

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

“FACTORES PSICOSOCIALES, MOBBING, ESTRÉS, FATIGA, CALIDAD DE
VIDA Y BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. LAURA MARCELA HERNÁNDEZ AGUILERA

ASESORES METODOLÓGICOS:

M. EN C Dra. Guadalupe Aguilar Madrid
M. en Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez

ASESOR TEÓRICO:

M en C Dr. Felipe Vázquez Estupiñán

Folio: 2011- 3601 - 15



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012.



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.

DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ
Jefe de la División de Educación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades CMNSXXI

M. EN C DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Asesor Metodológico

M. EN C CUAUHTÉMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ
Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Asesor Metodológico

M. EN C M. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
UMAE Hospital de Especialidades CMN SIGLO XXI
Profesor Titular del curso de Psiquiatría
Asesor Teórico

DEDICATORIAS

A mi abuela Raquel pilar de mi vida, luz y mano amiga.

A mis padres: mi apoyo incondicional en el largo camino.

A mis hermanos.....los ausentes.

A mi familia, a mi gente.

A mis amigos, los del alma, los de siempre.

A él; donde quiera que esté y cualquiera que sea su nombre...

Al México que sueño, ese otro que veo....

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas y cada una de las personas que ayudaron en mayor o menor medida a la realización de este trabajo, pero muy especialmente a la Dra. Guadalupe Aguilar Madrid y al Dr. Cuauhtémoc Juárez, que además de ser mis guías en este proyecto, estuvieron ahí en un momento difícil de mi vida y me animaron a sacarlo adelante, además lograron que me sintiera atraída por la investigación y que la bioestadística me fuera más amigable.....; a mis padres porque gracias a ellos he llegado hasta donde estoy y me impulsan a seguir adelante; a mis maestros especialmente al Dr. Armando Anaya Segura y al Dr. Alberto Andón Hernández, gracias por todas sus enseñanzas y apoyo académico, los quiero mucho; a los pacientes, por enseñarme lo maravillosa y noble que es la psiquiatría..; agradezco también a todos y cada uno de mis amigos que han dejado huella y con los que he compartido algunos de los mejores momentos de mi vida; agradezco muy especialmente a Sixto, por su amistad y por sacarme de apuros cibernéticos; quien contribuyó también en la realización de este trabajo, a la memoria de Higinio Muñoz, compañero entrañable de lucha a quien recordaré siempre por su ejemplo y gran compromiso social, a Susana mi terapeuta, quien me tendió su mano; a Abigail por su apoyo y amistad incondicional, a Dios por estar siempre conmigo y alumbrarme el camino.....; y a mí, por terminar una etapa más y concluir con este sueño que me tracé hace más de 10 años.....

ÍNDICE

HOJA DE DATOS DEL ALUMNO	5
RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
MARCO TEÓRICO	10
JUSTIFICACIÓN.....	41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	43
OBJETIVO GENERAL	44
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
MATERIAL Y MÉTODOS	44
Diseño del estudio	44
Universo de trabajo.....	44
Selección y cálculo de la muestra.....	44
Descripción de las variables	45
Criterios de Selección	49
Procedimientos	49
Instrumentos de medición y recolección de la información.....	50
Análisis estadístico	52
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	52
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	53
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	53
RESULTADOS.....	54
DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS	68
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	75
TABLAS	76
GRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	93

HOJA DE DATOS DEL ALUMNO

1. Datos del alumno (Autor)	1. Datos del alumno
Apellido Paterno: Apellido materno: Nombre Teléfono Universidad Facultad o escuela Carrera: No. de cuenta	Hernández Aguilera Laura Marcela 55 40137458 Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina Médico Cirujano/ Psiquiatría 097129402
2. Datos del asesor	2. Datos del asesor (es)
Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s) Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s) Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s)	Aguilar Madrid Guadalupe Vázquez Estupiñán Martín Felipe Juárez Pérez Cuauhtémoc Arturo
3. Datos de la tesis	3. Datos de la Tesis
Título: No. de páginas Año:	“Factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout en médicos residentes” 112 p. 2012

RESUMEN

“FACTORES PSICOSOCIALES, MOBBING, ESTRÉS, FATIGA, CALIDAD DE VIDA, Y BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES”

ANTECEDENTES: La residencia médica es una etapa de aprendizaje y entrenamiento que la mayoría de las veces resulta desgastante para los médicos, quienes se encuentran en constante riesgo de presentar síntomas asociados a fatiga, estrés y burnout probablemente como consecuencia de factores psicosociales inherentes a su profesión y a otros factores de tipo laboral como el “mobbing”, los cuales actualmente constituyen un campo de estudio vital puesto que podrían influir negativamente en la salud física y mental de los residentes, quienes a su vez tienen una amplia responsabilidad en la atención de los derechohabientes lo que puede ir en detrimento de la calidad de los servicios. Por lo anterior se requiere detectar y atender el problema a fin de promover su bienestar individual y laboral para con ello fomentar y consolidar el prestigio institucional del IMSS como prestador de servicios de salud de calidad y vanguardia.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de estrés, fatiga, y síndrome de burnout y su relación con factores de tipo psicosocial, mobbing y la percepción negativa de la calidad de vida laboral en médicos residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en médicos residentes del Hospital CMNS XXI de la Ciudad de México durante el periodo 2011-2012. Como técnica de recolección de información se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario de evaluación de factores psicosociales (Método ISTAS 21), la Escala Sintomática de Estrés de Seppo Aro, Cuestionario de Síntomas Subjetivos de Fatiga de H. Yoshitake, Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO), Escala de Calidad de Vida en el Trabajo (CVT-GOHISALO), y la Escala de Burnout (MBI Versión Castellana). Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico Stata v-11. Se realizó un análisis univariado para identificar inconsistencias en la distribución de las variables, valores extremos y aberrantes o errores de captura y se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana), y de dispersión (desviación estándar y rangos) en las variables continuas; así como frecuencias simples en las variables categóricas. En el análisis bivariado se calcularon diferencias de medias y de proporciones en los grupos usando estadísticos de t de student y chi²; y se observó la prevalencia del fenómeno de estudio de manera global, por grupos, por género, tipo de especialidad y año de residencia. También se analizaron los efectos (estrés, fatiga, burnout) de acuerdo a cada una de las dimensiones psicosociales estudiadas (factores psicosociales, mobbing, calidad de vida laboral) para determinar las diferencias de proporciones por dimensión y sus posibles asociaciones.

RESULTADOS: Participaron 153 residentes. El 54.2% (83) fueron mujeres y 45.7% (70) hombres. El 57.5% (88) pertenecían a especialidades médicas y el 42.4% (65) a especialidades quirúrgicas. El 15% (23) fueron R1, 29.4% (45) R2, 33.3% (51) R3 y 22.2% (34) R4. El 93.4% (143) de los residentes reportaron la existencia de conductas y actitudes violentas al interior de su área laboral; el 61.4% (94) de los residentes presentó estrés, siendo las mujeres las más afectadas en este rubro ($p < 0.05$). El 36.6 % (56) de los residentes reportan niveles de fatiga leve, 32% (49) niveles de fatiga moderada y 31.3% (48) de los residentes reportan fatiga excesiva. El 32.6% (50) cumplieron con los criterios de síndrome de burnout. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, tipo de especialidad o año de residencia ($p > 0.05$). Se observaron asociaciones importantes entre los factores psicosociales negativos, el mobbing y la percepción negativa de la calidad de vida sobre la presencia de estrés, fatiga y síndrome de burnout.

CONCLUSIONES: Existen altas prevalencias de estrés, fatiga y burnout en los médicos residentes, y la influencia que sobre estos ejercen los factores psicosociales, el mobbing y la percepción de la calidad de vida son determinantes; lo que en su conjunto representa un efecto negativo a su salud y puede tener serias implicaciones en la calidad de la atención que brinda la institución.

1. TITULO DEL PROTOCOLO

“FACTORES PSICOSOCIALES, MOBBING, ESTRÉS, FATIGA, CALIDAD DE VIDA, Y BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES”

2. AUTORES

DRA. LAURA MARCELA HERNÁNDEZ AGUILERA., RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE PSIQUIATRÍA CMNSXXI.
M. en C. DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID ¹
M. en C. CUAUHTÉMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ ²
M. en C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN ³

3. ANTECEDENTES

FACTORES PSICOSOCIALES

El trabajo es una actividad social. Como toda actividad social puede ser fuente de bienestar pero al mismo tiempo puede ser generador de efectos psicológicos negativos (Gil-Monte PR, Peiró SJM, 1997).

