



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ESTRÉS Y BURNOUT EN RESIDENTES DE ONCOLOGÍA: EVALUACIÓN Y
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LIC. ANDREA GABRIELA CAMARENA DÍAZ

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ:
MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
MTRA. CLAUDIA MARCELA ALCOCER YÁÑEZ
INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. MA. DE LOURDES DIANA MORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, ENERO, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

El presente documento y los dos años de trabajo detrás de él son el reflejo del apoyo que recibí de personas que han trascendido en mi vida o contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional durante esta maestría, a quienes agradezco a continuación.

A mi familia: Claudia, Elba y Jorge. Por su amor y confianza, su apoyo incondicional me ha llevado lejos y su guía siempre me ayuda a regresar a casa. De mis alas siempre han sido el viento.

A Cacho. Por siempre estar cuando lo necesité, aún en la distancia. Tu cariño me dio estabilidad cuando todo parecía estar de cabeza. Ich liebe dich, gracias siempre.

A mis tías: Rosa, Cata, Rosario, Ana Luz, Fabián y Juan. Por siempre preocuparse por que estuviera bien y acogerme cuando estuve lejos casa.

A mi familia de la maestría: Dani, Cris, Xime, Pam, Diana y Diana. Por compartir su conocimiento, su invaluable compañía y amistad. Este camino hubiera sido totalmente distinto sin ustedes. Siempre serán bienvenidos en Guadalajara.

A Rosalva y Cristina. Por su apoyo, confianza y paciencia. Sin sus conocimientos y guía en cada paso de este trabajo, no se habría concretado.

A Clau. Por enseñar y acompañarme todos estos años, desde el primer lunes de clase de 7:00 en 2010, hasta la revisión de esta tesis.

A los miembros del comité tutor y a los profesores de MC. Por el tiempo dedicado a enseñarme(nos) a atender a los pacientes como merecen.

A mi R2 Karen. Por su guía, consejo y apoyo en situaciones difíciles.

A mis pacientes de Oncología. Por dejarme acompañarles en momentos difíciles y ser parte fundamental de mi aprendizaje. Por su confianza y apertura. Por compartirme su experiencia y hacerme crecer tanto. Le dieron sentido a mi formación y me mostraron mi vocación.

A los residentes de Oncología. Por el trabajo en equipo, la confianza, charlas y risas. Sin su participación, esto no hubiera sido posible.

Al servicio de Oncología. Por permitir mi desarrollo profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Conacyt. Por permitirme continuar con mi formación académica y profesional, por los fondos recibidos y los espacios para poner en práctica lo aprendido.

Índice

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE	4
CAPÍTULO I. ESTRÉS Y BURNOUT EN RESIDENTES DE ONCOLOGÍA: EVALUACIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
<i>Estrés</i>	7
Estrés crónico.....	9
Estrés laboral.....	11
<i>Síndrome de burnout</i>	12
Burnout en personal médico.....	14
Estrés y burnout en oncólogos.....	17
<i>Justificación</i>	22
MÉTODO.....	24
<i>Participantes</i>	24
Criterios de inclusión.....	24
Criterios de exclusión.....	24
Criterios de eliminación.....	24
<i>Procedimiento</i>	25
<i>Recolección de datos</i>	27
Instrumentos de medición.....	28
Inventario de Burnout de Maslach (MBI Human Services Survey).....	28
Perfil de Estrés.....	29
RESULTADOS.....	32
<i>Discusión</i>	41
CAPÍTULO II. REPORTE DE EXPERIENCIA.....	46
MEDICINA CONDUCTUAL.....	47
CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.....	49
<i>Ubicación y estructura</i>	49
<i>Historia</i>	49
<i>Ubicación del residente dentro de la sede: Servicio de Oncología</i>	50
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE	51
<i>Justificación</i>	51
<i>Evaluación inicial del servicio</i>	52
<i>Actividades diarias</i>	52
<i>Actividades académicas</i>	56
Médicas.....	56
Académicas.....	56
Supervisión <i>in situ</i>	56
Supervisión académica.....	57
<i>Actividades administrativas</i>	57
REPORTE DE PRODUCTIVIDAD	58
<i>Otras actividades no programadas</i>	62
COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS	64
<i>Actividades diarias</i>	64
<i>Actividades académicas</i>	65
<i>Supervisión in situ y académica</i>	66
EVALUACIÓN	67

<i>Servicio asignado</i>	67
<i>Actividades diarias y académicas</i>	68
<i>Protocolo</i>	68
<i>Sistema de supervisión in situ y académica</i>	69
REFLEXIONES FINALES.....	70
REFERENCIAS.....	72
ANEXOS	79
<i>Anexo 1: MBI Human Services Survey</i>	79
APÉNDICES	80
<i>Apéndice A: Matriz para manejo del tiempo</i>	80

**Capítulo I. Estrés y burnout en residentes de
Oncología: Evaluación y propuestas de
intervención**

Introducción

Estrés

El estrés es un concepto que ha sido estudiado y conceptualizado por diferentes disciplinas. En el estudio fisiológico del estrés, destacan los trabajos de Cannon (1945) y Selye (1956). Aunque el primero no dio una definición explícita, de su obra se conceptualiza al estrés como cualquier situación capaz de alterar la homeostasis del organismo o que activa la reacción de *lucha-huida*. Esta respuesta es entendida como la respuesta básica de un organismo ante un evento considerado como peligroso (De Rivera, 2010).

Otro antecedente relevante para definirlo, y que complementa la propuesta de Cannon, es el Síndrome General de Adaptación (GAS, por sus siglas en inglés). Este síndrome fue propuesto por Selye (1956), quien lo caracteriza por tres etapas: la reacción de alarma, etapa de adaptación o resistencia y etapa de agotamiento.

El GAS fue descrito a partir de experimentos en los que animales eran expuestos a agentes nocivos. Después de la primera reacción, el organismo debía adaptarse al agente, lo cual resultaba en cambios biológicos, como secreciones hormonales. Sin embargo, tras una exposición prolongada a dichos agentes, la adaptación se perdía y el animal entraba en una fase de agotamiento, en la que se encontraban reacciones similares a la fase de alarma y resultaba en un envejecimiento prematuro (Selye, 1956).

Posteriormente, Selye (1956) introdujo el término *estresor* para referirse al agente que activaba la reacción de alarma, y usó *estrés* para referirse al estado del organismo, resultado de su exposición al agente nocivo. Años más tarde, el mismo Selye propondría dos tipos de estrés: el *dístrés*, destructivo y perjudicial para la salud, y el *eustrés*, cognitivo y asociado con la preocupación por los demás, compatible con la salud del individuo (Lazarus, 2000).

Desde la psicología, Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como una relación que se da entre un individuo y el ambiente, en la que éste valora si las demandas del ambiente representan o no una amenaza o peligro, o si supera los

recursos para enfrentarse a ellas. Para Lazarus (2000), el estrés debe ser visto desde un enfoque relacional, en el que se toma en cuenta a la persona, más allá de ser un proceso únicamente de estímulo y respuesta, en la que hay una valoración de las demandas ambientales y los recursos con los que el individuo cuenta.

A partir de esta definición y enfoque, Lazarus (2000) propone cuatro variables ambientales que influyen sobre el estrés. La primera son las *demandas*, entendidas como presiones sociales para actuar o comportarse, por ejemplo, convenciones sociales sobre el trabajo, el éxito, amar o ser amado, respetado, etc. Dichas demandas pueden entrar en conflicto con las metas y creencias de la persona, convirtiéndose en una fuente de estrés psicológico.

La segunda variable son las *limitaciones*, que definen lo que el individuo no debe hacer, seguidas por un castigo si se quebrantan. Dichas limitaciones pueden interferir con el afrontamiento del estrés, si la manera en que se afronta no es socialmente aceptada, por lo que puede aumentar el nivel de estrés. Estas pueden ser reales o imaginarias (Lazarus, 2000).

Además, Lazarus (2000) menciona la *oportunidad* y la *cultura* como variables que influyen en el proceso de valoración para que la persona determine si un evento es amenazante o no y en la emoción que ello conlleva. Estos elementos no serán retomados en este trabajo.

La valoración es el resultado de la evaluación que hace el individuo, en una serie de acciones cognitivas, de las cuales la persona puede ser o no consciente. Dicha evaluación se lleva a cabo en dos actos: primaria y secundaria. La evaluación primaria se refiere a si el evento es relevante para activar una reacción de estrés, es decir, la alternativa transaccional es de daño o pérdida, amenaza o desafío. La evaluación secundaria se centra en lo que puede hacer la persona ante la situación estresante. En esta transacción, deben evaluarse las opciones de manejo o afrontamiento con las que se cuentan y decidir cuál y cómo ejecutarla (Lazarus, 2000).

Un elemento clave para el modelo transaccional de estrés es el afrontamiento, el cual es definido por Lazarus y Folkman (1984) como los esfuerzos cognitivos y conductuales para resolver las demandas internas o externas que han sido evaluadas como excesivas para los recursos del individuo.

De igual manera, Meichenbaum (1987) señala que el estrés no debe considerarse como un estímulo ni como una respuesta, sino como el resultado de una transacción que es influida tanto por la persona como por el entorno. Desde esta perspectiva transaccional, el estrés es un concepto relacional mediado cognitivamente, reflejo de la relación entre el individuo y el entorno, que se percibe como gravosa, o que excede sus recursos y pone en riesgo su bienestar. En esta relación transaccional, los individuos o grupos estresados crean reacciones en otras personas que pueden mantener respuestas de estrés inadaptado.

Desde esta perspectiva, es preciso evaluar el repertorio conductual de la persona, para determinar la variedad de respuestas de afrontamiento y habilidades de las que dispone o carece. Además, debe considerarse el papel que juegan los otros, el impacto que tienen otras personas significativas, el entorno y entidades organizativas y sociales. También deben evaluarse pensamientos, imágenes y sentimientos experimentados antes, durante y después de situaciones estresantes (Meichenbaum, 1987).

Estrés crónico.

De acuerdo con De Rivera (2010) la clasificación del estrés en agudo o crónico depende de la duración del evento que lo ocasiona. Según González (2014) en los estados de estrés agudo se presentan síntomas como taquicardia, palpitaciones, elevación de la presión arterial, hiperventilación, gastritis, colitis y tensión muscular, mismos que corresponden al incremento de la actividad simpática. De esta manera, se presenta un exceso de atención en la situación estresante (efecto túnel), olvidos a corto plazo, insomnio e inquietud. Además, la liberación de cortisol en situaciones estresantes, al tener un efecto inmunosupresor, hace al individuo susceptible a enfermedades infecciosas.

Cuando la situación estresante persiste en el tiempo, el estrés se puede volver crónico. Para Lazarus (2000) el estrés crónico deriva de situaciones vitales amenazadoras que son estables, así como de roles estresantes en el trabajo o en la familia. En esta condición pueden encontrarse problemas como agotamiento, depresión e incrementos en problemas de memoria y sueño. Además, puede hacer al individuo propenso a enfermedades crónicas, como el síndrome metabólico o problemas cardíacos (González, 2014).

Según Sandi (2001) el gasto de energía ocasionado por la respuesta fisiológica de estrés provoca la destrucción catabólica de elementos vitales para el cuerpo. Si este proceso se activa crónicamente, puede traer algunas consecuencias perjudiciales para la salud del organismo, ya que aumenta el riesgo de desarrollar distintas patologías en diferentes niveles y sistemas corporales (ver figura 1).

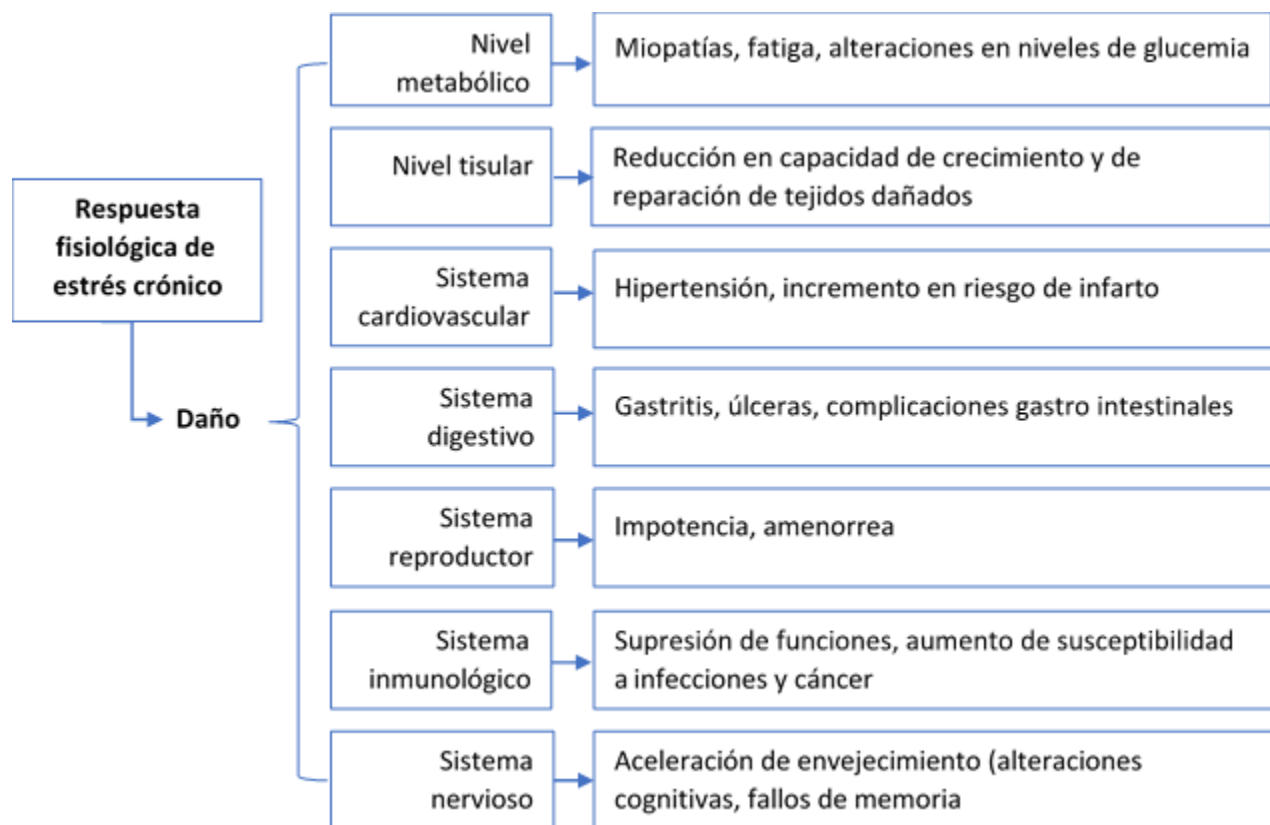


Figura 1. Consecuencias perjudiciales del estrés crónico. Modificado de “Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional”, por C. Sandi, en Sandi, C. &

Calés, J. M. (Eds.), 2001, *Estrés: Consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*, p. 26.

Estrés laboral.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016) el estrés laboral está determinado por la organización y diseño del trabajo y las relaciones laborales. Este fenómeno tiene lugar cuando las exigencias laborales exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador, así como cuando el conocimiento y habilidades de este o de un grupo para enfrentar estas exigencias no cumple con las expectativas de la empresa.

En una encuesta realizada en 2012 sobre condiciones de trabajo y salud, en América Central, se encontró que más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones laborales. En otros países de América Latina, como Argentina, 26.7% de los trabajadores reportaron estrés debido a una excesiva carga de trabajo. En Chile 27.9% de los trabajadores y 13.8% de los empleadores reportaron estrés y depresión en sus empresas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social “el 75% de los mexicanos padece fatiga por estrés laboral, superando a países como China y Estados Unidos” (IMSS, s.f., párr. 1). Igualmente, se considera que el 85% de las organizaciones en México no tienen las condiciones adecuadas para el desempeño de los empleados y promueven el acoso laboral, además de diferentes trastornos como el estrés, adicción al trabajo y síndrome de burnout, entre otros (Lugo, 2018).

