



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA EN
MÉDICOS RESIDENTES DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

TERESA JIMÉNEZ CISNEROS

Directora: Lic. MARLEEN NALLELY GARCÍA GARCÍA

Dictaminadores: Mtro ERNESTO ARENAS GOVEA

Lic. CÉSAR ELIZALDE GARCÍA



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE	
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO 1. SINDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA.....	8
1.1 Antecedentes.....	8
1.2 Definición	9
1.3 Teorías.....	11
1.4 CALIDAD DE VIDA.....	12
CAPITULO 2. MÉDICOS RESIDENTES Y EL SÍNDROME DE BURNOUT	14
2.1 Factores desencadenantes	14
2.2 Consecuencias asociadas	15
2.3 Médicos y la residencia	15
2.4 Estudios y aportaciones.....	18
CAPITULO 3. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA EL SÍNDROME DE BURNOUT	30
4. MÉTODO.....	35
4.1 Participantes	37
4.2 Instrumentos	37
4.3 Escenario.....	38
4.4 Consideraciones éticas	38
4.5 Procedimiento	38
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	40
6. PROPUESTA DE PREVENCIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	51
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	61

RESUMEN

La sobrecarga de trabajo en los médicos durante la residencia médica puede generar un estado de desgaste que puede causar graves problemas tanto a nivel físico como emocional. El síndrome de burnout se caracteriza por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP) es un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida y salud mental. El objetivo del presente trabajo fue diseñar un plan de prevención para atender las problemáticas relacionadas al Síndrome de Burnout en relación con su calidad de vida en médicos residentes de Urología del Hospital General de México. La muestra estudiada estuvo conformada por 17 médicos residentes (13 hombres y 4 mujeres) de la especialidad de Urología del Hospital General de México, a quienes se les administró un cuestionario sociodemográfico, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q). El promedio de edad de los residentes de urología fue de 28.18 años, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para conocer las diferencias entre hombres y mujeres de acuerdo a las tres dimensiones que evalúa la prueba Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), del mismo modo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para conocer las diferencias entre hombres y mujeres con base en las dimensiones que evalúa el Cuestionario sobre Calidad de Vida, en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Se realizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman correlacionando las categorías del MBI-HSS con las categorías del Q-LES-Q, donde se encontró una correlación entre Estado de ánimo y Realización personal, también se encontró una correlación negativa, entre Trabajo y cansancio emocional. Por último, se diseñó una propuesta de prevención para evitar que se desarrolle el síndrome de burnout y afecte directamente su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En México, un tema de suma importancia es el de la salud, ya que miles de mexicanos acuden todos los días para recibir atención en los servicios de salud, que incluyen consultorios, centros de salud, unidades de medicina familiar, hospitales generales y regionales y hospitales de tercer nivel para recibir un tratamiento a un sinnúmero de enfermedades o para conocer el estado actual de salud, es por ello que las personas acuden con profesionales del área de la salud para que atiendan necesidades y dudas. Sin embargo, existen situaciones en las que los médicos que prestan servicios de salud otorgan una atención que no cumple con los estándares de calidad, lo que condiciona que los pacientes estén inconformes por su servicio y la manera en que los atienden. Existen muchas causas posibles y una parte importante de ellas se puede atribuir al factor humano, ya que el personal de salud se puede ver afectado por muchos factores como cansancio, estrés o agotamiento laboral que pueden resultar en errores médicos, peores resultados en la atención de salud y una menor calidad en la atención inciden en el trabajo de los médicos.

Dadas las condiciones actuales en México, se han encontrado cifras donde la Organización para la Cooperación y Desarrollo económicos (OCDE) indican que México ocupa el primer lugar en estrés laboral a nivel mundial, con jornadas de trabajo excesivas y menos días de vacaciones al año que en otros países, principalmente el Síndrome de Burnout fue identificado en médicos, enfermeras, psicólogos entre otras profesiones que desempeñan trabajo de atención al público (Castillo, 2016).

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral, no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), usualmente el Síndrome de "Burnout", también llamado Síndrome de Agotamiento Profesional, considerado según la OMS, como

riesgo laboral, causa deterioro en la salud mental del trabajador de la salud que lo presenta, así como síntomas físicos. Este síndrome se define como una respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional, así como encontrarse física y emocionalmente agotado. Se presenta frecuentemente en profesionales de la salud, en general en aquellos que laboran en organizaciones de servicios y que están en contacto directo con personas enfermas (Arayago, González, Limongi y Guevara, 2016).

Según El Sahali (2015), los principales componentes del síndrome de burnout son:
Cansancio emocional. Sentimiento de que los recursos emocionales y físicos se han esfumado.

Despersonalización. Indiferencia y actitudes negativas e insensibles hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece.

Baja realización personal. Pobre sentido de logro, sentimientos de incompetencia.

Actualmente se le reconoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde, además del estrés, se ven involucradas variantes como, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, variables familiares (la estabilidad familiar conserva el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), bajos salarios, sobrecarga de trabajo, pésimo trabajo en equipo, depresión (siendo una de las alarmas más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), adicciones, cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación y trastornos del sueño.

Es por esto que el psicólogo debe de formar parte de un plan que incluya estrategias de prevención para evitar que se desarrolle este síndrome en más médicos de generaciones por venir y puedan llevar a cabo sus actividades de trabajo y fuera de ello con mayor satisfacción.

El objetivo general del trabajo fue diseñar un plan de prevención para atender las problemáticas relacionadas al Síndrome de Burnout en relación con su calidad de vida en médicos residentes de Urología del Hospital General de México.

En el primer capítulo se abordara los antecedentes del burnout, ya que hasta hace algunos años la palabra burnout no formaba parte del vocabulario común de los mexicanos, como ahora lo hace. Este capítulo pretende exponer una definición clara y concisa de lo que es el Síndrome de burnout y sus componentes, además se explica lo que es la calidad de vida, ya que esta se verá directamente afectada.

El capítulo 2 abordara los factores que propician a que se desarrolle el síndrome, así como saber que existen repercusiones tanto a nivel físico como emocional que afectan a su entorno social, esto incluye sus actividades diarias en el trabajo, familia, y amigos, de igual forma pretende explicar el trabajo de los médicos residentes de la especialidad de urología en el Hospital General de México además se incluyen estudios y aportaciones que han realizado diversos investigadores acerca del síndrome de burnout.

En el capítulo 3 se hablara de algunas estrategias de prevención que diversos autores mencionan pueden ayudar a que los médicos no desarrollen el síndrome de burnout.

En la presente investigación se administraron una ficha de datos sociodemográficos para conocer sus datos personales, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) a 17 médicos residentes del área de urología del Hospital General de México todo esto con los siguientes objetivos:

Objetivos específicos:

- Analizar el nivel de Burnout en los médicos residentes de urología.
- Analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al nivel de Burnout en los médicos residentes de urología.

- Analizar la relación que existe entre el síndrome de burnout y la calidad de vida de los médicos residentes de urología.

Para finalizar, se concluye con una propuesta de prevención que incluye estrategias que se pueden implementar en los residentes a nivel individual y grupal en el Hospital General de México.

CAPITULO 1. SINDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA

1.1 Antecedentes

Las primeras investigaciones sobre el síndrome de Burnout fueron a principios de los años 70, en esta época se inició una profunda transformación del mundo del trabajo y el aumento del desempleo. La intensificación de la explotación de los trabajadores en nuevos procesos laborales requerían un mayor grado de especialización, lo que dio lugar a la emergencia de problemas que afectaban la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores (Díaz y Gómez, 2016).

El primer término sobre Burnout fue hecho por Bradley en 1969, que designa a un tipo de estrés que consume la energía de los profesionistas en el trabajo. Más tarde, en 1974, Freudenberger utilizó este mismo término para describir la pérdida de entusiasmo, acompañada de diversos síntomas como la merma motivacional, fatiga, insomnio, dolor de cabeza, excesivas preocupaciones y diversos desórdenes gastrointestinales, los cuales padecían los practicantes de la clínica donde Freudenberger colaboraba. Para él, este síndrome es un estado de fatiga crónica combinado con depresión y frustración, generado por determinadas características personales de los practicantes médicos, ya sea por su estilo de vida o diversas propensiones como trabajar en una clínica para toxicómanos y, que al final, reducía la satisfacción en el trabajo (El Sahili, 2015).

De igual forma, Freudenberger relaciona el síndrome con el agotamiento y desgaste causado por un exceso de fuerza y/o demandas cada vez mayores de energía; esta situación sucede con un profesional, quien se agota y fracasa en su intento por alcanzar sus metas laborales (Ramírez, Araiza y Anaya, 2017).

El Sahili (2015) menciona que tal vez uno de los más importantes, fue cuando la psicóloga social Christina Maslach enfocó su interés en las estrategias desarrolladas por los cuidadores de diversas áreas para hacer frente a la carga emocional que les demandaban sus clientes. Al estudiar el desgaste de estos sujetos, descubrió que acababan burned out, es decir, quemados o sin energías después de la realización de esfuerzos prolongados, esto la llevó a reflexionar que el centro del problema no sólo estaba presente entre personal médico, sino en todo

un conjunto de profesiones similares. Estas aseveraciones fueron expuestas en 1976 durante el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) con lo cual logró iniciar una revalorización del término.

Edelwich y Archie Brodsky 1980, en El Sahili, 2015 proponen cuatro fases antes de adquirir el síndrome:

- Entusiasmo: al principio el trabajador se muestra ilusionado por el trabajo, en el cual gasta mucha energía.
- Estancamiento: sucede cuando el trabajador observa que no se cumplen sus expectativas.
- Frustración: al acumularse los fallos laborales, el trabajador experimenta un sentimiento constante de fracasos que lo vuelve inactivo.
- Apatía: como consecuencia de las constantes frustraciones se da una ausencia de sentimientos positivos.

1.2 Definición

El síndrome de Burnout, también llamado síndrome de agotamiento profesional, considerado según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2000 como una enfermedad de riesgo laboral que causa detrimento del bienestar mental del trabajador de la salud que lo presenta, así como síntomas físicos. Este síndrome se define como una respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Arayago, González, Limongi y Guevara, 2016).

El constructo psicológico del síndrome de burnout se distingue principalmente por agotamiento, despersonalización y cinismo, así como por desmotivación e insatisfacción en el trabajo, que conllevan a un pobre desempeño laboral, lo anterior surge como consecuencia de factores de estrés prolongados, tanto en la esfera emocional como en las relaciones interpersonales en el trabajo. El desarrollo del síndrome va a depender por un lado de la personalidad del trabajador, sin distinción de género, y por otro de la organización o institución donde labora, todo esto va a

conllevar a un pobre desempeño laboral (Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez y Arreola-Rocha, 2016).

El Sahili (2015) dice que Maslach y Jackson en 1981 definen el burnout como un agotamiento emocional (agotamiento de los propios recursos emocionales y la presencia de sentimientos de estar muy agotado emocional y psicológicamente), despersonalización y baja realización personal que viven los profesionistas involucrados en ayudar a otras personas. Plantean que el síndrome de burnout es un estado de agotamiento físico y mental producido por estar involucrado permanentemente en un trabajo que produce situaciones emocionalmente demandantes. Dichas investigadoras establecen por primera vez tres dimensiones de este síndrome y las describen de la siguiente manera:

- Agotamiento emocional. Sentimiento de que los recursos emocionales y físicos se han esfumado.
- Despersonalización.
- Baja realización personal. Pobre sentido de logro, sentimientos de incompetencia.

Según El Sahili en 2015, para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos existen cuatro grandes acuerdos de los expertos sobre el síndrome.

1. Se produce en el medio laboral.
2. Está asociado a la calidad de las interacciones que ahí se producen.
3. Tiene relación con el desgaste profesional al apoyar a los clientes, pacientes o alumnos.
4. Los profesionistas más afectados son los que laboran en el área de la salud y educación

Díaz y Gómez (2016) explican que la dimensión del agotamiento extenuante es el componente de estrés individual básico del burnout y se refiere a sentimientos de estar sobre-exigido y vacío de recursos emocionales y físicos, los cuales hacen que los trabajadores se sientan debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición y carentes de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema, esta dimensión tiene como fuentes principales la sobrecarga laboral y el conflicto

personal en el trabajo. La dimensión de sensación de ineficacia y falta de logros, da cuenta de los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo.