Son los factores psicosociales que rodean al trabajo los que le dan el carácter de fuente de bienestar o malestar (Córdoba Esteban, 2008). Consisten en interacciones entre el trabajador, sus capacidades, necesidades, su cultura y su situación personal por una parte y por la otra con su medio ambiente laboral y las condiciones de su organización, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (OIT-OMS, 1984).

Cada año suceden 160 millones de casos nuevos de enfermedades laborales, incluidas las enfermedades mentales, presentándose mayor número de trabajadores con estrés psicológico (OMS, 2000). Diversos estudios han señalado la importancia creciente de dichos factores psicosociales como determinantes de la salud general y mental de los trabajadores (Sauter, Murphy, Hurrell, 1990) (Gil Monte PR, 2000).

Se ha documentado en la literatura la participación de ciertos factores psicosociales negativos asociados al síndrome de Burnout. En la medida que estos facilitadores están presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido afectando el desarrollo del síndrome (Gil-Monte PR, Peiró SJM, 1997) (Gil-Monte PR, 2001).

La investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques para abordar un problema determinado desde una perspectiva mucho más amplia (Basabe N, 2004).

¹ Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo. Centro Médico Nacional Siglo XXI.
México, D. F. Tel y fax. (5255) 5761-0725

² Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo. Centro Médico Nacional Siglo XXI.
México, D. F. Tel y fax. (5255) 5761-0725

³ Profesor Titular de la Especialidad en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Especialidades UMAE. CMNSXXI

MOBBING

Se trata de un fenómeno de etiología multicausal y de naturaleza claramente interpersonal que hace referencia a continuados comportamientos negativos en el contexto laboral dirigidos contra uno o varios trabajadores por parte de sus superiores u otros compañeros. Es un problema psicosocial significativo, tanto por sus elevados porcentajes de prevalencia como por el daño que es capaz de originar en los trabajadores acosados (Borrás L, 2002) (Einarsen S, Mikkelsen EG, 2003) (Leymann H, Gustafsson A, 1996), cuya génesis es claramente multicausal, en el que influyen tanto variables de tipo individual (por ejemplo, personalidad del acosador y de la víctima) como variables propias del ambiente laboral (González-Trijueque D, 2007).

Los efectos del acoso laboral sobre la salud física y mental de los trabajadores pueden ser muy variados y proyectarse sobre ámbitos también muy diferentes, de hecho, no sólo el trabajador que se convierte en víctima lo sufre, sino que, a medida que el problema se va desarrollando, comienzan a hacerse más evidentes las repercusiones para la propia organización de trabajo y el núcleo socio-familiar del afectado (Einarsen S, Hauge L J, 2006) (Pérez-Bilbao J et al., 2001).

ESTRÉS

El estrés constituye un problema de gran relevancia y repercusión social que afecta a un colectivo profesional importante en nuestros días y actualmente se le concede una extraordinaria importancia por las consecuencias que produce sobre la salud produciendo una gran cantidad de signos y síntomas (Mompó G et al., 2003).

La residencia médica es un periodo de aprendizaje, proclive al estrés, que puede afectar al proceso de formación. Este se ve facilitado por las interacciones de los distintos tipos de variables personales, organizacionales e incluso sociales y culturales. El desgaste profesional del médico asociado al estrés tiene importantes repercusiones sobre la calidad de la atención al paciente y de la salud mental del médico, asimismo representa costos sociales y organizacionales (Díaz et al., 1996).

En estudios realizados con médicos residentes, se ha reportado una prevalencia de los niveles de estrés que va de un 39.3% - 86%, con síntomas de estrés en un grado moderado a grave (Collier VU et al., 2002) (Buddeberg-Fischer B et al., 2005) (Tivizay Molina de González-Méndez et al., 2006).

FATIGA

La fatiga se define como una disminución reversible de la capacidad funcional de uno o varios órganos del cuerpo, como consecuencia de un esfuerzo físico y/o mental que influyen de manera adversa en la producción de una persona como resultado de la realización previa de un trabajo prolongado y sostenido (Cameron C, 1973).

El factor primordial en la génesis de la fatiga es el estrés (Squires BP, 2005) (West CP et al., 2009). En México la fatiga está entre las 3 patologías laborales más importantes (Noriega M et al., 2000). Es una condición común a muchas ocupaciones, pero que se magnifica en la profesión médica (David A, 1990) y son los residentes un grupo con alta prevalencia que va del 60-90% (Mc Cail TB, 1988) (Squires BP, 2005) reportándose un efecto dañino en la calidad de la atención (Lewittes L, Marshall V, 1989) (Samkoff JS, Jacques CH, 1991) (Williams ES et al., 2007).

CALIDAD DE VIDA

Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (OMS, 2000).

La calidad de vida laboral de un trabajador depende de las condiciones laborales y ambientales a las cuales está expuesto (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009), lo cual se relaciona estrechamente con el estudio de los factores psicosociales, el estrés y la fatiga; elementos previamente expuestos y que se estudiarán de manera global en este trabajo.

BURNOUT

Se refiere al agotamiento físico y emocional producto de la forma en que los profesionales interpretan y mantienen sus propios estados emocionales en momentos de crisis debido a unas condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales (Maslach C, Jackson SE, 1981) (Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, 1996) lo cual produce una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales (Gil Monte PR, Peiró SJM, 1997) (Gil-Monte PR, 2000), caracterizadas por despersonalización, agotamiento emocional y una sensación de bajo rendimiento personal que conduce a una disminución en la eficacia en el trabajo (Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, 1996); deterioro en el estado de salud y de la calidad de vida (Lemkau JP et al., 1994) (Shanafelt TD et al., 2002) (Niku K. Thomas, 2004) (Prins JT et al., 2009).

Es un problema de gran importancia, presente en profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) (Nash IS, 2002) (Cohen JS, 2002) (Linzer M et al., 2001) (Collier VU et al., 2002) (Niku K. Thomas, 2004) (McCray L et al., 2008). Aparece comúnmente entre los médicos en ejercicio, con tasas de prevalencia que van del 25 a 60% (Linzer M et al., 2001) (Ramírez AJ et al., 1995) (Deckard GJ et al., 1992) (Aranda Beltrán C et al., 2003) (Nyssen AS et al., 2003) (Niku K. Thomas, 2004)) (McCray L et al., 2008); sin embargo su prevalencia parece ser mayor entre los médicos residentes (Shanafelt TD et al., 2002) (McCue JD, Sachs CL, 1991).

4. MARCO TEÓRICO

LAS RESIDENCIAS MÉDICAS Y EL POSGRADO

El sistema de residencias y Posgrado hospitalario fue ideado por Teodoro Billroth en Viena a mediados del siglo XIX. William Halstead, cirujano norteamericano egresado a partir de este sistema, inauguró posteriormente el programa de residencias médicas de la escuela de medicina John Hopkins de los Estados Unidos en 1889 (Estrada Ocampo H, 1983).

La residencia hospitalaria se constituyó en una forma de entrenamiento y preparación de médicos jóvenes recién graduados. Esta residencia, realizada dentro del hospital a tiempo exclusivo, tendría el reconocimiento y el respaldo de una institución universitaria (Estrada Ocampo H, 1983).

LAS RESIDENCIAS HOSPITALARIAS EN MÉXICO

En abril 1942, los doctores Gustavo Baz, y Aquilino Villanueva, fundaron la primera residencia hospitalaria de nuestro país. La segunda residencia se fundó a fines de 1942 en el Hospital Militar y después la del Hospital Infantil de México, ambas por influencia de Gustavo Baz y así poco a poco se fue creando un programa estructurado de residencias médicas (Estrada Ocampo H, 1983) (Quijano Pitman F, 1988) (Quijano Pitman F, Fernández Alonso M E, 1994).

La enseñanza médica en México desde sus inicios ha sido tutelar, por aprendizaje en servicios, pues los alumnos son a la vez residentes de los hospitales y además tienen funciones asistenciales en los servicios de consulta externa, hospitalización y quirófanos -en las disciplinas que lo requieren- y, también participan en la docencia, conferencias teóricas, sesiones académicas, auto enseñanza con lecturas dirigidas y discusiones coordinadas y, por supuesto, adiestramiento clínico en la atención clínica curativa de los enfermos. Asimismo hay por último, un adiestramiento clínico complementario consistente en trabajo de guardia en los hospitales, siempre bajo la supervisión de residentes con

mayor experiencia o médicos de base que acuden al llamado expreso de los propios alumnos (Estrada Ocampo H, 1983) (Quijano Pitman F, 1988) (Quijano Pitman F, Fernández Alonso M E, 1994).