El impacto del estrés laboral en la salud varía en cada individuo, aunque los altos niveles de este pueden contribuir al deterioro de la salud, así como trastornos mentales y del comportamiento, como el agotamiento, burnout, desgaste, ansiedad y depresión. Además, se pueden desarrollar comportamientos de afrontamiento, como abuso de sustancias, dietas poco saludables y mala calidad de sueño, que

impactan en la salud física y se asocian a un mayor índice de accidentes en el trabajo (OIT, 2016).

Para la OIT (2016) las estrategias preventivas son de mayor impacto en la protección de la salud mental de los trabajadores. De esta manera, se protegería la salud de los empleados mediante la evaluación y gestión de riesgos psicosociales con el fin de prevenir el estrés y trastornos mentales asociados al trabajo.

Síndrome de burnout

La Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), enlista al *síndrome de desgaste ocupacional* (en su versión en español), o *burnout*, desde la décima edición y lo describe en la onceava como:

“Es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) eficacia profesional reducida. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.” (OMS, 2019, párr. 1).

Los estudios iniciales del burnout se llevaron a cabo en los años setenta en Estados Unidos. Se reconoce a Freudenberg como el primero en utilizar el término, derivado de su publicación sobre el personal de una clínica de adicciones, para referirse al desgaste físico y emocional que sufrían por el trabajo intenso en la clínica (Doerr & Nater, 2017; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Igualmente, destaca en la literatura sobre burnout el trabajo de Maslach, una de las principales investigadoras del tema, primordialmente en individuos que trabajan en servicios humanos. La conceptualización más utilizada sobre este término es la de Maslach (Doerr & Nater, 2017; Thomaé, Ayala, Sphan & Stortti, 2006), que define el burnout como un síndrome en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo y que se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia o reducida realización personal (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Maslach et al. (2001) señalan que el agotamiento emocional es la característica principal y la manifestación más evidente de este síndrome. Es también la más reportada por quien lo padece. El agotamiento provoca que el individuo tenga un distanciamiento emocional y cognitivo del trabajo, como una estrategia de afrontar la sobrecarga laboral. Esto caracteriza a la despersonalización, en la que el individuo intenta distanciarse de los usuarios que atiende, al ignorar las cualidades que les hacen únicos. Finalmente, en personas expuestas crónicamente a demandas laborales abrumadoras, el agotamiento y la despersonalización pueden erosionar e interferir su sentido de efectividad, además de dificultar la sensación de logro y manifestarse en una baja productividad.

Algunas de las consecuencias que se asocian a este síndrome son el ausentismo y renuncias, como consecuencia de la alta demanda laboral, disminución en la productividad, satisfacción y el compromiso de los empleados. Asimismo, se ha observado un impacto negativo de la persona que lo padece con los colegas y en su entorno familiar (Maslach et al, 2001).

Cabe señalar las similitudes entre las características de este síndrome que propone Maslach y los síntomas de la depresión. Incluso se ha demostrado que correlacionan bidireccionalmente y que pacientes que cumplen con los criterios para burnout pueden desarrollar depresión en consecuencia. Se ha sugerido que estos criterios (como lo establece la CIE-11) deben ser tomados con cautela, puesto que únicamente el agotamiento emocional podría tomarse como un síntoma. A pesar de ello, se ha convertido en un diagnóstico común en países occidentales, como Suecia. Debe reconocerse que la depresión y burnout son fenómenos distintos y tener en cuenta que no se ha llegado a un consenso sobre criterios diagnósticos para el segundo (Doerr & Nater, 2017).

De acuerdo con Maslach y Leiter (2008) se han encontrado factores de riesgo para la aparición de este síndrome, que pueden resumirse en las siguientes categorías: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores. El burnout es un fenómeno social relacionado con sobrecarga laboral, presión por el tiempo, control insuficiente sobre el lugar de trabajo, niveles bajos de toma de

decisiones, comunicación de baja calidad y recompensas insuficientes (Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva, 2018).

La OIT (2016) indica que los factores psicosociales que pueden contribuir al desarrollo del burnout son: una carga de trabajo incontrolable, ambigüedad en los roles, cambios organizativos, una baja satisfacción laboral, escasas relaciones interpersonales y de apoyo en el trabajo, la violencia y el acoso. De acuerdo con esta organización, la causa más significativa del burnout es el estrés relacionado con el trabajo.

En personas emocionalmente agotadas, de manera similar a quienes padecen estrés crónico, hay una mayor prevalencia de dolor de espalda, cefalea, dolor abdominal, náusea, palpitaciones, ansiedad y depresión. El agotamiento se asocia con mayores costos de salud, así como mayor frecuencia de incapacidad en el trabajo (Waeldin, Vogt, Gerhards & Hellhammer, 2018; Wekenborg et al., 2019).

Burnout en personal médico.

Según Murali, Makker, Lynch y Banerjee (2018) la incorporación del bienestar médico a la revisión de la Declaración de Ginebra ha marcado un nuevo consenso global respecto a la relevancia del estudio y prevención de psicopatologías en el personal médico. Al juramento que hacen los médicos se añadió en 2017, entre otras cosas, la obligación de que el médico atienda su propia salud, bienestar y habilidades para poder proveer cuidado del más alto estándar (Parsa-Parsi, 2017).

Para Montgomery (2014) el estudio del burnout es particularmente relevante en la población médica y de servicios de salud, ya que su incidencia está directamente relacionada con la mortalidad y morbilidad de los pacientes. Para dicho autor, el burnout es el resultado del sistema que se ha desarrollado dentro de la educación médica, en la que la carga de trabajo está relacionada con la jerarquía de estudiantes, residentes y médicos adscritos. Se ha encontrado que este síndrome tiene una prevalencia del 28 al 45% en estudiantes de medicina y de un 27 a 75% en los residentes médicos, según la especialidad en la que se encuentren.

Según los datos presentados por Dissanaïke (2016) en una encuesta realizada en 2009 en Estados Unidos, 40% de los cirujanos encuestados manifestaban signos de burnout. La misma encuesta, en 2015, demostró que estas cifras se elevaron hasta 54%. Para ella, el problema involucra todos los aspectos del sistema de salud: el individuo, la institución en la que practica y la sociedad en general; por ello, se debe intervenir en todos estos dominios. Señala también que la investigación sobre el tratamiento del burnout es escasa y casi nula sobre su prevención.

Alfonso, Ferreira y Díaz (2015) señalan que la ocupación médica se encuentra en el noveno lugar de las 100 profesiones más estresantes, con la anestesiología como la especialidad predominante. Es más frecuente que se presente el burnout en personas con expectativas idealistas ante una realidad frustrante, en jóvenes, de sexo femenino, solteros y con deseo de prestigio y mayor ingreso económico. En su evaluación en un hospital en Paraguay se encontró que los residentes más afectados eran de Gineco-obstetricia y Pediatría.

Hay distintos factores que se asocian a este fenómeno. Entre ellos se encuentra la alta demanda de tiempo que implica para los médicos, al incluir turnos prolongados y guardias. También influyen la falta de control sobre las condiciones del hospital, así como las habilidades de planeación y organización del trabajo que tengan los residentes, especialmente al lidiar con procesos burocráticos dentro de la institución (Montgomery, 2014).

De acuerdo con la revisión sistemática de Wiederhold et al. (2018), aunque es amplia la literatura sobre problemas psicológicos relacionados al trabajo, hay pocos estudios que se hayan realizado específicamente sobre burnout en médicos a nivel internacional. Se ha encontrado que la mayoría de estos estudios utilizan como instrumento de medición el Maslach Burnout Inventory (MBI), sin haber un consenso claro en la interpretación de este para determinar la prevalencia real del síndrome (Amanullah, McNally, Zelin, Cole & Cernovsky, 2017; Murali et al., 2018, Medisauskaite & Kamau, 2017; Parola, Coehlo, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017; Alfonso et al., 2015).

Sin embargo, en la revisión sistemática realizada por Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes (2014) se encontró que en México la población más evaluada respecto al burnout son profesionales de la salud, específicamente médicos y enfermeras, seguidos por docentes.

En un estudio realizado en unidades de medicina familiar del IMSS se encontró que el 39.7% de los médicos presentaban un nivel alto en al menos una de las dimensiones del burnout. Además, hubo una mayor asociación entre el agotamiento emocional y factores como el área física de trabajo, relación del médico con el resto del equipo de salud, falta de medicamentos y estudios, salario, carga de trabajo y falta de estímulos laborales (López-León, Rodríguez-Moctezuma, López-Carmona, Peralta-Pedrero & Munguía-Miranda, 2007).

En otros estudios también se ha encontrado que la prevalencia de este síndrome varía en función de factores como la especialidad de los médicos y condiciones en las que se realizan las actividades (Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez & Arreola-Rocha, 2017). En una evaluación de 97 médicos generales en Tepic, se encontró una prevalencia del 32% de burnout. Se asoció la carga de trabajo (41.2 horas semanales en promedio) con incremento de riesgo de padecer el síndrome. Otros riesgos encontrados fueron el servicio a una población fluctuante y desconocida, rapidez en la ejecución de tareas, ejercer control de las personas, supervisión de manera inesperada, responsabilidad por la seguridad personal e integridad física de otros y simultaneidad de tres o más actividades (Aranda et al., 2015).

En un estudio realizado en el Hospital General de Durango se evaluó la presencia del síndrome de burnout en los médicos residentes. En esta población se observaba apatía ante los padecimientos de los pacientes atendidos, falta de compromiso con las responsabilidades de los residentes, baja calidad en participación y trabajos, así como una actitud agresiva hacia compañeros. Se encontró que, de 116 residentes, el 89.6% estaba afectado en al menos una de las dimensiones. En las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Ortopedia y

Pediatría, la totalidad de residentes estaba afectado por este síndrome en una, dos o todas sus esferas (Terrones-Rodríguez et al., 2017).

Estrés y burnout en oncólogos.

Medisauskaite y Kamau (2017) señalan que el cáncer es una de las principales causas de muerte prematura en adultos, con un estimado de 1000 personas diagnosticadas al día, por lo que la oncología se ha vuelto una de las especialidades médicas de mayor crecimiento y demanda. Al momento del diagnóstico, la proporción de pacientes con una enfermedad terminal puede ser elevada, por lo que los oncólogos experimentan con mayor frecuencia la muerte de pacientes que otros especialistas.

En el campo médico, padecimientos como la depresión y otros trastornos mentales suelen ser estigmatizados. Comúnmente, los médicos no reciben la atención de salud mental básica que se otorgaría a cualquier otro paciente y se perpetúa el estigma (McFarland, Hlubocky, Susaimanickam, Hanlon & Riba, 2019). Se ha encontrado que hasta 44.7% de oncólogos presenta burnout alto, 27% morbilidad psiquiátrica y 33% presenta depresión (Medisauskaite & Kamau, 2017).

Los médicos que atienden a pacientes oncológicos pueden experimentar altos niveles de estrés, que a su vez podrían provocar burnout. La evidencia sugiere que los oncólogos experimentan tasas más altas de burnout que otros miembros del equipo multidisciplinario de oncología. En una revisión sistemática con metaanálisis, se analizaron 17 estudios sobre burnout (4876 participantes) en los que el burnout se presentó, en promedio, en el 32% de los oncólogos (Medisauskite & Kamau, 2017). En otros estudios globales se ha encontrado una prevalencia desde el 20 hasta el 70% (Murali et al., 2018).

En el metaanálisis realizado por Medisauskite y Kamau (2017) también se analizaron 27 estudios sobre estrés. Se encontró que entre 42% y 69% de los oncólogos se sienten estresados en el trabajo. Algunas de las situaciones catalogadas como estresantes encontradas fueron: afrontar el sufrimiento durante tratamiento y muerte de pacientes, atender a familiares difíciles, sentirse

decepcionados de las opciones de tratamiento y cuestionar el sentido del trabajo, enfrentarse a expectativas poco realistas de los pacientes, dar malas noticias, preocuparse por pacientes fuera de horas de trabajo, preocupación por abandono o continuación inapropiada del tratamiento oncológico, comunicarse con pacientes bajo estrés o que lloran y ansiedad ante la muerte.

La atención a pacientes oncológicos se lleva a cabo en contextos con complejos problemas de comunicación. En dichos contextos, los oncólogos se enfrentan también a estresores como ser responsable del diagnóstico de tumores, explicar manejar el tratamiento oncológico, dar apoyo a los pacientes y ayudarles a tomar decisiones informadas. Durante el tratamiento, también se enfrentan a pedir consentimientos para procesos riesgosos, manejar las expectativas de pacientes sobre tratamiento y sobrevida, verlos sufrir, afrontar su decepción, enojo o culpa ante resultados de tratamientos, dolor por la muerte de los pacientes, así como experimentar fallecimientos múltiples (Medisauskite & Kamau, 2017; Vega et al., 2017; Bragard et al., 2010).

Se han asociado diferentes variables al desarrollo de estos síntomas en residentes de oncología, algunas de ellas sociodemográficas, como la edad y el estado civil, y otras socio-profesionales, como la frecuencia y cantidad de interacciones con pacientes, así como sentir que se cuenta con pocos recursos para dicha tarea (Bragard et al., 2010). Se ha encontrado también que los médicos que son dedicados, motivados, que se involucran en exceso con los pacientes o que mantienen límites pobres son más susceptibles al burnout (McFarland et al., 2019).

Los oncólogos trabajan más horas anualmente que otras especialidades médicas, se estima que muchos de ellos trabajan más de 60 horas a la semana (McFarland et al., 2019; Murali et al., 2018, Dissanaiké, 2016). Además de las largas jornadas de trabajo, otros factores de riesgo laborales incluyen tareas administrativas, número de horas de atención directa a pacientes, mayor número de casos y la reducción de tiempo de actividades profesionales significativas. Litigaciones por mala praxis y errores médicos también pueden elevar el riesgo de burnout. Tiempo libre de poca calidad, insuficiente para actividades recreativas,

revisar correos electrónicos y expedientes médicos digitales fuera del horario de trabajo se relacionan con mayores tasas de burnout (Murali et al., 2018).

Culturalmente, existe una tendencia a negar la muerte, lo que puede contribuir a que los oncólogos experimenten soledad en su trabajo (McFarland et al., 2019). Al estar las unidades oncológicas en constante contacto con la muerte, la sensación de pérdida, frustración, impotencia, vulnerabilidad de los médicos y cansancio pueden ser factores para el desarrollo del burnout (Vega et al., 2017). Trabajar con pacientes al final de la vida y la fatiga por compasión son factores que pueden contribuir al burnout. También puede generar una amplia variedad de emociones, desde tristeza y dolor por la muerte de pacientes hasta gratificación, enriquecimiento y autorrealización por el trabajo hecho, lo cual ayuda a evitar agotamiento físico y emocional (Parola et al., 2017).

De igual manera se deben considerar los factores organizacionales, como puede ser la falta de apoyo psicológico por parte de la institución, situaciones conflictivas entre los equipos de trabajo, falta de recursos materiales para realizar las actividades asistenciales y la carga de trabajo relacionada con la jerarquía dentro del hospital. A esto se suman situaciones difíciles que puedan presentarse durante la jornada de trabajo, además de las relaciones interpersonales entre los médicos (Bragard et al., 2010; Vega et al., 2017; Montgomery, 2014).

En el caso de los residentes de oncología, se ha reportado que generalmente experimentan una alta carga de estrés durante el proceso formativo. Algunos logran desarrollar estrategias adecuadas para afrontar exigencias académicas, mientras que otros no. Durante la residencia se presenta una incidencia alta de patología relacionada con el estrés laboral, depresión y conductas adictivas. También se presentan conflictos familiares, excesiva autoexigencia, inseguridad laboral futura, muerte de pacientes, errores en la actuación clínica, la impotencia para cumplir con sus obligaciones laborales y académicas, la competencia y la falta de incentivos, la inconsistencia entre las expectativas y la realidad. Todos estos son factores de riesgo para el desarrollo del burnout desde la formación médica (González-Ávila & Bello-Villalobos, 2014).