Más tarde, Christina Maslach describe tres dimensiones del síndrome de burnout evaluadas por el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) (Molina, Mena, Osorio., Salazar y Fernández, 2019). Será a partir de esta definición que se utilizará para explicar el resto de la investigación y en la cual la población son médicos residentes de urología del Hospital General de México.

- Cansancio emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales, una pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga psicológica.
- La despersonalización que se caracteriza por actitudes negativas, irritabilidad, pérdida de motivación, falta de empatía e incompetencia, insensibilidad, antipatía y cinismo hacia los pacientes.
- La falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, se reprocha no haber alcanzado los objetivos propuestos, falta de interés, desmotivación, disminución de la autoestima, inseguridad para alcanzar metas u objetivos, o simplemente su anulación.

1.3 Teorías

Diferentes autores han elaborado teorías que quieren explicar este síndrome, la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial. La perspectiva clínica entiende al burnout como un estado al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece.

Desde una perspectiva psicosocial, el burnout se concibe como un proceso en el que se concentran diversos factores personales y contextuales que lo convierten en uno de los problemas más complejos de la psicología laboral en la actualidad, aparece con mayor frecuencia en los trabajadores implicados en interacciones humanas de carácter intenso y duradero y en la esfera de la prestación de servicios con cargas excesivas de trabajo, como los médicos, enfermeras, psicólogos,

nutriólogos, psiquiatras, entre otros profesionales. Específicamente en el área médica, los profesionales de la salud se ven sometidos a una constante tensión emocional debido a la batalla por recuperar la salud del paciente. También lo considera un proceso que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales (Tesillo y Martínez 2018). Por otro lado, Díaz y Gómez (2016) dicen que el Burnout es el resultado del ambiente social en el cual trabajan y que es la estructura y el funcionamiento del lugar de trabajo el que delimita la forma en la cual las personas interactúan y realizan sus trabajos.

La teoría sociocognitiva del yo, considera que las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por sus acciones, por otro lado, el grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés que acompañan a la acción (Gil-Monte y Moreno-Jimenez, 2007)

En los últimos años, han cobrado mayor fuerza explicativa las teorías que se focalizan en los factores sociales, que puede afectar a cualquier trabajador, siempre que existan riesgos psicosociales en su entorno laboral (Arequipa, 2016).

1.4 CALIDAD DE VIDA

Continuando con la necesidad de estudiar la salud tanto física como mental de los médicos, la calidad de vida es de suma importancia. El estudio del concepto de calidad de vida comenzó en la década de 1960, reservado a problemas con el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida. Este interés por medir aspectos sobre el bienestar social de una población aparece ligado a factores como el empleo, la vivienda, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, el entorno social y su influencia correspondiente en el desarrollo de determinado grupo poblacional. Conceptualmente, la calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida

familiar, social, así como el sentido que le atribuye a su vida (Romero-Márquez y Romero-Zepeda, 2010).

Sarmiento y Chico (2015) mencionan que la calidad de vida (CV) es un concepto que inicialmente provino de las ciencias de la salud y luego se extendió a la sociología y la psicología. Anteriormente se utilizaron otros términos tales como “felicidad” o simplemente “bienestar”. La CV es un complejo concepto multidimensional que representa, en definitiva, la autopercepción y valoración que tiene cada ser humano de su propia existencia.

Romero-Márquez y Romero-Zepeda (2010), afirman que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 define la calidad de vida en función de cómo el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con sus metas, normas y expectativas; es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como su salud física, su estado psicológico, su autonomía, satisfacción con la vida, sus relaciones sociales y factores ambientales como redes de apoyo.

Sarmiento y Chico (2015) explican que existen diversas áreas en las que puede evaluarse la CV: bienestar físico (que incluye conceptos tales como salud, bienestar material, ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (personal, proyecto de vida, educación) y bienestar emocional.

Sabiendo así que las primeras investigaciones del síndrome fueron hechas en los años 70 y que en el año 2000 la OMS lo consideró como una enfermedad de riesgo laboral, además de tomar en cuenta que el síndrome va a repercutir directamente en la calidad de vida, se continuara el siguiente capítulo explicando los factores y consecuencias del mismo.

CAPITULO 2. MÉDICOS RESIDENTES Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

En el siguiente capítulo se expondrán los factores desencadenantes y las consecuencias del síndrome de burnout en los médicos, además se explicará el proceso por el cual los médicos logran ingresar a una especialidad.

2.1 Factores desencadenantes

Arayago et al. (2016), mencionan que entre los principales factores relacionados se encuentran: sobrecarga de trabajo, un ambiente de trabajo hostil, eventos estresantes de la vida, género, estado civil, actividad académica y estilo de vida. Además Beltrán et al. (2015) y Preciado-Estrella et al. (2018) aseguran que para que se desarrolle el síndrome de burnout debe haber ciertos factores intervinientes en él, sean estos de tipo laboral o no, como lo es el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, el puesto, la antigüedad en el trabajo, jornadas de trabajo muy largas y extenuantes, el clima y ambiente laboral, la presencia de ruido, iluminación inadecuada, la falta de ventilación, mayor número de pacientes atendidos por semana y el apoyo social laboral y extralaboral que reciben.

Por la misma naturaleza de su trabajo están sometidos a estrés crónico y sostenido, comprometidos con los pacientes y bajo presiones de la institución constituyendo un grupo de riesgo para presentar el Síndrome de Burnout (Arayago et al., 2016).

Beltrán et al. (2015), también aseguran que largos periodos de aislamiento sin ir a casa ni poder ver a su familia, no tener posibilidad de hacer pausas, limitación de tiempo, tareas rutinarias, complejas y de cambios constantes, sobrecarga de trabajo, cambios en los métodos, técnicas y tecnologías nuevas, desplazamientos no programados, rotación constante e irregular, turno nocturno, no tener posibilidades de organizar sus actividades diarias, limitación para delegar responsabilidades, presenciar accidentes y muertes, hacinamiento, invasión de espacio personal, limitaciones a su área laboral, obstáculos para comunicarse, probabilidad de recibir agresiones verbales y físicas, desempeñar papeles y puestos que no tengan que ver con su trabajo, cambios de políticas, inseguridad en la institución, cambios constantes de dirigentes o jefes, despidos y/o reubicaciones,

descompensaciones salariales e irregularidad en el pago de su sueldo o salario propician a que se desarrolle el síndrome (Beltrán et al., 2015).

2.2 Consecuencias asociadas

El burnout puede llevar a un desempeño laboral deficiente, a cometer errores médicos, depresión, abuso de sustancias, rupturas familiares y pensamientos suicidas, los problemas psicológicos derivan en síntomas físicos como: agotamiento, cefalea, molestias gastrointestinales, vértigo, trastornos del equilibrio, trastornos del sueño, propensión a infecciones, baja autoestima, predisposición al estrés, y signos de depresión. (Rodríguez-Socarrás et al., 2020)

Otras consecuencias del síndrome de Burnout pueden ser satisfacción laboral disminuida, ausentismo laboral elevado, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad de servicio de la organización, aumento de los conflictos interpersonales con familia, amigos y compañeros de trabajo, aumento de accidentes laborales, pérdida de energía, la despersonalización y sentimiento de falta de realización personal, pueden ocasionar trastornos en la salud de los profesionales, uso de sustancias psicoactivas e incluso la muerte (Arayago et al., 2016).

2.3 Médicos y la residencia

En la práctica médica de calidad, los médicos especialistas cumplen con tres funciones profesionales que son la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. En el terreno de la salud se ha generado un importante desarrollo científico y tecnológico que, aunado a las transformaciones sociales e institucionales, ha hecho que el ejercicio de la medicina sea cada vez más complejo. El médico especialista se encuentra en un medio donde el conocimiento se transforma día a día y la existencia de un vigoroso desarrollo de nuevas tecnologías le plantea el imperativo de renovar su formación académica y adquirir competencias profesionales actuales con el fin de alcanzar un perfeccionamiento que le permita conocer, comprender, valorar y aplicar los progresos tecnológicos y científicos en beneficio de sus pacientes.

Para obtener el título de médico especialista, se requiere realizar un curso de posgrado con una duración de tres a siete años dependiendo de la especialidad. Los requisitos de ingreso para un curso de especialización médica son tener un título profesional de médico cirujano, haber sido seleccionado por medio del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y disponer de tiempo completo para dedicarse a sus estudios de especialización. Estos cursos de posgrado se denominan Residencias Médicas y los alumnos obtienen el nombramiento de médicos residentes.

El proceso de selección para ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médicas comprende tres etapas: la primera consiste en presentar el ENARM; la segunda está representada por la evaluación interna que las instituciones de salud realizan a los médicos seleccionados que aceptarán para cursar la residencia y la tercera, está dada por la evaluación interna que la UNAM aplica a quienes solicitan su inscripción y así, al término de la residencia otorgarles el título de especialista.

El ENARM se realiza cada año para obtener una de las plazas de residencia médica. El ingreso a las residencias médicas tiene una alta demanda con una oferta limitada, lo que resulta en proceso de selección muy competitivo. Tan solo en el 2018, 40081 médicos presentaron el ENARM y solo se otorgaron 8333 plazas, lo que significa que solo 1 de cada 4.8 médicos obtendrá una plaza para realizar su especialidad médica. Lo anterior implica que los aspirantes a residencias médicas tengan un alto nivel académico y que tengan que pasar por un proceso de selección con un muy alto nivel de competitividad, probablemente el más competitivo en el país (CIFRHS, 2018).

El perfil de ingreso que requiere un médico para realizar una especialidad médica incluye un conjunto de habilidades, conocimientos, capacidades, actitudes y valores. El médico que se encuentra realizando una especialidad médica debe dominar una serie de competencias profesionales: mostrar habilidad para adquirir información clínica mediante el interrogatorio y la exploración física de los pacientes e interpretar el significado de la información obtenida, mostrar habilidad para evocar conocimiento relevante con el fin de proveer una atención efectiva y eficiente a los

pacientes, aplicar conocimiento relevante y razonamiento clínico al diagnóstico e investigación y manejo de los problemas de salud que atiende, mostrar habilidad para usar un conjunto de procedimientos y técnicas operativas especiales en el estudio y manejo de los pacientes. Además, el residente debe manifestar atributos de carácter personal (actitudes y valores) propios de la profesión médica en su interacción con los pacientes y sus familias (PUEM, 2014).

Así mismo, se espera que muestre disposición para: establecer relaciones productivas de trabajo con otros médicos, enfermeras y demás personal del equipo de salud, reconocer sus capacidades, limitaciones y reacciones emocionales personales; además de poseer hábitos efectivos y eficientes de educación permanente, participar en organizaciones profesionales y actividades gremiales y mantenerse informado acerca de los problemas y resultados en materia de salud y su atención, y participar en actividades comunitarias para promover la salud. Lo anterior implica que el médico residente posea competencias, conocimiento, actitudes y aptitudes para lograr la resolución de problemas en el ámbito hospitalario (PUEM, 2014).

Una de las especialidades que forma parte del Sistema Nacional de Residencias Médicas es la Urología, la cual es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades del sistema urinario, así como los genitales masculinos. Para obtener el título de médico especialista en urología se requiere hacer un curso de posgrado de cuatro años con un año de especialización en cirugía general. El ingreso a la residencia de urología implica un alto nivel de competitividad y preparación, ya que el médico debió haber cursado una licenciatura en medicina, debió ser seleccionado por medio del ENARM, ingresar a la especialidad de cirugía general y posteriormente realizar el proceso de selección para la residencia de urología.