En 1991, la Facultad de Medicina de la UNAM evaluó los cursos de Posgrado y en 1992 fue creado el Programa Nacional de Evaluación de las Especialidades Médicas. Los titulares de la Secretaría de Salud, del IMSS, del ISSSTE, el presidente de la Academia Nacional de Medicina y el rector de la UNAM, suscribieron un convenio de colaboración interinstitucional. A partir de 1994, quedó estructurado el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina de la UNAM y es a partir del cual se originan los planes de estudio de las diferentes universidades del país (UNAM, 1994).

Actualmente se cuenta con 74 cursos especialidades del PUEM en 77 sedes hospitalarias en la zona metropolitana de la ciudad de México y en las entidades federativas de Sonora, Puebla, Estado de México, Guerrero, Michoacán y Tabasco y los programas académicos de los hospitales del sistema de salud nacional público y privado son revisados y actualizados cada 4 o 5 años (UNAM, 1994) (Aréchiga Urtuzuástegui Hugo et al., 2000).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social son 60 los cursos de especialización que actualmente se imparten en todas las entidades federativas del país y en los tres niveles de atención, en más de 100 unidades de atención médica. Su duración varía entre 2 y 7 años y se encuentran organizados en tres tipos de especialidades: especialidades de entrada directa con subsedes, especialidades de entrada directa sin subsedes, especialidades de rama (IMSS, 2010).

La Coordinación de Educación en Salud (CES) del IMSS dicta las políticas para planear, ejecutar y evaluar las acciones educativas en salud que se desarrollan en la institución. También ha impulsado acciones concretas a fin de mejorar los ambientes académico-laborales de las unidades médicas donde se desarrollan las actividades del quehacer educativo institucional (CES, 2010); sin embargo desde el punto de vista de la que escribe el presente trabajo esto no ha sido suficiente para atender las necesidades actuales de los médicos residentes.

La residencia médica es una etapa agotadora del entrenamiento del médico durante la cual los residentes trabajan por largas horas mientras que su responsabilidad hacia las vidas de pacientes simultáneamente aumenta, idealmente junto con su conocimiento y experiencia. Es un proceso de capacitación durante el cual deben encontrar un equilibrio entre la voluntad de cuidar y curar, el manejo de la sensación de impotencia ante el sistema de salud complejo en el que se insertan, y el establecimiento de los límites de su propia identidad personal y profesional (Niku K. Thomas, 2004).

La gran mayoría de los médicos residentes enfrentan muchas horas de trabajo, privación del sueño, y cargas laborales extenuantes, y a menudo se encuentran a sí mismos frustrados cuando enfrentan sus responsabilidades en la atención de los pacientes. Las jornadas de trabajo de los residentes, son muy superiores a lo establecido por la Ley

Federal de Trabajo (40 hrs. semanales); lo que demostradamente genera daños a la salud e impacta en la atención de los derechohabientes del IMSS (Toral-Villanueva Rodrigo et al., 2009).

La práctica de la medicina tiene características propias que, por sí solas o en combinación, definen un entorno profesional difícil que consiste en los estímulos emocionales que acompañan el proceso de enfermar. Los estímulos incluyen el contacto frecuente con el dolor y el sufrimiento, la intimidad física y emocional, el cuidado de pacientes terminales, y las dificultades en su manejo, debido a las incertidumbres y limitaciones de los conocimientos médicos y el sistema organizacional de salud, que chocan con las demandas y expectativas de pacientes y familiares (Collier VU et al., 2002).

4.1 FACTORES PSICOSOCIALES

El trabajo, siempre ha ocupado un papel fundamental en la vida personal y en la estructura social, ya que constituye la principal fuente de ingresos económicos para la mayor parte de las personas, al mismo tiempo que permite satisfacer necesidades psicosociales como la autodeterminación, el prestigio, los contactos sociales y el desarrollo personal (Franco S et al., 2005). Es una actividad social, vigente en nuestra sociedad y cultura; y por tanto, un referente para las personas que viven en ella ante el cual éstas adoptan un cierto posicionamiento (Peiró SJM, 1993). Como toda actividad social puede ser fuente de bienestar, pero al mismo tiempo puede ser generador de efectos psicológicos negativos (Gil-Monte PR, Peiró SJM, 1997). No hay nada inherente al trabajo que lo pueda catalogar de una u otra manera, son los factores psicosociales que lo rodean los que le dan el carácter de fuente de bienestar o malestar (Córdoba Esteban, 2008).

La relación entre trabajo y salud puede abordarse desde distintos ámbitos. Desde la perspectiva psicosocial los riesgos a los que están expuestos los trabajadores en el transcurso de su jornada laboral tienen su origen en el terreno de la organización del trabajo, y aunque sus consecuencias no son tan evidentes como las de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, no por ello son menos reales. Estos se manifiestan a través de problemas como absentismo, disminución de calidad de vida, estrés, ansiedad (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1998).

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, y las condiciones organizacionales por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal extra-laboral, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción laboral (OIT-OMS, 1984).

Son aquellas interacciones negativas entre el medio ambiente laboral, por un lado, como son: el ambiente físico de trabajo, contenido del puesto, realización de la tarea, desempeño de roles, tecnologías nuevas, rotación de turnos, sobrecarga laboral, oportunidades de decisión y de realización personal, oportunidad para establecer buenas relaciones interpersonales entre otros; junto con situaciones extra laborales por el otro (Gil-Monte PR, Peiró SJM, 1997). Como variables extra-laborales o personales que influyen en la salud del trabajador se han identificado al sexo, la edad, estado civil y existencia o no de hijos (Gil-Monte PR, 2001). Asimismo se ha planteado que también pueden influir algunos aspectos de la personalidad, ya que ésta determina la forma en que las personas reaccionan a determinadas características del trabajo (Díaz J, Sánchez M, 2002) (Furnham, 2001).

Diversos estudios han señalado la importancia creciente de dichos factores psicosociales como determinantes de la salud general y mental de los trabajadores, ya que pueden influir en su comportamiento, toma de decisiones y en su interacción con los compañeros, y trasciende asimismo a la vida familiar y social (Sauter, Murphy, Hurrell, 1990) (Gil Monte PR, 2000). La investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques para abordar un problema determinado desde una perspectiva mucho más amplia (Basabe N, 2004).

NECESIDAD DE LA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

En España, en 2006 se emitió una *Ley de Prevención de Riesgos Laborales*, que hace obligatorio evaluar los riesgos presentes en todas y cada una de las situaciones de trabajo. Esto debe incluir la evaluación de los procesos de carácter psicosocial a partir del concepto amplio de bienestar y confort, mismo que deberá exigirse, en principio, a todas las empresas y/o instituciones de atención pública cualquiera que sea su actividad (Ley de Prevención, citada por Inspección de Trabajo y Seguridad Social, 2006).

Los indicadores a considerar por el evaluador, especificados en la anterior ley deberán ser los siguientes: a) indicadores laborales: se refieren al tipo de actividad y puesto de trabajo, disminución de la productividad (cantidad, calidad o ambas), absentismo, horarios y turnos de trabajo, etc.; b) indicadores médicos: las enfermedades podrán ser de carácter físico o psíquico, en cualquiera de sus manifestaciones (Ley de Prevención, citada por Inspección de Trabajo y Seguridad Social, 2006).

En México no contamos con una ley similar hasta este momento que obligue a realizar la evaluación periódica de dichos factores, sin embargo a lo largo del estudio de los procesos psicosociales se ha advertido una mayor presencia de éstos en actividades que ofrecen atención al público tales como el personal sanitario, trabajadores sociales,

enfermeras, entre otros; así como actividades en las que el trabajador carece totalmente de autonomía decisoria o puestos de trabajo en los que se exige un nivel de rendimiento o dedicación muy elevado lo que hace necesaria su consideración (Gil Monte PR, 2000). Específicamente varios autores mencionan que las condiciones de trabajo y las presiones a las que se ven sometidos los médicos y las enfermeras pueden hacerlos más vulnerables a padecer el desgaste profesional por el contacto directo con personas enfermas. La relación de estas variables psicosociales son un campo de interés para los estudiosos del comportamiento organizacional y del estrés laboral crónico en el trabajo, por los efectos en la salud que produce en los profesionales (estudiantes de medicina, residentes médicos) y los pacientes, por la posible influencia negativa en el nivel de calidad de los servicios que éstos prestan (Jones JW et al., 1988) (Virtanen P et al., 2008) (Ortiz Valdéz JA, Arias Galicia F, 2010).

