2018 reveló una menor proporción de nivel alto o en peligro de burnout. Este hallazgo requiere interpretarse con cautela puesto que no puede asegurarse que se trata de una disminución relativamente permanente o duradera de los síntomas de burnout. En efecto varios estudios (Arora et al., 2013; Ahola et al., 2006) insisten en que el burnout se comporta de manera dinámica y está en función de variables organizacionales e individuales que también están en constante cambio, de modo que su interacción afectaría dichos niveles. Una posible explicación de su disminución podría residir en un proceso de habituación o de adaptación (relativamente activa) de los médicos residentes al contexto de su residencia incluyendo sus condiciones organizacionales y académicas (Plata et al., 2011; Shanafelt et al., 2019). Sin embargo, van a ser necesarias evaluaciones múltiples durante el primer año para identificar de modo más fino el comportamiento de la variable (West et al., 2018).

No se identificó una tendencia específica entre la presencia de burnout y un tipo particular de fuente y pareciera que las fuentes contribuyen a la presencia de burnout por igual aunque esta sería una hipótesis a investigarse pormenorizadamente. Es de destacarse que el agotamiento se identificó en el contexto de ambas fuentes (Duarte et al., 2017; Gil-Monte, 2005; Shahrakai et al., 2011).

Este hallazgo permite proponer que las afectaciones psicosomáticas y la fatiga extrema destacan entre las fuentes que principalmente afectan a médicos residentes (Uribe-Prado, 2007; Ahola, 2007). Dado que para todos los grupos, la fatiga fue una constante, se puede inferir que ésta se asocia con aspectos organizacionales e individuales, la mayoría vinculados con la práctica profesional (Díaz-Piga et al., 2017; Dyrbye et al., 2010).

Aunque en la generación 2018 disminuyó el componente de despersonalización y agotamiento de la 1a a la 2a medida, esto sólo ocurrió en el primer componente y para el segundo fue sólo marginalmente significativo. Esto difiere de lo encontrado en otros estudios que a lo largo del tiempo identifican un empeoramiento importante hacia niveles altos de estrés (West et al., 2018). De nuevo, la influencia combinada de aspectos organizacionales, la adaptación y el hecho de que los síntomas evolucionan de manera dinámica y no lineal podría explicar los hallazgos (Palacio-Sañudo, Caballero-Domínguez & Suárez-Colorado, 2017; Plata et al., 2011).

La percepción del clima organizacional arrojó hallazgos similares a nivel intra-sujeto para la generación de 2018 en donde 33% y 37% perciben un clima negativo, y sólo un 10%-12% percibe un clima positivo, sin presentar cambios durante el seguimiento. Contrario a esto, para el grupo 2019, se documentó una mayor proporción de residentes que perciben el clima de manera positiva (30%) y el 24% un clima negativo, la comparación entre grupos arrojó una diferencia

estadísticamente significativa, siendo la generación 2019 la que valoraba mejor su clima organizacional.

La percepción del clima fue similar a lo reportado por otras investigaciones (Landa, et al., 2017; Muñiz et al., 2014) las cuales documentan que aproximadamente 3 de cada 10 médicos residentes perciben negativo el clima en donde ejercen su práctica profesional; la diferencia encontrada en los grupos puede estar en función de cambios en las condiciones institucionales y sociales (Bronkhorst, 2015) esto podría estar asociado a la situación actual entorno a el rol profesional y demandas de los residentes médicos en México (Forbes Staff, 2019).

En otro sentido, si bien no sería posible fundamentar empíricamente una explicación de esta diferencia entre generaciones (y momentos) quizá exista la posibilidad de que en los meses transcurridos entre las aplicaciones a las generaciones 2018 y 2019 se hubiese dado una socialización informal en el hospital en el sentido de que un equipo de investigadores de la UNAM estaban haciendo una evaluación sistemática de la situación de los residentes en cuanto condiciones de trabajo, estresores y problemas interpersonales con otros integrantes del equipo de salud. Si esto hubiera ocurrido sería factible pensar en la posibilidad de un ligero cambio de actitud y/o comportamiento por parte del personal, de los "R+" o incluso algunas autoridades.

Un hallazgo interesante recae en las categorías de estresores que se presentaron en función de los niveles de percepción de clima, el primer grupo reportó mayor percepción negativa (34%) con respecto a la positiva (10%) y las fuentes de estrés predominantes fueron sobre condiciones laborales inadecuadas y acoso laboral, para el grupo 2019, predominó la percepción positiva sobre la negativa (30% y 24 %, respectivamente), su principal fuente de estrés fueron las condiciones laborales inadecuadas. No obstante también se incorporaron aspectos

de salud y reducción del tiempo libre y vida personal, por lo que posiblemente un mayor porcentaje de percepción positiva del clima coincidió con la presencia de estresores asociados a aspectos individuales y menor percepción de acoso laboral. Resultados como estos se han sugerido en otras investigaciones (Arnetz, Lucas & Arnetz, 2011; Dyrbye et al., 2017).

Los resultados no permiten llegar a una conclusión contundente respecto a esto, pero abren una potencial línea de investigación en torno a la influencia de factores individuales en la percepción del clima organizacional (Dyrbye et al., 2017). Se ha documentado que la demanda de las actividades y percepción de control son variables moderadoras de los niveles de estrés (Tür et al., 2016). Por su parte la eficiencia organizacional (desempeño) también representa una fuente de estrés, aunque se han explicado a partir de modelos teóricos con poca evidencia empírica (Arnetz et al., 2011; Dyrbye et al., 2017).

Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas también suelen asociarse con los resultados de las evaluaciones psicosociales de los médicos residentes (Dyrbye et al., 2010; Shanafelt et al., 2019), en presente caso se optó por registrar el sexo y el lugar de residencia. En ambos grupos, se documentó que poco más de la mitad de residentes son mujeres 56%-57% y la mayoría provenía del interior del país, fuera de la ciudad de México y área metropolitana (70% en el grupo 2018 y 80% en el grupo 2019).