En un estudio realizado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI se midió burnout y aprovechamiento académico en 55 residentes de oncología. Se encontró una prevalencia del 13.5% del síndrome, con mayor frecuencia en los de primer año y un descenso gradual conforme el grado académico era mayor. Esto podría explicarse con la incorporación de dichos residentes a una estructura y dinámica de trabajo distinta, con mayor exigencia, explicada por los procesos de atención a enfermedades neoplásicas (González-Ávila & Bello-Villalobos, 2014).

La presencia del síndrome de burnout en oncólogos puede ocasionar múltiples consecuencias, como un impacto negativo en el cuidado del paciente, incluyendo un aumento en errores médicos, disminución de empatía y altruismo, reducida satisfacción del paciente y desconfianza hacia el médico. Puede provocar también reducción del tiempo que se dedica a los cuidados del paciente, horas de trabajo o jubilación anticipada. Por ello, el costo de reemplazar a los médicos que abandonan la profesión o se jubilan es alto (Murali et al., 2018).

Se cree que la prevalencia de estas problemáticas incrementará dado el aumento en la incidencia del cáncer, que elevará la carga de trabajo de los oncólogos (Medisauskite & Kamau, 2017). De acuerdo con McFarland et al. (2019) para poder proveer cuidado excelente a los pacientes, se debe hacer lo mismo por los médicos, humanizar sus necesidades con el objetivo de reducir el estigma en la salud mental. Sugieren que la conciencia y prevención de problemas de salud mental relacionados al trabajo deben enfatizarse desde la educación profesional médica.

Según Amanullah et al. (2017) actualmente la mayoría de los hospitales no cuentan con estrategias para la prevención del burnout adecuadas. Su estudio indicó que mejorar la eficiencia profesional es de poco valor preventivo respecto al agotamiento emocional y despersonalización. Se encontró que sesiones de prevención de burnout mediante mindfulness, etiquetadas como “programa de promoción del bienestar” para evitar estigma, lograron que un tercio de sus participantes adoptaran y continuaran con la técnica para disminuir el burnout.

De acuerdo con Medisauskite y Kamau (2017) se debe alentar la búsqueda de apoyo social, para evitar la estigmatización de estos problemas que surge por el miedo a admitir estar en distrés. Las intervenciones estructurales han sido más efectivas para reducir burnout que las estrategias individuales; se ha demostrado reducción del burnout de 62% a 50% en residentes, tras la restricción de horas laborales. Sin embargo, el entrenamiento en manejo de estrés, programas de ejercicio y autocuidado, entrenamiento de grupo Balint y mindfulness han demostrado tener múltiples beneficios. Igualmente, las intervenciones cognitivo-conductuales y promover sueño adecuado también han sido prometedoras (Murali et al., 2018; Dissanaiké, 2016).

Justificación

En la convocatoria al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) del año 2018 hubo una demanda de más de 46,200 aspirantes para ingresar a una oferta de 8,500 plazas becadas para médicos mexicanos y 500 para extranjeros (Secretaría de Salud, 2018). Dependiendo de la especialidad médica que se curse, los residentes tendrán oportunidad de continuar con una subespecialidad, lo cual puede sumar entre seis y siete años de estudios. Durante este periodo, se enfrentarán a un sistema jerárquico dentro del hospital, del cual dependerá las tareas, responsabilidades y carga de trabajo que se les asignen.

Puede considerarse que, desde el momento de la aspiración a una residencia, los médicos se enfrenten a diferentes estresores, que los llevan a poner a prueba diferentes estrategias de afrontamiento. El acervo de estrategias con las que cuenten los acompañará a lo largo de sus estudios, favoreciendo o entorpeciendo su desempeño en el hospital. Además, las largas jornadas de trabajo pueden conducir a pobres hábitos de salud, como falta de sueño, mala alimentación, poca actividad física, consumo de sustancia como alcohol, tabaco o drogas. A todo esto, se puede sumar el padecer algunas de las consecuencias de la exposición al estrés crónico.

El estudio del estrés y burnout, al ser considerados riesgos psicosociales, ha cobrado relevancia por el aumento en su frecuencia e intensidad, del 40% al 54% en cirujanos estadounidenses, por ejemplo (Dissanaike, 2016), la influencia que tienen en la calidad de vida, sobre el ausentismo laboral y la eficacia de las organizaciones (Gil-Monte, Carretero, Roldán & Núñez-Román, 2005). De acuerdo con la OIT (2016) los costos directos e indirectos relacionados a estas problemáticas se empiezan a cuantificar y en algunos países desarrollados evalúan el impacto económico del estrés relacionado al trabajo. El costo del ausentismo y presentismo para los empleadores en Europa es de 272 billones de euros, y para salud pública de 63 billones.

Además de los efectos que se presentan en otras poblaciones, debe tenerse en cuenta que el burnout en médicos puede conducir a una considerable reducción

en la calidad de atención a pacientes. El agotamiento físico y emocional puede provocar errores en procedimientos que pueden traer complicaciones al paciente, que pueden agravarse en población oncológica por ser pacientes con mayores riesgos de salud (Wiederhold et al., 2018; Montgomery, 2014).

Es más probable que los médicos bajo estrés traten mal a los pacientes, tanto física como psicológicamente. Se han reportado algunos efectos adversos del estrés en la calidad de atención a pacientes, como expresiones de irritabilidad o enojo hacia los pacientes o errores médicos que resultaban en la muerte o con potencial de amenaza a la vida de los usuarios (Amanullah et al., 2017). Al tomar en cuenta los costos económicos y personales que puede tener un afrontamiento inadecuado al estrés, resulta indispensable prestar atención a la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Como ya se ha mencionado, el estrés crónico puede traer consecuencias graves para la salud, tanto física como mental, de quien lo vive. De la misma manera, el burnout, al estar ligado con el estrés que se vive en el trabajo, puede traer estas y otras consecuencias que afecten el desempeño de los residentes en sus labores, lo cual a su vez puede perjudicar la salud de las personas que atienden.

“La calidad de vida del trabajador depende en mucho de las condiciones laborales, el bienestar y la salud de las personas que atiende el médico estriba en gran parte de ellos, pero si los médicos manifiestan el síndrome, ¿cómo es posible que atiendan a una población enferma?” (Aranda et al., 2015, p. 250)

Por ello, el objetivo del presente trabajo es evaluar la presencia de estrés y burnout en un grupo de residentes de Oncología. Igualmente, se pretende explorar hábitos que puedan contribuir a esta sintomatología y que puedan ser factores de riesgo para su salud. Dado que es una población que se encuentra inmersa en la jerarquía hospitalaria, es relevante valorar si este sistema influye de alguna manera en los fenómenos estudiados. Por último, dada la relevancia e impacto que tiene sobre el cuidado de los pacientes, se sugieren diferentes propuestas de intervención para los individuos que presentan estas problemáticas.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el que se llevó a cabo una evaluación de estrés y burnout en residentes de Oncología. Adicionalmente se implementó un taller con el objetivo de prevenir o reducir la aparición de síntomas asociados a estrés y burnout. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación, se plantean propuestas de intervención para atender dichas problemáticas.

Método

Participantes

Por medio de un muestreo no probabilístico a conveniencia, se contó con la participación de 27 médicos que cursaban la Residencia en Oncología en la evaluación. Sin embargo, únicamente se consideró a 24 de ellos, de acuerdo con los criterios de inclusión.

De estos 24 participantes, ocho fueron mujeres y 16 hombres, con una media de edad de 31.7 años, 18 eran solteros y seis casados. Cuatro de ellos fueron de origen extranjero y 20 de origen mexicano. La subespecialidad a la que pertenecían fue nueve a Cirugía Oncológica (CO), seis a Cabeza y Cuello (CyC) y nueve a Ginecología Oncológica (GO). Finalmente, nueve de los participantes se encontraban en el primer año de residencia, siete en el segundo y ocho en el tercero.

Criterios de inclusión.

- Ser médico residente de Oncología.
- Asistir a sesiones de evaluación.
- Asistir a todas las sesiones de taller.

Criterios de exclusión.

- Ser médico rotante de otra especialidad.
- Ser médico adscrito u otro personal sanitario.
- Ser residente de Oncología rotando en otra sede.

Criterios de eliminación.

- Entregar un instrumento incompleto.

- Puntuación de inconsistencia superior a tres en el Perfil de Estrés.
- Puntuación de sesgo superior a dos en el Perfil de Estrés.
- Faltar a una de las sesiones de taller.

Procedimiento

En primer lugar, se hizo una convocatoria a los residentes a participar en la evaluación. Según la disponibilidad de tiempo y espacios en el hospital, se propusieron dos momentos para realizarla.

A continuación, se realizó la evaluación inicial por grupos: se aplicaron las dos pruebas a dos grupos de residentes. La primera aplicación se llevó a cabo con los grupos de CO y CyC y la segunda con el grupo de GO. Durante estas sesiones, los residentes firmaron un consentimiento informado y contestaron el Perfil de Estrés y el MBI Human Services Survey. La primera sesión se llevó a cabo en 50 minutos y la segunda en 30 minutos.

Posteriormente se intervino mediante un taller de dos sesiones de hora y media con los residentes de CO y CyC. Las cartas descriptivas se pueden ver en la tabla 1.

La primera sesión se dividió en tres partes. Durante la primera parte, se presentó a los asistentes la definición de estrés desde el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, sus principales características y algunas fuentes en la vida cotidiana o en el hospital. Se les pidió que aportaran sus conocimientos previos del tema, así como mencionar algunos ejemplos de situaciones que pueden ser estresantes en su día a día. Se habló también sobre algunos síntomas y consecuencias de estrés agudo y crónico, así como estrategias para afrontarlo.

La segunda parte se centró en el burnout, sus características y síntomas principales. Se mencionaron algunas de las consecuencias que puede tener este síndrome en personal sanitario, así como señales de alerta para buscar apoyo. Se presentó de manera general los resultados que habían obtenido en el MBI, con el fin de ilustrar el perfil del grupo. Igualmente, se les pidió que compartieran su

experiencia en el hospital, cómo han enfrentado situaciones similares y se invitó a buscar orientación a quien deseara atención clínica.

En la tercera y última parte de la sesión, se retomó como estrategia para enfrentar el estrés la técnica de respiración diafragmática, como alternativa para el control de la respuesta fisiológica. Se explicaron los pasos de la técnica y los participantes realizaron ejercicios de práctica. Además, compartieron ejercicios de respiración que habían practicado anteriormente. Para finalizar, se resolvieron dudas y los participantes agregaron comentarios sobre las situaciones institucionales que les generaban mayor estrés y sobre las que tienen poco o nulo control.

La segunda sesión se dividió en dos temas. Durante la primera parte, se abordó la conceptualización de un problema: se les preguntó a los asistentes qué era para ellos un problema, cuál había sido el más difícil al que se habían enfrentado en Oncología, cómo le dieron solución y cuál es su estilo al solucionar problemas.

Tras los comentarios, se presentó una definición de problema, se explicaron los diferentes estilos para solucionarlo y se introdujo la técnica de solución de problemas. Al explicar los pasos de la técnica, se les pidió que eligieran un problema común en su servicio y describieran en una hoja cómo le darían solución de acuerdo con la explicación previa.

Posteriormente, los residentes realizaron una autoevaluación sobre su organización del tiempo. Tras este ejercicio, se explicó qué es la gestión del tiempo y algunas alternativas y estrategias para lograrlo. A continuación, se dividió al grupo por equipos y se les pidió que llenaran una matriz (ver apéndice A) en la que ubicaran cada actividad de acuerdo con su urgencia e importancia, para posteriormente ordenarlas y realizar cada tarea según su jerarquía.

Finalmente, se hizo el cierre del taller mediante aclaración de dudas y comentarios. El mismo taller se llevaría a cabo con los residentes de GO en cuatro sesiones de una hora. No se pudo realizar dicha actividad por el calendario de clases de esta subespecialidad.

Por último, se pretendía realizar una evaluación posterior a la intervención con el Perfil de Estrés y el MBI Human Services Survey; sin embargo, esta no pudo llevarse a cabo por dificultades en el escenario.

Tabla 1

Cartas descriptivas de intervención (taller desarrollado por: Bravo, Camarena, Ocampo, Ramírez, Herrera, Rojas y Chavarría, 2019)

Sesión	Objetivos	Técnica	Materiales	Tiempo
1	Los residentes explicarán los conceptos relevantes sobre estrés, causas, burnout y estrategias para afrontarlo.	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Presentación PPT 	45 min.
	Los residentes realizarán respiración diafragmática para controlar su activación fisiológica.	Ejercicios de respiración diafragmática		45 min.
2	Los residentes definirán un problema común en su servicio y describirán los pasos para darle solución.	Solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Proyector • Presentación PPT 	45 min.
	Los residentes explicarán estrategias para manejar el tiempo.	Manejo del tiempo		45 min.
	Cierre y aclaración de dudas.			

Recolección de datos

Para la recolección de datos se pidió a los residentes que llenaran un formato de datos demográficos, en los que se pedía: nombre completo, edad, género, estado civil, número de hijos si los tenían, escuela de procedencia, lugar de origen, año de ingreso al servicio de Oncología y clínica o subespecialidad a la que pertenecían.

Adjunto a dicho formato, se encontraba un consentimiento informado, en el cual se hacía de su conocimiento que sus datos eran confidenciales y se autorizaba hacer uso de estos con fines estadísticos. Igualmente, se encontraban los instrumentos de medición para la evaluación de estrés y burnout, presentados en la siguiente sección. Una vez que finalizaban el llenado de la batería, se revisaba que todos los campos estuvieran completos.

Posteriormente se vació la información a una base de datos en Excel y otra en el programa IBM SPSS Statistics 21. Se realizó el análisis de los datos mediante frecuencias, estadísticos descriptivos y pruebas no paramétricas, ya que, al ser una muestra pequeña, no cumplía requisitos de normalidad.

Instrumentos de medición.

Inventario de Burnout de Maslach (MBI Human Services Survey).

Este inventario lo componen 22 reactivos que evalúan las tres dimensiones del síndrome de burnout propuestas por Maslach y sus colaboradores: agotamiento emocional, despersonalización e ineficiencia/realización personal (ver anexo 1). Dichos reactivos se agrupan en tres subescalas, correspondientes a cada dimensión del síndrome y constan de afirmaciones sobre sentimientos o actitudes personales.

El inventario se responde en términos de la frecuencia en que se experimentan estos sentimientos, en una de 0 a 6, donde 0 es “nunca” y 6 “todos los días”. Cada subescala es calificada individualmente, sin haber un resultado global, sino tres puntuaciones que pueden interpretarse como un nivel bajo, medio (o promedio) y alto (ver tabla 2).

En cuanto a la consistencia interna de la prueba, se estimó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. El coeficiente de confiabilidad de la subescala de Agotamiento Emocional fue de .90, la de Despersonalización .79 y finalmente Ineficiencia/Realización Personal (RP) con .71. En la confiabilidad test-retest, las subescalas puntuaron .82 para Agotamiento Emocional, .60 en Despersonalización y .80 en Ineficiencia/RP (Maslach, Jackson & Leiter, 1997).

Tabla 2

Resultados e interpretación del MBI

Subescala	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia/Realización personal (RP)	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

Perfil de Estrés.

Es un instrumento diseñado por Nowack (1999) y traducido por Jiménez (2002) con el objetivo de identificar áreas que permiten a una persona tolerar las consecuencias dañinas del estrés, así como determinar vulnerabilidad a enfermedades relacionadas con el mismo. El instrumento proporciona puntuaciones en 15 áreas relacionadas con el estrés y riesgo de enfermedad, además de medir sesgo e inconsistencia en las respuestas. Está basado en el enfoque cognitivo-transaccional del estrés y afrontamiento, así como en la revisión de la literatura de medicina conductual.