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

Existen una serie de métodos generales para evaluar los factores de riesgo psicosocial de tipo cualitativo y cuantitativo. Entre los métodos cuantitativos de mayor fiabilidad y validez probada en estudios previos destaca el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales (MÉTODO ISTAS 21 CoPsQ), ya que fue elaborado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; organismo acreditado y de reconocido prestigio en materia de evaluación de aspectos laborales (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002) (Inspección de Trabajo y Seguridad Social, 2006). Este instrumento está diseñado para identificar y medir la exposición a seis grandes grupos de factores de riesgo para la salud de naturaleza psicosocial. Existen tres versiones, una larga, una media y otra corta. En el presente estudio se utilizó la versión corta del instrumento ya que es la que más se adaptó a nuestras condiciones de tiempo y logística. Es auto-aplicable, consta de 38 preguntas y se evalúa a partir de una escala Likert modificada que va de 0= Nunca, 1= Sólo alguna vez, 2= algunas veces, 3= muchas veces, 4= siempre para los apartados 1, 2, 4, 5, 6; y 0= nada preocupado, 1= poco preocupado, 2= más o menos preocupado, 3= bastante preocupado, 4= muy preocupado para el apartado 3 (Anexo 2).

Los seis grupos de riesgos psicosociales divididos en apartados que evalúa este instrumento son:

1. Exigencias psicológicas: se refieren al volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo, así como al trabajo emocional (trabajo que expone a las personas a procesos de transferencia de emociones y sentimientos, como todos aquellos que requieren contacto con usuarios, público y clientes), trabajo cognitivo (que requiere gran esfuerzo intelectual) o el trabajo sensorial (esfuerzo de los sentidos) (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002).

2. trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control sobre los tiempos):

La influencia en el trabajo es tener margen de decisión, de autonomía, respecto al contenido y las condiciones de trabajo (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo). Es importante promocionar la autonomía de los y las trabajadoras, potenciando su participación efectiva en la toma de decisiones relacionadas con las tareas

asignadas, con los métodos de trabajo, con el orden de las tareas, el control de calidad y el ritmo y los tiempos de trabajo (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002).

3. Apoyo social y calidad de liderazgo: se refiere al hecho de recibir el tipo de ayuda que se necesita en el momento adecuado, tanto proveniente de los compañeros de trabajo como de las figuras de autoridad. Es importante facilitar las relaciones sociales en el trabajo (sin relaciones sociales no puede existir apoyo) y facilitar las condiciones ambientales y organizativas que fomenten la cooperación y la prestación de ayuda entre compañeros y entre superiores y trabajadores. Por otro lado, formas de organización que impliquen una mayor competitividad entre los trabajadores implican importantes deterioros del apoyo social (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002).

4. Inseguridad en el trabajo: existen fuertes evidencias de que la inseguridad en el empleo se relaciona con múltiples indicadores de salud, y se ha puesto especialmente de manifiesto su relación con los siniestros laborales. Esta dimensión evalúa la inseguridad laboral de acuerdo a aspectos contractuales, movilidad funcional y geográfica, cambios de la jornada y horario de trabajo, salario y forma de pago. Limitar la jornada de trabajo y negociar los cambios en las condiciones de trabajo son orientaciones preventivas (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002).

5. Doble presencia: se refiere en sentido figurativo a la necesidad que tienen algunos trabajadores de estar al mismo tiempo en su lugar de trabajo y su casa de acuerdo a sus compromisos familiares y/o sociales, situación que en ciertas circunstancias (enfermedad de algún miembro de la familia, presencia de hijos, problemas familiares, etc.) puede ser causa importante de estrés ya que el trabajador se ve limitado en el tiempo que puede dedicar para resolver estos problemas debido a sus condiciones de trabajo y a la imposibilidad para ausentarse sin tener que pedir un permiso especial (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002).

6. Estima: esta dimensión incluye el reconocimiento de los superiores por el esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo, recibir el apoyo adecuado y un trato justo. Se recomienda poner mucho énfasis en estos aspectos como estrategia preventiva, ya que un trabajador que no se siente reconocido y apoyado por sus superiores no estará motivado para realizar su trabajo (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002).

La escala se evaluó en base a los lineamientos que estipula el manual de aplicación (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002) (CoCoChip., 2006).

4.2 MOBBING

El acoso laboral (*mobbing*) constituye un área de estudio de especial interés en la actualidad. Se trata de un fenómeno de etiología multicausal y de naturaleza claramente interpersonal que hace referencia a continuos comportamientos negativos en el contexto laboral dirigidos contra uno o varios trabajadores por parte de sus superiores u otros compañeros. Es un problema psicosocial significativo, tanto por sus elevados porcentajes de prevalencia como por el daño que es capaz de originar en los trabajadores acosados (González Trijueque D, 2010).

El contexto laboral presenta las características inherentes a cualquier organización social, estando además reguladas las relaciones que han de establecerse entre los distintos individuos y grupos para la realización de las tareas encomendadas. Sin embargo, también se producen relaciones interpersonales que no suelen merecer atención al no ser aspectos directamente relacionados con la realización de las tareas remuneradas y que son susceptibles de generar importantes problemas internos (Pérez-Bilbao J et al., 2001).

Es a partir de ciertos comportamientos hostiles e intimidatorios que tienen su origen en las relaciones interpersonales establecidas dentro del lugar de trabajo, cuando se comenzó a utilizar el concepto anglosajón de *mobbing*; término que se refiere a diversas conductas de acoso y hostigamiento que pueden manifestarse de forma muy heterogénea (Hirigoyen MF, 2001) (Pérez-Bilbao J, et al., 2001) (Piñuel I, 2001).

El *mobbing* es considerado como una forma característica de estrés laboral que presenta la particularidad de que no ocurre exclusivamente por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier organización, entre los distintos individuos que la conforman. El concepto ha sido utilizado en la literatura científica para describir una situación en la que una persona o un grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema en el lugar de trabajo (Pérez-Bilbao J et al., 2001). Aún no ha sido adoptada una definición internacional consensuada acerca del acoso psicológico laboral; por ello, existe una gran variedad de términos para definirlo, siendo además a menudo mal utilizados y/o confundidos con otros riesgos psicosociales (Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, 2003) (Arciniega, 2009).

Heinz Leymann lo definió como el conjunto de acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas por una o varias personas hacia una tercera, y que debido a esta situación le coloca en una posición de indefensión y desvalimiento (Leymann H, 1996). Este hecho debe ocurrir de forma frecuente (al menos una vez a la semana) y durante un cierto tiempo (al menos seis meses) (Zapf D, Knorz C, Kulla M, 1996).

Aunque han sido desarrolladas posteriores definiciones, cabe destacar que todas ellas describen dicho fenómeno como una forma de hostigamiento psicológico dentro del trabajo (Di Martino V, Hoel H, Cooper CL, 2003), siendo una característica fundamental del acoso laboral la prolongada y repetida exposición a conductas negativas a los que está sometida la víctima, estableciéndose una situación laboral de conflictividad sistemática, persistente y en constante progreso (González-Trijueque, 2010) (Piñuel I, 2001). Por lo tanto, para que exista *mobbing* es necesario que se ejerza una presión sobre el trabajador, debiendo ésta ser consecuencia de la actividad laboral y en el lugar de trabajo; siendo requisito fundamental el que dicha presión sea tendenciosa (Escudero JF, Poyatos G, 2004). Es decir, la situación de acoso tiene que presentar una finalidad, y esa finalidad no es otra que desestabilizar y minar emocionalmente al trabajador con el objetivo de deteriorar su capacidad laboral y desembarazarse de él, bien sea despidiéndole o bien forzando su salida voluntaria (Piñuel I, 2001).

El estudio del acoso laboral ha sido escaso a nivel internacional hasta la década de los ochenta, momento en el que comenzó a ser investigado en los países del norte de Europa (Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, 2003), sin embargo hay que destacar que hasta la fecha los datos empíricos alcanzados han resultado muy heterogéneos, debido en parte a las dificultades de la definición conceptual, los distintos instrumentos de medida utilizados y el diverso origen sectorial de las muestras de estudio (González-Trijueque D, 2010). Sin embargo, existe consenso a la hora de considerar el fenómeno del acoso laboral como un problema psicosocial con importante prevalencia dentro de la población activa (Zapf D, Einarsen S, 2001) y que es susceptible de originar graves consecuencias para los trabajadores acosados (Borrás L, 2002) (Einarsen S, Mikkelsen EG, 2003) (Leymann H, Gustafsson A, 1996) (Matthiesen SB, Einarsen, 2004).

Constituye un problema demasiado complejo como para poder explicarlo con base en un único elemento, ya que se trata de un fenómeno multi- causal, en el que influyen tanto variables de tipo individual (por ejemplo, personalidad del acosador y de la víctima) (González-Trijueque D, 2010) como variables de tipo organizacional (organización del trabajo, clima laboral) (Einarsen S, Hauge L, 2006) (Hoel H, Salin D, 2003) (Vartia M, 1996).