Este hallazgo tiene especial relevancia pues puede representar una fuente importante de estrés. Los residentes no sólo deben adaptarse al contexto institucional, también al contexto de una nueva ciudad, grande y muy compleja, que para muchos implica construir

redes de apoyo y adaptarse a un nuevo estilo de vida (Bautista, et al., 2006; Plata et al., 2011). Se sugiere estudiar la relación e influencia de residir en otra ciudad y el resultado en las evaluaciones psicosociales.

Conclusiones

Se documentaron fuentes de estrés de tipo individual y organizacional, burnout, sintomatología ansiosa, depresiva y clima organizacional. La presencia de burnout coincidió con la presencia de ambos tipos de factores. La sintomatología ansiosa y depresiva también coincidió en ambos, mostrando una tendencia de incremento conforme aumentaba la frecuencia de fuentes de estrés de tipo individual.

Para el caso del clima organizacional, hubo coincidencias entre una percepción negativa y mayor frecuencia de estresores organizacionales, y la presencia de una percepción positiva se asoció con la frecuencia de fuentes de tipo individual.

Existe la posibilidad de que los resultados estén parcialmente influenciados por algunas características sociodemográficas, particularmente el sexo y el lugar de residencia de los participantes (Dyrbye et al., 2010; Shanafelt et al., 2019).

Recomendaciones y limitaciones

Como ocurre en las investigaciones cualitativas la elaboración de categorías sigue un proceso de análisis para el reconocimiento de los contenidos que las componen hasta que ya no se obtiene información distinta por los entrevistados (saturación). Las diferentes categorías sirvieron para estructurar los temas relevantes mencionados en las entrevistas en función del objetivo central (Satterfield & Becerra, 2010).

A pesar de que se obtuvo un nivel óptimo de la información, es necesario recolectar información de otros hospitales, que pudieran enriquecer o diversificar las situaciones estresantes así como las categorías encontradas.

Respecto a los análisis cuantitativos sería importante realizar un piloteo del cuestionario final con el objetivo de identificar su validez y

confiabilidad dentro de la población de interés. También se recomienda realizar un análisis factorial exploratorio para identificar la agrupación de los reactivos con base en las respuestas de esta población y determinar la relación entre los reactivos, los factores y la escala en general y hacer las modificaciones pertinentes (Rodríguez et al., 1999)

Asimismo, convendrá determinar otras propiedades psicométricas del instrumento y quizá sugerir puntos de corte. Una vez hechos los ajustes al instrumento se recomienda realizar un análisis de validez concurrente con la Lista de Chequeo de Estrés con Intensidad para médicos residentes (Reséndiz & Reyes, 2012).

En el segundo estudio, se obtuvieron los hallazgos a partir de un número adecuado de participantes, no obstante, para obtener hallazgos que puedan ser más generalizables a otros hospitales con similares condiciones se sugiere incrementar el número de participantes. También se recomienda realizar estudios con mayor número de mediciones (diseño longitudinal) e implementar otro tipo de evaluaciones además de instrumentos de autorreporte (Satterfield & Becerra, 2010; Palacio-Sañudo et al., 2017). Sistemas de registros conductuales serían una herramienta que conduciría a conclusiones más contundentes, especialmente sobre la naturaleza y efectos de interacciones interpersonales generadoras de estrés.

Por último, la mayoría de investigaciones (incluyendo la presente) se han enfocado en el reporte de factores de riesgo sin involucrar variables que representen factores protectores, haciendo énfasis en efectos negativos más que en positivos o de desarrollo; por lo que se sugiere incluir el análisis sistemático de factores de resiliencia que eventualmente conduzcan a intervenciones eficaces que busquen mejorar tanto las condiciones de trabajo y formación especializada de los médicos y promover la investigación de variables

como el bienestar y conductas asociadas a resultados positivos (Satterfield & Becerra, 2010; Raj, 2016).

Elementos hacia una propuesta de intervención

Los hallazgos de la presente investigación permitieron identificar que tanto factores organizacionales como individuales pueden contribuir en niveles altos de estrés, las investigaciones previas coinciden con esto, aunque poco se ha dilucidado en cuanto al impacto de factores individuales.

Con el fin de procurar la salud mental entorno a la presencia de burnout, estrés y afectaciones emocionales, se han implementado diferentes intervenciones encaminadas a dotar a los médicos de habilidades que les permitan adaptarse de manera funcional a su ambiente laboral y personal. Estudios recientes (Azadfallah, Kalani, Oreyzi & Adibi, 2018; Hernandez & Wu, 2018; Panagioti et al., 2017) con meta-análisis sobre intervenciones enfocadas a médicos, revisan el tipo de intervenciones y su eficacia, clasificándolas en dos tipos: 1) modificaciones organizacionales e 2) intervenciones sobre aspectos individuales. En las primeras, se documenta un tamaño del efecto moderado, en las psicológicas se documentó un efecto bajo, no obstante aún no existe evidencia concluyente respecto a su efectividad (Azadfallah et al., 2018).

Respecto a las intervenciones de tipo organizacional se han establecido modificaciones en reducción de tareas sin sentido, tutoría y reconocimiento de logros (Deb, 2017). También se han descrito cambios simples en el calendario (cronograma de actividades), reducciones en la intensidad de la carga de trabajo y tiempo libre para promoción de conductas de autocuidado. Así mismo, se han sugerido cambios en el desempeño y la práctica profesional, incluyendo distribuir el trabajo en equipos, cambios en la evaluación del

desempeño, implementación de asesoramiento, supervisión para reducir la demanda de trabajo y mejorar el control del trabajo, así como aumentar la participación en la toma de decisiones (Azadfallah et al., 2018; Deb, 2017; Panogioti, et al., 2016; Swensen, 2016).