Durante su permanencia en la residencia de urología, el médico debe disponer de tiempo completo para el curso, ya que pasará la mayor parte de su tiempo en el hospital realizando sus actividades asistenciales como cirugías y consultas, actividades de docencia como lo son dar y tomar clases, actividades de

investigación como lo son publicaciones en revistas y presentaciones en congresos. Por último, es importante mencionar que la urología es una especialidad con alta carga de trabajo, lo que implica que el residente requiera un inmenso esfuerzo físico y mental y por lo tanto, tenga un alto nivel de resiliencia para lograr la resolución de los problemas que se enfrenta durante su residencia médica (PUEM, 2014).

2.4 Estudios y aportaciones

Carrillo-Córdova et al. (2018) realizaron un estudio con los residentes del servicio de Urología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de depresión y síndrome de burnout en médicos residentes de urología de un hospital de tercer nivel. Realizaron un estudio observacional y descriptivo, efectuado a partir de dos cuestionarios autoaplicables a todos los residentes. Con la ficha de identificación se obtuvieron los resultados sociodemográficos y se aplicaron dos cuestionarios para evaluar la depresión y el síndrome de burnout. Para establecer el diagnóstico del síndrome de burnout se aplicó la escala de MBI-HS. Para evaluar la depresión se aplicó el inventario de Beck (IDB). La prevalencia de depresión en los residentes de urología de este estudio fue de 33%. Un hallazgo importante fue que los residentes de primer año tuvieron una prevalencia sumamente elevada de depresión (83%), comparada con los residentes de grados más avanzados. En cuanto al diagnóstico de síndrome de burnout, 40% de los residentes cumplió con los criterios para establecer el diagnóstico. Al igual que la depresión, el subgrupo con mayor riesgo de burnout fue el de los residentes de primer año, en el que 100% cumplieron con los criterios diagnósticos. Los autores concluyen que la depresión en los residentes de urología afecta de manera importante y directa su calidad de vida, desempeño académico, desarrollo profesional y eleva la posibilidad de abandonar la residencia. Incluso se ve afectada la atención hacia los pacientes, ya que los residentes deprimidos demuestran un trato más descuidado y menos empático hacia ellos. El síndrome de burnout tiene repercusiones negativas para el médico residente y la atención que brinda a los pacientes.

Otro estudio realizado por Rodríguez-Socarrás et al. en 2019, tuvo como objetivo analizar el estado de salud autopercebido, los trastornos del sueño y los hábitos de vida entre los residentes de urología y los urólogos jóvenes de países europeos. Los miembros de la Sociedad Europea de Residentes en Urología (ESRU, por sus siglas en inglés) diseñaron una encuesta online de 34 ítems utilizando la plataforma www.surveymonkey.com. Entre las variables relacionadas con el estilo de vida, se incluyeron: salud autopercebida, satisfacción general con su estilo de vida, horas de sueño, trastornos del sueño, calidad del sueño, la ingesta de frutas y verduras, el consumo de café y alcohol, tabaquismo y deporte semanal. Un total de 412 residentes y jóvenes urólogos respondieron a la encuesta. La media de edad de los encuestados fue de 31 años. La mayoría de los encuestados eran de España, Bélgica, Dinamarca e Italia. Los hábitos alimentarios revelaron que los urólogos consumen de 2 a 4 tazas de café por día, alcohol sólo consumen los fines de semana, frutas y verduras consumen diariamente una ración, la mayoría no hace deporte o lo realiza dos veces por semana 30 minutos. Las características del sueño mostraron que el 60% de los encuestados reportan 6 horas de sueño o menos, casi la mitad de ellos tiene algún problema de sueño (46%) como dificultad para iniciar el sueño, sueño interrumpido o despertar temprano. Las tasas de satisfacción con su estilo de vida se percibieron de moderadas a bajas y con relación al estado de salud autopercebida fueron de moderadas a bajas. Del mismo modo, el 35% admitió que su estado de salud interfiere con su actividad diaria en el hogar y el trato de los pacientes. Casi un tercio de los encuestados admitió haberse quedado dormido en situaciones como delante del ordenador o esperando al cambio del semáforo, también afirmaron que la salud física interfiere con su actividad diaria en el hogar. Estas respuestas reflejan el estado de desgaste de los residentes urólogos, lo que puede tener serias implicaciones en el tratamiento de los pacientes, la capacidad de tomar decisiones y dar lugar a errores médicos. Diversos factores que se han descrito como protectores son la resiliencia, el matrimonio, el apoyo familiar, el estilo de vida saludable, la actividad física regular, las visitas anuales al médico de cabecera y otras estrategias de bienestar personal como tener claras sus metas de vida, tomar vacaciones y nutrir los aspectos religiosos/espirituales.

Castillo et al. (2015) realizaron un estudio llamado Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias, donde su objetivo fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y factores asociados en los médicos de una Institución Prestadora de Servicios de salud privada de la ciudad de Cartagena. La muestra estuvo conformada por 112 médicos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Cartagena de Indias. Se administró una encuesta sociodemográfica para recolectar información básica de los participantes y se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson. El promedio de edad fue de 39 años, el promedio de antigüedad laboral fue de nueve años, la tercera parte de los médicos fueron mujeres. El 84% (94) de los médicos encuestados tuvieron pareja. La mayor proporción de médicos encuestados laboraban en el servicio de urgencias. De un puntaje máximo posible de 54 en la escala de agotamiento emocional el promedio resultante fue de 20. En la escala de despersonalización de un máximo posible de 30 el puntaje promedio obtenido fue 9. En cuanto a la escala de realización personal el puntaje medio fue de 16,3 de un máximo posible de 48. El puntaje promedio de Burnout fue de 45,6. Estos datos ratifican que el síndrome de Burnout se ha convertido en un tema cada día más frecuente en el personal de salud, evidenciado en el aumento del ausentismo, incapacidades e incluso deserción laboral.

Otro estudio realizado por Terrones-Rodríguez et al. (2016), llamado Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México donde su objetivo fue conocer la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital General de Durango SSD. Enfatizan que en el hospital se observa a menudo dentro de la comunidad de médicos residentes apatía sobre el padecimiento de los pacientes a los que tratan, falta de apego a sus responsabilidades como residente, disminución en la calidad de participación y elaboración de trabajos que forman parte de su formación, así como actitud agresiva hacia sus compañeros e incluso renuncia a su residencia de especialización. Se administró el cuestionario Maslach Burnout Inventory a todos los médicos residentes de las diferentes especialidades que aceptaron participar y que se encontraban laborando de manera activa en el Hospital General de Durango, la muestra fue de

116 médicos residentes de las diversas especialidades que laboran. Los resultados que se observaron fueron que la prevalencia general del síndrome de burnout fue de 89.66 %, en lo que respecta al estado civil, encontraron la mayor afectación en los solteros, seguidos por los casados y finalmente en unión libre. Por género, las mujeres presentan la mayor frecuencia de burnout. Una vez más se puede afirmar que el síndrome de burnout es un problema cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud, lo que repercute en el desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes.

En el estudio realizado por Beltrán et al. (2015) llamado Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México) su objetivo fue analizar los factores psicosociales que se asocian al síndrome de burnout en los médicos generales que laboran para una institución pública de salud en Tepic, Nayarit, la muestra la conformaron 97 médicos generales de manera voluntaria y bajo consentimiento informado, para obtener su información se emplearon dos instrumentos: la guía de identificación de factores psicosociales del Instituto Mexicano del Seguro Social y la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), los resultados fueron los siguientes: 50.5 % fueron hombres y un 49.5% fueron mujeres, el promedio de edad fue de 39.4 años, su carga laboral horaria de trabajo fluctúa entre 35 hasta 60 horas semanales, los médicos fueron calificados con presencia de burnout, como lo aseguran los autores, para que se origine el síndrome de burnout debe haber ciertos factores intervinientes en él, sean estos de tipo laboral o no, variables de tipo sociodemográficas, como el ser mujer, se han visto asociadas al agotamiento emocional, algo muy importante es que la calidad de vida del trabajador depende en mucho de las condiciones laborales, el exceso de trabajo y la carga horaria repercute de manera notable en la salud mental de los trabajadores, además refieren que trabajar más de 30 horas a la semana incrementa el riesgo en el desarrollo del síndrome de burnout.

Cruz (2006) realizó un estudio llamado síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, su objetivo fue identificar los factores de riesgo relacionados con la depresión y evaluar la influencia del síndrome de burnout en

médicos residentes de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. El autor tomó en consideración que ser médico residente es un fenómeno social difícil de comprender, ya que las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que cursan. El grupo de estudio se conformó con 80 médicos residentes de especialidades clínicas (n = 50) y quirúrgicas (n = 30), de todos los años académicos, 27 eran mujeres y 53 hombres, aplicaron un cuestionario sociodemográfico que incluía información como edad, sexo, estado civil, si tenían hijos o estaban embarazadas, tipo de especialidad, año académico, condiciones generales de salud, si consumían medicamentos, bebidas alcohólicas y otras sustancias, administraron la escala autoaplicada de depresión de Zung y Maslach Burnout Inventory para identificar el síndrome de burnout. La recolección de información se realizó en una sola sesión los cuestionarios se entregaron a cada médico, los cuales lo respondieron de manera anónima. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 12. El 35% de la población estudiada padeció síndrome de burnout, mientras que el 46% tuvo criterios para depresión. No se encontró para la depresión diferencia entre sexos, sin embargo, al realizar el análisis con el síndrome de burnout se muestra mayor afectación en mujeres en el área de cansancio emocional. También se observó una alta frecuencia de médicos que consideraron insuficientes los recursos económicos. Otro de los factores importantes de riesgo mayor a considerar para depresión es el síndrome de burnout, el análisis de este estudio mostró que de los individuos con depresión, todos tenían criterios para burnout, y las áreas de despersonalización y cansancio emocional fueron las más afectadas. El autor mencionó que el sistema de residencias en México implica realizar actividades educativas y asistenciales que varían de acuerdo con el año académico y que se observa una tendencia a padecer síndrome de burnout durante los primeros años de carrera profesional, sin embargo, en el estudio no existió diferencia significativa entre los años de residencia. En esta población se encontró relación estadísticamente significativa para depresión y síndrome de burnout en los que padecen algún tipo de enfermedad e ingieren medicamentos. EL autor concluye afirmando que es posible que el cansancio emocional sea lo que desencadene la depresión, por lo tanto, se tiene un alto porcentaje de población en

riesgo, es un problema que afecta la salud física y mental de los médicos, y se refleja en el incremento de tasas de accidentes relacionados con ingestión de alcohol, enfermedades cardiovasculares y, de forma más preocupante, un alto índice de suicidio. Según Cruz (2018), la tasa de suicidios de los médicos estudiantes de alguna especialidad es de 28 a 40 por cada 100 mil, debido a un factor sobresaliente como lo es una excesiva carga laboral.

Rodríguez et al. (2005) realizaron un estudio en España, llamado Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria, donde su objetivo fue conocer la relación entre la calidad de vida profesional (CVP) y burnout en médicos de atención primaria. Se estudió a médicos de familia, pediatras, odontólogos y farmacéuticos que trabajan en servicios de atención primaria, fueron un total de 131 profesionales. Las variables estudiadas fueron: centro de trabajo, edad y sexo del profesional, número de visitas a domicilio/día y número de consultas diarias. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición de las variables principales: Cuestionario de perfil de estrés profesional (CVP-35) y el cuestionario MBI, el análisis estadístico se realizó con el SPSS 10.0. La edad media de los participantes fue de 44 años, el número de consultas al día se sitúa en 37 y el número de visitas a domicilio en 1 diaria, no hubo diferencias significativas respecto al origen rural o urbano, el sexo o la edad. El cuestionario MBI mostró una despersonalización alta en el 54.3% de los médicos, un agotamiento emocional alto en el 56.2% y una realización personal alta en un 9.3%. No hay diferencias en relación con el sexo de los encuestados, aunque las mujeres presentan mayor cansancio emocional, la calidad de vida profesional se correlacionó directamente con la realización personal y el cansancio emocional. Estos autores concluyeron que cuanto mayor es la percepción de las demandas o cargas de trabajo, mayor es el cansancio emocional y la despersonalización, por otra parte, la percepción del apoyo moral de la dirección se relaciona de manera directa con la realización personal, éste fue un elemento crítico, puesto que el hecho de sentirse apoyado por la dirección se convierte en elemento clave del desempeño.