FORMAS DE EXPRESIÓN, DINÁMICA Y TIPOLOGÍA DEL *MOBBING*

De las definiciones anteriormente expuestas se deduce la existencia de dos polos enfrentados, por una parte, los “hostigadores/acosadores”, con comportamientos y actitudes hostiles, activas, dominadoras y, por otra, el “agredido/víctima,” con actitudes y comportamientos de tipo reactivo o inhibitorio (Pérez-Bilbao J et al., 2001).

La expresión de las situaciones de acoso psicológico hacia un trabajador se manifiestan de diversas maneras; por comisión, a través de gritos, insultos, reprensiones, intromisiones y obstaculizaciones del trabajo, humillaciones en

público/privado, falsas acusaciones, etc. (Borrás L, 2002) (González- Trijueque D, 2007) (Pérez-Bilbao J et al., 2001) y por omisión o de manera pasiva en forma de restricciones en el uso de material o equipos, prohibiciones u obstaculizaciones en el acceso a la información necesaria para el trabajo, eliminación del apoyo necesario para el trabajador, disminución o eliminación de la formación o el adiestramiento imprescindible para el empleado, negación de la comunicación, etc. (Piñuel, 2001).

Refiriéndonos a la tipología de este fenómeno, la mayoría de los autores señalan como principales tipos el vertical y el horizontal (González-Trijueque D, 2007). El acoso vertical descendente, también denominado *bossing*, es aquel que se genera desde una posición superior en el organigrama institucional o empresarial, siendo el denominador común el que el superior se valga de manera abusiva, desmesurada y perversa de su poder (Piñuel I, 2001); mientras que el de tipo horizontal es el que acontece entre posiciones jerárquicas iguales o similares, desde el punto de vista del organigrama, y puede producirse por problemas puramente personales, o bien porque alguno de los miembros del grupo no acepta las pautas de funcionamiento tácitamente o expresamente aceptadas por el resto (Rodríguez-López P, 2004). No se debe obviar que también existe el denominado acoso mixto, que incluye características del “*bossing*” y del acoso horizontal, ya que resulta inusual que éste último persista como tal sin el apoyo de las figuras jerárquicas que no hacen nada al respecto o permiten que continúe (Escudero JF & Poyatos G, 2004) (González-Trijueque D, 2007).

Asimismo, aunque es el menos frecuente, también existe el denominado acoso vertical ascendente, y que generalmente se produce cuando se incorpora a la empresa o institución laboral una persona del exterior con un rango jerárquico superior y sus métodos no son aceptados por los trabajadores que se encuentran bajo su dirección, o porque el puesto que ocupa es ansiado por alguno de ellos (Escudero JF, Poyatos G, 2004) (González-Trijueque D, 2007) (Leymann H, 1996).

CONSECUENCIAS DEL MOBBING

Los efectos del acoso laboral pueden ser muy variados y proyectarse sobre ámbitos también muy diferentes, de hecho, no sólo el trabajador que se convierte en víctima lo sufre, sino que, a medida que el problema se va desarrollando, comienzan a hacerse más evidentes las repercusiones para la propia organización de trabajo y el núcleo socio-familiar del afectado (Einarsen S, Hauge L, 2006) (Pérez-Bilbao J et al., 2001).

El *mobbing* es considerado como uno de los principales estresores psicosociales a los que puede enfrentarse un trabajador durante su vida laboral (Pérez-Bilbao J et al., 2001). A nivel clínico, la sintomatología que desarrollan los trabajadores sometidos a situaciones de acoso psicológico en su lugar de trabajo puede resultar muy diversa y heterogénea (González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M, 2003) (Leymann H, Gustafsson A, 1996) (Piñuel I, 2001). Las

víctimas de acoso laboral sufren habitualmente diversas reacciones emocionales como temor, desesperanza, irritabilidad, ansiedad, depresión, sentimientos de fracaso, impotencia, frustración, baja autoestima o apatía, pudiendo llegar a verse afectados por distintos tipos de distorsiones cognitivas o mostrar problemas a la hora de concentrarse y dirigir la atención (Mikkelsen EG, Einarsen S, 2002) (Matthiesen SB, Einarsen S, 2004). También pueden desarrollar estados de hipervigilancia, desconfianza y conductas paranoides (González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M, 1991) además de quejas psicosomáticas múltiples (Leymann H, 1996). La duración excesiva o el nivel de gravedad de este fenómeno es susceptible de originar patologías más graves o agravar problemas preexistentes (Matthiesen SB, Einarsen S, 2001). De hecho, en tales circunstancias resulta posible encontrar cuadros depresivos graves e incluso ideación suicida (Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP, 2002) (Einarsen S, Mikkelsen EG, 2003) (Zapf D, Knorz C, Kulla M, 1996) o algunos otros problemas psicopatológicos como el desarrollo de conductas adictivas a modo de estrategias de afrontamiento que, además de constituir comportamientos patológicos en sí mismos, originarán nuevas patologías (González-Trijueque D, 2007).

A nivel social, los trabajadores acosados llegan a ser muy susceptibles e hipersensibles a la crítica, con actitudes de desconfianza y con conductas de aislamiento o de agresividad/hostilidad, así como con otras manifestaciones de inadaptación social, por ejemplo, sentimientos de ira y rencor, así como deseos de venganza contra el (los) agresor(es) (Piñuel I, 2001) (Rodríguez-López P, 2004). La salud social del individuo se encuentra profundamente afectada pues este problema puede distorsionar las interacciones que tiene con otras personas e interferir en la vida normal y productiva del individuo, además, la salud del individuo se verá más afectada cuanto menores apoyos socio-familiares efectivos encuentre en su entorno, tanto en el ámbito laboral como en el extra-laboral (Einarsen S, Hauge L, 2006).

Es por todo ello que desde el punto de vista laboral las personas acosadas posiblemente resulten sujetos desmotivados e insatisfechos que encontrarán el trabajo como un ambiente hostil asociado al sufrimiento y que no tendrán un buen rendimiento; de hecho, la conducta habitual de un trabajador sometido a una situación de *mobbing* será la de querer abandonar la organización, sin embargo, en muchos casos esto no se produce debido por un lado, a la difícil situación del empleo en la economía actual y, por otro, a que a medida que el trabajador se va haciendo mayor, ve disminuida su capacidad para encontrar nuevos empleos (Pérez-Bilbao J et al., 2001).

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL *MOBBING*

En los últimos años se ha comenzado a incidir en la importancia de la detección de la presencia del *mobbing* desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales; sin embargo aún constituye un área en continuo desarrollo, ya que para realizar una valoración técnica de un fenómeno tan sutil y complejo como este, lo ideal sería el trabajo multidisciplinario

de distintos profesionales (por ejemplo, psicólogos, médicos, técnicos en prevención de riesgos laborales), tanto pertenecientes a la propia organización laboral como ajenos a ella para obtener mayor objetividad, y abordar los distintos aspectos del problema, tanto el concerniente al propio lugar de trabajo y el de él (los) supuestos acosadores y no sólo limitarnos a la evaluación del trabajador acosado (Pérez-Bilbao J et al., 2001). Para ello se deben tener en consideración los aspectos individuales del trabajador supuestamente acosado (personalidad, síntomas) y los aspectos más organizacionales (promoción, programas de mejora de calidad de vida, clima laboral). Sin embargo, a menudo, y dadas las propias características del *mobbing* (donde la organización laboral es la primera en negar su existencia), el profesional que deba evaluar supuestos casos de *mobbing* se verá constreñido a tan sólo poder acceder a la evaluación directa de la supuesta persona acosada, con las limitaciones técnicas correspondientes, situación que siempre debe reconocer el profesional que aborde el caso (Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, 2003).

Otra de las dificultades que se han encontrado en su abordaje es poder determinar la intensidad, gravedad y duración, para poder establecer un nexo causal entre las conductas de acoso referidas y la posible psicopatología desarrollada a raíz de las mismas ya que éste es el objetivo esencial a partir de la detección de este problema (Borrás L, 2002). Aún así, la ausencia de psicopatología en el sujeto no descarta la posibilidad de que éste haya estado sometido a una situación de acoso laboral, debiéndose valorar la existencia de un posible daño moral pese a la ausencia de un daño psíquico (González-Trijueque D, 2007).