Las intervenciones dirigidas para la reducción de estrés en el médico suelen implicar técnicas para mejorar las habilidades sociales y de comunicación, estrategias de afrontamiento, mediante relajación e imaginación guiada, reestructuración cognitiva, solución de problemas y el incremento de la resiliencia a partir del implemento de una actividad de tiempo libre (participación de eventos culturales y deportivos); contacto con los colegas para discutir casos clínicos, los pacientes y los estresores, así como el fomento de las relaciones con la familia y los amigos, comunicación de errores médicos con colegas y pacientes, reflexión personal y grupal (grupos de discusión) (Panogioti, et al., 2016; West et al., 2014).

En años recientes, algunas intervenciones se han enfocado en el incremento de empatía y disminución de despersonalización/cinismo (Deb, 2017; Hunt, Denieffe & Gooney, 2017; Stanley & Sethuramalingam, 2015). Se ha trabajado con intervenciones mediante atención plena (mindfulness) para fortalecer la empatía, encontrando mejores resultados que intervenciones basadas en un enfoque cognitivo conductual (Bodenlos, Wells, Noonan & Mayrsohn, 2015; Williams, Tricomi, Gupta & Janise, 2014). El entrenamiento consiste en meditación enfocada en generar estados de bienestar y entendimiento del sufrimiento de los a pacientes, con el fin de generar acciones encaminadas a ayudarlos (Stanley & Sethuramalingam, 2015; Yuguero, Esquerda, Marsal & Soler-González, 2015). En esta misma dirección se ha documentado que las intervenciones basadas en atención plena para el estrés impactan en el agotamiento, la empatía, la compasión, la relación, médico-paciente sintomatología depresiva y ansiosa, satisfacción y el bienestar (Beaumont & Martin, 2016; Krasner, et al.,

2009; Picard, Catu-Pinault, Boujut, Botella, Jaury & Zenasni, 2016). Las actitudes que se consideran útiles incluyen la aceptación de las realidades del ambiente de trabajo, la participación en desafíos para impulsar el cambio y el reconocimiento de cuándo es necesario el cambio en la práctica para prevenir el burnout (Deb, 2017; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016).

Con base en las descripciones de los hallazgos de las diferentes intervenciones, la literatura insiste en incluir: 1) las características individuales y 2) las condiciones organizacionales, puesto que la interacción de ambas influye en la presencia del estrés y burnout (Fred & Scheid, 2018; Gil-Monte, 2003). Estudios previos (Azadfallah et al., 2018; Panogioti, et al., 2016; West et al., 2014) no han podido determinar el tamaño del efecto de las intervenciones, aunque se ha recomendado que se implementen intervenciones psicológicas (basadas en cognitivo conductual o atención plena) para reducción del estrés. También se recomienda instrumentar acciones de tipo estructural/organizacional dirigidas por la institución (Hernandez & Wu, 2018; Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva, 2018).

En la Clínica Mayo se coordina el *Program on Physician Well-Being*, en donde investigan el efecto de intervenciones encaminadas a la reducción del estrés, sus hallazgos señalan que las intervenciones deben orientarse a estrategias organizacionales, profesionales y personales, contemplando al estrés como constructo multidimensional (Mayo Clinic, 2019; Wiederhold et al., 2018).

Un problema de muchas investigaciones es que no describen de manera pormenorizada las intervenciones que implementan, es decir sin detallar los procedimientos y estrategias concretas instrumentados en sus intervenciones, se limitan a mencionar los nombres convencionales de los componentes que emplearon y el enfoque que usaron (Azadfallah et al., 2018; Montgomery, 2014).

Así mismo, es importante considerar que las modificaciones requeridas no se limitan sólo a cuestiones institucionales locales sino que, si a mediano y largo plazo se espera corregir un problema tan aparentemente difundido en el sector salud, los cambios requieren involucrar aspectos institucionales a nivel nacional y quizá incluso de tipo legislativo, en materia de políticas públicas, sistema de salud y de los programas académicos de la enseñanza de la medicina (Ripp et al., 2017).

Modificaciones organizacionales

- Distribución del trabajo, garantizando que la carga no se centre en sólo algunos, principalmente residentes de los primeros años. (Montgomery, 2014).
- Entrenamiento en liderazgo desarrollando competencias para el manejo de trabajo en equipo y toma de decisiones, incluyendo todo el sistema de enseñanza de la medicina en México, los residentes avanzados muchas veces están encargados de los otros, sin recibir entrenamiento u orientación de cómo dirigirlos.
- Entrenamiento de competencias de comunicación efectiva y solución de conflictos (Ripp et al., 2017).
- Grupos de escucha activa o de apoyo: organizar reuniones periódicas con los miembros de cada equipo de trabajo para abordar situaciones de conflicto o inconformidad, en donde un psicólogo funja como moderador y facilitador en el establecimiento de acuerdos (West et al., 2014).
- Apoyo a residentes que padecieron directa o indirectamente un evento adverso, canalización a un servicio de atención psicológica eficaz con personal bien entrenado y competente (Ripp et al., 2017).

- Entrenamiento de supervisores en estrategias de provisión de retroalimentación descriptiva más que en términos de etiquetas valorativas, especialmente de tipo negativo.

Intervención psicológica

- Sesiones grupales o individuales basadas en atención plena para abordar el estrés y la regulación emocional (Williams et al., 2014).
- Los módulos incluyen meditación de atención plena compasiva, para fortalecer las habilidades de compasión con pacientes, compañeros y con ellos mismos. También requieren incluir estrategias para reducir el agotamiento emocional y fatiga mental generando estados de bienestar encaminados a fortalecer la percepción de satisfacción y logro profesional (Ripp et al., 2017).
- Incluir un módulo de entrenamiento de habilidades sociales, solución de conflictos interpersonales y desarrollo de competencias de resiliencia (Azadfallah et al., 2018; Venegas, Nkangu, Duffy, Fergusson & Spilg, 2019).

Recomendaciones generales de atención al personal

Muy probablemente va a ser indispensable contemplar adaptaciones culturales y de lenguaje tanto en las evaluaciones como en los contenidos de las intervenciones.