El Perfil de Estrés consta de 123 reactivos, agrupados en ocho partes y cuyas escalas de respuesta varían en cada sección. Los factores psicosociales que evalúan las subescalas del perfil son los siguientes:

- Estrés: esta subescala se conceptualiza como “la experiencia de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana” (Nowack, 2002, p. 14).
- Hábitos de salud: se refiere a las conductas orientadas a mantener la salud, mediante las que se alcanza el bienestar físico y psicológico. Es una puntuación de resumen que incluye:
 - Ejercicio: evalúa nivel y frecuencia del ejercicio.
 - Descanso/sueño: mide frecuencia con la que se tiene descanso adecuado, sueño y relajación.
 - Alimentación/nutrición: mide hábitos de alimentación balanceada.

- Prevención: valora frecuencia en que la persona realiza estrategias preventivas de enfermedades.
- Uso de sustancias (reactivos ARC): explora el abuso de sustancias, alcohol y drogas, y consumo de tabaco.
- Red de apoyo social: mide la percepción del individuo de contar con personas que le den apoyo emocional, consejo, información, amor y ayuda, así como la satisfacción con este apoyo.
- Conducta tipo A: evalúa conductas competitivas del individuo, ira internalizada y expresada, impaciencia, búsqueda de mejoría, etc.
- Fuerza cognitiva: valora actitudes y creencias sobre la vida y el trabajo del individuo.
- Estilo de afrontamiento: Abarca las siguientes estrategias de afrontamiento:
 - Valoración positiva: evalúa el uso de comentarios de motivación autodirigidos que usa el individuo para reducir la percepción del estrés.
 - Valoración negativa: mide tendencia a valorar situaciones estresantes desde la crítica, autoculpabilidad o pensamiento catastrófico.
 - Minimización de la amenaza: explora la inclinación de la persona a evitar estresores, mitigando su significación.
 - Concentración en el problema: mide la tendencia de la persona a hacer intentos activos para cambiar estresores.
- Bienestar psicológico: valora “la experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica en los últimos tres meses” (Nowack, 2002, p.19).

De acuerdo con Nowack (2002), el rango de confiabilidad para la consistencia interna entre las escalas fue de .51 a .91, con una mediana para el Perfil de Estrés de .72.

Respecto a la interpretación de los resultados, las puntuaciones inferiores a 40 son consideradas factores de riesgo, mientras que puntuaciones igual superiores a 60 son factores de protección. Las puntuaciones en el rango de 40 a 59 representan que el individuo hace el esfuerzo mínimo indispensable para mantener

su salud, sin que estos sean factores protectores o de riesgo. En el caso de las subescalas de Estrés, Reactivos ARC, Conducta Tipo A y Valoración Negativa, las puntuaciones son inversas, es decir, puntuaciones superiores a 60 representan un factor de riesgo para la salud y menores de 40 un factor protector.

Resultados

Se aplicaron las pruebas a 27 residentes de Oncología con la finalidad de evaluar burnout y áreas relacionadas con el estrés y riesgo de enfermedad. Debido a que tres de los residentes evaluados tuvieron un índice de inconsistencia superior a tres puntos, sus resultados fueron eliminados en el análisis de datos.

En primer lugar, se analizaron los resultados de ambos instrumentos de todos los residentes como grupo. A primera vista, se observa que la mayoría de las puntuaciones en el Perfil de Estrés (ver tabla 3) indican que los residentes hacen el esfuerzo mínimo indispensable para enfrentarse al estrés que puede provocar el servicio. Debe señalarse que las desviaciones estándar revelan que los datos se encuentran muy dispersos.

Además, destacan las puntuaciones medias de Descanso/sueño ($M=38.75$, $DE= 9.643$) y Alimentación/nutrición ($M=39.67$, $DE= 11.335$) por estar en un nivel bajo. Por lo tanto, son indicadores de atención y deben considerarse como factores de riesgo para la salud según la interpretación del Perfil de Estrés.

Sin embargo, aunque pareciera que el Estrés no llega a ser un indicador de atención en el grupo de residentes, en el caso del MBI (ver tabla 4), se puede observar que tienen un nivel alto de Agotamiento emocional, y por lo tanto amerita atención clínica. Esta discrepancia puede deberse a casos en el que ambas variables presentaban puntuaciones muy altas o bajas en algunos residentes, como lo indican las desviaciones estándar.

En cuanto a los resultados del MBI (ver tabla 4), como ya se mencionó, la media de Agotamiento emocional (28.17 , $DE= 12.582$) indica la presencia en un nivel alto de este síntoma en el grupo de residentes. Al encontrarse la Despersonalización e Ineficiencia/RP en un nivel medio y bajo respectivamente, estos aspectos no son considerados un problema clínico.

Tabla 3

Resultados grupales del Perfil de Estrés

Subescala	Media	DE
Estrés	47.58	12.018
Ejercicio	42.29	12.415
Descanso/sueño	38.75	9.643
Prevención	43.04	10.106
Alimentación/nutrición	39.67	11.335
Reactivos ARC	51.71	11.419
Red de apoyo social	52.54	12.908
Conducta tipo A	47.92	12.455
Fuerza Cognitiva	47.75	11.979
Valoración positiva	52.63	12.039
Valoración negativa	48.50	13.609
Minimización de la amenaza	50.33	12.940
Concentración en el problema	56.42	13.853
Bienestar psicológico	52.13	13.086
Hábitos de salud	45.21	11.508

Tabla 4

Resultados grupales del MBI

Subescala	Media	DE
Agotamiento emocional	28.17	12.582
Despersonalización	7.63	5.165
Ineficiencia/RP	40.88	5.966

Si bien al analizar los datos de manera grupal, los resultados muestran puntuaciones promedio que no parecieran ameritar atención clínica inmediata, los casos deben examinarse también a nivel individual para poder brindar la intervención adecuada a los residentes que así lo requieran. En las tablas 5 y 6 se puede observar la frecuencia de residentes con diferentes factores de riesgo en el afrontamiento del estrés, mismos que pueden afectar su salud en el futuro.

Las variables con una mayor cantidad de residentes que son indicadores de atención son Descanso/sueño y Alimentación/nutrición (tabla 5), así como Agotamiento emocional (tabla 6). En esta última, se observa que más de la mitad de los residentes (13) tienen un nivel alto, y siete más en un nivel medio, lo cual se puede considerar como riesgo de padecer agotamiento en el futuro.

Del resto de las escalas con puntuaciones promedio podría interpretarse que, al ser pocos los residentes que cuentan con factores de protección, el grupo podría beneficiarse de intervenciones preventivas para evitar que se conviertan en un factor de riesgo a futuro. También debe señalarse que, por tener cada subespecialidad programas diferentes, deben atenderse las necesidades de cada subgrupo.

Tabla 5

Frecuencia de residentes por indicador y subespecialidad (Perfil de Estrés/P.E.)

Subescala	Indicador	CO	CyC	GO
Estrés	Factor protector	5	1	2
	Promedio	3	5	5
	Factor riesgo	1	0	2
Ejercicio	Factor protector	1	0	1
	Promedio	3	5	5
	Factor riesgo	5	1	3
Descanso/sueño	Factor protector	1	0	0
	Promedio	2	2	4
	Factor riesgo	6	4	5
Prevención	Factor protector	1	1	0
	Promedio	6	3	6
	Factor riesgo	2	2	3
Alimentación/nutrición	Factor protector	1	1	0
	Promedio	1	3	3
	Factor riesgo	7	2	6

Tabla 5

Frecuencia de residentes por subescala y subespecialidad (P.E.) (Continuación)

Subescala	Indicador	CO	CyC	GO
Reactivos ARC	Factor protector	4	1	2
	Promedio	3	3	3
	Factor riesgo	2	2	4
Red de apoyo social	Factor protector	2	2	1
	Promedio	7	3	5
	Factor riesgo	0	1	3
Conducta tipo A	Factor protector	2	3	2
	Promedio	5	3	4
	Factor riesgo	2	0	3
Fuerza cognitiva	Factor protector	2	2	3
	Promedio	3	4	4
	Factor riesgo	4	0	2
Valoración positiva	Factor protector	3	2	2
	Promedio	5	4	6
	Factor riesgo	1	0	1
Valoración negativa	Factor protector	2	1	1
	Promedio	4	4	6
	Factor riesgo	3	1	2
Minimización de la amenaza	Factor protector	4	1	2
	Promedio	3	3	7
	Factor riesgo	2	2	0
Concentración en el problema	Factor protector	5	2	6
	Promedio	3	4	1
	Factor riesgo	1	0	2
Bienestar psicológico	Factor protector	2	3	2
	Promedio	6	3	5
	Factor riesgo	1	0	2
Hábitos de salud	Factor protector	1	1	0
	Promedio	5	3	6
	Factor riesgo	3	2	3

Tabla 6

Frecuencia de residentes por indicador y subespecialidad (MBI)

Subescala	Indicador	CO	CyC	GO
Agotamiento	Bajo	2	0	2
	Medio	3	3	1
	Alto	4	3	6
Despersonalización	Bajo	4	1	2
	Medio	2	3	4
	Alto	3	2	3
Ineficiencia/RP	Bajo	7	4	4
	Medio	1	2	3
	Alto	1	0	2

Posteriormente, se dividieron los datos en grupos según la subespecialidad de los residentes, con el objetivo de probar la existencia de diferencias significativas entre subespecialidades. En cuanto al Perfil de Estrés (ver tabla 7), se encontró que el grupo de Cirugía Oncológica (CO) tuvo puntuaciones bajas en Ejercicio, Descanso/sueño y Alimentación/nutrición, interpretados como factores de riesgo. En el caso de Cabeza y Cuello (CyC), únicamente destaca la puntuación baja en Descanso/sueño y Alimentación/nutrición en el grupo de Ginecología Oncológica (GO) como factores de riesgo.

Se realizó una prueba de Kruskal-Wallis, en la que se no se encontraron diferencias significativas entre estos grupos ($p > .05$) en ninguna de las escalas. Puede interpretarse que los residentes estarán expuestos a los mismos factores psicosociales, independientemente de la subespecialidad que cursen.

En el caso del MBI (ver tabla 8), los tres grupos tuvieron una puntuación media que corresponde a un nivel alto en la subescala de Agotamiento emocional y medio en Despersonalización. En el caso de Ineficiencia/RP, CO y CyC tuvieron una puntuación baja, mientras que GO tuvo nivel medio. Dado que el análisis mediante la prueba Kruskal-Wallis no arrojó diferencias significativas entre los tres grupos

($p > .05$), se podría suponer que los tres grupos trabajan bajo condiciones similares que pueden provocar síntomas de burnout.

Tabla 7

Resultados del Perfil de Estrés por subespecialidad

Subescala	CO (n=9)		CyC (n=6)		GO (n=9)		Sig. (.05)
	M	DE	M	DE	M	DE	
Estrés	44.11	10.787	45.50	4.889	52.44	15.509	.412
Ejercicio	39.78	14.856	43.33	6.976	44.11	13.430	.510
Descanso/sueño	36.89	11.230	39.00	5.254	40.44	10.806	.627
Prevención	45.11	10.948	42.67	13.382	41.22	7.293	.578
Alimentación/nutrición	38.44	15.581	44.50	10.559	37.67	5.766	.339
Reactivos ARC	48.44	11.695	53.50	11.554	53.78	11.638	.480
Red de apoyo social	58.11	11.341	53.00	15.336	46.67	11.380	.217
Conducta tipo A	48.44	11.928	44.33	10.443	49.78	14.889	.470
Fuerza Cognitiva	45.22	13.036	52.50	8.044	47.11	13.327	.401
Valoración positiva	54.89	14.278	54.33	12.094	49.22	10.022	.719
Valoración negativa	49.67	15.387	45.67	12.723	49.22	13.654	.870
Minimización de la amenaza	52.00	16.673	46.17	13.167	51.44	8.805	.607
Concentración en el problema	58.67	14.595	54.83	13.891	55.22	14.455	.719
Bienestar psicológico	51.56	11.897	58.50	7.120	48.44	16.524	.140
Hábitos de salud	45.22	14.797	46.50	11.743	44.33	8.573	.881

Tabla 8

Resultados del MBI por subespecialidad

Subescala	CO (n=9)		CyC (n=6)		GO (n=9)		Sig. (.05)
	M	DE	M	DE	M	DE	
Agotamiento emocional	28.67	14.440	28.17	5.037	27.67	15.174	.972
Despersonalización	7.0	5.937	7.0	3.742	8.67	5.545	.701
Ineficiencia/RP	41.67	6.164	41.17	4.167	39.89	7.184	.814

Posteriormente, se dividió a la muestra de residentes en tres grupos según el año de residencia que cursaban para conocer si había alguna diferencia entre estos grupos. En el Perfil de Estrés (ver tabla 9), se encontró que los residentes del primer año (R5) puntuaron más bajo en Descanso/sueño (M=30.89, DE=5.183) que el

resto de los grupos, con una diferencia significativa ($p=.006$). Igualmente, en Ejercicio ($M=33.56$, $DE=7.715$, $p=.019$) y Alimentación/nutrición ($M=35.67$, $DE=13.370$), sin tener esta última diferencia significativa con los otros grupos. En consecuencia, la puntuación de Hábitos de salud ($M=38.56$, $DE=8.58$) también indica ser un factor de riesgo para este grupo, a diferencia del segundo y tercer año ($p=.028$).

Dado que los residentes de primer año se encargan de llevar a cabo diversas tareas en las distintas áreas del hospital, puede interpretarse que la sobredemanda percibida de trabajo podría afectar estas áreas. En el resto de las subescalas, no se encuentran factores de riesgo ni protectores en ninguno de los grupos.

Tabla 9

Resultados Perfil de Estrés por año de residencia

Subescala	R5 (n=9)		R6 (n=7)		R7 (n=8)		Sig. (.05)
	M	DE	M	DE	M	DE	
Estrés	49.22	10.084	42.71	6.396	50.00	17.013	.389
Ejercicio	33.56	7.715	45.43	7.635	49.38	14.937	.019
Descanso/sueño	30.89	5.183	42.71	5.964	44.13	10.776	.006
Prevención	40.67	5.362	46.00	10.924	43.13	13.580	.467
Alimentación/nutrición	35.67	13.370	43.86	12.006	40.50	7.445	.118
Reactivos ARC	47.22	11.552	51.57	8.791	56.88	12.380	.188
Red de apoyo social	52.56	14.553	54.00	14.877	51.25	10.566	.815
Conducta tipo A	54.00	11.079	41.86	8.859	46.38	14.667	.127
Fuerza Cognitiva	42.22	12.204	54.57	7.976	48.00	12.683	.159
Valoración positiva	55.56	12.511	48.71	10.858	52.75	13.036	.541
Valoración negativa	44.44	11.599	59.29	11.926	43.63	12.972	.040
Minimización de la amenaza	47.22	17.391	50.00	8.583	54.13	10.602	.589
Concentración en el problema	56.22	12.488	55.71	16.173	57.25	15.059	.976
Bienestar psicológico	50.22	13.132	51.14	15.345	55.13	12.159	.713
Hábitos de salud	38.56	8.560	50.43	8.580	48.13	13.943	.028

En los resultados del MBI (ver tabla 10), los residentes del primer año puntuaron en nivel alto en Agotamiento emocional, a diferencia del segundo y tercer

año, que puntuaron en nivel medio. En el resto de las escalas, los tres grupos tienen puntuaciones promedio, sin haber diferencias significativas.