Prieto-Miranda et al. (2013), realizaron un estudio llamado desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. Su objetivo fue medir la calidad de vida y la presencia de desgaste profesional en los médicos residentes. Se realizó el estudio en el Hospital General Regional 46 Lázaro Cárdenas del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, México. La muestra estuvo conformada por 45 residentes que iniciaron su primer año de residencia en marzo de 2010 y lo finalizaron en febrero de 2011. Se incluyeron médicos residentes de primer año de siete especialidades: anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, medicina del trabajo, pediatría y urgencias médico-quirúrgicas. Todos los residentes fueron identificados con sus iniciales y dieron su consentimiento informado. Se aplicó la encuesta Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PEC VEC) en su versión validada al español, esta encuesta consta de variables sociodemográficas (estado civil, sexo, edad) y un módulo de preguntas adicionales en el que se incluye apoyo social en la familia o en el círculo de amigos, acontecimientos sociales influyentes próximos o lejanos, problemas agudos en la última semana y deterioro de la función sexual. También se aplicó la encuesta Maslach Burnout Inventory. La edad promedio fue de 26.9, 60 % eran del sexo masculino, 13.3 % eran casados, 84.4 eran solteros, 2.2 % convivía con su pareja en unión libre, en cuanto a especialidad, 13.3 % estaban en la especialidad de anestesiología, 15.5 % en cirugía general, 11.1 % en ginecología y obstetricia, 22.2 % en medicina interna, 11.1 % en medicina del trabajo, 8.8 % en pediatría y 17.7 % en urgencias médico-quirúrgicas. En relación con la encuesta PEC VEC para valorar la calidad de vida en el primer año de residencia, existió un deterioro significativo primordialmente en la capacidad física y la función psicológica en las especialidades de anestesiología y medicina interna y en el estado de ánimo en las especialidades de anestesiología, medicina interna, pediatría y urgencias médico-quirúrgicas. En relación con las preguntas adicionales, 100 % de los médicos encuestados consideró tener un adecuado apoyo social. Otra pregunta adicional pedía al residente mencionar si algún suceso importante había cambiado su vida en los últimos seis meses. Al inicio 31% de ellos presentaron, como suceso importante que cambió su calidad de vida, el cambio de lugar de residencia, ruptura de

noviazgo y problemas con su cónyuge. Por último, otra pregunta se hizo en relación con la presencia de cambios o deterioro en la sexualidad, 7% presentaron disminución del deseo sexual y 2 % tuvo dificultad en el acto sexual como consecuencia de la fatiga física. 12.9% refirieron disminución del deseo sexual y 2% presentó trastorno de la función sexual. En relación con el Maslach Burnout Inventory, se encontraron niveles altos de agotamiento emocional y se encontró bajo grado de despersonalización. La especialidad con mayor agotamiento emocional, fue medicina interna. En relación con la despersonalización, las especialidades que presentaron el grado más alto fueron anestesiología, medicina interna, medicina del trabajo y pediatría. Los autores concluyeron que un factor que se debe considerar es que muchos residentes inician sus estudios de posgrado inmediatamente después de haber terminado su servicio social. Estos procesos podrían tener en conjunto una gran influencia en los cambios en la calidad de vida y en el grado de burnout que encontraron en los residentes, en particular al inicio de la residencia. Los autores comentan que al comenzar la especialidad, el médico residente se enfrenta a jornadas largas de trabajo con un promedio de 96 horas por semana, privación del sueño, estrés, mayores responsabilidades, la exigencia que implica ser médico residente, la competitividad que se da entre los mismos compañeros de especialidad, tener solo dos periodos vacacionales por año, aunado en muchas ocasiones a la necesidad de alejarse de sus familias y lugares de residencia. Un hallazgo importante en la muestra estudiada fue el cambio de domicilio o residencia, pues fue señalado como un suceso trascendental que cambió la vida de los residentes, los autores también afirmaron que lo que más influyó en la sensación de deterioro del bienestar de los residentes fue la exigencia de la especialidad y el estrés provocado por la misma. Algo importante fue el apoyo familiar y social que reciben los médicos residentes, ya que este apoyo lo describen como recursos para afrontar los retos laborales, además son vitales para sobrellevar los cambios a los que se enfrentan. En el caso de los residentes de primer año, el compañerismo y el fuerte lazo de unión que se forma entre ellos surge al tener que enfrentarse juntos y sin experiencia previa a las guardias y a las exigencias de la residencia. Un hallazgo no esperado fue, que en un porcentaje bajo de encuestados, los autores

notaron disminución del deseo sexual, además de que presentaron dificultad en la realización del acto sexual por fatiga física y trastornos de la función sexual.

Preciado-Estrella et al. (2018) realizaron un estudio llamado Niveles de estrés y síndrome de burnout en urólogos mexicanos ¿Cómo nos encontramos?, donde su objetivo de estudio fue determinar la prevalencia de estrés y síndrome de burnout en urólogos mexicanos e identificar las causas implicadas con su origen. Se analizaron factores socioeconómicos, familiares y laborales en cada urólogo, con la finalidad de asociarlos con diferentes rubros relativos al estrés. Las encuestas fueron aplicadas al azar, durante el congreso de la Sociedad Mexicana de Urología, por médicos residentes del Hospital General Dr. Manuel Gea González a urólogos graduados de distintas edades. La información recabada la integraron en una base de datos y a partir de ella desarrollaron los análisis y pruebas estadísticas en el programa de cómputo SPSS versión 21. Los autores aplicaron 137 encuestas a urólogos mexicanos de entre 30 a 50 años. El 67% era casado, 22% soltero y 13% divorciado. En cuanto al tipo de práctica profesional, 59% de los urólogos laboraba en la práctica mixta (institución pública y privada). El ingreso económico promedio mensual más frecuente fue de \$50,000 a 150,000 pesos. Con base en las respuestas de cada individuo, la prevalencia y severidad del estrés fue baja en 54% de los urólogos, moderada en 41% y severa en 2.1%. Al comparar los niveles de estrés, según la edad, los urólogos más jóvenes obtuvieron un promedio más alto que los de mayor edad, por lo que ser urólogo joven se asoció con niveles altos de estrés. Los solteros obtuvieron puntuaciones de estrés más altas que los casados, respecto del ingreso económico, el grupo con los niveles más altos de estrés fue el de los urólogos que perciben menos ingresos. Los factores de riesgo identificados en los urólogos mexicanos con mayor estrés destacan la edad joven, los bajos ingresos económicos y la sobrecarga laboral.

Medina et al. (2017), realizaron un estudio llamado Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital, su objetivo fue describir la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de Pediatría de un hospital. El estudio se realizó en el Hospital Pediátrico de la ciudad de Resistencia,

Chaco, Argentina, en noviembre de 2015, invitaron a participar a todos los médicos residentes de Pediatría del hospital. Las variables que analizaron fueron: sexo, edad, estado civil y año de residencia. Para la evaluación del Síndrome de Burnout utilizaron el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Para recabar la información les entregaron el cuestionario el mismo día, y se les solicitó que lo completaran en forma voluntaria y anónima. Para su análisis estadístico utilizaron el programa SPSS (v.13.0). El cuestionario fue autoadministrado, anónimo y de respuesta voluntaria, por lo que el Comité de Ética consideró que no se requeriría la firma de consentimiento informado. Fueron un total de 18 residentes, 14 mujeres y 4 hombres, la edad osciló entre 25 y 32 años, con una media de 28 años. Todos trabajaban 44 horas semanales realizando un total de ocho guardias por mes. Los valores obtenidos en las subescalas del Maslach Burnout Inventory de un total de (18) residentes fueron: 12 con alta Despersonalización, 9 con alto Cansancio Emocional y 11 con baja Realización Personal. Estos autores concluyen que el Síndrome de Burnout tiene elevada prevalencia en los médicos residentes de la muestra estudiada repercutiendo significativamente en el desempeño laboral del personal de salud, plantean que su identificación temprana, oportuna y la implementación de un programa para la prevención y tratamiento es prioritario en las instituciones dedicadas a la atención médica.

Amaral et al. (2008), realizaron un estudio llamado Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel con el objetivo de valorar la calidad de vida de los médicos residentes del Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, en Zapopan, Jalisco, México. La muestra estuvo conformada por todos los médicos residentes que ingresaron al primer año del curso de la especialidad médico-quirúrgica en el Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud, Jalisco, México, en el periodo de marzo de 2004 a marzo de 2005. La calidad de vida se valoró mediante el cuestionario del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). El análisis estadístico se realizó mediante un programa informático. La edad media de la muestra fue de 25.7 años, en cuanto al género, 19 fueron mujeres (63.3%) y 11 fueron hombres (36.7%). En la primera aproximación a la calidad de vida relacionada con la salud del grupo, durante los primeros días de

su ingreso al periodo de adiestramiento hospitalario, la mayoría de los residentes informó buena calidad de vida al inicio del estudio (93%), que disminuyó en la segunda medición (63%) y volvió a aumentar en la tercera medición (76%). Los autores afirman que durante la primera exploración de la calidad de vida en los residentes de medicina, al comienzo de su especialidad, arrojó resultados previsibles, comentan que por ser un grupo joven y por obtener un lugar para efectuar el curso de especialidad médica es todo un logro, poseen altas expectativas al momento, mientras en la segunda medición del grupo, la calidad de vida sufrió un decremento significativo en todas las escalas de sus dimensiones, la explicación que dan los autores es que se deba al futuro incierto en que están inmersos los médicos residentes, a la gran sobrecarga de trabajo en las actividades asistencial y académica ya que los residentes comentaron que en promedio trabajan 80 horas semanales, trastornos del sueño que afectan significativamente el rendimiento físico, psicológico y social. Los autores opinan que se deben de implementar propuestas de intervención, en el sentido de reducir los horarios de trabajo con el fin de mejorar la calidad de vida de los médicos y la atención médica a los pacientes.

Vázquez-Ramírez et al. (2014) realizaron un estudio llamado Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad y depresión en médicos residentes, así como la relación con su calidad de vida, la muestra estuvo conformada por 77 médicos residentes de las especialidades troncales del hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" y de la especialidad de Medicina Familiar, de las clínicas de primer nivel de atención del ISSSTE. El promedio de edad de los residentes fue de 28.7, 55.8% eran del sexo femenino y aceptaron participar en el estudio mediante un consentimiento informado. A cada residente se le pidió llenar una ficha de identificación, así como los inventarios de Beck para ansiedad y depresión y el cuestionario Coop-Wonca para explorar la calidad de vida relacionada con la salud. Los autores obtuvieron como resultados que, del total de la población de estudio, 9.1% presentaron ansiedad moderada y 2.6% presentaron ansiedad severa, en cinco alumnos se presentó tanto ansiedad moderada o severa, como depresión moderada y grave, siendo todos de diferentes especialidades. Los autores

comentan que en el desarrollo de las residencias médicas se presentan niveles de ansiedad y depresión altos, lo cual lo asocian a sobrecarga de trabajo, privación de sueño, quejas por parte de los pacientes, ambientes académicos poco estimulantes, alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros e incertidumbre respecto al futuro profesional, todo esto lo asocian a la calidad de vida de los residentes que se ve directamente afectada. También comentan que el síndrome de burnout comparte síntomas con la depresión y la ansiedad, entre estos síntomas se encuentran fatiga, insomnio, pérdida de peso, agresión, violencia ausentismo, abuso de alcohol, tristeza, irritabilidad y abandono del trabajo. Por último aclaran que los trastornos de la salud mental producen efectos preocupantes en la calidad de vida y salud de los residentes.