La implementación también estará en función de la viabilidad de las intervenciones, bajo las condiciones del rol profesional como cargas de trabajo, y otros aspectos institucionales (apoyo para su implementación, principalmente en el acceso al personal usuario potencial y facilitación de condiciones para su atención).

Se recomienda evaluar la efectividad de las intervenciones, la duración de sus efectos así como garantizar la integridad de las mismas.

Por último, debido a la complejidad y variedad de las afectaciones en el personal de salud en general y de los médicos residentes en particular, es indispensable un abordaje interdisciplinario entre Psiquiatría y Psicología, principalmente en casos con síntomas intensos, crónicos y presencia de ideación e intento suicida.

Referencias

- Aach, R. D., Cooney, T. T., Girard, D., Grob, D., McCue, J. D., Page, M. I., ... Smith, J. W. (1988). Stress and impairment during residency training: Strategies for reduction, identification, and management. *Annals of Internal Medicine*, 109(2), 154-161.
- Aguirre, H. R., López, F. J. & Flores, F. R. (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revistas Fuente*, 3(8), 28-33.
- Ahlers, S.J, Van der Veen, A., M. & Van Dijk M, (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analgyc*, 110, 127-133.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., . . . Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11–17.
<https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>
- Arenas, O. J. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28 (2), 103-109.
- Arnetz, B. B., Lucas, T., & Arnetz, J. E. (2011). Organizational Climate, Occupational Stress, and Employee Mental Health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(1), 34–42.
<https://doi.org/10.1097/jom.0b013e3181ffo5b>
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A.D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25, 491–495.
- Ato, M., & López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059.
- Azadfallah, P., Kalani, S., Oreyzi, H., & Adibi, P. (2018). Interventions for physician burnout: A systematic review of systematic reviews. *International Journal of Preventive Medicine*, 9(1), 81.
https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_255_18

- Báguena, M. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para el Estrés Post-Traumático. *Psicothema*, 13 (3), 479-492.
- Barragán (2007). Cuestionario sobre factores estresantes en estudiantes de medicina. *Facultad de Medicina*. Recuperado 9 junio, 2018 de <http://www.facmed.unam.mx/sem/presentaciones/AB01/OS2.pdf>
- Bautista, D., Espinosa, M., González, R., Juárez, P., Valencia, P., Zapote, E., (2006). *Estrés en estudiantes de medicina de 5ª a 10ª semestre de la escuela nacional de Medicina y Homeopatía*. 7º Congreso Nacional de Psiquiatría.
- Beaumont, E., & Martin, C. H. (2016). Heightening levels of compassion towards self and others through use of compassionate mind training. *British Journal Of Midwifery*, 24(11), 777-786.
- Berberoglu, A. (2018) Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: Empirical evidence from public hospitals. *Health Services Research*, 18(4) 399-408.
- Bodenlos, J. S., Wells, S. Y., Noonan, M., & Mayrsohn, A. (2015). Facets of dispositional Mindfulness and Health among college students. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 21 (10). 645-652. doi: 10.1089/acm.2014.0302.
- Bragard, I., Etienne., A., Merckaert., I., Libert., Y. & Razavi., D. (2010). Efficacy of a Communication and Stress Management Training on Medical Residents' Selfefficacy, Stress to Communicate and Burnout. *Journal of Health Psychology*, 15(7) 1075-1081. doi:10.1177 / 1359105310361992.
- Bronkhorst, B. (2015). Behaving safely under pressure: The effects of job demands, resources, and safety climate on employee physical and psychosocial safety behavior. *Journal of Safety Research*, 55, 63-72. doi: 10.1016/j.jsr.2015.09.002.
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B. y Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A

- systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. doi: 10.1097/HMR.0000000000000026.
- Carlucci, D., y Schiuma, G. (2014). El clima organizacional como motor de desempeño: la percepción de los trabajadores de la salud en un gran hospital. *Diario de gestión de la salud*, 16 (4), 583-594. <https://doi.org/10.1177/0972063414548561>
- Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández L. F. (2016). Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gaceta Médica de México*, 152 (6), 796-811.
- Cochrane-Brink, K.A., Lofchy, J.S. & Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22(6), 445-451.
- Cohen, K., Rollnick, S., Smail, S., Kinnersley, P., Houston, H., y Edwards, K. (2005). Communication, stress and distress: evolution of an individual support programme for medical students and doctors. *Medical Education*, 39, 476-481.
- Cohen, S., Kessler, C., R. & Underwood, G., L. (1997). *Measuring Stress. A guide for health and social scientist*. New York: Oxford University Press.
- Ahola, K. (2007). *Occupational burnout and health*. Finland: Finnish Institute of Occupational Health. Recuperado de <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19788/occupati.pdf?sequence=2>
- Cooke, M. (1985). Stress and Coping in Internal Medicine Residency. *The Western Journal of Medicine*, 142 (4), 547-548.
- Deb, A. (2017). Practical Considerations in Addressing Physician Burnout. *Continuum* (Minneapolis Minn) 23(2):557-562.
- Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P., & Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en

Latinoamérica: un meta análisis. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8 (15). doi: 10.23913/ride.v8i15.304

Derive, S., Casas Martínez, M. L., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., & Contreras, D. (2017). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en Educación Médica*, 7(26), 35-44
.https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004

Díaz-Piga, L. A., Arab Verdugo, J. P., Nuñez Palma, C., Robles García, C., Bitran Carreño, M., Nitsche Royo, M. P., . . . Riquelme Pérez, A. (2017). Burnout en médicos residentes de especialidades y subespecialidades: estudio de prevalencia y variables asociadas en un centro universitario. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 42(2). https://doi.org/10.11565/arsmed.v42i2.541

Di Pinto, M. (2006). The ecological validity of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in attention deficit hyperactivity disorder: Predicting academic achievement and social adaptive behavior in the subtypes of ADHD. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(3-B), 1696.

Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A., R. y Dohrenwend, B. S. (1982). *The psychiatric epidemiology research interview life events scale*. In Goldberger, L. & Breznirz, S. (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal Of Nursing Studies*, 6498-107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002

Duarte, R.E., Velasco, E., Sánchez-Sosa, J.J. & Reyes L.I. (2017) Validación psicométrica de la escala de gravedad de fatiga en médicos residentes mexicanos. *Educación Médica*, 20(1), 28-36.

- Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., . . . Shanafelt, T. D. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. *JAMA*, 304(11), 1173. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1318>
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., . . . Meyers, D. (2017). Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *NAM Perspectives*, 7(7). <https://doi.org/10.31478/201707b>
- Ebrahimi, S., & Kargar, Z. (2018). Occupational stress among medical residents in educational hospitals. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 30 (51). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s40557-018-0262-8>.
- Famakinwa, A., & Fabiny, A. (2008). Assessing and managing caregiver stress: Development of a teaching tool for medical residents. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(1), 52-65. <http://dx.doi.org/10.1080/02701960802074289>
- Forbes Staff. (2019, 16 abril). Médicos residentes de más de 82 hospitales inician paro. *Forbes México*. Recuperado 10 junio, 2019, de <https://www.forbes.com.mx/medicos-residentes-de-mas-de-82-hospitales-inician-paro/>
- Fred, H. L., & Scheid, M. S. (2018). Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. *Texas Heart Institute Journal*, 45(4), 198–202. <https://doi.org/10.14503/thij-18-6842>
- Gago, K. A., Martínez, I. K., & Alegre, A. (2017). Clima laboral y síndrome de burnout en enfermeras de un hospital general de Huancayo, Perú. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(4), 1-15. doi: 10.5872/psiencia/9.4.21
- García-Izquierdo, M., Llor E. B., García-Izquierdo, A., & Hernández, R. J. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22 (3), 381-395.

- Garduño-Juárez, M.A.(2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31 (S1), 259-262.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gold, K.J., Sen, A. & Schwenk, T. (2013). Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1): 45–49. doi:10.1016/j.genhos ppsych.2012.08.005.
- Gómez, E. Rosa. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 41-56.
- González-Ávila, G., & Bello-Villalobos, H. (2014). Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52 (4), 468-473.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41–49. <https://doi.org/10.1037/a0035299>
- Guerrero, L.J, Heinze, M. G, Ortiz, L. S., Cortés, M. J., Barragán, P. V. y Flores-Ramos M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*. 149; 598-604.
- Hakanen, J. & Schaufeli, W. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 141, 415-424. Doi:10.1016/j.jad.2012.02.043

- Hernández, G., Ortega, A. y Reidl, M. (2012). Validación del Instrumento de Estrés Laboral para Médicos Mexicanos. *En-claves del Pensamiento*, 6 (11), 113-129.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110. Recuperado en 24 de mayo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&tlng=es.
- Hernandez, J. S., & Wu, R. I. (2018). Burnout in pathology: suggestions for individual and systemwide solutions. *Journal of the American Society of Cytopathology*, 7(3), 166-168. <https://doi.org/10.1016/j.jasc.2018.01.002>
- Hernández-Vargas, C.I., Dickinson, E. M., y Fernández, O. M. (2008). El síndrome de desgaste profesional: Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la facultad de Medicina UNAM*, 51(1), 11-14.
- Herrera, I. (2019, 9 abril). *¿Qué es la escala de Thurstone?* Recuperado 15 junio, 2019, de <https://www.questionpro.com/blog/es/escala-de-thurstone/>
- Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *Journal Of Research In Nursing*, 22(1/2), 7. doi:10.1177/1744987116678902
- ISTAS (2007). Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Recuperado 7 febrero, 2019, de <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2142>
- Jiménez-López, J., Arenas-Osuna, J. & Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (1), 20-28.
- Jurado, S. (2017). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida: Manual para aplicación y calificación*. México: Facultad de psicología, UNAM.

- Kahn, R. L., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 571-650). Palo Alto, CA, US: Consulting Psychologists Press.
- Kogan, L. S., Smith, J., & Jenkins, S. (1977). Ecological validity of indicator data as predictors of survey findings. *Journal of Social Service Research*, 1(2), 117-132.
http://dx.doi.org/10.1300/J079v01n02_01
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293. doi:10.1001/jama.2009.1384
- Krueger, R. and Casey, M. (2009) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Cuarta edición. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Landa-Ramírez, E., Rangel-Domínguez, N. E., Villavicencio-Carranza, M. A., Weingerz-Mehl, S., Reyes-Saavedra, M. I., González-Álvarez, V. R., Vidal-Velazco, E. A. & Jiménez-Escobar, I. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el agotamiento en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, 27(2), 245-254.
- Lapa, T., A., Carvalho, S., A., Viana, S., J., Ferreira, L., P. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Stressors in anaesthesiology: development and validation of a new questionnaire. A cross-sectional study of Portuguese anaesthesiologists. *European journal of Anaesthesiology*, 33, 807-815.
- Lapinski, J., Yost, M., Sexton, P., & LaBaere, R. J. (2015). Factors Modifying Burnout in Osteopathic Medical Students. *Academic Psychiatry*, 40(1), 55-62. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0375-0>

- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J. y Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403---409
- Loria, C. J., & Guzmán H. L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 5(3), 432-43.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. y Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48 (5), 15-27.
- Marzouk, M., Ouanes-Besbes, L., Ouanes, I., Hammouda, Z., Dachraoui, F., & Abroug, F. (2018). Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 8(7), 020655.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020655>
- Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E. & Córdova-Soriano, J.A. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21 (2), 55-57
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. California: Malor Books.
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. *JAMA*, 314(22), 2373. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
- Mayo Clinic. (2019, 15 enero). Program on Physician Well-Being. Recuperado 17 junio, 2019, de <https://www.mayo.edu/research/centers-programs/program-physician-well-being>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. España: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia.