Tabla 10

Resultados del MBI por año de residencia

Subescala	R5 (n=9)		R6 (n=7)		R7 (n=8)		Sig. (.05)
	M	DE	M	DE	M	DE	
Agotamiento emocional	34.56	10.273	26.14	11.037	22.75	14.320	.227
Despersonalización	6.78	5.495	8.57	4.158	7.75	6.042	.779
Ineficiencia/RP	39.78	5.333	42.14	3.185	41.00	8.519	.538

El último análisis realizado fue una correlación de Spearman entre las variables de ambos instrumentos. Se encontró que la subescala de Estrés tiene una correlación moderada positiva con Agotamiento emocional ($\rho=.57$, $p=.004$) y Despersonalización ($\rho=.48$, $p<.05$), lo cual puede indicar que, a mayor estrés, los residentes presentarán mayor agotamiento y tendrán una relación más distante con los pacientes que atienden.

Se observa una relación moderada negativa entre hábitos de salud (específicamente Descanso/sueño y Alimentación/nutrición) y Agotamiento emocional, con valores de $\rho=-.55$ ($p=.005$) y $\rho=-.52$ ($p=.009$) respectivamente. El agotamiento también podría asociarse moderadamente a Conductas tipo A ($\rho=.47$, $p<.02$), mismas que tienen una correlación fuerte ($\rho=.69$, $p=.000$) con niveles elevados de estrés.

Otra variable que correlaciona moderadamente con el Agotamiento emocional, de manera negativa, es Fuerza cognitiva ($\rho=-.43$, $p<.05$). De esto se puede suponer que, si la persona tiene actitudes negativas hacia la vida o el trabajo, podría presentar niveles más altos de agotamiento.

En cuanto a la Despersonalización, se encuentra una correlación moderada con la estrategia de afrontamiento Valoración negativa ($\rho=.68$, $p=.000$). Esto podría indicar que, a mayor visión catastrófica de los problemas en el servicio, puede aumentar el distanciamiento emocional con los usuarios de este.

Finalmente, destaca también la correlación moderada que hay entre Ineficiencia/RP y Fuerza cognitiva ($\rho=.57$, $p=.004$). Debe recordarse que, a mayor puntuación en esta escala, el individuo presenta un nivel bajo de ineficiencia. Podría interpretarse entonces que los residentes con actitudes positivas hacia la vida y el trabajo presentan una mayor realización personal en su desempeño en el servicio.

Aunque no se pudo realizar una evaluación del taller impartido a los residentes, pueden rescatarse los comentarios que se hicieron durante este. Algunos de los residentes explicaron que les resultaba particularmente estresante enfrentarse a la burocracia institucional. Ejemplo de ello es el papeleo que se debe llenar para solicitar algunos estudios y el tiempo prolongado para poder conseguir las citas (tanto para pacientes hospitalizados como de consulta externa). Otra característica institucional a la que se enfrentan es al desabasto de algunos medicamentos, equipo médico en reparación durante largos periodos de tiempo o del cual se carece por completo, alta demanda de servicios y falta de personal en algunas áreas.

Otra situación que se considera estresante por los residentes es enfrentarse a pacientes y familiares que no comprenden la información que se les da o que no realizan los procedimientos adecuadamente. A esto se agregan usuarios cuyas exigencias no siempre pueden ser cumplidas por: a) las características de su enfermedad o b) características institucionales que están fuera del control de los residentes.

Algunos de los residentes mayores también expresaron a los de primer año que podían acercarse en caso de algún problema. Algunos de ellos promovieron el crear espacios de confianza para fortalecer las redes de apoyo y disminuir la probabilidad de padecer burnout.

Discusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos en la evaluación, se vuelve relevante la necesidad de profundizar la misma con los residentes que presentaron mayores señales de alarma. En cuanto al grupo, si bien no se encuentra al estrés como factor de riesgo, puede prevenirse la aparición de síntomas mediante diversas estrategias.

En cuanto al manejo del estrés, debe retomarse la propuesta de Meichenbaum (1987), quien señala que “el objetivo del adiestramiento para el control del estrés no es eliminarlo, sino educar sobre la naturaleza y el impacto del estrés, asegurar la posesión de diversas habilidades intra e interpersonales para utilizar el estrés de forma constructiva” (p. 19). Bajo el modelo transaccional del estrés, es esencial considerar la influencia que tiene el individuo sobre el entorno y viceversa.

Por ello, al intentar reducir o prevenir el estrés no solo se debe enseñar habilidades de afrontamiento centradas en el problema, puesto que también pueden requerirse cambios en el grupo, entorno u organización en la que se desenvuelven los individuos. Así, la finalidad de este tipo de intervenciones no es ayudar a los participantes a adaptarse a un entorno que los perjudique, sino que desarrollen y pongan en marcha conductas para cambiarlo (Meichenbaum, 1987).

Para Meichenbaum (1987) “el control del estrés se caracteriza por la enseñanza de habilidades de afrontamiento específicas (por ejemplo, relajación y asertividad) a las poblaciones tratadas” (p. 27). Sin embargo, es preciso completar una evaluación cuidadosa de lo que debe enseñarse, ya que algunas estrategias pueden ser adaptativas bajo ciertas circunstancias o tener efectos negativos en otras.

Además, se observa que las principales áreas problema son conductas relacionadas a hábitos de salud. Según Abe y Abe (2019) malas decisiones de estilo de vida, como fumar, uso de alcohol, llevar una dieta pobre, falta de sueño y actividad física, así como alivio inadecuado del estrés crónico, son clave para el desarrollo y progresión de enfermedades crónicas prevenibles. Entre ellas se

incluyen obesidad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, demencia y cáncer.

Respecto a la alimentación, se recomienda limitar la ingesta de carbohidratos refinados, dado que el consumo excesivo de azúcares y alimentos procesados puede causar resistencia a la insulina, que a su vez trae múltiples problemas de salud. En cuanto al sueño, debe tenerse en cuenta que la privación de este se asocia con pérdida de productividad y aumento de riesgo de mortalidad, al aumentar la liberación de adrenalina y glucocorticoides, que regulan el sistema inmune. En el caso de los residentes, no solo se ponen en riesgo a ellos mismos, sino que, al permanecer despierta de 17 a 19 horas, el desempeño cognitivo y motor de la persona es equivalente a un nivel de alcohol de 0.05% en la sangre y de 0.1% en periodos más largos. Por ello, es ideal que los adultos duerman entre siete y nueve horas por noche (Abe & Abe, 2019).

Dado el sistema de guardias y de división de trabajo que se tiene en la residencia, es poco realista pensar que se podrán adoptar estas recomendaciones en su totalidad. Sin embargo, se deben buscar cambios a nivel institucional que favorezcan el respeto a horarios de comidas y descanso. De esta manera, podría disminuir la sensación de sobrecarga de trabajo e intentar prevenir la aparición de algunos síntomas de estrés y el agotamiento físico de los residentes (Montgomery, 2014; Juárez-García et al., 2014, Wiederhold et al., 2018).

Dada la correlación encontrada entre las variables de estrés y agotamiento emocional, podría pensarse que, al prevenir la aparición del primero, se prevendría o disminuiría también el segundo. Sin embargo, no se debe dejar de lado que el agotamiento emocional es un síntoma que presenta la mayoría de los residentes y el que más se asocia con burnout (Maslach et al., 2001). Este hallazgo es consistente con lo que se ha encontrado en otros estudios nacionales (Terrones-Rodríguez et al., 2017; Juárez et al., 2014; López-León et al., 2007).

Dentro de la literatura se encuentra que el enfoque cognitivo-conductual es reconocido por ser efectivo en el tratamiento de desórdenes asociados al estrés, entre ellos el burnout (Wiederhold, et al., 2018; Bragard et al., 2010; De Rivera,

2010). Destacan en el tratamiento del burnout los entrenamientos de manejo del tiempo, técnicas de relajación, respiración, meditación y apoyo para un enfoque saludable al trabajo. Las intervenciones individuales pueden adaptarse para personas que ya se encuentran en un proceso de burnout y se basan principalmente en mejorar competencias laborales y estrategias de afrontamiento, así como ejercicios de relajación (Wiederhold et al., 2018).

Otro aspecto en la atención del burnout que no puede descartarse es la institución. Las características de esta, las limitaciones o beneficios que brinda a quienes se desempeñan en ella, son aspectos en los que también se debe buscar incidir. Las intervenciones dirigidas a la organización tienen por objetivo remover las causas del estrés laboral y se espera que lleven a resultados a largo plazo. Intentan reducir la presencia de estresores mediante procedimientos como reestructuración de tareas, evaluación del trabajo, supervisión dirigida a disminuir la demanda laboral, aumentar control sobre el trabajo o niveles de participación en la toma de decisiones. Incluso se sugiere reducir las horas de trabajo (Montgomery, 2014; Wiederhold et al., 2018).

En equipos oncológicos también se ha encontrado que incrementar el apoyo social muestra un efecto significativo en el agotamiento, así como el entrenamiento en habilidades de comunicación (Vega et al., 2017; Wiederhold et al., 2018; Bragard et al., 2010). Aunque al momento de la evaluación la percepción del apoyo social en el grupo de residentes se muestra como promedio, fomentarlo en el equipo puede contribuir a la prevención o disminución del agotamiento que ya presentan (Tonon, 2003; Gil-Monte et al., 2005).

Se puede concluir entonces que la muestra de residentes estudiada puede beneficiarse de intervenciones cognitivo-conductuales para prevenir la aparición de síntomas relacionados al estrés, bajo el modelo transaccional del estrés. Igualmente, los casos individuales con resultados más alarmantes deben ser derivados para su atención, con el objetivo de disminuir los efectos que puede tener sobre su salud, desempeño laboral y calidad de la atención que brindan a los pacientes.

En cuanto a las limitaciones metodológicas del estudio, se encuentra que la muestra fue pequeña para lograr generalizar los resultados. Además, no fue posible comparar los resultados según variables demográficas, ya que esa clasificación producía grupos muy desiguales. Igualmente, el tamaño de la muestra impactó los análisis estadísticos, puesto que quizás con una muestra mayor se podrían haber encontrado diferencias significativas en algunas de las variables.

Un elemento que puede mejorarse en futuras investigaciones es buscar que la población estudiada pase por un proceso de aleatorización, dado que, al no haber este control, algunos de los resultados deben interpretarse cuidadosamente (Wiederhold et al., 2018).

Debido a cuestiones administrativas, otra gran limitante que se presentó fue el no lograr realizar una post-evaluación al concluir la intervención, por lo que no se pudo medir el efecto del taller en los participantes. Para futuras investigaciones, resulta esencial poder tener un mejor control de estas variables, que permitan hacer un estudio de mayor rigor metodológico y lograr esclarecer las características del estrés y burnout en poblaciones médicas mexicanas.

Como se menciona en la revisión sistemática realizada por Juárez-García et al. (2014) las muestras estudiadas deberán ser de servicio público, ya que sería una incongruencia teórica y metodológica con el concepto de burnout. En la misma revisión se sugiere hacer uso cuidadoso del MBI, dado que solo se han hecho dos estudios de validación en muestras mexicanas. Gil-Monte (2005) sugiere el uso de otros instrumentos en español, como el Cuestionario Para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

A pesar de sus muchas áreas de oportunidad, el presente estudio sienta precedentes sobre la importancia de contribuir a la detección, evaluación e intervención de problemas psicosociales que pueden tener impacto en la salud de los médicos. Al hacerlo no solamente se previene consecuencias para la salud de ellos, sino también en la salud de los pacientes que atienden. Las condiciones de los médicos están ligadas a la calidad de cuidado que proveen, por lo que es

ineludible que las organizaciones presten mayor atención al sistema jerárquico que favorecen y cómo este afecta a los involucrados en la institución hospitalaria.

Con base en lo anterior, se buscaría mejorar la intervención puesta a prueba con los residentes. Se propone gestionar como parte del servicio de Oncología un programa dirigido a la salud mental de los residentes, mediante el cual se puedan detectar casos individuales que requieran atención e intervenciones preventivas a nivel grupal respecto a estrés y burnout. Se sugiere que dicho programa contenga evaluaciones a inicio, mediados y final de cada año de residencia, con el objetivo de observar los cambios a lo largo del programa académico.

Como lo indica la literatura, y en caso de que se lograra obtener espacios quincenales o mensuales para impartir talleres, se podría ofrecer a los residentes psicoeducación sobre estrés, hábitos de salud y burnout. Como seguimiento para prevenir estos fenómenos o reducirlos en caso de estar presentes, se recurriría a entrenamiento en habilidades de comunicación, fomento del apoyo social, estrategias para manejo efectivo del tiempo y entrenamiento en diferentes estrategias de afrontamiento (como resultado de una evaluación más profunda).

Dichas sesiones se podrían llevar a cabo en los grupos ya establecidos por cada subespecialidad. De esta manera se podría tener un mejor manejo de grupo y profundizar en los problemas específicos a los que se enfrenta cada clínica.

Finalmente, en caso de llegar a implementarse un programa de esta naturaleza, sería indispensable también implementar cambios institucionales, empezando por el servicio, para lograr objetivos a largo plazo. Algunos de estos cambios, como se ha mencionado anteriormente, podrían consistir en limitar jornadas laborales que se extiendan más de 16 horas (a excepción de las guardias), brindar apoyo a los residentes y reestructuración de tareas según el año que cursen. Si bien puede parecer que se habla de un mundo utópico, es forzoso comenzar a promover el cambio en las instituciones de salud.

Capítulo II. Reporte de Experiencia

El presente reporte de experiencia profesional se desarrolla dentro del marco de la Medicina Conductual, por lo que inicialmente se dará una breve contextualización de esta, para poder comprender el trabajo del residente en este campo y su quehacer en el hospital.

Medicina Conductual

De acuerdo con Schwartz y Weiss (1977, 1978, como se citó en Reynoso, 2014) la Medicina Conductual se define como el campo interdisciplinario que se relaciona con el desarrollo e integración del conocimiento de ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos

Reynoso y Seligson (2005) la definen como un campo multidisciplinario, en el cual se aplican métodos y teorías conductuales a la prevención y el tratamiento de trastornos médicos, así como psicológicos. Supone que el cambio de comportamientos y estilo de vida contribuyen a mejorar la salud, prevenir enfermedades y reducir sus síntomas cuando se presentan.

Según Smyth y Zawadzki (2016) la Medicina Conductual integra a las ciencias conductuales, psicológicas, sociológicas y biomédicas, sus conocimientos y sus técnicas para una mejor comprensión y tratamiento de la salud y la enfermedad. Este campo multidisciplinario examina la influencia de múltiples caminos hacia la enfermedad que operan a nivel individual, grupal y social. Sus objetivos son proveer un cuidado que incluya la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, mejores diagnósticos y tratamientos de la enfermedad, así como mejorar la rehabilitación y recuperación que siguen a un padecimiento.

Históricamente, la definición formal de la Medicina Conductual surge en 1977, en la *First Conference on Behavioral Medicine* organizada por la Universidad de Yale. En dicha conferencia se puso en el contexto de la salud-enfermedad la definición de este campo, al reunirse ahí investigadores en antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología. Posteriormente, en 1978, con la formación de la Society of Behavioral Medicine, comienza la expansión del nuevo campo de acción (Reynoso, 2014).

De acuerdo con Rodríguez (2010) se da un rápido crecimiento de esta disciplina al publicarse el primer número del *Journal of Behavioral Medicine*, en marzo de 1978 y la revista *Biofeedback and Self-Regulation*, con reportes de investigación sobre aplicación de técnicas médico-conductuales a enfermedades como hipertensión, dolor crónico, asma, rehabilitación neuromuscular y cáncer.

Siguiendo esta tendencia, el impulso de la psicología científica basada en el análisis experimental que se vivía en Estados Unidos demostró su influencia en México a principio de la década de 1960, siendo éste un antecedente de importancia para el desarrollo de la Medicina Conductual en este país (Rodríguez, 2010). Igualmente, influyeron en la historia de esta disciplina la creación del primer centro de Análisis Conductual Aplicado en México, el Centro de Entrenamiento y Educación Especial, la presencia de Skinner en el Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta, en 1975, y los trabajos de Benjamín Domínguez y colaboradores de aplicación de técnicas y terapias de modificación conductual (Martínez, 2006, como se citó en Rodríguez, 2010).