El médico debe aprobar un examen para poder estudiar una especialidad de su agrado, una vez aceptados deben de realizar actividades asistenciales, actividades de docencia y actividades de investigación, todo esto con jornadas laborales excesivas, largos periodos sin ir a casa ni ver a sus familiares y guardias de más de 72 horas, desarrollando posiblemente el síndrome de burnout a lo largo de su estancia en la residencia. Con base en los estudios antes mencionados se puede decir que el síndrome de burnout puede llevar a causar problemas muy graves en los residentes que afectan directamente su calidad de vida y su desarrollo profesional, existe el riesgo de que abandonen la residencia, tengan problemas de sueño que conlleven a quedarse dormidos en situaciones muy peligrosas, como pueden ser, quedarse dormidos en semáforos o durante el trabajo y finalmente pueden llegar a consumir sustancias nocivas para su salud, estas respuestas reflejan el estado de desgaste, lo que da lugar a cometer errores médicos, de igual forma se ve afectada la atención hacia los pacientes, un trato más descuidado y menos empático hacia ellos.

CAPITULO 3. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA EL SÍNDROME DE BURNOUT

Generalmente, los trabajos de investigación sobre burnout que se han desarrollado hasta el momento se han centrado únicamente en la descripción del concepto, por qué se origina dicho síndrome, así como también las repercusiones que puede causar y análisis estadístico de los instrumentos aplicados en la investigación, dejando fuera un tema de suma importancia como lo es la prevención.

Guerrero y Rubio (2005) encontraron algunas clasificaciones de estrategias individuales para la prevención y el tratamiento del burnout, se destacan los entrenamientos dirigidos a la adquisición de estrategias para afrontar el estrés y aquellos encaminados a la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones, entre ellos destacan por su efectividad el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en asertividad y el manejo eficaz del tiempo. Algunas de las estrategias individuales son las técnicas fisiológicas orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral, destacando las técnicas para la relajación física y el control de la respiración, en cuanto a las técnicas de respiración, explican que las situaciones estresantes provocan respiración rápida, lo que implica un aumento de la tensión general del organismo, entonces las técnicas de respiración consisten en facilitar al individuo el aprendizaje de una forma apropiada de respirar para que en situaciones de estrés pueda controlar su respiración de forma automática lo que le permitirá una adecuada oxigenación del organismo.

El fin de las técnicas conductuales es conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales. Las técnicas de solución de problemas las cuales implican un proceso mental que la gente pone en marcha para descubrir, analizar y resolver situaciones conflictivas, se parte del propósito de enseñar a las personas a seleccionar e implementar estrategias de afrontamiento más eficaces para un estresor dado y generar modos más eficaces de tratar con los problemas personales. La meta del entrenamiento en solución de problemas es ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida (Bados et al., 2014).

El entrenamiento en habilidades sociales es un modelo de intervención que tiene por objetivo desarrollar o aumentar la competencia social del individuo, a través de la creación de las habilidades para establecer y mantener una comunicación e interacción adecuadas con otras personas en diversas situaciones. La asertividad siendo considerada como una habilidad social, implica el desarrollo de la capacidad de expresar ante diversas personas y situaciones, comportamientos tales como: dar y recibir halagos, solicitar favores, decir no, entre otros, es la habilidad para expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, ser asertivo significa ser capaz de expresarse con seguridad sin tener que recurrir a comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores (González y Kasparane, 2009).

Guerrero y Rubio (2005), han destacado como medida general para prevenir el burnout, el evitar una excesiva injerencia en el trabajo y con los usuarios hacia los que se dirigen sus servicios, se ha recomendado tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes y buscar opciones de carácter positivo como disfrutar de las actividades preferidas en los ratos libres. Las técnicas cognitivas son de gran ayuda para prevenir el burnout, entre las técnicas más empleadas destacan la reestructuración cognitiva y el control de pensamientos racionales.

La reestructuración cognitiva consiste en la identificación de pensamientos que causan ansiedad y que no ayudan a la persona a afrontar la situación. Posteriormente, se busca cuestionar o retar esos pensamientos de manera proactiva y orientada al afrontamiento activo, o sea con pensamientos basados en un plan real. Se parte del supuesto de que los pensamientos disfuncionales están relacionados con conductas también disfuncionales; De modo tal que, corrigiendo cogniciones distorsionadas, se ayudará al individuo a funcionar normalmente (Bados y García, 2010).

El control de pensamientos racionales o creencias racionales son aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices, particularmente por presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales productores de felicidad y utilizar formas eficaces, flexibles de

alcanzar estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes. Se asume que para la mayoría de la gente la mayor parte del tiempo el empleo de pensamientos eficaces les ayudará a elegir y conseguir los propósitos productores de felicidad, pero también se asume que esto es una hipótesis, no un hecho probado, y que podría no ser cierto para algunas personas en algunas ocasiones (Ellis et al., 1990).

Una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico, no fumar ni beber en exceso y no consumir fármacos psicoactivos, son factores que mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, al mismo tiempo que modulan la respuesta de estrés laboral y a que se desarrolle el síndrome de burnout, cabe resaltar que esto se puede llegar a lograr con una buena red de apoyo (Guerrero y Rubio, 2005).

Las estrategias de intervención social buscan romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potenciar el apoyo social a través de políticas de trabajo cooperativo. Es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Entiende por necesidades sociales básicas al afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, estas necesidades pueden cubrirse mediante la ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativos), o por la provisión de ayuda instrumental (información, ayuda con el trabajo, en las tareas, en lo económico, etc.). Se ha demostrado que el apoyo social amortigua los efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas, actúa sobre la salud de forma directa y asegura que disfrutar de una óptima red de apoyo facilita sus labores dentro de su área de trabajo, además de que favorece a la salud física y psicológica (Guerrero y Rubio, 2005).

Cabe destacar que la mayoría de las estrategias que abordan la prevención del síndrome, recomiendan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros. A través del apoyo social en el trabajo, las personas obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. Se recomienda también, desarrollar los procesos

de retroinformación grupal e interpersonal desde los compañeros (Durán, García, Margel, Velázquez y Hernandez-Sánchez, 2018).

Méndez-Cerezo (2011) comenta que en el 2003 se implementó en Estados Unidos el Accreditation Council for Graduate Medical Education's 80- Hour Workweek Restriction, el cual contempla que un residente no debe sobrepasar las 80 horas de actividad laboral por semana, por lo menos tener un descanso de 10 horas entre jornadas laborales, no trabajar más de 24 horas seguidas, con un día a la semana libre de trabajo y de atención al paciente. Esta restricción fue adoptada para conservar la salud mental y física del residente, y la reducción de errores que se puedan dar por la privación de horas de sueño.

En el grupo de residentes médicos existe susceptibilidad a conductas sedentarias y, por tanto, alto grado de sedentarismo, lo que junto con el estrés constante aumenta el riesgo cardiovascular. La actividad física beneficia el estado de salud debido a las diversas adaptaciones cardiovasculares, los descensos de marcadores como triglicéridos, colesterol, la disminución de la tensión arterial sistólica, el decremento de niveles de glucosa, etcétera (Méndez-Cerezo, 2011).

Las estrategias de prevención del síndrome de burnout incluyen ser una persona resiliente, la resiliencia se entiende como la capacidad que tienen los seres de reaccionar y recuperarse ante situaciones adversas o en extremo traumáticas, saliendo fortalecidos, para afrontar la vida de manera creativa y optimista. Es un proceso que se desarrolla a largo plazo y sus manifestaciones cambian a medida que la persona se va desarrollando, ya que las necesidades se vuelven más complejas, la resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno. El objetivo de la resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas, satisfacer sus necesidades básicas y creer en un futuro mejor (Pons y Carrasquero, 2010).

Como se vio a lo largo del capítulo existen diversas estrategias para prevenir el síndrome de burnout como lo son entrenamiento solución de problemas, entrenamiento en asertividad y manejo adecuado de su tiempo, además

considerando una de las estrategias más importantes el apoyo social por parte de sus compañeros de trabajo.

4. MÉTODO

La presente investigación tiene como objetivo:

Diseñar un plan de prevención para atender las problemáticas relacionadas al Síndrome de Burnout en relación con su calidad de vida en médicos residentes de Urología del Hospital General de México.

Objetivos específicos:

- Analizar el nivel de Burnout en los médicos residentes de urología.
- Analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al nivel de Burnout en los médicos residentes de urología.
- Analizar la relación que existe entre el síndrome de burnout y la calidad de vida de los médicos residentes de urología.

La frecuencia del Síndrome de Burnout es mayor en el personal médico que en otras profesiones, debido en gran parte a que están enfrentados al dolor y al sufrimiento humano y su incidencia ha aumentado velozmente en los últimos años. La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como del hospital en que se labore.

La urología es una de las especialidades con mayor incidencia y gravedad del burnout. Su aumento en los últimos años podría deberse en parte a la elevada proporción de tiempo que los profesionales de la salud dedican a su trabajo con los pacientes y la cirugía. Se ha reportado una prevalencia del síndrome de burnout del 40-76% para los estudiantes de medicina y residentes. La Asociación Americana de Urología reportó los resultados del censo 2016, en el que incluyó el cuestionario de Maslach, donde se concluyó que 38.8% de los urólogos cumplieron con los criterios del síndrome de burnout, de los que 17.2% obtuvieron una calificación alta de agotamiento emocional y despersonalización.

Todo esto obliga a las autoridades sanitarias a crear planes de prevención y tratamiento enfocados en esta población, a brindarles apoyo psicológico y analizar sus causas. Debido a la alta prevalencia de depresión y síndrome de burnout en los

residentes de urología, especialmente en los de primer año, las instituciones de salud deben incentivarlos para buscar ayuda profesional. Es necesario elaborar programas estructurados y dirigidos al apoyo del médico residente para prevenir y tratar este tipo de trastornos.

Las variables a estudiar son las siguientes:

Síndrome burnout, el cual se caracteriza por estrés laboral crónico integrado por el cansancio emocional (vivencia de encontrarse emocionalmente agotado), despersonalización (actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja) y falta de realización personal (actitudes y sentimientos negativos hacia el propio rol profesional).

Calidad de Vida: Grado de placer y satisfacción con respecto a la salud física, los sentimientos subjetivos de bienestar, el trabajo, las tareas del hogar, la escuela, actividades de ocio, relaciones sociales y actividades en general., así como satisfacción con la vida global.

Los componentes de calidad de vida son:

- Estado de salud física/actividades donde se incluyen molestias o dolores físicos
- Estado de ánimo, situación emocional
- Trabajo, la forma en la que realizó y se sintió en su trabajo
- Actividades de casa, responsable de algunas tareas de la casa
- Actividades académicas/estudio, tareas de clases
- Actividades en el tiempo libre, espacio donde realiza actividades que no son de trabajo
- Relaciones sociales, tiempo en el que convivió con amigo, compañeros o familiares
- Actividades generales, nivel global de satisfacción con su vida

La presente investigación es un tipo de estudio descriptivo correlacional con un diseño no experimental-transversal.

4.1 Participantes

La muestra son un total de 17 médicos residentes del posgrado de urología (5 residentes de segundo año, 3 residentes de tercer año, 7 residentes de cuarto año y 2 residentes de quinto año), el promedio de edad de los residentes fue de 28.18 años con una desviación estándar de .95.

Cabe mencionar que no se administraron los cuestionarios en su totalidad, 13 fueron los residentes que faltaron de aplicación de esta área, ya que el 11 de marzo de 2020 (fecha de aplicación), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al coronavirus COVID-19 como pandemia, lo que dificultó llevar a cabo la investigación y aplicación de los cuestionarios a todos los residentes de urología.

4.2 Instrumentos

Se diseñó una ficha de datos sociodemográficos por el cual se recolectó información personal del médico (Anexo 1).