- Montgomery, A. (2014). The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research*, 1(1), 50-56.
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.002>
- Montiel-Jarquín, Á. J., Torres-Castillo, M. E., Herrera-Velasco, M. G., Ahumada-Sánchez, Ó. O., Barragán-Hervella, R. G., García-Villaseñor, A., & Loría-Castellanos, J. (2015). Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educación Médica*, 16(2), 116-125.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.006>
- Moore, G. T. (1980). Holism, environmentalism and ecological validity. *Man-Environment Systems*, 10(1), 11-21.
- Muñiz, J., Peña-Suárez, E., De la Roca, Y., Fonseca-Pedrero, E., Cabal, Á., & García-Cueto, E. (2014). Organizational climate in spanish public health services: administration and services staff. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14 (2), 102-110.
- Natera, G., & González-Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud Mental*, 35 (1), 1-2.
- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical bulletin*, 54(4):306-69.
- Organización Mundial de la Salud. (2018, 22 marzo). Depresión. Recuperado 15 junio, 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 28 mayo). Burn-out an "occupational phenomenon": *International Classification of Diseases*. Recuperado 9 junio, 2019, de https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Ortiz-León, S., Jaimes-Medrano, J., Tafoya-Ramo, S., Mujica-Amaya, M., Olmedo-Canchola, V, y Carrasco-Rojas, J. (2014). Experiencias de

maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y cirujanos*, 82, 290-301.

Palacios, M.E., Morán, I. C., & Paz, M.P. (2014). Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos. Medición del estrés laboral en hospitales. *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo*, 6(16): 62-68.

Palacio-Sañudo, J. E., Caballero-Domínguez, C. C., & Suárez-Colorado, Y. P. (2017). Una revisión de diseños longitudinales para estudiar el burnout académico (2010 -2016). *Búsqueda*, 4(18), 72. <https://doi.org/10.21892/01239813.333>

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., Marwijk, H., Geraghty, K. & Esmail, A. (2016). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674

Paredes G., O., & Sanabria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica*, 16 (1), 25-32.

Parke, R. D. (1976). Social cues, social control, and ecological validity. *Merrill-Palmer Quarterly*, 22(2), 111-123.

Patlán-Pérez, J. & Flores-Herrera, R. (2013). Desarrollo y Validación de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO): Un Estudio Empírico con Profesionales de la Salud. *Ciencia & trabajo*, 15(48), 131-139. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492013000300005>

Penney, J. C. (1985). Reactions of medical students to dissection. *Journal of Medical Education*, 60(1), 58-60.

Phinder-Puente, M., Sánchez-Cardel, A., Romero-Castellanos, F., Vizcarra-García, J., & Sánchez-Valdivieso, E. (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer

- semestre, sus padres y sus maestros. *Investigación en Educación Médica*, 3 (11), 139-146.
- Picard, J., Catu-Pinault, A., Boujut, E., Botella, M., Jaury, P., & Zenasni, F. (2016). Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychology, Health & Medicine*, 21(3), 354-361. doi:10.1080/13548506.2015.1054407
- Piqueras R. J., Martínez G. A., Ramos L.V., Rivero B.R., García L. L., & Oblitas G.L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 43-73.
- Plata, G.M., Flores, C.L., Curiel, H.O., Juárez, O. R. & Rosas, B., J. V. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3), 157-162.
- Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G.D, Dominici, G., Talamo, A., Girardi, P., Lester, D., & Tatarelli R. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clinical Teraphy*, 161(6) 511- 514.
- Prieto-Miranda, S.E., López-Benítez, W., & Jiménez-Bernardino, C.A.. (2009). Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educación Médica*, 12(3), 169-177. Recuperado en 15 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000400006&lng=es&tlng=es.
- Raj, K.S. (2016). Well-Being in Residency: A Systematic. *Journal of Graduate Medical Education*, 8 (5), 674-684. doi: 10.4300 / JGME-D-15-00764.1
- Reséndiz, R., A. y Reyes, L., I. (2012). Validación de una lista de chequeo de estresores con intensidad para médicos residentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 33 (1), 111-126.
- Reyes, C.C, Monterrosas, R.A.M., Navarrete, M.A. & Torruco, G.U. (2016). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina

- mexicana antes de iniciar al internado. *Investigación en Educación Médica*, 6(21), 42-46.
- Ríos, P.A. Athié, G. J. & Martínez, R.V. (2015). Síndrome de burnout (quemado) en médicos residentes adscritos a hospitales del Grupo Ángeles: HA Clínica Londres, HA Lomas, HA Metropolitano, HA México, HA Mocel y HA Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 13(2), 69-81.
- Ripp, J. A., Privitera, M. R., West, C. P., Leiter, R., Logio, L., Shapiro, J., & Bazari, H. (2017). Well-Being in Graduate Medical Education. *Academic Medicine*, 92(7), 914-917.
<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001735>
- Roberts, J. S., Laughlin, J. E., & Wedell, D. H. (1999). Validity Issues in the Likert and Thurstone Approaches to Attitude Measurement. *Educational and Psychological Measurement*, 59(2), 211-233.
<https://doi.org/10.1177/00131649921969811>
- Robles, Bernardo. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
Recuperado en 23 de julio de 2019, de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, G., Gil F. J. y García J. E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, P. (2016). El estrés laboral en el médico. *Gaceta Médica*.
Recuperado de
<https://www.gacetamedica.com/opinion/tribunas/el-estres-laboral-del-medico-BX437289>
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., . . . Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA*, 316(21), 2214.
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>

- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, .
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd002892.pub5>
- Satterfield, J. M., & Becerra, C. (2010). Desafíos del desarrollo, factores estresantes y estrategias de afrontamiento en los residentes médicos: un análisis cualitativo de los grupos de apoyo. *Educación médica*, 44 (9), 908–916. doi: 10.1111 / j.1365-2923.2010.03736.x
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qualitative-Quantitative*, 52, 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schonhaut B, L., Rojas N, P., & Millán K, T. (2009). Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 80(1), 30-38.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000100004>
- Schuler, R. S. (1980). Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organizational Behavior & Human Performance*, 25(2), 184-215. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073\(80\)90063-X](http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073(80)90063-X)
- Selye, H. (1991). History and present status of the stress concept. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 21-35). New York, NY, US: Columbia University Press. (Reprinted from "Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects," by Leo Goldberger and Shlomo Breznitz, (Eds.), Free Press, 1982)
- Selye, H. (1993). History of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 7-17). New York, NY, US: Free Press.
- Sessler, C. N., & Pedram, S. (2009). Protocolized and Target-based Sedation and Analgesia in the ICU. *Critical Care Clinics*, 25(3), 489–513. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2009.03.001>