De igual importancia resultan las intervenciones realizadas en los años ochenta con biofeedback para tratar migrañas, parálisis facial, arritmias, control de esfínteres y paresias, realizados por Gallegos y Alcaraz (Alcaraz et al., 1977, 1981, como se citó en Rodríguez, 2010). Destaca también el Programa de Psicología de la Salud originado por la Secretaría de Salud y la Facultad de Psicología de la UNAM.

Cabe destacar el desarrollo, en 1998, del programa educativo de la residencia en Medicina Conductual, en la Escuela Nacional de Estudios Superiores de Iztacala, dentro del programa de posgrado en Psicología. Dicho programa parte del modelo de atención que supone un abordaje integral del paciente, asumiendo que la conducta puede generar enfermedades, que a su vez modifican el comportamiento (Reynoso, 2014). Es dentro de este marco donde el residente en Medicina Conductual se desempeña.

Características de la sede: Hospital Juárez de México

Las actividades del residente en Medicina Conductual son llevadas a cabo en el Hospital Juárez de México (HJM), el cual es un organismo público descentralizado, con financiamiento autónomo, certificado como hospital de tercer nivel, al prestar servicios de alta especialidad.

Ubicación y estructura

El HJM se ubica en la avenida Instituto Politécnico Nacional #5160, en la colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. El nosocomio se constituye por los siguientes edificios (Murillo, 2015):

- Edificio A: Consulta externa. En este edificio se encuentran consultorios, archivo clínico, caja general, escuela de enfermería, farmacia, almacén, sección sindical y conmutador.
- Edificio B: Imagenología, servicios médicos y administración.
- Edificio C: aquí se ubican Urgencias, Oncología, Medicina Física y Rehabilitación, Anatomía Patológica, así como quirófanos y terapia intensiva.
- Edificio D: Hospitalización.
- Edificio E: Investigación y Enseñanza. Cuenta con laboratorios, aulas y una bibliohemeroteca.
- Edificio F: Servicios Generales.

Historia

El HJM fue fundado originalmente como Hospital San Pablo, por su ubicación en el Colegio de los Agustinos de San Pablo, con la finalidad de dar atención médica a los heridos durante la invasión estadounidense en México, el 23 de agosto de 1847. Al finalizar la guerra, el hospital de sangre se convirtió en hospital municipal. Posteriormente, recibe su nombre actual tras la muerte del presidente Benito Juárez, en 1872 (Hospital Juárez de México, 2014, como se citó en Murillo, 2015).

En el año 1985, a causa del sismo que sacudió a la Ciudad de México, las instalaciones del HJM sufrieron daños considerables, por lo que tuvo que ser

reconstruido en la ubicación actual, como el nuevo Hospital Juárez de México (Secretaría de Salud, s.f., como se citó en Murillo, 2015).

Ubicación del residente dentro de la sede: Servicio de Oncología

El servicio de Oncología es parte de la División de Cirugía del hospital, y está conformado por diversas clínicas de atención: Cabeza y Cuello, Cuidados Paliativos, Ginecología Oncológica, Mama, Oncología Médica, Radioterapia, Tumores Mixtos y Prótesis Maxilofacial. Estas clínicas atienden de acuerdo con el tipo de cáncer que presenta el paciente y brindan atención tanto en consulta externa como en hospitalización. A continuación, se muestra el organigrama del servicio (figura 2):

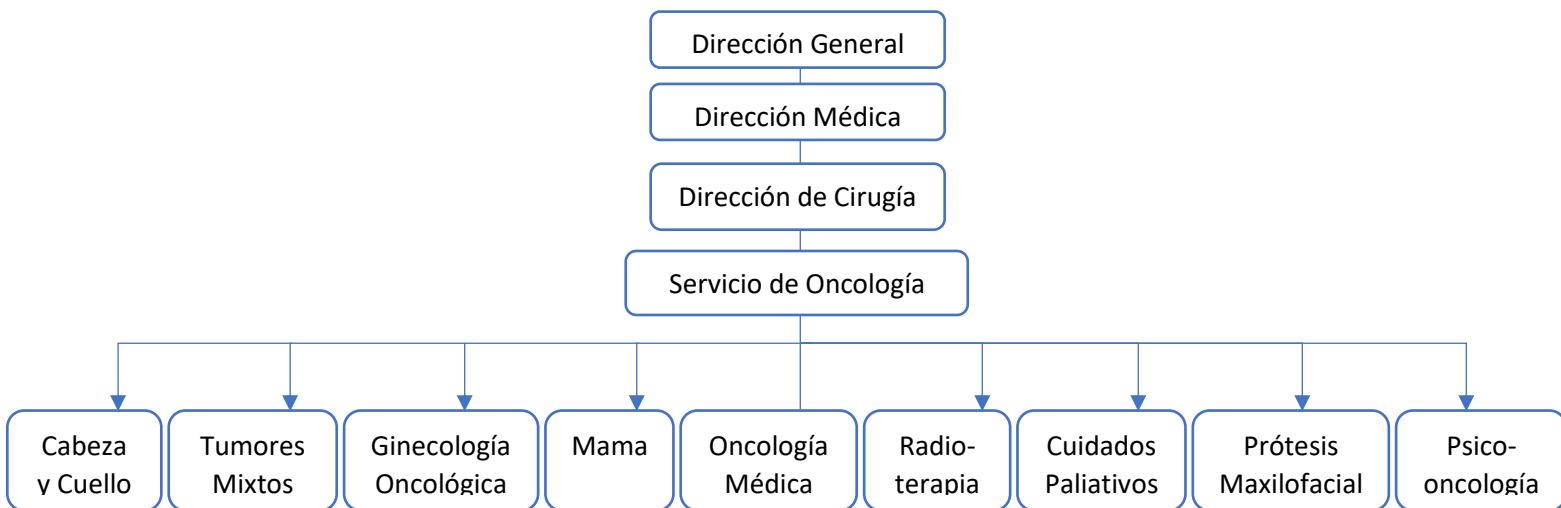


Figura 2. Organigrama de Oncología. Elaboración propia.

Las clínicas están a cargo de los médicos adscritos del servicio, los cuales atienden en consulta externa, pase de visita en hospitalización y procedimientos quirúrgicos. Cada adscrito cuenta con el apoyo de los residentes de Oncología, quienes rotan en las clínicas según la especialidad que estén cursando (Cirugía Oncológica, Ginecología Oncológica y Cabeza y Cuello).

Actividades desarrolladas en la sede

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con un aproximado de 14 millones de casos nuevos en el 2012, y se espera que esta cifra aumente en un 70% en las siguientes dos décadas. De igual manera, esta enfermedad es la segunda causa de muerte, ya que, globalmente, alrededor de uno de cada seis decesos es a causa del cáncer.

En México, el cáncer se posiciona como la tercera causa de muerte en el país (INEGI, 2016), siendo los cánceres de mama, próstata, cervicouterino, colon y recto y pulmón los más diagnosticados. Según las estadísticas de Globocan (International Agency for Research on Cancer, 2018) el riesgo de padecer cáncer antes de los 74 años es de 14.7% y el riesgo de morir por esta enfermedad antes de la misma edad es de 6.5%.

Para muchos de los pacientes que han recibido un diagnóstico de cáncer, esta enfermedad representa el reto de enfrentarse a diversos cambios en su entorno psicosocial, los cuales pueden afectar significativamente su calidad de vida. El impacto que este diagnóstico tenga sobre la vida del paciente dependerá de diversos factores, como su edad, sexo, rol que tiene en su entorno, el sitio de la enfermedad, la etapa en la que fue diagnosticada, pronóstico, entre otros (Becerra, 2014).

Al tener esto en consideración, no resulta sorprendente que el National Cancer Institute (NCI) (2013, como se citó en Becerra) reporte que el 90% de los pacientes con esta enfermedad presenten problemas psiquiátricos clínicamente significativos, especialmente al momento de recibir el diagnóstico y durante el tratamiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), los trastornos mentales frecuentemente afectan y son afectados por otras enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y VIH/SIDA, además de causar incapacidad en quienes los padecen. La sintomatología ansiosa

y depresiva son frecuentemente encontradas en los pacientes oncológicos, manifestadas como aspectos de la adaptación normal hasta trastornos adaptativos. De igual manera, cuando hay trastornos preexistentes, estos pueden exacerbarse al recibir el diagnóstico y tratamientos de cáncer (NCI, 2018).

Por todo lo anterior, el residente en Medicina Conductual debe buscar favorecer la adaptación del paciente, mediante técnicas cognitivo-conductuales, a la enfermedad a la que se enfrenta. De esta manera, se ofrece un tratamiento multidisciplinario e integral que resulte en un mayor beneficio para los pacientes del servicio.

Evaluación inicial del servicio

Al momento del ingreso, el 8 de enero del 2018, se encontró que el servicio contaba con una organización clara y estructurada de las actividades que desempeñaba cada residente en Medicina Conductual, con una división por roles que propició una distribución equilibrada de las tareas a realizar. Este servicio se encontraba a cargo de cuatro residentes de segundo año y una supervisora académica.

El trabajo de los residentes asignados a este servicio fue reconocido y solicitado por los oncólogos; sin embargo, se detectó que existen algunas ambigüedades respecto al papel que desempeñan. El ambiente de trabajo, si bien fue demandante, se prestó para trabajar en equipo, tanto entre los mismos residentes de Medicina Conductual como en equipo multidisciplinario, que incluye a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

Actividades diarias

Las actividades diarias que realizaban los residentes en Medicina Conductual, dentro del servicio de Oncología, se encuentran especificadas en el horario expuesto en la tabla 11.

Tabla 11

Actividades diarias del residente en Medicina Conductual

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00	Clase de Oncología	Clase de Oncología		Clase de Oncología	Clase de Oncología
7:30		Plática cada 15 días / Seminario TCC cada 15 días			
8:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
9:00	Consulta externa	Consulta externa	Pase de visita	Consulta externa	Consulta externa
10:00	Consulta externa	Consulta externa	Sesión de casos clínicos	Consulta externa	Consulta externa
11:00	Consulta externa	Consulta externa	11:30 Supervisión académica	Consulta externa	Sesión Bibliográfica
12:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
13:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
14:00	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad

La primera actividad consistía en acompañar al equipo médico durante el pase de visita, en el que los residentes daban al médico adscrito una actualización sobre el estado del paciente, además de informar al familiar responsable sobre estudios, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. El objetivo de participar en esta actividad era identificar las necesidades psicológicas de los pacientes o familiares que requirieran atención, así como fomentar la multidisciplina en el quehacer hospitalario.

Durante la atención en consulta externa, el residente en Medicina Conductual observaba indicadores de atención psicológica en los pacientes que acudían a sus

citas en las distintas clínicas: Gineco-oncología, Cabeza y Cuello, Tumores Mixtos, Mama, Radioterapia, Oncología médica, Quimioterapia, Urgencias y Cuidados Paliativos. Los residentes rotaban mensualmente en las distintas clínicas.

La atención a pacientes en hospitalización constaba de realizar entrevistas a manera de evaluación inicial a los pacientes de recién ingreso, para detectar posibles necesidades. A los pacientes ya conocidos por el servicio se les daba seguimiento si las problemáticas que presentaban ameritaban intervención psicológica a lo largo de su estancia intrahospitalaria. Los pacientes que no presentaban un trastorno aparente eran monitoreados, en caso de presentarse algún cambio en su estado, tanto físico como psicológico, se reevaluaba la necesidad de atención.

Se impartían pláticas psicoeducativas quincenalmente en la sala de espera de la consulta externa. Estas pláticas tenían como objetivo psicoeducar a pacientes y sus cuidadores responsables sobre temas relacionados a la enfermedad. Dos residentes realizaban esta actividad, uno estaba a cargo de preparar e impartir la plática, mientras el otro apoyaba con la instalación del equipo, invitación a pacientes y familiares, entrega del material para los asistentes y conteo de éstos. Los temas impartidos de enero 2018 a mayo 2019 pueden observarse en la tabla 12.

Tabla 12

Ciclo de pláticas

Residente a cargo / Residente de apoyo	Nombre de la plática	Fecha	Conteo de asistentes
Karen / Daniela	Mitos y realidades del cáncer	30 de enero	29
Denisse / Cristian	¿Cómo hablar con mi médico?	13 de febrero	33
Claudia / Andrea	¿Qué hace el psicólogo en oncología?	6 de marzo	28
Pablo / Daniela	Hablando del cáncer con mis seres queridos	20 de marzo	29
Daniela / Denisse	¿Cómo hablar del cáncer con los niños?	3 de abril	18
Cristian / Karen	¿Qué hacer antes durante y después de mi Quimio?	17 de abril	33
Andrea / Pablo	¿Qué hacer antes durante y después de mi Radioterapia?	8 de mayo	25

Tabla 12
Ciclo de pláticas (Continuación)

Residente a cargo / Residente de apoyo	Nombre de la plática	Fecha	Conteo de asistentes
Daniela / Claudia	¿Qué hacer antes durante y después de mi Cirugía?	22 de mayo	Dato perdido
Andrea / Daniela	Apoyo emocional durante mi enfermedad	5 de junio	25
Cristian / Karen	Apoyo emocional a Cuidadores	19 de junio	22
Cristian / Daniela	¿Qué son los cuidados paliativos?	26 de junio	21
Andrea / Cristian	Mitos y realidades del cáncer	24 de julio	21
Cristian / Daniela	¿Qué hace el psicólogo en oncología?	7 de agosto	25
Daniela / Andrea	¿Cómo hablar de cáncer con mis familiares?	21 de agosto	16
Andrea / Daniela	¿Qué atienden las diferentes clínicas?	4 septiembre	15
Daniela / Cristian	Prevención y síntomas del cáncer	18 septiembre	10
Cristian / Andrea	¿Qué hacer antes, durante y después de mi quimioterapia?	2 de octubre	14
Andrea / Cristian	¿Qué hacer antes, durante y después de mi radioterapia?	16 de octubre	12
Cristian / Daniela	¿Qué hacer antes, durante y después de mi cirugía?	30 de octubre	14
Andrea / Cristian	¿Cómo hablar del cáncer con los niños?	13 noviembre	15
Daniela / Andrea	¿Qué son los cuidados paliativos?	4 de diciembre	17
Andrea/Anahí	Mitos y realidades del cáncer	15 de enero	16
Cristian/Cecilia	¿Qué hace el psicólogo en oncología?	29 de enero	17
Daniela/Omar	¿Cómo hablar de cáncer con mis familiares?	05 de febrero	16
Anahí/Cristian	¿Cómo hablar con mi médico?	19 de febrero	15
Cecilia/Andrea	¿Qué atienden las diferentes clínicas?	5 de marzo	14
Omar/Cristian	Prevención y síntomas del cáncer	19 de marzo	11
Anahí/Daniela	¿Qué hacer antes, durante y después de mi quimioterapia?	2 de abril	15
Cecilia/Andrea	¿Qué hacer antes, durante y después de mi radioterapia?	16 de abril	12
Omar/Daniela	¿Qué hacer antes, durante y después de mi cirugía?	30 de abril	18
Anahí/Cristian	Vida después de la enfermedad	7 de mayo	12
Total			568

Actividades académicas

Médicas.

Los lunes, martes, jueves y viernes, los residentes de Medicina Conductual asistían a las clases de los residentes oncólogos, en las que se exponían los diferentes padecimientos oncológicos, guías para diagnóstico y tratamiento. Las unidades temáticas abarcaban cada área de atención de las clínicas del servicio. El miércoles se asistía, de 8:00 a 9:00 hrs., a la sesión general del hospital, la cual era de carácter obligatorio para todos los residentes, y a la que asistía todo el personal de salud.

Académicas.