Se utilizó el instrumento de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) por Maslach y Jackson, la escala está conformada por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Tiene como función medir el desgaste profesional. Este cuestionario analiza las 3 dimensiones del síndrome: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. En cuanto a las propiedades psicométricas del cuestionario, la consistencia interna del MBI-HSS oscila entre .75 a .90, con una confiabilidad entre .60 y .80 a través de método test-retest. El cuestionario no proporciona una puntuación global, sino para cada una de las dimensiones. Por burnout se entiende una puntuación alta de agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal. (Anexo 2)

Junto con el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) se administró el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) de Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal. Este cuestionario evalúa el grado de placer y satisfacción experimentado por el sujeto en distintas áreas del funcionamiento cotidiano. Consta

de 93 ítems que evalúan la percepción de la persona sobre su calidad de vida en ocho áreas: Estado de salud física/actividades (13 ítems), Estado de ánimo (14 ítems), Trabajo (13 ítems), Actividades de la casa (10 ítems), Actividades académicas/estudio (10 ítems), Actividades de tiempo libre (6 ítems) y Relaciones sociales (11 ítems) las cuales se puntúan por medio de una escala Likert de cinco puntos (Nunca, Casi nunca, A veces, A menudo o la mayor parte del tiempo y Muy a menudo o siempre). Por último, se presentan 16 ítems relacionados con la percepción del sujeto sobre su nivel global de satisfacción, estos se califican por medio de 5 puntos, Muy malo, Malo, Regular, Bueno y Muy bueno. (Anexo 3)

4.3 Escenario

La aplicación del Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), del Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) y del cuestionario sociodemográfico para recolectar sus datos personales fueron en el Hospital General de México ubicado en la colonia Doctores, Ciudad de México.

4.4 Consideraciones éticas

Se les entrego un formato de confidencialidad donde explica que sus datos se utilizarán con fines de investigación académica todo esto con el fin de proteger sus datos personales (Anexo 4).

4.5 Procedimiento

Fase 1

Se acudió al Hospital General de México para dar a conocer el tema de investigación a los residentes del área de urología informando a cada uno de ellos el objetivo de la presente investigación, invitándolos a participar y solo bajo su consentimiento, se aplicaron dos instrumentos el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q), mencionados anteriormente, además de un cuestionario sociodemográfico que sirvió para recolectar sus datos personales y de su trabajo.

Se acudió al Hospital General varias semanas, ya que muchos de los residentes no acudían todos los días, estaban en cirugías o consultas, por lo que no disponían del tiempo suficiente para responder los instrumentos de medición. Durante este lapso los residentes narraban algunas anécdotas por las que han pasado en el Hospital, llamadas de atención, castigos injustos, aportar dinero para comidas de otros médicos o jefes, problemas para conciliar el sueño o demasiado sueño como para poder rendir en el trabajo, accidentes dentro del Hospital y fuera de él. Algunos residentes se notaban físicamente agotados y desaliñados.

Fase 2

Posteriormente se procedió a analizar los datos recolectados en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22, por medio del cual se analizaron el cuestionario sociodemográfico, el Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer. Los resultados obtenidos se presentan en la parte de Análisis de Resultados.

Fase 3

Con base a los resultados obtenidos se diseñó una propuesta de prevención para atender las problemáticas de los residentes urólogos del Hospital General de México.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo al análisis realizado con el SPSS versión 22, los resultados muestran que el 76.5% de los residentes de urología son hombres y el 23.5% son mujeres, en cuanto al estado civil la mayoría se encuentra soltero con un 82.4%, el 94.1% no tiene hijos, el 100% de los residentes realiza actividades y tareas dentro del hospital, en cuanto a actividades extra hospitalarias el 11.8% realiza ejercicio, el 5.9% estudia, otro 5.9% socializa con amigos y familiares, el 17.6% realiza actividades recreativas como ir al cine, bailar, salir a bares, un 5.9% hace actividades domésticas y un 52.9% no realiza ninguna actividad extra hospitalaria, un 47.1% de los residentes realiza algún deporte, en cuanto a cómo perciben los residentes de urología su salario mensual un 47.1% lo percibe malo y sólo un 5.9% lo percibe bueno. El 58.8% de los residentes tuvo vacaciones en los últimos 6 meses y el 41.2% no tuvo vacaciones. Un 88.2% de los residentes nunca ha acudido a psicoterapia. Actualmente ninguno de los residentes de urología acude a psicoterapia. Debido a la situación de la pandemia mundial que se vivió y que se sigue viviendo en el país, solo se pudo administrar los cuestionarios a 17 de residentes del área de urología, donde el 41.2% de los residentes entrevistados fueron residentes de nivel 4. En cuanto al tiempo de traslado de su casa al hospital 94.1% de los residentes realizan de 0 a 1 hora. El promedio de edad de los residentes de urología fue de 28.18 años con una desviación estándar de .95, por último, el promedio de tiempo que laboran por semana fue de 88.24 horas.

Esto demuestra que la mayoría de los residentes es soltero, no tiene hijos, el promedio de edad de los residentes es de 28.18 años, mientras el promedio de horas que laboran por semana es de 88.24, todos los residentes participan en la realización de tareas y actividades dentro del área de urología como lo son, dar consulta, atender a los pacientes hospitalizados, realizar cirugías, dar clases de medicina, realizar proyectos de investigación clínica. El mayor número de porcentaje no realiza ninguna actividad extrahospitalaria, la mayoría de los residentes percibe su ingreso mensual malo o regular. La mayor parte de la muestra entrevistada fue a R4, el promedio de tiempo de traslado de su casa al hospital fue de 0 a 1 hora. Una variable muy importante que se midió en el cuestionario fue si los residentes

ya han acudido a psicoterapia donde la mayoría de los residentes nunca ha acudido a psicoterapia y actualmente ninguno acude a algún tipo de psicoterapia.

Para el análisis de dos grupos independientes y con el objetivo de analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al nivel de Burnout en los médicos residentes de urología, se ejecutó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, (el objetivo de la prueba es evaluar las diferencias entre los datos de dos grupos o muestras pequeñas independientes, con igual o diferente tamaño de muestra), para conocer las diferencias entre hombres y mujeres de acuerdo a las tres dimensiones que evalúa la prueba Maslach Burnout Inventory, se analizó el valor de significancia entre hombres y mujeres de Cansancio Emocional el cual fue de .245, el de Despersonalización fue .412 y .956 el de Realización personal. Esto quiere decir que no hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal entre hombres y mujeres (Véase tabla 1).

Tabla 1

Diferencia entre hombres y mujeres con respecto a la prueba MBI-HSS

Dimensiones del MBI-HSS	Significancia	Media	Valor de la prueba
Cansancio Emocional	.245	25.06	15.0
Despersonalización	.412	13.24	18.0
Realización Personal	.952	30.88	25.5

Del mismo modo se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para el análisis de dos grupos independientes para conocer las diferencias entre hombres y mujeres con base en las dimensiones que evalúa el Cuestionario sobre Calidad de Vida con el objetivo de analizar la relación que existe entre el síndrome de burnout y la calidad de vida de los médicos residentes de urología, su valor de

significancia fue en Estado de salud física .549, en el Estado de ánimo .102, en el trabajo .245, en las Actividades de su casa .549, Tareas de curso/de clase .624, actividades de tiempo libre .202, Relaciones sociales .202 y actividades generales .350 (Véase tabla 1.1). Esto quiere decir que no hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de Estado de salud física, en el Estado de ánimo, en el trabajo, en las Actividades de su casa, Tareas de curso/de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales entre hombres y mujeres.

Tabla 1.1

Diferencia entre hombres y mujeres con respecto a la prueba Q-LES-Q

Dimensiones de Q-LES-Q	Significancia	Media	Valor de la prueba
Estado de salud física	.549	63.75	20.00
Estado de animo	.102	77.45	11.500
Trabajo	.245	83.23	15.00
Actividades de casa	.549	62.00	20.50
Tareas de curso/clase	.624	42.42	21.50
Actividades de tiempo libre	.202	64.64	14.50
Relaciones sociales	.202	73.93	14.00
Actividades generales	.350	72.14	17.00

Se aplicó la prueba no paramétrica Rho de Spearman (su objetivo es determinar si existe una relación entre dos variables a nivel ordinal y por consiguiente, medir la fuerza y la dirección de la asociación entre las dos variables), para saber si existe relación entre las tres dimensiones que evalúa el Maslach Burnout Inventory las cuales son Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal donde se encontró una correlación positiva, moderada, significativa entre el Cansancio emocional y la Despersonalización, en los residentes de urología ($r_s=0.598$, $p<0.05$), véase tabla 2. Esto quiere decir que dependiendo de la carga de trabajo que tenga el residente, de comunicación que tenga con sus compañeros, de los logros obtenidos y sus metas cumplidas va a ser un factor determinante que va a repercutir en su realización personal, si presentaron problemas en su trabajo, va a perjudicar en su realización personal ya que, se va a reprochar no haber alcanzado sus objetivos propuestos, va a ver una desmotivación y disminución de la autoestima, inseguridad para alcanzar metas u objetivos, o su anulación.

Tabla 2

Grado de correlación entre las dimensiones del MBI-HSS

	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Cansancio Emocional	1.000 *	.598 *.011	.101 *.698
Despersonalización	.598 *.011	1.000 *	0.62 *.813
Realización Personal	.101 *.698	.062 *.813	1.000 *

Nota. * Nivel de significancia

Del mismo se aplicó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para saber si hay una relación existente entre las categorías que califica el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, las cuales son Estado de salud física, Estado de ánimo, Trabajo, Las actividades de la casa, Tareas de curso/de clase, Actividades de tiempo libre, Relaciones sociales y Actividades generales donde se encontró una correlación positiva, moderada, significativa entre el Estado de salud física y el Trabajo, ($rs=0.527$, $p<0.05$), también se encontró una correlación positiva, alta, significativa entre el Estado de ánimo y el Trabajo en los residentes de urología, ($rs=0.822$, $p<0.05$), entre el Estado de ánimo y las Relaciones sociales también se encontró una correlación positiva, moderada, significativa ($rs=0.676$, $p<0.05$), así también se encontró una correlación positiva, moderada, significativa ($rs=0.549$, $p<0.05$) entre las Relaciones sociales y su trabajo. (Véase tabla 2.1)

Tabla 2.1

Grado de correlación entre las dimensiones del Q-LES-Q

	E.S.F.A	E.A	T	A.C	T.C.C	A.T.L	R.S	A.G
E.S.F.A	1.00 *	.378 *135	.527 *030	.224 *388	.088 *737	.245 *344	.214 *410	.250 *333
E.A		1.000 *	.822 *000	.355 *162	.173 *506	.326 *202	.676 *003	.406 *106
T			1.000 *	.424 *090	.222 *393	.346 *174	.549 *022	.408 *104
A.C				1.000 *	-.182 *485	-.010 *970	.362 *153	.226 *384

	E.S.F.A	E.A	T	A.C	T.C.C	A.T.L	R.S	A.G
T.C.C	.088 *.737	.173 *506	.222 *.393	-.182 *.485	1.000 *	.326	.386	.132 *.614
A.T.L	.245 *344	.326 *.202	.346 *.174	-.010 *.970	.326 *.202	1.000 *	.441 *.077	.018 *.945
R.S	.214 *.410	.676 *.003	.549 *.022	.362 *.153	1.000 *	.441 *077	1.000 *	.063 *.810
A.G	.250 *.333	.406 *.106	.408 *104	.226 *.384	.132 *.614	.018 *.945	.063 *.810	1.000 *

Nota. * Nivel de significancia

E.S.F.A (Estado de Salud física/Actividades), E.A (Estado de Animo), T (Trabajo), A.C (Actividades de la Casa), T.C.C (Tareas de Curso/de Clase), A.T.L (Actividades de Tiempo Libre), R.S (Relaciones Sociales), A.G (Actividades Generales).