- Shahrakai, M. R., Mirshekari, H., Ghanbari, A. T., Shahraki, A. R., & Shahraki, E. (2011). Prevalence of migraine among medical students in Zahedan (Iran) faculty of Medicine. *Basic and Clinical Neuroscience*, 2(2), 20-25.
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Satele, D. V., . . . Dyrbye, L. N. (2019). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings*, . <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
- Shaw, S. C. K., & Anderson, J. L. (2018). The experiences of medical students with dyslexia: An interpretive phenomenological study. *Dyslexia: An International Journal of Research and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1002/dys.1587>
- Silva, V., Costa, P., Pereira, I., Faria, R., Salgueira, A. P., Costa, M. J., . . . Morgado, P. (2017). Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Medical Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1006-0>
- Stanley, S. & Sethuramalingam, V. (2015). Empathy in psychosocial intervention: A theoretical overview. *International Journal Of Psychosocial Rehabilitation*, 20(1), 48-58
- Swensen S, Kabcenell A, Shanafelt TD. (2016). Physician-organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. *Journal Healthc Manag*, 61(2): 105-127.
- Tessa, G., R. (2015). Factores estresores percibidos por los estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Católica del Uruguay en la práctica clínica. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10 (10), 27-34.
- Tür, F.C., Toker, İ., Şaşmaz, C. T., Hacı, S., & Türe, B. (2016). Occupational stress experienced by residents and faculty physicians on night shifts. *Scandinavian Journal of Trauma*,

Resuscitation and Emergency Medicine, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s13049-016-0225-4>

- Uribe-Prado, J. (2007). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26 (1), 7-21.
- Venegas, C. L., Nkangu, M. N., Duffy, M. C., Fergusson, D. A., & Spilg, E. G. (2019). Interventions to improve resilience in physicians who have completed training: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(1). e0210512 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210512>
- Vera, M.M.A., Anzaldo, V. N. y Anzaldo, V. M. (2019). Ambiente clínico de aprendizaje-laboral y residentes médicos de instituciones de salud del sector público mexicano. *Revista Global de Negocios*, 13(1) 67-81.
- Vidal-Velazco, E. A., (2015). Relación entre elementos de clima organizacional y burnout en personal hospitalario de urgencias. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.
- Vilà-Falgueras, M., Cruzate-Muñoz, C., Orfila-Pernas, F., Creixell - Sureda, J., González-López, M. P., & Davins-Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>
- Villavicencio C., M.A. (2015). Efectos de una intervención ad hoc sobre el clima organizacional y el desempeño laboral. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México. Recuperado 8 febrero, 2019, de http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/?func=service&doc_library=TES01&doc_number=000725053&line_number=0001&func_code=WEB-BRIEF&service_type=MEDIA
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., . . . Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387>
- Wiederhold, B. K., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M., & Riva, G. (2018). Intervention for physician burnout: A systematic review. *Open Medicine*, 13(1), 253–263. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0039>
- Wieland, G. F. (1966). To Judge Items or People: A Note on Instructions to Thurstone-Item Judges. *Public Opinion Quarterly*, 30(3), 429. <https://doi.org/10.1086/267435>
- Williams, D., Tricomi, G., Gupta, J., & Janise, A. (2014). Efficacy of Burnout Interventions in the Medical Education Pipeline. *Academic Psychiatry*, 39(1), 47–54. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0197-5>
- Yuguero Torres, O., Esquerda Aresté, M., Marsal Mora, J. R., & Soler-González, J. (2015). Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy. *Plos One*, 10(7), e0133379. doi:10.1371/journal.pone.0133379

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista para grupos focales

GUÍA DE ENTREVISTA

Entrevista No. _____ Hora inicio: _____ término: _____
Hombre: _____ Mujer: _____

1 () Saludo y rapport

2 () Presentación de entrevistadores,

3 () Estamos aquí debido a que al Seguro Social le interesa explorar las condiciones y aspectos adicionales a los académicos que estén más relacionados con bienestar, funcionalidad, calidad en la experiencia laboral, durante la formación de posgrado. Para esto nos pidió a la UNAM, como entidad externa, hacer este estudio de manera independiente.

4 () Yo voy a conducir la entrevista y el licenciado verificará que la entrevista tenga integridad en el sentido de que se conduzca igual para todos los participantes, ella también tomará notas para preservar la consistencia de los registros.

5 () Esta entrevista tomará aproximadamente 30 minutos, para nosotros es muy importante que el estudio se haga de manera tal que nadie pueda identificar a los participantes por su información.

6 () Esta información se usará única y exclusivamente con propósitos de análisis cualitativos. Bajo ninguna circunstancia se usará ni comunicará por ninguna vía y de ninguna manera información individual. Su confidencialidad y anonimato están 100% garantizados.

7 () De acuerdo con otros datos que hemos recolectado y los de la literatura de investigación internacional, durante la residencia existen factores que afectan el funcionamiento y bienestar personal, laboral, académico y de atención a los pacientes.

8 () El propósito de esta entrevista es explorar qué tanto pesan los diferentes factores que se han identificado y otros que pudiéramos no haber visto.

9 () De antemano, muchas gracias por participar con nosotros, lo que se busca es proponer mejoras para apoyar y mejorar el bienestar y funcionamiento de los médicos residentes.

10 () Le reiteramos que aunque quienes lo invitaron sepan que usted nos va a ayudar, no tendrán forma alguna de identificar quién dijo qué.