Es por ello que la evaluación del *mobbing* constituye aún un área en pleno desarrollo. Se trata de un campo del conocimiento que continuará necesitando apoyo empírico y propuestas metodológicas para mejorar su abordaje (González-Trijueque D, 2007). En México cada vez existe una mayor sensibilidad hacia la calidad del mundo laboral; un primer paso por parte de la política laboral federal ha sido reconocer la realidad de la existencia de conductas constitutivas de acoso moral en los centros de trabajo que afectan la salud y la productividad en los diferentes centros laborales. Sin embargo aún tenemos un gran retraso en el conocimiento de esta materia (Arciniega RS, 2009).

Desde el ámbito del derecho se debe afrontar el reto impostergable en la estructuración jurídica del acoso laboral, pues aunque algunas normas como la Ley Federal del Trabajo (LFT) hacen referencia a las “causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador”, o la reciente Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que alude en el capítulo II, artículos 10 a 15, a la “violencia laboral y docente”, es conveniente destacar que México no es uno de los países de América Latina que haya legislado específicamente el grave riesgo y daño psicosocial que representa el *mobbing*, pues en la región sólo Brasil y Colombia consideran de forma específica este fenómeno en su normatividad (Oceguera A, Aldrete G, Ruiz AG, 2009) (Arciniega RS, 2009).

EPIDEMIOLOGIA

Los estudios de prevalencia de mobbing en otros países han reportado valores distintos en sus índices, lo que muy probablemente se debe a la utilización de instrumentos diferentes tales como el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60) en su versión española (González de Rivera JL, Rodríguez Abuín M, 2003), el MOBB-90, MobbCF-21, MobbCG-15, MobbCS-28 (Boada J, De Diego R, Vigil A, 2003); Uncivil Workplace Behavior Questionnaire (UWBQ) (Martin R.J, Hine DW, 2005), y el Inventario Cisneros (Piñuel I, Oñate A, 2006). Así en general, se le conceden porcentajes de prevalencia de entre 1 y 10% (Zapf D, Einarsen S, Hoel H, Vartia E, 2003), asimismo en España se reportan estudios que arrojan una prevalencia que va de aproximadamente 11-22% (Carrión M, López L, Pando M, 2007); en Suecia Leyman señala que uno de cada cuatro trabajadores ha sido víctima al menos una vez en la vida de acoso laboral (Leymann H, 1996) y Piñuel en 2001 reportó para los Estados Unidos una prevalencia de mobbing del 25% (Piñuel I, 2001).

En México prácticamente se carece de datos, y en América Latina, existen muy pocos estudios al respecto, de entre los cuales destaca el uso del LIPT-60 para evaluar el acoso psicológico en el trabajo (González de Rivera JL, Rodríguez Abuín M, 2003), sin embargo recientemente en nuestro país se construyó el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO) adaptado a nuestra población para poder iniciar el estudio de la evaluación de este problema (Pando M, Aranda C et al., 2006).

MEDICIÓN DE MOBBING

Cada vez contamos con más instrumentos específicos útiles en la evaluación de las víctimas acosadas, entre los que destacan el LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) (Leymann H, 1996), recientemente adaptado en población española (González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M, 2003), la Escala Cisneros instrumento desarrollado y validado en España (Fidalgo AM, Piñuel I, 2004), entre otros. En el presente trabajo se hizo uso del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO). Este instrumento ya ha sido validado en la población mexicana en el año 2006, para identificar violencia y acoso psicológico en el trabajo. Se reportó una validez relevante de acuerdo al procedimiento de Guilford, de 0.77%; la confiabilidad se obtuvo con el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor estandarizado fue de 0.911 (Pando M, Aranda C et al., 2006), por lo que se consideró adecuado su uso para esta investigación.

El IVAPT-PANDO califica tres elementos: 1) Violencia psicológica en el trabajo en general, 2) Intensidad de la violencia psicológica en el trabajo, 3) Acoso psicológico en el trabajo. El Inventario, se compone de 22 reactivos que plantean una

aseveración sobre algún elemento del acoso; en una primera columna, se solicita que se señale la frecuencia del comportamiento; el cual tiene cinco opciones de respuesta acorde a una escala Likert modificada cuyos valores van de 0 = nunca, 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente a 4 = muy frecuentemente, y así se identifica la presencia de conductas de violencia psicológica, así como su duración e intensidad. En una segunda columna, se solicita que se señale la frecuencia de este comportamiento con relación a los compañeros de trabajo, para determinar la percepción de acoso psicológico y si el daño causado es deliberado o no; en esta columna se ofrecen tres opciones de respuesta: 1 = menos que a mis compañeros, 2= igual que a mis compañeros y 3= más que a mis compañeros. Al terminar el Inventario, se solicita señalar quiénes son los que realizan las conductas contenidas en los reactivos (superiores, compañeros y subordinados) para determinar el tipo de acoso (ascendente, descendente u horizontal). Para identificar cuáles son los tipos de conducta de violencia en el trabajo, el IVAPT-PANDO se divide en 3 factores: 1) Manipulación Para Inducir el Castigo (MIC), preguntas 7,11,19 ; 2) Daños a la Imagen Pública (DIP) que corresponden a las preguntas: 1,2,3,8,13,14,17,20; 3) Obstáculos al desempeño laboral (ODL), preguntas: 4,5,6,9,10,12,15,16,18,21,22. Al analizar cuál es el factor con más preguntas contestadas, indicativas de violencia, se puede identificar el tipo de conducta más frecuente para así ayudar a establecer recomendaciones y/o programas preventivos. Los puntajes para cada dimensión se obtuvieron de acuerdo a las instrucciones del manual (Pando M, Aranda C et al., 2006) (Anexo 3).

4.3 ESTRÉS

El estrés constituye un problema de gran relevancia y repercusión social que afecta a un colectivo profesional importante en nuestros días y cada vez son más frecuentes los estudios que demuestran la importancia y las consecuencias que produce sobre la salud. Se considera un estado disarmónico que altera la homeostasis orgánica y se relaciona con una gran cantidad de signos y síntomas (Mompo G et al., 2003).

Existen dos tipos de estrés: el estrés definido como la respuesta normal ante una situación estresante y cuando dicha respuesta es proporcional al estímulo, cumple con una función adaptativa y ayuda al individuo a enfrentar exitosamente la situación generadora de tensión. En este caso, el estado de activación psico-neuro- bioquímico y conductual aumenta el rendimiento del organismo logrando que el individuo realice desempeños que no puede obtener en un estado normal (Molina T, González-Méndez H, 2002). El distrés, por el contrario, es la respuesta anormal o patológica que no ayuda al individuo a adaptarse adecuadamente; es ineficaz y se convierte en un obstáculo para el desenvolvimiento normal. La intensidad de la respuesta suele ser desproporcionada al estímulo y la activación no decrece hasta niveles normales sino que mantiene su estado de alerta y tensión durante un periodo prolongado; por tanto produce graves repercusiones

en el estado de salud física y psicológica y suele estar implicado en la génesis de numerosas patologías (Molina T, González-Méndez H, 2002).

La reactividad al estrés se define como el conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa (González de Rivera JL, 1991). Los factores internos del estrés están constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionadas con la respuesta al estrés y la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos del estrés (Bulbena A, González de Rivera, 1991).

La residencia médica es un periodo de aprendizaje proclive al estrés, que puede afectar al proceso de formación. Este se ve facilitado por las interacciones de los distintos tipos de variables personales, organizacionales e incluso sociales y culturales. El desgaste profesional del médico asociado al estrés tiene importantes repercusiones sobre la calidad de la atención al paciente y de la salud mental del médico. Durante la realización de los postgrados clínicos, los médicos residentes constituyen uno de los grupos de trabajadores de la salud que podrían ser más afectados por el estrés porque deben de trabajar con los aspectos emocionales del paciente tales como el sufrimiento, el miedo, la incertidumbre, la necesidad de intervenir en situaciones de crisis y la muerte, lo que afecta sus niveles de afrontamiento (Garnés F, 2007). Asimismo, se encuentran inmersos en una serie de situaciones, relacionadas con las condiciones laborales y académicas, que requieren constantes demandas físicas y emocionales que generan gran estrés, dadas por la gravedad de los diagnósticos, el tipo de intervenciones, la utilización de terapias y equipos sofisticados, exceso de trabajo, largas jornadas de trabajo (24 a 36 hrs continuas), privación del sueño, falta de recursos humanos y materiales, gran presión y sobrecarga laboral (Anderson WJR, Cooper CL, Willmott M, 1996) (Garnés F, 2007).