Siguiendo con el análisis se realizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman ahora correlacionando las categorías del MBI-HSS con las categorías del Q-LES-Q, las cuales arrojaron los siguientes datos, se encontró una correlación negativa, baja, significativa entre el Estado de salud física y el cansancio emocional, ($rs=-0.499$, $p<0.05$), también se encontró una correlación positiva, baja, significativa entre el Estado de ánimo y la Realización personal de los residentes de urología, ($rs=0.496$, $p<0.05$) y por último se encontró una correlación negativa, moderada, significativa entre el Trabajo y cansancio emocional, ($rs=-0.504$, $p<0.05$), véase tabla 2.2. Se puede decir que tener una sobrecarga de tareas laborales, va a repercutir en sus relaciones sociales ya que el hecho de tener sobrecarga de trabajo le va a impedir juntarse con familiares o tal vez salir con amigos a realizar alguna actividad recreativa que tenían planeada esto mismo va repercutir en su estado de

ánimo ya que puede sentir alegría por saber que muy pronto podrá disfrutar de una buena conversación o cena con sus amigos, también puede que sienta presión o angustia por terminar sus labores en el trabajo y poder crear un espacio de tiempo para realizar alguna actividad como ir al cine, a bailar o simplemente estar un momento tranquilo conviviendo con su familia o seres queridos.

Tabla 2.2

Grado de correlación entre las dimensiones del MBI-HSS y las dimensiones del Q-LES-Q

	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Estado de Salud	-.499	.044	.398
Física/Actividades	*.042	*.868	*.113
Estado de Animo	-.325	-.351	.496
	*.203	*.167	*.043
Trabajo	-.504	-.422	.470
	*.039	*.091	*.057
Actividades de	-.234	-.028	.253
Casa	*.367	*.915	*.328
Tareas de	-.125	-.359	.094
Curso/Clase	*.633	*.157	*.719
Actividades de	-.009	.193	.222
Tiempo Libre	*.974	*.457	*.392
Relaciones	-.214	-.329	.319
Sociales	*.409	*.198	*.212
Actividades	-.197	-.112	.041
Generales	*.449	*.668	*.875

Nota. * Nivel de significancia

Cabe mencionar que el síndrome de burnout se midió con base en las tres dimensiones que evalúa el Maslach Burnout Inventory las cuales son Realización personal, Cansancio emocional y Despersonalización y de acuerdo con los resultados anteriores, se encontró que el cansancio emocional se relacionó con la despersonalización, esto quiere decir que el sentirse agotados emocionalmente se va a acompañar de una sensación de irritabilidad, falta de empatía e incompetencia. También se encontró que su estado de salud física y su estado de ánimo va a repercutir en su trabajo, esto quiere decir que, si los residentes cuentan con un buen estado físico, mental, un excelente bienestar del cuerpo y óptimo funcionamiento del organismo van a tener un mejor desempeño en sus actividades y objetivos laborales, así como una mayor concentración para llevar a cabo los obstáculos que se le presenten en su campo laboral.

6. PROPUESTA DE PREVENCIÓN

De acuerdo con las problemáticas antes mencionadas y a todas las consecuencias que puedan desarrollarse debido al síndrome de burnout y su repercusión en la calidad de vida de los residentes se desarrolla a continuación un plan de prevención que ayude a mitigar y mejorar su calidad de vida.

Existen estrategias que pueden ser aplicadas individualmente y están recomendadas en cualquier momento, incluso antes de que se presenten los primeros síntomas del Burnout, ya que pueden prevenir su aparición. El objetivo es que el individuo aprenda estrategias que le permitan prevenir las consecuencias del burnout sin abandonar el propio autocuidado.

Estas estrategias se dirigen a desarrollar habilidades comunicativas, entrenarse en la solución de problemas y el manejo eficaz del tiempo y adoptar estilos de vida saludables.

ESTRATEGIAS INDIVIDUALES

1.- PEDIR AYUDA: los residentes pueden pedir ayuda sobre temas desconocidos a otros médicos que sepan sobre dichos temas o en tareas que se les compliquen.

2.- REALIZAR ACTIVIDADES: contar con tiempos durante la semana para que los residentes puedan realizar actividad física, o alguna otra actividad placentera para el residente como visitar a su familia o salir con su pareja.

3.- LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE: Contar con buenos hábitos alimenticios, no consumir sustancias tóxicas o nocivas para salud puede ayudar al residente a llevar una vida saludable.

4. COMPARTIR EMOCIONES: Hablar y expresar lo que siente con amigos o familiares acerca de lo que le está sucediendo, si está pasando por una difícil situación, tal vez esa persona pueda hacer algo para ayudar a mejorar su estado emocional o problemáticas por las que pueda estar atravesando.

5. FOMENTAR LA FLEXIBILIDAD HORARIA DE TRABAJO: Si los residentes pueden dormir un número de horas suficientes se podrán evitar accidentes tanto en

el trabajo como fuera de él, así como les ayudará a rendir y realizar mejor su trabajo en el hospital.

6.- **DESARROLLAR HABILIDADES COMUNICATIVAS Y ASERTIVIDAD:** tener una buena comunicación y ser asertivo con los compañeros puede ayudar al residente a pedir favores del trabajo, a ayudarlo en situaciones que se le compliquen.

7. **BUENA ORGANIZACIÓN DE SU TIEMPO:** el residente puede crear un calendario donde pueda enlistar las tareas más importantes que se le aproximan y dejar al último las menos importantes o con menos prioridad con el objetivo de que pueda llevar acabo todas las tareas que tenga pendientes en tiempo y forma.

ESTRATEGIAS GRUPALES

1.**REALIZAR REUNIONES PERIÓDICAS:** Se pueden organizar reuniones periódicas en las que todos puedan dar su opinión acerca de las actividades laborales que llevaron a cabo esa semana o ese mes, donde se puedan clarificar las tareas de cada médico, así como exponer las quejas o problemáticas que tengan en el Hospital dialogando, dando opiniones y proponiendo soluciones. En estas reuniones todos pueden exponer cómo se sienten a nivel personal y reflexionar cómo su trabajo impacta en su vida cotidiana. Al desarrollar estas sesiones se puede dar una retroinformación a cada residente sobre su rendimiento laboral dentro del hospital.

2. **ESTABLECER UNA RED DE APOYO:** se puede establecer una red de apoyo entre médicos, tanto emocional como en el trabajo ayudando en actividades que se requieran.

3. **ESCUCHAR ATENTAMENTE SIN JUZGAR:** Escuchar a un compañero y expresar las emociones a otros compañeros puede ayudar a exteriorizar sus preocupaciones del trabajo o algunas otras situaciones, se debe de crear un ambiente de confianza.

4. DAR ANIMOS Y RECONOCER A LOS DEMÁS EL TRABAJO BIEN HECHO: Es bueno que entre los residentes se reconozca cuando hizo un trabajo bien hecho. Eso les ayudara a ser mas seguros de si mismos al momento llevar a cabo una cirugía o alguna tarea encomendada.

5. REUNIONES DE RETROINFORMACIÓN: En estas reuniones los residentes con mayor experiencia pueden volver a explicar temas que no hayan comprendido otros residentes o que sean un poco más complicados con el objetivo de que queden mas clarificados los temas o dudas surgidas.

6.- PLANEAR PERIÓDICAMENTE ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE: se pueden planear actividades de tiempo libre como cenas, actividades deportivas, o las que propongan en estas sesiones con el objetivo de generar una mayor conexión y apoyo entre los compañeros.

Es muy importante que se realicen periódicamente diferentes cursos para que mejoren su asertividad, habilidades sociales y saber expresar sus emociones. Sin embargo las estrategias antes planteadas pueden no ser aplicadas debido al sistema que manejan en el hospital, donde los jefes residentes no permitirían que se apliquen debido a la sobrecarga de trabajo, falta de tiempo y creencias de los residentes.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue diseñar un plan de prevención para atender las problemáticas relacionadas al Síndrome de burnout que afectan directamente la calidad de vida en médicos residentes de urología del Hospital General de México. Con base a los resultados obtenidos se diseñaron estrategias que pueden ayudar a contribuir de manera positiva a los residentes, disminuyendo el nivel de burnout y a que se desarrollen otras problemáticas como pueden ser trastornos de sueño, por ejemplo dificultad para conciliarlo o insomnio, irritabilidad, ira, estrés, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

Las estrategias diseñadas pueden llevarse a cabo dentro del Hospital como fuera del el, a nivel individual y grupal. Son medidas de cuidado físico llevando una alimentación saludable para tener un adecuado estado de salud. Los residentes pueden realizar actividades que disfruten, que sean placenteras y que puedan llevarse a cabo individualmente, con la familia, amigos y con compañeros del propio trabajo.

La red de apoyo entre los mismos compañeros es fundamental en esta investigación, ya que entre ellos mismos pueden compartir experiencias, técnicas de trabajo e incluso expresar las emociones que pueden llegar a sentir, apoyándose del mismo modo en la familia y amigos.

Es importante resaltar, como se mencionó anteriormente, que las estrategias antes planteadas pueden no ser aplicadas debido al sistema que manejan en el hospital, donde los jefes residentes no permitirían que se aplicaran debido a la sobrecarga de trabajo, falta de tiempo y creencias que puedan llegar a tener.

Algunos autores como Rodríguez-Socarrás et al. (2019) mencionaron que casi la mitad de los residentes tienen algún problema de sueño como dificultad para iniciar el sueño, un tercio de los encuestados admitió haberse quedado dormido en situaciones como delante del ordenador o esperando al cambio del semáforo, lo que es sumamente preocupante ya que al ser entrevistados los residentes del Hospital General de México algunos de ellos mencionaron que es tanta la sobrecarga de trabajo que como lo mencionó el autor, tienen problemas para conciliar el sueño o

no les da tiempo de dormir, lo que provoca que al día siguiente vayan sumamente agotados a trabajar y se queden dormidos en situaciones preocupantes.

Otro hallazgo importante es que en la investigación que realizó Terrones-Rodríguez et al. (2016) comentaron que las mujeres presentaron la mayor frecuencia de burnout, lo que por el contrario, en la presente investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, esto quiere decir que sin importar ser hombre o mujer, ambos tienen las posibilidades de agotarse físicamente, mentalmente, tener sobrecarga de trabajo o sufrir algún trastorno de sueño.

Como se ha visto, la calidad de vida se ve directamente afectada al padecer este síndrome, Beltrán et al. (2015) comentaron en su estudio que la calidad de vida del trabajador depende en mucho de las condiciones laborales, el exceso de trabajo y la carga horaria repercuten de manera notable en la salud mental de los trabajadores, lo que se notó en la investigación con los residentes de urología es que, de hecho, la realización de muchas actividades de trabajo dentro del Hospital General de México, tuvieron un alto impacto en su estado de salud física, en su estado de ánimo, además de afectar sus relaciones sociales.

Estos autores también refieren que trabajar más de 30 horas a la semana incrementa el riesgo en el desarrollo del síndrome de burnout, en la ficha de identificación de los residentes la mayoría contestó que la jornada laboral es de 80 a 140 horas a la semana afirmando que padecen síndrome de burnout.

En la presente investigación se observó que todos los residentes sin importar el año que cursan tienen que realizar actividades asistenciales: consulta programada, consulta y atención de urgencias, atención hospitalaria, cirugías, interconsultas, actividades de docencia: clases, sesiones académicas de casos clínicos, sesiones multidisciplinarias, sesiones interinstitucionales, actividades de investigación: proyecto de tesis, publicaciones en revistas, presentaciones en congresos, por el contrario Cruz (2006), menciona que el sistema de residencias en México implica realizar actividades educativas y asistenciales que varían de acuerdo con el año académico. Este autor también observó una alta frecuencia de médicos que

consideraron insuficientes los recursos económicos, en esta investigación los médicos residentes de urología de igual forma consideraron malo su ingreso salarial mensual, lo que quizá pueda llegar a provocar una desmotivación al realizar su trabajo e incluso su deserción.

Como consecuencia de lo antes visto, los médicos pueden llegar a sentirse agotados, sin energías para dar lo mejor de ellos en su trabajo y tener un trato empático con sus pacientes, estar agotados físicamente los puede llevar a cancelar invitaciones de amigos o familiares, de salir con su pareja y sentirse emocionalmente agotados, todo esto podría sobrellevarse mejor con una óptima red de apoyo, con el apoyo de compañeros, amigos y familiares. La resiliencia es algo que muchos de los residentes refirieron, es lo que les ayuda a seguir adelante ya que comentaron que siempre van a ver retos cada día en el hospital y ven cada obstáculo como algo pasajero.