11 () ¿Tiene alguna pregunta o inquietud que podamos atender antes de empezar?

12 () Hasta ahora se han identificado cinco fuentes importantes de estrés para los residentes

13 () Cargas de trabajo demandantes

14 () Responsabilidades delicadas

15 () El trato por parte de jefes, supervisores o residentes más avanzados

16 () El estrés que generan condiciones delicadas que surgen con pacientes y sus familiares

17 () Otras preocupaciones personales o familiares

18 () 1 Como usted lo percibe, ¿se nos pasa alguna?

19 () Queremos abordar brevemente cada una de estas fuentes de estrés.

20 () 2. Respecto a las cargas de trabajo demandante (1) ¿cuáles serían algunos ejemplos?

21 () 3. En su caso, ¿qué las hace estresantes?

22 () 5. Respecto a las responsabilidades delicadas (2) ¿cuáles serían algunos ejemplos?

23 () 6. En su caso ¿qué las hace estresantes?

24 () 7. Respecto al trato por parte de supervisores (3) ¿cuáles serían algunos ejemplos?

25 () 8. En su caso ¿qué las hace estresantes?

26 () 9. Respecto al estrés que surge de condiciones delicadas con pacientes y sus familiares (4) ¿cuáles serían algunos ejemplos?

27 () 10. En su caso ¿qué las hace estresantes?

28 () 11. Respecto a otras condiciones personales o familiares (5) ¿cuáles serían algunos ejemplos?

29 () 12. En su caso, ¿qué las hace estresantes?

30 () 13. Si tuviera que ordenar estas fuentes de estrés de la que más le afectan a la que menos. ¿En qué orden quedarían?

() Cargas de trabajo demandantes

() Responsabilidades delicadas

() El trato por parte de supervisores o de residentes más avanzados

() El estrés que surge de condiciones delicadas con pacientes y sus familiares

() Otras preocupaciones personales o familiares

() Otra: _____

31 () 14. ¿Hace algo para contrarrestar su efecto?

32 () 15. ¿cómo le ha funcionado?

33 () 16. Si pudiera hacer alguna recomendación a las autoridades del hospital respecto a lo que hemos estado platicando ¿cuál sería?

34 () 16. Si pudiera hacer alguna recomendación a compañeros que inician su residencia ¿cuál sería?

35 () 17. ¿Hay algo más que quisiera platicar con nosotros?

36 () Muchas gracias por su ayuda y tiempo, le dejo mi tarjeta en caso de que cualquier inquietud o comentario que no hubiésemos abordado.

Anexo 2.



Datos generales

La finalidad de las siguientes preguntas es recabar información exclusivamente para investigación, los datos que nos proporcione son estrictamente anónimos y confidenciales. Sólo se utilizarán con fines estadísticos.

Edad _____ Sexo: Hombre ____ Mujer ____

Año de residencia _____ Lugar de residencia _____

Especialidad médica _____

Los siguientes enunciados se refieren a situaciones o experiencias que representa ser una fuentes de estrés dentro del ámbito hospitalario, Para responder encierre en un círculo el número del 0 a 10 que mejor indique la intensidad de estrés que le genera cada situación descrita en cada enunciado. En donde 0 indica nada estresante y 10 lo más estresante. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Todas sus respuestas son confidenciales. Cualquier duda que tenga puede comentarla con toda confianza.

	Nada Estresante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más Estresante
1.Carga de trabajo excesiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2. Imposibilidad de estudiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3. Regaños injustos-irracionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4. Somnolencia, fatiga, agotamiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5. Preocupación por calificaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
6. Cargas administrativas que interfieren con estudio, práctica o descanso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
7. Falta de materiales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
8. Equipo en malas condiciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9. Interrupción de clases por actividades poco formativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Nada												Lo más

	Estresante										Estresante											
10. Ingreso económico bajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Horarios innecesariamente extensos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Afectación de nuestro estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Lejanía de familia y/o amigos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Poca oportunidad para preparar exámenes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Acoso por parte de los compañeros y jefes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Agobio por cobertura de guardias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Sueño insuficiente o poco reparador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Humillaciones frente a otros por residentes más avanzados ("r-más").	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Trato grosero por "r-más"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Uso de sustancias controladas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Pacientes en estado crítico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Familiares o pacientes conflictivos o alterados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Menosprecio por parte de pacientes o familiares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Menosprecio por parte de residentes avanzados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Comentarios denigrantes de nuestra capacidad como residentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Desinterés por parte de otros compañeros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Lejanía institucional de la UNAM	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Falta de reconocimiento al trabajo bien hecho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Incomprensión cínica por parte de "r-más" ("nosotros sí podíamos")	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Falta de claridad en instrucciones incompletas o defectuosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Imposibilidad de consultar dudas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Castigos por desagrado personal o desquite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Que le agarren a uno "tirria"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Tener que pagar comida por no poder ir al comedor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Tener que ser complaciente o sumiso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Tener que atender sin el apoyo de "r-más"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Forzar caprichosamente actividades que interfieren con descanso o estudio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38. Ver a "r-más" alterados o enojados con los pacientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39. Sentirse en desventaja en conocimientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40. Abandono o desatención por las autoridades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41. Incapacidad para manejar hartazgo o malestar personal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42. Tener que hacer las cosas "rápido y a como dé lugar"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

43. Que no nos dejen entrar a quirófano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Que no nos dejen entrar a quirófano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44. Poca actividad quirúrgica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45. Que no nos enseñen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46. Retroalimentación inútil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47. Obligarnos a comprar comida para otros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48. Imposibilidad para atender rutinas personales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49. Imposibilidad de quejarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50. Las autoridades no saben de muchas quejas de los residentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51. Que no nos crean cuando nos quejamos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52. Imposibilidad de ahorrar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53. La presión me hace enfermarme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. No nos explican por qué se hacen así las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55. Demandas irracionales de cómo andar vestido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56. Que anden buscando pretextos para ponerle a uno un "memo" o reporte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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