Los principales factores estresantes documentados en la literatura que afectan al residente en entrenamiento son los siguientes: separación geográfica de la familia y los amigos, conflictos de tiempo entre la familia y el trabajo, preocupaciones financieras (Collier VU et al., 2002), sobrecarga de trabajo (Mc Cail TB, 1988), privación del sueño (Landa V, Mena M, 2003), rotaciones frecuentes, desacuerdo de opiniones con el resto de los colegas, quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia ellos, realización de procedimientos complejos, falta de tiempo para estudiar, conocimientos médicos insuficientes, infratilización de las habilidades, ambientes académicos poco estimulantes, las prácticas administrativas, un alto grado de competitividad por parte de los propios compañeros, miedo a contraer enfermedades (Luthy C et al., 2004), incertidumbre acerca del futuro profesional y de las posibilidades de trabajo, miedo a la mala práctica médica (Prieto-Miranda SE et al., 2009).

Karasek propone un modelo para describir y analizar situaciones laborales causantes de estrés crónico y pone el acento en las características psicosociales del entorno de trabajo (Karasek R, 2001). Estos factores pueden predisponer a un

gran deterioro tanto en la atención a los pacientes como en las relaciones laborales y extralaborales de los sujetos (Moreno-Jiménez B, Peñacoba C, 1999) (Siegrist J, Dragano N, 2008) (Prieto-Miranda SE et al., 2009).

Todas estas circunstancias que envuelven el ejercicio de los médicos pueden contribuir a sobrepasar su capacidad de afrontamiento, pudiendo ocasionarles niveles elevados de estrés y desgaste profesional, afectando su salud, repercutiendo en la calidad de la atención médica y generando iatrogenias médicas (Richardsen AM, Burke RJ, 1991) (Garnés F, 2007).

En estudios realizados con médicos residentes, se ha reportado una prevalencia de estrés que va de un 39.3% - 86% (Collier VU et al., 2002) (Buddeberg-Fischer B et al, 2005). En otro estudio se reportaron prevalencias diferentes según el año de residencia, siendo del 86.4% para los residentes de primer año, 70% los de segundo año, 81,3% en los de tercero y para los de cuarto año 33. 3% (Tivizay Molina de González-Méndez et al, 2006).

El estrés conlleva múltiples implicaciones individuales (físicas, psicológicas, familiares, interpersonales) así como también sobre los costos sociales y organizacionales (Román Hernández J, 2003). La OMS cita que en el mundo, cada año suceden 160 millones de casos nuevos de enfermedades laborales, incluidas las enfermedades mentales, presentándose mayor número de trabajadores con estrés psicológico (OMS, 2000). Los síntomas más comúnmente asociados al estrés son los que acompañan a los estados ansiosos (taquicardias, sudoración), además de los trastornos del sueño, cefaleas, dispepsia, fatiga crónica y problemas cardiovasculares como arritmias e hipertensión cuya presencia se asocia a niveles de estrés predominantemente de moderado a grave (Tivizay Molina de González-Méndez et al., 2006) (Román Hernández J, 2003); al igual que los hallazgos encontrados por otros autores quienes reportan en sus estudios la presencia de sintomatología clínica y deterioro de la salud física y mental en médicos residentes sometidos a estrés importante (Hernández J, 2003)(Garnés F, 2007).

En general, el aspecto con mayor deterioro después de un año de exposición a los estudios de especialidad es la función física, en esto puede ser clave la privación de sueño que de manera aguda y crónica sufren los residentes (Owens JA, 2001) (Papp KK et al., 2004). Se ha demostrado que los médicos residentes antes de una guardia duermen un promedio de 6.47 h y posteriormente a una guardia 14 hrs en los siguientes dos días, cuando lo recomendado en adultos de las edades de los médicos residentes que cursan especialidades es de 8 a 10 h antes de una privación aguda de sueño y 16 h con posterioridad (Arora VM, et al., 2007). Si sólo tomáramos en cuenta la privación de sueño esta se encuentra asociada a una predisposición de cometer más errores, lesiones autoinfligidas accidentalmente (Ayas S, 2006), alteraciones motoras (Williamson AM, Feyer AM, 2000), abuso de alcohol o drogas, trastornos afectivos y en

el peor de los escenarios han ocurrido suicidios por parte de los residentes (Samkoff JS, Jacques CH, 1991) (Owens JA, 2001) (Graham J et al., 2001) (Papp KK et al., 2004) (Cohen JS, Patten S, 2005).

El ánimo depresivo, la ansiedad, los problemas de concentración, memoria y rendimiento se asocian a niveles de estrés de moderado a grave (Tivizay Molina de González-Méndez et al., 2006); estos resultados son frecuentes en la literatura y se relacionan con los reflejados por otros autores (Hsu K, Marshall V, 1987) (Chrousos G, Gold P, 1992) (Graham J et al., 2001) (Landa V, Mena M, 2003) (Sherina M, Rompal L, Kanesan N, 2004), quienes encontraron estrés psicológico grave asociado significativamente con depresión. Asimismo, también se pueden presentar problemas de abuso de alcohol y drogas (Graham J et al., 2001), disfunción familiar, divorcios (Pérez A, Salinas P, 1989) (Cabrera P et al., 2000) (Falkum E et al., 1997), suicidio, insatisfacción laboral y síndrome de Burnout (Sonneck G, Wagner R, 1996) (Buddeberg-Fischer B et al, 2005) (Buddeberg-Fischer B et al., 2008) (Vicentic S et al, 2010).

Estos problemas se presentan con mayor frecuencia entre los médicos que entre la población general (Hernández J, 2003) (Visser M et al., 2003) (Virtanen P et al., 2003) (Sherina M et al., 2004).

La mayoría de los estudios comunican que la tasa de suicidio entre los médicos se encuentra entre 28 y 40 por 100.000 y es más alta en comparación con la población general, que es de 12,3 por 100.000, situándose con esto como la mayor tasa entre los profesionales, de ahí la importancia de identificar el problema así como sus implicaciones psiquiátricas (depresión y ansiedad como las más predominantes) para prevenir este desenlace (Graham J et al., 2001) (Niku K. Thomas, 2004).

Otro aspecto importante es que en algunos estudios se ha observado mayor nivel de estrés en médicos residentes mujeres relacionado con la interrupción de la vida familiar, y el doble rol (madre y trabajadora), lo que incrementa a su vez la exigencia emocional y la carga de trabajo (Cooper C, Rout U, Faragher M, 1989) (Richardson AM, Burke RJ, 1991) (Mc Murray J et al., 2000), sin embargo estos hallazgos aún son contradictorios.

MEDICIÓN DEL ESTRÉS

Se han desarrollado múltiples instrumentos para evaluar la presencia de estrés en los trabajadores, como el cuestionario de apreciación del estrés, el Test de reactividad al estrés global (IRE global), Test de reactividad al estrés emocional (IRE emocional), Test de reactividad al estrés conductual (IRE conductual), Test de reactividad al estrés vegetativo (IRE Vege), el inventario de estrés para los profesionales de la salud de Wolfgang (IEPS), los cuales ya han sido validados en otros países (Linn H et al, 2000).

La escala de estrés de Seppo Aro consta de 18 reactivos auto-aplicables que permiten evaluar los síntomas físicos asociados a estrés; de naturaleza psicosomática, emocional y cognitiva. La escala de evaluación es tipo Likert con valores que van de 0 a 3 (0= raramente o nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente, 3= muy frecuentemente); una

calificación total superior a 10 puntos se considera como presencia de estrés (Aro S, 1981). Este instrumento ya ha sido utilizado y validado en trabajadores mexicanos, con un alfa de Cronbach de 0,83 (Enríquez Claudia B et al., 2010) por lo que se consideró adecuada su utilización para fines de este trabajo (Anexo 4).

4.4 FATIGA

La fatiga se define como una disminución reversible de la capacidad funcional de uno o varios órganos del cuerpo, como consecuencia de un esfuerzo físico y/o mental que influyen de manera adversa en la productividad de una persona como resultado de la realización previa de un trabajo prolongado y sostenido (Cameron, 1973).

Es un fallo del mantenimiento de la energía utilizable y resultante del trabajo prolongado de un órgano, que determina un mal estado de las funciones del mismo, o en sentido más general se considera un fallo del mantenimiento de la energía utilizable (Kinderdaji DT, 2000) ocasionado por el exceso de trabajo que afecta la totalidad del individuo no habiendo hallazgos histopatológicos, aunque si funcionales y biológicos, reversibles ante el reposo (Wise TN, 1991).

Algunas clasificaciones que se han propuesto son la fatiga aguda (David A, 1990); fatiga crónica, de la cual se ha descrito el “síndrome de fatiga crónica” o fatiga de al menos 6 meses de duración con etiología incierta (multifactorial) (Shafrarn SD, 1991) con diversos síntomas físicos y psíquicos tanto cognoscitivos, afectivos como de comportamiento (Abbey SE, Garfinkel GP, 1990) (Powell R, 1990) (Brodsky CM, 1991) (Samkoff JS, Jacques CH, 1991).