Aunado a esto es importante que se lleven a cabo medidas de prevención al en los servicios de salud con el propósito de prevenir la aparición del síndrome y que repercuta en la calidad de vida los médicos residentes y por ende en su trabajo. Es indispensable que como psicólogos se estudien las condiciones de trabajo del médico de posgrado en formación y sus repercusiones en la salud física y mental, se administren diversos instrumentos y encuestas para conocer los niveles de burnout, aplicar técnicas y planes de prevención que ayuden a mejorar la calidad de vida de los médicos, esto incluye su estado físico, sus relaciones sociales, sus actividades en el trabajo y su salud psicológica, ya que como vimos anteriormente, la mayoría de la muestra encuestada, no realiza ningún tipo de actividad extrahospitalaria, como recreativa o alguna actividad de ocio, de igual forma un importante porcentaje de la muestra no realiza actividad física, sería importante aplicar el plan de prevención para notar si existen cambios en el nivel de burnout de la muestra. Otro aspecto importante es que acudan a psicoterapia ya que actualmente ningún residente a lo hace, esto podría resultar beneficioso en varios aspectos de su vida diaria, aprendiendo estrategias que les ayuden a sobrellevar la carga de trabajo.

En el contexto de la pandemia por SARS-coV-2, el personal de salud se ha enfrentado, no solo al reto de tratar un padecimiento antes desconocido, sino que tiene que afrontar las secuelas del mismo, a nivel físico y psicológico, viven esta situación con miedos como el de poder contagiar a su familia. En estos días no hablamos solo de la sobrecarga de trabajo, de las responsabilidades en el trabajo, también se experimenta un fuerte temor por el potencial riesgo de enfermarse por el COVID-19 e infectar a otros, por esto es importante llevar a cabo planes de autocuidado que ayuden al personal de salud a enfrentar este nuevo reto.

REFERENCIAS

- Amaral, J. A., Flores, A. R. V., Mejía, R. H., Ponce, M. G. R., & Rodríguez, J. F. V. (2008). Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel. *Medicina Interna de México*, 24(1), 16-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2008/mim081d.pdf>
- Arayago, R., González, A., Limongi, M. y Guevara, H. (2016). Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Salus*. 20,(1) pp 13-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375946213004>
- Arequipa, S. (2016). Síndrome de burnout, satisfacción laboral e integración familiar en trabajadores de una tienda por departamento de Arequipa. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Walter-Arias-Gallegos/publication/303838413_Burnout_satisfaccion_laboral_e_integracion_familiar/links/5757228608ae05c1ec16cf68/Burnout-satisfaccion-laboral-e-integracion-familiar.pdf
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15. Disponible en: <https://sociales.uprrp.edu/ipsi/wp-content/uploads/sites/17/2020/12/Reestructuracion-cognitiva-Bados-y-Garcia-2010.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2014). Resolución de problemas. *Universitat de Barcelona*. 1-34. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Beltrán, C. A., Salas, J. H. B., Paredes, J. J. R., Zárate, L. A. Q., Cabrales, A. P. C., Ortega, G. G., & Piña, J. A. E. (2015). Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). *Salud Uninorte*, 31(2), 245-254. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81742138005.pdf>

- Castillo, L. (2016). Burnout presente en 60 por ciento de profesionistas mexicanos. *Saludiaro. El medio para médicos.* Disponible en: <https://www.saludiaro.com/burnout-presente-en-60-por-ciento-de-profesionistas-mexicanos/>
- Cruz, A. (10 de septiembre de 2018). Alta tasa de suicidios entre médicos: 40 de cada cien mil. *La Jornada.* <https://www.lajornada.com/2018/09/10/sociedad/036n1soc>
- El Sahili, L. (2015). Burnout: Consecuencias y soluciones. México. Editorial El Manual Moderno.
- Carrillo-Córdova L, Carrillo-Córdova J, Carrillo-Esper R y Garduño-Arteaga M. (2008). Prevalencia de depresión y síndrome de burnout en residentes de urología de un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Urología.* 78, (2) pp105-111. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur182d.pdf>
- Castillo, Y., Orozco, JairO. y Alvis, L. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.* 47, (2) pp187-192. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278010.pdf>
- Durán, S., García, J., Margel, A. P., Velázquez, M. D. R. G., & Hernandez-Sánchez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura Educación Y Sociedad,* 9(1), 27-44. Disponible en: <file:///C:/Users/teres/Downloads/1809-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7050-2-10-20181026.pdf>
- Gil-Monte y Moreno-Jimenez.(2007).El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Ediciones Pirámide. Madrid. pp. 25-57.
- González, L. G., & Kasparane, A. G. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e investigación en psicología,* 14(2), 403-425. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>

- Guerrero Barona, E., & Rubio Jiménez, J. C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del "Burnout" en el ámbito educativo. *Salud mental*, 28(5), 27-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252005000500027&script=sci_arttext
- Gutiérrez, C. A., Marmolejo, L. E. C., Aguilera, J. C., Avellaneda, V. M. M., Girón, A. D. M. T., Mora, N. A. C., ... & Peñaloza, A. L. V. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en educación médica*, 5(18), 102-107. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349745408006.pdf>
- Hernández Muriel, C. (2015). Prevención del síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12007/TFG-H304.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. I., & Espinoza-Martínez, C. E. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 233-242. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527005.pdf>
- Medina, M. L., Medina, M. G., Gauna, N. T., Molfino, L., & Merino, L. A. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Investigación en educación médica*, 6(23), 160-168. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007505717301758?token=831F7CB0FAE7CE994A9DF8D74489FF9DDF9A4367739CC4CE5C9755AC2030B9D151179C6423644262125AD98AEC5FBB59&originRegion=us-east-1&originCreation=20210609004132>
- Méndez-Cerezo, Á. (2011). Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 56(2), 79-84. Disponible en: <file:///C:/Users/teres/Downloads/bc112d.pdf>

- Molina, N. C., Mena, J. Á., Osorio, L. P., Salazar, L. G., & Fernández, M. A. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Diálogos de saberes*, (50), 39-60. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/5551>
- Paredes, O. L., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1), 25-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/910/91016105.pdf>
- Pereda-Torales, L., Márquez Celedonio, F. G., Hoyos Vásquez, M. T., & Yáñez Zamora, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32(5), 399-404. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212261006.pdf>
- Preciado-Estrella, D. A., Herrera-Muñoz, J. A., Gómez-Sánchez, J., Cortés-Raygoza, P., Ortega-González, M., & Calvo-Vázquez, I. (2018). Niveles de estrés y síndrome de burnout en urólogos mexicanos. ¿Cómo nos encontramos?. *Rev Mex Urol*, 78(2), 98-104. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/0c1c/15ebd31455d514f4bc62d17faacc6f302afa.pdf>
- Prieto-Miranda, S. E., Rodríguez-Gallardo, G. B., Jiménez-Bernardino, C. A., & Guerrero-Quintero, L. G. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 574-579. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745491013.pdf>
- Pons, J. P. R., & Carrasquero, E. E. C. (2010). Fatiga y resiliencia en el personal médico de los hospitales públicos. *Multiciencias*, 10, 271-277. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/904/90430360015.pdf>

- Ramírez, A., Araiza, A. y Anaya, E. (2017). Síndrome de burnout en docentes. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*. 8, (14) pp45-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=521653267015>
- Rodríguez, F. J., Ramos, M. B., Pérez, S. I., García, L. R., & Diz, P. G. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 36(8), 442-447. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705369>
- Rodríguez-Socarrása, M., Skjold Kingoa, P., Uvina, P., Østergrena, G., Patrunoa, E., Edisong, V., Kasivisvanathanh, J. L., Vásquez, ., Esperto, F. y Gómez, J. (2019). Estilo de vida y burnout en residentes y urólogos jóvenes. *Actas Urológicas Españolas*. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2019.03.010>
- Romero-Márquez, R. S., & Romero-Zepeda, H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 91-102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745506018.pdf>
- Salcedo Rosas, K. P. (2007). Nivel del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en el Albergue Central" Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro": setiembre-octubre, 2007. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1007/Salcedo_r_k.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sarmiento, P. J., & Chico, A. P. (2015). Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *Persona y bioética*, 19(2), 290-302. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83242580004.pdf>
- Terrones-Rodríguez, J., Cisneros-Pérez, V. y Arreola-Rocha, J. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(2) pp 242-248. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745149016.pdf>

Tesillo, S. Y. F., & Martínez, A. O. R. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2539>

Vázquez-Ramírez, L. A., & Avilés, A. G. P. (2014). Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Atención Familiar*, 21(4), 109-112. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630030X>

¿Has tenido vacaciones en los últimos 6 meses? () Sí () No

¿Has acudido a psicoterapia? () Sí () No

¿Por cuánto tiempo?:

¿Actualmente acudes a psicoterapia?: () Sí () No

¿Cuánto tiempo llevas asistiendo?:

INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento. La escala de valoración es la siguiente:

		Evaluaciones / preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Un vez al mes o menos	Algunas veces al mes	En vez a la semana	Varia veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

1

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces del tiempo</i>	<i>A menudo o la mayor parte a menudo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?					
2. ...se sintió descansado/a?					
3. ...se sintió con energía?					
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?					
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?					
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?					
7. ...sintió que durmió lo suficiente?					
8. ...se sintió suficientemente activo/a?					
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?					
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?					
11. ...se sintió bien físicamente?					
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?					
13. ...no experimentó problemas visuales?					

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces del tiempo</i>	<i>A menudo o la mayor parte a menudo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
14. ...con la mente despejada?					
15. ...satisfecho/a con su vida?					
16. ...a gusto con su aspecto físico?					
17. ...alegre o animado/a?					
18. ...independiente?					
19. ...contento/a?					
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?					
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?					
22. ...capaz de tomar decisiones?					
23. ...relajado/a?					
24. ...a gusto con su vida?					
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?					
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?					
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?					

13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

TAREAS DE CURSO/DE CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad? NO
SI

Si responde que no, anote la razón.

- Si no, ¿por qué no?**
- 1 Demasiado enfermo/a físicamente
 - 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
 - 3 Nadie espera que haga esto
 - 98 Otra razón _____
escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección.

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?					
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?					
53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?					
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?					
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?					
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?					
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?					
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?					
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?					
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?					

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo o la mayor parte del tiempo</i>	<i>Muy a menudo o siempre</i>
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?					
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?					
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?					
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?					
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?					
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?					
73. ...sintió cariño por una o más personas?					
74. ...se llevó bien con otras personas?					
75. ...bromeó o se rió con otras personas?					
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?					
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?					

13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción

En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...

	<i>Muy malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy bueno</i>
78. ...su estado de salud física?					
79. ...su estado de ánimo?					
80. ...su trabajo?					
81. ...las tareas de la casa?					
82. ...sus relaciones sociales?					
83. ...sus relaciones familiares?					
84. ...sus actividades de tiempo libre?					
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?					
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*					
87. ...su situación económica?					
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*					
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*					
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*					
91. ...su sensación general de bienestar?					
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí y deje la respuesta en blanco)					
93. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?					

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados con la falta de satisfacción.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD



La presente investigación tiene como objetivo:

Diseñar un plan de prevención para atender las problemáticas relacionadas al Síndrome de Burnout en relación con su calidad de vida en médicos residentes de Urología del Hospital General de México.

Una vez finalizada la investigación, se le entregarán los resultados obtenidos a través de correo electrónico, por lo que es muy importante que trate de colocar todos los datos que se le piden en el cuestionario, para así explicarle sus resultados así como dudas y comentarios, en caso de que usted necesite mi presencia acudiré personalmente para explicarle las dudas que tenga acerca de sus resultados o de la investigación.

Sin más que decir dejo a su disposición mi correo electrónico por cualquier duda surgida durante y después de la investigación, le agradezco su consentimiento y participación en este proyecto de investigación.

teresa.jimenez.cisneros@gmail.com

Iniciales y firma