Quincenalmente se realizaba una sesión tipo seminario los martes, en la que los residentes discutían temas de terapia cognitiva conductual, con el fin de enriquecer el conocimiento de estos y mejorar sus intervenciones con pacientes. Dichos seminarios fueron suspendidos en el semestre 2019-2 debido al aumento de pláticas psicoeducativas, solicitado por el servicio. Los miércoles se realizaba la exposición de un caso clínico, a cargo de un residente diferente cada semana. A esta sesión acudían todos los residentes de Medicina Conductual, el Dr. Ricardo Gallardo Contreras (supervisor *in situ*) y las Mtras. María Cristina Bravo González y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo (supervisoras académicas). Durante esta sesión, se discutía la conceptualización del caso, diagnóstico y tratamiento, con el fin de mejorar la práctica clínica de los residentes y orientar ante casos difíciles.

Supervisión *in situ*.

Se llevaba a cabo por el Dr. Ricardo Gallardo Contreras, psiquiatra del hospital, cuya tarea era asesorar a los residentes en Medicina Conductual dentro de la sede. Cada residente exponía al menos una vez al semestre un artículo científico, para su revisión y discusión grupal, con la intervención del supervisor *in situ*.

Supervisión académica.

Los miércoles, posterior a la sesión de caso clínico, los residentes asignados al servicio de oncología acudían a supervisión con la Mtra. María Cristina Bravo González. Durante estas sesiones se revisaba bibliografía sobre técnicas cognitivo-conductuales y se discutían casos difíciles. Igualmente, se hacían revisiones sobre productos como protocolo de investigación y reporte de experiencia.

Actividades administrativas

Al final del día, los residentes asignados al servicio de oncología debían llenar un formato de productividad, el cual era entregado al departamento de Psiquiatría, para el control y conteo de los pacientes atendidos en la consulta externa. De esta manera, al final de cada mes, se entregaba un reporte mensual de la productividad del equipo al servicio de Oncología.

Reporte de productividad

En el periodo comprendido entre el 8 de enero del 2018 y el 24 de abril del 2019, se realizaron 1090 intervenciones con un total de 532 pacientes del servicio de Oncología. Se atendieron a 386 mujeres (73%) y 146 hombres (27%). El tipo de consulta que se dio a estos pacientes fue 49% de primera vez y 51% subsecuente.

Como ya se ha expuesto, la residente en el servicio de Oncología brinda atención psicológica en distintas áreas. Durante este periodo, el 60% de las intervenciones fueron realizadas en hospitalización, el 37% en consulta externa, 2% en quimioterapia y 1% en urgencias.

La modalidad de atención predominante fue la individual, como se aprecia en la figura 3.

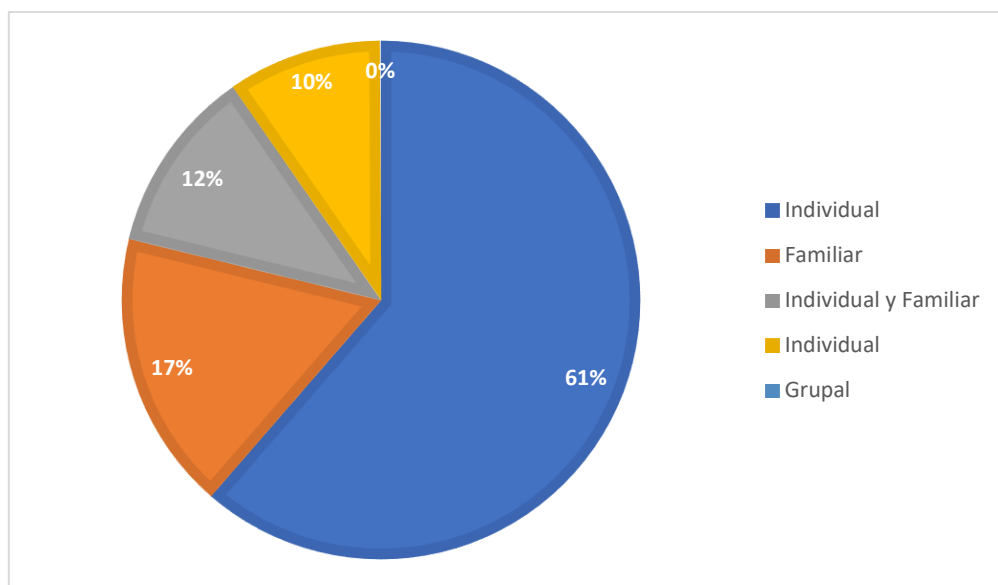


Figura 3. Porcentaje de pacientes por modalidad de atención

Cada caso requiere diferentes tipos de atención psicológica, mismos que van cambiando de acuerdo con las necesidades del paciente. Durante el periodo mencionado, la clase de atención predominante fue la entrevista inicial, como se reporta en la figura 4.

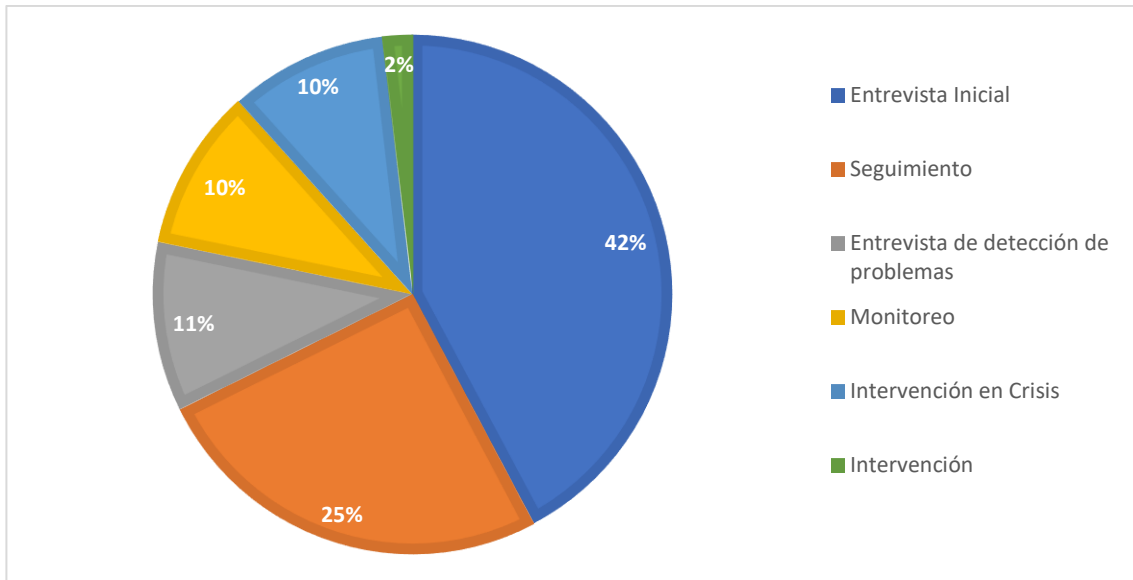


Figura 4. Clase de atención psicológica por intervención

Al considerar las distintas clínicas que conforman el servicio, resulta obvio que los padecimientos médicos de los pacientes atendidos son muy variados. En la tabla 13 se puede observar cuáles son los diagnósticos más frecuentes por intervención psicológica, quedando en los primeros lugares pacientes en protocolo de estudio, cáncer de mama, cervicouterino y de colon. Nótese que los pacientes que en un inicio son reportados como “en estudio”, en otras intervenciones pueden contar ya con un diagnóstico.

Tabla 13

Diagnósticos médicos más frecuentes

Diagnóstico médico	f
En estudio	162
Cáncer de mama	130
Cáncer cervicouterino	86
Cáncer de colon	74
Cáncer de ovario	58
Cáncer gástrico	55
Cáncer de testículo	50
Sarcoma	46
Sin diagnóstico	44
Otros diagnósticos	43
Cáncer de endometrio	37
Cáncer de recto	33
Cáncer de tiroides	32
Cáncer de páncreas	24
Cáncer de cavidad oral	19
Linfoma no Hodgkin	18
Melanoma	16
Cáncer renal	16
Linfoma de Hodgkin	15
Hepatocarcinoma	14
Cáncer de próstata	13
Cáncer de duodeno	10
Otros tipos de cáncer	95
Total general	1090

En la tabla 14 se exponen los principales diagnósticos psicológicos identificados en las intervenciones realizadas, siendo los síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y la ausencia aparente de trastorno psicológico, los más comunes en esta población. Cabe aclarar que pacientes que en algún momento fueron atendidos por reacción de estrés aguda, en otro momento pudieron ser diagnosticados con alguna otra sintomatología o ausencia de esta, y viceversa.

Tabla 14

Diagnósticos psicológicos más frecuentes

Diagnóstico psicológico	f
Síntomas de ansiedad	437
Síntomas de depresión	270
Sin trastorno psicológico aparente	259
Reacción de estrés aguda	43
Aplazado	24
Factor psicológico que afecta estado físico (déficit de información)	20
Factor psicológico que afecta estado físico (estilo de afrontamiento)	12
Factor psicológico que afecta estado físico (rasgos de personalidad)	8
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	3
Incumplimiento terapéutico	3
No valorable debido a condición médica	3
Trastorno adaptativo mixto	3
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	2
Problemas con el grupo primario de apoyo	2
Factor psicológico que afecta estado físico (síntomas de depresión)	1
Total general	1090

Tras identificar una problemática psicológica, el residente en Medicina Conductual debe ser capaz de aplicar la técnica más adecuada para cada caso. En la tabla 15, se presentan las técnicas más utilizadas durante las intervenciones realizadas. Se puede observar que las más utilizadas son la psicoeducación, brindar información (usualmente a pacientes que no tienen un problema psicológico significativo durante la intervención), solución de problemas, ejercicios de terapia cognitiva y respiración diafragmática.

Tabla 15

Técnicas psicológicas más frecuentes

Técnica psicológica	f
Psicoeducación	367
Información	199
Solución de problemas	153
Terapia cognitiva	76
Respiración diafragmática	69
Orientación	45
Balance decisional	41
Relajación muscular progresiva.	33
Establecimiento de componentes de relación	25
Activación conductual	21
Entrenamiento en habilidades asertivas	15
Paro de pensamiento	10
Distracción instrumental	9
Imaginería guiada	7
Evaluación	6
Distracción cognitiva	4
Relajación autógena	3
Orientación	2
Aproximaciones sucesivas a la ansiedad.	2
Entrenamiento en habilidades sociales	1
Respiración pasiva	1
Entrenamiento en manejo de contingencias	1
Total general	1090

Otras actividades no programadas

Durante el semestre 2018-2, los residentes de Medicina Conductual de primer año presentaron sus propuestas de protocolo de investigación en el *1er Coloquio de Medicina Conductual: 20 años de experiencias*, en formato de cartel.

En el semestre 2019-1, se participó en el *9no Congreso Nacional de Investigación UVM*, como ponente en presentación de caso clínico. Dentro de la sede, se preparó e impartió una clase para los residentes de Oncología, titulada “Comunicación en la relación médico-paciente”, la cual se llevó a cabo en una sesión de una hora con la participación de todas las especialidades.

Finalmente, en el periodo 2019-2 se solicitó por parte del jefe del servicio realizar una evaluación de estrés y *burnout* a los médicos residentes, la cual fue aplicada a las tres especialidades. Posteriormente se impartió un taller para la reducción de estrés y prevención del burnout a los residentes de Cirugía Oncológica y Cabeza y Cuello. Por dificultades administrativas, no se pudo llevar a cabo el taller con los residentes de Ginecología Oncológica ni se realizó un posttest para conocer el impacto del taller.

Competencias profesionales alcanzadas

Actividades diarias

Como ya se ha mencionado, la residente llevó a cabo actividades en el hospital que incluían la atención a pacientes de la consulta externa y el área de hospitalización, lo cual favoreció la adquisición y mejoría de diversas competencias profesionales.

La atención al paciente oncológico demanda al médico conductual desarrollar la habilidad de trabajar en equipo multidisciplinario, desde el inicio del día con el pase de visita, así como en la consulta externa médica y comunicación con trabajo social, para comprender y atender de la mejor manera las dimensiones de la vida del paciente que han sido afectadas por la enfermedad. De igual manera es indispensable contar con el apoyo de enfermería, ya que este personal detecta también necesidades de los pacientes, al ser quienes tienen mayor contacto con ellos.

La entrevista clínica es la principal herramienta del médico conductual en este contexto para identificar las necesidades de cada paciente, su familiar, así como el progreso que ha tenido a lo largo del proceso terapéutico. En cuanto a esta habilidad, se ha logrado hacer la entrevista con mayor confianza y mejorar la optimización del tiempo para recabar información relevante, así como identificar síntomas clave que propician la definición del problema de cada paciente o sus familiares, y orientar el diseño de intervención.

Además de la entrevista, la residente fue capaz de hacer evaluaciones más estructuradas de los pacientes atendidos, lo cual es un punto clave para un diagnóstico apropiado y por lo tanto una intervención adecuada. Si bien aún puede mejorarse la habilidad de hacer diagnósticos diferenciales, es una competencia que a lo largo de las horas de práctica se ha mostrado suficiente.

Dado que no siempre se cuenta con el tiempo necesario para intervenir como es sugerido por la literatura, es preciso que el médico conductual sea capaz de adecuar los procesos de cada técnica al tiempo y recursos de los que dispone cada

paciente. Ello requiere conocimiento amplio de las técnicas cognitivas y conductuales, con el fin de retomar elementos de las mismas que puedan propiciar el cambio en la persona y adquirirlas como estrategias para situaciones futuras.

En algunos casos, las problemáticas presentadas por los pacientes y sus familiares pueden interferir con el cumplimiento terapéutico médico. Por ello, el médico conductual debe realizar una buena evaluación y prevenir que esto ocurra o promover la adherencia terapéutica. Esto puede lograrse al identificar si el paciente cuenta con la información suficiente sobre su padecimiento y tratamiento, si hay alguna dificultad instrumental, familiar o trastorno psicológico preexistente, entre otros. Con base en esto, se determinará cuál es la técnica más efectiva para cada situación.

Finalmente, el amplio abanico de actividades por realizarse en el servicio obliga a los residentes a optimizar el manejo del tiempo, con el objetivo de poder cumplir con todas las obligaciones del día. Si bien no se trata de una habilidad establecida en el programa operativo de la residencia, es un punto esencial para facilitar el trabajo en equipo entre los residentes y con el resto del equipo multidisciplinario.

Actividades académicas

Atender las clases de los residentes oncólogos aporta conocimientos biomédicos necesarios para entender el estado de los pacientes y orientar la intervención psicológica a lo que pueda ser más urgente según el estado del paciente. Esto también contribuye a poder brindar información y orientación adecuada a los usuarios del servicio, tanto en atención individual como en las pláticas psicoeducativas mencionadas en apartados anteriores. Dichas pláticas, además, favorecen el desarrollo de habilidades de comunicación con grupos, síntesis de información y promueven que los pacientes se acerquen a buscar atención psicológica.

Por otro lado, los seminarios de TCC favorecían reforzar las bases teóricas de las técnicas aplicadas, así como su correcta ejecución. A esto se suma la

exposición de los casos clínicos, en donde se puede contrastar la teoría con la práctica, así como comparar la eficacia de algunas técnicas en otros servicios. Estas actividades contribuyeron a afianzar habilidades como búsqueda de información teórica y aplicada, evaluación, diagnóstico y diseño de intervenciones.

Supervisión in situ y académica

Las actividades realizadas con la supervisión in situ permitieron ampliar conocimientos sobre intervenciones, en ocasiones novedosas, que se han llevado a cabo tanto en ámbitos nacionales como internacionales. La búsqueda de este tipo de información enriquece la práctica clínica de la residente, al tratarse de intervenciones orientadas al contexto hospitalario, y que no siempre se encuentra en la literatura clásica.

En cuanto a la supervisión académica, esta permitió el desarrollo de conocimientos teóricos y prácticos, aunado a las actividades ya mencionadas, para la mejora de habilidades de evaluación e intervención. Por medio de estas actividades, se podía contrastar el trabajo realizado entre los residentes asignados a Oncología, lo cual facilitaba un espacio para sugerencias que mejoraran el trabajo de cada residente con sus casos más difíciles, así como fortalecer la relación del equipo de trabajo.

Evaluación

Servicio asignado

Como ya se ha explicado en apartados anteriores, el servicio de Oncología está constituido por distintas clínicas y lo atienden médicos adscritos y residentes de tres especialidades diferentes. La mayoría de los médicos se mostraron accesibles a lo largo de la rotación, facilitando el trabajo multidisciplinario al informar al equipo de Medicina Conductual/Psicooncología sobre pacientes en los que identifican alguna problemática, explicar el estado físico, pronóstico, etc.

Sin embargo, la división por especialidades en ocasiones ha desfavorecido la comunicación entre los distintos equipos de trabajo, lo cual puede volver la dinámica en el servicio tensa. Aunado a esto, la carga de trabajo puede resultar excesiva para los residentes del primer año, lo cual entorpece la atención que reciben los pacientes, que a su vez puede ocasionar un mayor malestar emocional en ellos por estancias que se prolongan más de lo esperado o por la creencia de que “no les están haciendo nada”.

En cuanto al trabajo con otros miembros del equipo multidisciplinario, como Enfermería y Trabajo Social, la residente se encontró con un trato siempre amable, lo cual hacía la comunicación de información más eficiente. La información brindada por este personal permitía contrastar datos brindados por los pacientes o sus familiares, lo que permitía planear intervenciones más adecuadas o confrontar a los usuarios en caso de que fuera necesario.

Por ser un servicio de alta demanda, el área de consulta externa se ha mostrado insuficiente para atender a todos los pacientes, ya que en los días más ocupados puede ser difícil encontrar consultorios disponibles para brindar atención psicológica a los pacientes. Esto a consecuencia del reingreso del personal de Tanatología al servicio, lo cual redujo las horas de consultorio disponibles. Por ello se considera de suma importancia que el servicio pueda brindar espacios adecuados para que los pacientes reciban atención psicológica digna.

A pesar de tener sus áreas de oportunidad, el servicio permite al residente en Medicina Conductual desempeñar las actividades asignadas en conjunto con el resto del equipo. La cantidad de pacientes que se atiende en el servicio favorece que se tenga amplia práctica en distintas problemáticas relacionadas al cáncer, desde la fase de diagnóstico hasta la sobrevida a la enfermedad o los cuidados paliativos. Contar con un espectro tan grande de pacientes facilitó el desarrollo de las habilidades anteriormente mencionadas.

Actividades diarias y académicas

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las actividades diarias y académicas permitieron a la residente desarrollar conocimientos biomédicos, teóricos y prácticos sobre la atención del paciente oncológico, así como habilidades para el trabajo en hospital. Dada la demanda del servicio, en ocasiones se percibía como excesiva la carga de trabajo, por lo cual fue inevitable mejorar la organización y manejo del tiempo, con el objetivo de poder cumplir con todas las actividades.

Protocolo

Se espera que los residentes desarrollen a lo largo de la rotación un protocolo de investigación, con el fin de desarrollar habilidades metodológicas. Sin embargo, por cambios en el convenio entre la residencia y la sede, dicho producto no pudo ser concluido por algunos de los residentes, al ser suspendidas sus actividades en el nosocomio.

Este hecho resulta lamentable, ya que pacientes con los que se habían iniciado las intervenciones no pudieron concluir con el tratamiento. Se considera forzoso que la sede anteponga el bienestar y beneficio de los pacientes sobre conflictos internos, puesto que ellos son los principales afectados. Además, por ser un hospital escuela, es penoso que se interrumpan las actividades de formación académica de sus estudiantes.

Sistema de supervisión in situ y académica

Al tomar en cuenta los hechos desarrollados en el hospital, que concluyeron con la suspensión de actividades de los residentes en Medicina Conductual, tanto la supervisión in situ como académica se mostraron distantes de los alumnos en la resolución del conflicto. Las últimas semanas fueron percibidas como momentos de mucha tensión, dado que autoridades del hospital parecían estar al pendiente de cada movimiento, ante lo que se sintió poco apoyo por parte de la residencia en algunos momentos.

Las actividades bajo estas supervisiones favorecieron en gran medida la adquisición de habilidades y competencias establecidas en el programa operativo, como ya se ha explicado, ya que en la atención a pacientes se podía contar con el apoyo para resolver dudas o buscar recomendaciones para los casos difíciles. En cuanto a la supervisión in situ, aunque en ocasiones resultaba difícil encontrar al Dr. Gallardo Contreras, por lo general se mostraba con buena disposición para apoyar a los residentes.

Reflexiones finales

A lo largo de estos dos años se experimentaron muchas situaciones que dejan un sabor agrisado al terminar este periodo. Si bien fueron dos años de mucho aprendizaje por la inmersión en contextos con una gran afluencia de pacientes, así como por los conocimientos de los profesores y médicos involucrados en el proceso, también hubo situaciones que no favorecieron que el ambiente fuera seguro y de confianza.

En primer lugar, la supervisión académica en Oncología fue siempre un espacio de intercambio de conocimientos e ideas para la adecuada atención a los pacientes. El trabajo con los compañeros y supervisora fue en general una fuente de apoyo tanto evaluativo como emocional. Se sugiere continuar con este tipo de supervisión, dado que el aprendizaje colaborativo y la adecuada distribución del trabajo entre el equipo es esencial para el buen desempeño del médico conductual.

Aunque dentro de la propia supervisión académica siempre se exhortó que los residentes solucionaran los problemas entre sí mismos antes de acudir al claustro, en ocasiones algunos compañeros (adscritos a otros servicios) tomaban esto por primera opción, sin dar oportunidad al diálogo. Dado que esto se presentó en diversas ocasiones, surge la duda de cuál es la dinámica que se da en supervisión que refuerza este tipo de conductas, mismas que limitan el desarrollo de habilidades asertivas, crean un ambiente de tensión y sensación de vigilancia panóptica.

Aunado a esto, en ocasiones se percibía sobreprotección hacia algunos residentes, lo cual podía llegar a entorpecer el trabajo en equipo en clases fuera del hospital. Es recomendable intentar limitar este tipo de dinámicas, que crean desconfianza entre los mismos compañeros y pueden generar mayores divisiones entre los grupos, que de por sí ya estaban divididos por atributos personales de los residentes.

También se debe hacer mención del sistema de supervisión en cascada que maneja la residencia, ya que puede ser tanto un apoyo como una dificultad para los residentes de nuevo ingreso. Hay que recalcar que ningún residente está por

encima de otro, simplemente hay quien ha tenido mayor o menor experiencia en el campo hospitalario. La labor de los residentes mayores debe ser orientar y facilitar la adaptación de los nuevos al trabajo del servicio, sin degradar o menospreciar el trabajo de los que ingresan ni tener que desgastarse en intentar guiar a individuos incapaces de seguir indicaciones. De igual manera, los residentes de recién ingreso deben mostrarse receptivos a la crítica y recordar que el trabajo es colaborativo, sin convertirse en un lastre para el equipo. Por ello se sugiere cuidar el proceso de selección y asignación de elementos a los servicios, de tal suerte que ninguna de las partes se vea afectada y se evite entorpecer el proceso de aprendizaje y trabajo en el hospital.

Además, hubo situaciones externas a la residencia que tornaron difícil el trabajo en la sede. Si bien estas, hasta cierto punto, quedaban fuera del control de los estudiantes del posgrado, en diversos momentos se sintió una falta de apoyo por parte de la coordinación al complicarse la estancia en el hospital. Es indispensable que la residencia pueda facilitar las condiciones adecuadas para el desempeño y actividades encomendadas a los alumnos, lo cual podría favorecerse por una mayor frecuencia en las visitas al hospital y comunicación clara y oportuna sobre situaciones urgentes con los supervisores in situ.

Finalmente, aunque desde el inicio se advierte sobre la pesada carga académica y de trabajo que se tendrá a lo largo de la residencia, en ocasiones resulta abrumadora por el tiempo que debe invertirse en el hospital y en clase presencial. Se sugiere distribuir la carga académica a lo largo de los semestres de tal manera que, en el segundo, el cual es el más pesado, pueda hacerse más llevadera. Al considerar las implicaciones que puede tener sobre los residentes una carga excesiva de trabajo, pareciera incongruente propiciar un entorno que lleva al agotamiento físico y emocional con el objetivo de favorecer la adopción de conductas más saludables en los pacientes que atienden.

Referencias

- Abe, M. & Abe, H. (2019). Lifestyle medicine: an evidence-based approach to nutrition, sleep, physical activity, and stress management on health and chronic illness. *Personalized Medicine Universe*, 8, 3-9. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0039>
- Alfonso, S. S., Ferreira, M. I. & Díaz, C. V. (2015). Síndrome de burnout en residentes de especialidades médicas. Hospital Central Dr. Emilio Cubas del IPS. *Eureka*, 12(1), 25-34. Recuperado el 16 de septiembre, 2019 de <http://psicoeureka.com.py/publicacion/12-1/articulo/9>
- Amanullah, S., McNally, K., Zelin, J., Cole, J. & Cernovsky, Z. (2017). Are burnout prevention programs for hospital physicians needed? *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 66-69. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.009.
- Aranda, C., Barraza, J. H., Romero, J. J., Quiñones, L. A., Cenicerros, A. P., González, G. & Esparza, J. A. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). *Salud Uninorte*, 31(2), 245-254. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309>
- Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En A. L. Becerra y L. Reynoso (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp 313-332). México: Quartuppi
- Bragard, I., Libert, Y., Etienne, A. M., Merckaert, I., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razavi, D. (2010). Insight on variables leading to burnout in cancer physicians. *Journal of Cancer Education*, 25, 109-115. doi: 10.1007/s13187-009-0026-9
- De Rivera, L. (2010). *Los síndromes de estrés*. España: Síntesis
- Dissanaike, S. (2016). How to prevent burnout (maybe). *The American Journal of Surgery*, 212(6), 1251-1255. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.08.022>

- Doerr, J. M. & Nater, U. M. (2017). Exhaustion syndromes: Concepts and definitions. En Neckel, S., Schaffner, A. K. & Wagner, G. (Eds.). *Burnout, fatigue, exhaustion. An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 77-104). Suiza: Palgrave Macmillan.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M. D. & Núñez-Román, E. M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 107-123. Recuperado el 22 de junio de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317039007>
- González-Ávila, G. & Bello-Villalobos, H. (2014). Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología. *Revista Médica del del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 468-473. Recuperado el 16 de septiembre, 2019 de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/654/1162
- González, R. (2014). Saber prevenir enfermedades por estrés. En Camacho, E. & Vega-Michel, C. (Coord.). *Autocuidado de la salud* (pp. 111-120). México: ITESO
- Health Organization (Febrero, 2018). *Cancer. Fact Sheet*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- INEGI (2016). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Infocáncer (25 de marzo, 2014). *Cifras en cáncer. Globocan 2012*. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/resumen-con780i0.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f.). *Estrés laboral*. En Salud en Línea. Recuperado el 18 de septiembre de 2019, de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>

- Juárez-García, A., Idrovo, A. J., Camacho-Ávila, A. & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37 (2), 159-176. Recuperado el 22 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010&lng=es&tlng=es
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- López-León, E., Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Carmona, J. M., Peralta-Pedrero, M. L. & Munguía-Miranda, C. (2007). Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 13-20. Recuperado el 16 de septiembre de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745525003>
- Lugo, G. (30 de abril, 2018). México, entre los países con mayor estrés laboral. *Gaceta UNAM*. Recuperado el 18 de septiembre de 2019, de <http://www.gaceta.unam.mx/mexico-entre-los-paises-con-mayor-estres-laboral/>
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory. En Zalaquett, C. P. & Wood, R. J. (Eds.). *Evaluating Stress: a book of resources* (pp. 191-218). Estados Unidos: Scarecrow Education
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

- McFarland, D. C., Hlubocky, F., Susaimanickam, B., O'Hanlon, R. & Riba, M. (2019). Addressing depression, burnout, and suicide in oncology physicians. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 39, 590-598. doi: 10.1200/EDBK_239087
- Medisauskaite, A. & Kamau, C. (2017). Prevalence of oncologists in distress: systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 26, 1732-1740. doi: 10.1002/pon.4382.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. México: Ediciones Roca
- Montgomery, A. (2014). The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research*, 1, 20-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.002>
- Murali, K., Makker, V., Lynch, J. & Banerjee, S. (2018). From burnout to resilience: an update for oncologists. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 862-872. doi: 10.1200/EDBK_201023
- Murillo, A. M. (2015). *Efectos de Intervención Cognitivo Conductual con Pacientes Preostomizados para la Toma de Decisión para la Realización de Colostomía*. Tesis de Maestría. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM.
- National Cancer Institute (27 de abril, 2018). *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ)- Versión para profesionales de la salud*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Recuperado el 18 de septiembre de 2019, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf

Organización Mundial de la Salud (abril de 2019). *QD85 Síndrome de desgaste ocupacional*. En CIE-11. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf

Organización Panamericana de la Salud (28 de abril, 2016). *Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades*. En Centro de prensa. Recuperado el 18 de septiembre, 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es

Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A. & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1905-1933. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003309.

Parsa-Parsi, R. W. (2017). The revised Declaration of Geneva. A modern-day physician's pledge. *JAMA*, 318(20), 1971-1972. doi: 10.1001/jama.2017.16230

Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En A. L. Becerra y L. Reynoso (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-26). México: Quartuppi.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12

- Sandi, C. (2001). Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional. En Sandi, C. & Calés, J. M. (Eds.). *Estrés: Consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas* (pp. 13-46). España: Sanz y Torres
- Secretaría de Salud. (2 de septiembre de 2018). *Inicia hoy la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2018*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/prensa/340-inicia-hoy-la-aplicacion-del-examen-nacional-de-aspirantes-a-residencias-medicas-2018?idiom=es>
- Selye, H. (1956). The Birth of the G.A.S. En *The stress of life* (pp. 29-54). New York: McGraw-Hill.
- Skovholt, T. & Trotter-Mathison, M. (2016). Hemorrhaging of the caring self: Burnout, compassion fatigue, vicarious trauma, ambiguous endings, and professional uncertainty. En *The resilient practitioner: burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (pp. 101-120). New York: Routledge
- Smyth, J. M. & Zawadzki, M. J. (2016). Behavioral Medicine. En *Behavioral Psychology Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. Elsevier. Pp. 156-162
- Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V. & Arreola-Rocha, J. J. (2017). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 242-248. Recuperado el 22 de junio de 2019, de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/301/753
- Tonon, G. (2003). Algunas respuestas al problema. En *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada al síndrome de burnout* (pp. 45-51). Argentina: Espacio
- Vega, P., González, R., Bustos, J., Rojo, L., López, M. E., Rosas, A. & Hasbún, C. G. (2017). Relación entre apoyo en duelo y síndrome de burnout en

profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 614-621. doi: 10.4067/S0370-41062017000500007

Waeldin, S., Vogt, D., Gerhards, F. & Hellhammer, D. H. (2018). Exhaustion mediates the relationship between stress and long-term health status in outpatients. *Mental Health & Prevention*, 12, 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.001>World

Wekenborg, M. K., von Dawans, B., Hill, L. K., Thayer, J. F., Penz, M. & Kirschbaum, C. (2019). Examining reactivity patterns in burnout and other indicators of chronic stress. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 195-205 <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.002>

Wiederhold, B. K., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M. & Riva, G. (2018). Intervention for physician burnout: A systematic review. *Open Medicine*, 13, 253-263. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0039>

Anexos

Anexo 1: MBI Human Services Survey



Servicio de Oncología/Medicina Conductual
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Por favor, señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar	
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes	
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
8	Me siento "quemado" por mi trabajo	
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	
12	Me siento muy activo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Creo que estoy trabajando demasiado	
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20	Me siento acabado	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	

Apéndices

Apéndice A: Matriz para manejo del tiempo

Urgente e importante	Urgente pero no importante
Importante pero no urgente	Ni urgente ni importante