En el análisis de la fatiga como fenómeno complejo y multifactorial se han descrito varias causas, todas ellas en interrelación, entre las cuales destacan:

- 1) Causas orgánicas: tipo o cantidad de trabajo, postura, inadecuación de trabajo e individuo y coadyuvantes (falta de reposo o de sueño, mala alimentación, salud, ambiente de trabajo) (Pascuzzo Lima C et al., 2009).
- 2) Causas psíquicas: centrífugas (actividad psíquica, tensión emocional) y centrípetas (ambiente social) y coadyuvantes (monotonía, desajuste profesional) (Pascuzzo Lima C et al., 2009).
- 3) Factores psicosociales procedentes del ambiente laboral y/o del extra laboral, como seguridad social y familiar, estabilidad profesional, etc. (Arnetz BB, 2001).

El factor primordial en la génesis de la fatiga es el “estrés” que se refiere a los procesos y estados fisiológicos que resultan de situaciones que amenazan gravemente la integridad del organismo y el bienestar personal (Squires BP, 1989) (West CP, Tan AD et al., 2009). La fatiga es una condición interna del organismo traducida en respuesta a

agentes evocadores o "estresores" y es un factor, común a muchas ocupaciones; sin embargo se magnifica en la profesión médica (Lewittes, 1989) (David A, 1990).

FATIGA LABORAL

La fatiga hace referencia al deterioro del estado funcional del individuo, ya sea físico, mental, objetivo o subjetivo, y se encuentra estrechamente relacionada al concepto de "presentismo"; en otras palabras, el que un trabajador esté "presente" en su puesto de trabajo pero "cansado" (en analogía a enfermo), lo que implica una productividad laboral reducida, con las consecuencias y pérdidas económicas que este problema significan (Juárez-García Arturo, 2007).

En un estudio norteamericano reciente se encontró que el 40% de los trabajadores en Estados Unidos se encuentran fatigados y dicho problema representa 136,4 mil millones de dólares anuales en pérdidas de productividad (100 mil millones más que en los trabajadores no fatigados) y 84% de los costos están asociados al pobre desempeño mientras se está en el trabajo, más que a los propios del ausentismo (Ricci et al., 2007).

En México la fatiga está entre las 3 patologías laborales más importantes (Noriega M et al., 2000); no obstante, se desconoce el impacto en el aspecto económico y de productividad del problema (Juárez-García Arturo, 2007).

La fatiga corresponde a una patología de alta prevalencia en el personal de salud (Squires BP, 1989) (Pascuzzo Lima C et al., 2009), y son los residentes el grupo mayormente afectado, con una prevalencia que va del 60-90% (Mc Cail TB, 1988) (Squires BP, 1989) (Gander O, 2007); reportándose un efecto dañino en la calidad de la atención con propensión a disminuir la exploración física y a cometer más errores de rutina (Lewittes L, Marshall V, 1989) (Samkoff JS, Jacques CH, 1991) (Buysse DJ et al., 2003) (Williams ES et al., 2007) (Gander O, 2007). Sin embargo algunos estudios reportan que esto no siempre es una regla y que la fatiga podría no afectar el rendimiento en algunas tareas (Christensen E, 2002). Existen múltiples causas asociadas a la fatiga en los médicos residentes entre las que destacan los factores orgánicos previamente mencionados (Kaplan J, 1976) (Buysse DJ et al, 2003) (Pascuzzo Lima C et al., 2009).

Una de las mayores quejas por parte los residentes es la que tiene que ver con los horarios laborales de actividad continua aún después de los turnos de guardia, lo que equivale a jornadas médicas de 24 a 36 hrs., en contraposición con lo establecido en la Ley Federal del Trabajo, legislación mexicana que dicta un máximo de 8 hrs para los turnos laborales (Ley Federal del Trabajo; México 1970), y lo cual es lo establecido para la salud mental de cualquier individuo (Haro García LC et al., 2007) . Los empleadores que superan esta jornada laboral están infringiendo la ley, sin embargo en nuestro país además de que desgraciadamente esta es una práctica común y cotidiana; los médicos residentes formamos parte de una categoría especial dentro de dicha ley, en la que somos contemplados como "trabajadores especiales" (Ley Federal del Trabajo, 1970), lo cual conlleva que no gocemos de un horario laboral fijo y que por el contrario estemos supeditados a las demandas que de nosotros solicite cada uno de nuestros servicios.

Algunos estudios han reportado gran sensación de cansancio en el 68% de los residentes que laboran 90 o más horas a la semana (el máximo no debe exceder nunca de 80 horas) (Lewittes L, Marshall V, 1989); contra 21% en los que laboran menos de 50 horas semanales, implicando que la calidad del trabajo de los médicos residentes depende en forma inversamente proporcional al número de horas de trabajo (Samkoff JS, Jacques CH, 1991). Además, hay acuerdo en que las habilidades cognoscitivas y de concentración en las tareas de gran atención decrecen con la privación de sueño, generando menor capacidad de cuidado o mayor requerimiento de tiempo para completar algunas labores (Mc Cail TB, 1988) (Samkoff JS, Jacques CH, 1991) (Owens JA, 2001). Se ha demostrado que después de tan sólo 30-36 horas sin sueño, comienza a haber distorsiones perceptivas, desorganización temporal y deterioro de la memoria reciente, dificultad para pensar, depresión, ideas de referencia, irritabilidad, despersonalización, malas respuestas afectivas, entre otras (Samkoff JS, Jacques CH, 1991) (Owens JA, 2001) (Papp KK et al., 2004) (Parthasarathy S, 2005) (Papp KK, Miller CM, Strohl KP, 2006) (Arora VM et al., 2007) (Eicher C, 2009) (Gay R, 2009).

En cuanto a este respecto existen recomendaciones que regulan el horario de hora laborables y el derecho al descanso post-turno (Msaouel et al., 2010), buscando prevenir estas consecuencias junto con el decremento en la calidad de la atención (Lockley SW, 2004) (Goldman M, Fiebach C, 2007) (Vanderveen E, 2007) (Toral-Villanueva et al., 2009) (Miulli O, Valcore EJ, 2010).

Los estados europeos fueron obligados a reducir gradualmente las horas totales de trabajo a no más de 48 horas por semana a partir del 1 de agosto de 2009, sin embargo aún en la actualidad, dichas recomendaciones no se han aplicado en varios países (Msaouel et al., 2010).

En nuestro país no se dispone de una recomendación oficial específica para los aspectos académico-laborales concernientes a los médicos residentes, más que los asentados en la Ley Federal de Trabajo que engloba a todo tipo de trabajadores (LFT, 1970); por lo que para el punto de vista de la que realiza este trabajo esta es una necesidad fundamental que se necesita atender.

MEDICIÓN DE LA FATIGA

Dada la complejidad del fenómeno, su medición ha sido un reto; sobre todo para poder determinar medidas convencionales y universalmente aceptadas. Los métodos objetivos más utilizados han sido el tiempo de reacción y las pruebas de precisión motriz o destreza manual (Juárez-García Arturo, 2007). En los subjetivos, se encuentran pruebas psicométricas que buscan relacionar la sintomatología percibida con la presencia de fatiga, entre ellos, la Escala de Fatiga Ocupacional y Agotamiento (EFOA) (Winwood et al. 2005), la Escala de Evaluación de Fatiga (EEF) (Vries J, Michielsen H, Van H, 2003), la subescala de agotamiento del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson

1981) y la Escala de Síntomas Subjetivos de Fatiga (ESSF) (Yoshitake H, 1978) entre otros. Cabe destacar que sólo las últimas dos escalas señaladas tienen estudios de validez en México, la sub escala de Maslach (MBI) (Tevni G, 2000) y la Escala de Síntomas Subjetivos de Fatiga (ESSF) (Barrientos T, Martínez S, Méndez I, 2004), por lo que en el presente trabajo se utilizó esta última para evaluar este aspecto en los médicos residentes.

La ESSF fue desarrollada en Japón para medir fatiga en población trabajadora. Cuenta con 30 reactivos divididos en tres bloques de preguntas que identifica:

- Bloque 1 mide monotonía, embotamiento y modorra, integrado por los reactivos 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.
- Bloque 2 dificultad en la concentración mental: conformado por los ítems 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20
- Bloque 3 proyección del deterioro físico, que corresponden a las preguntas 21,22,23,24,25,26,27,28,29,30.

El grado de fatiga se determina a través de un puntaje de 0 a 30 respuestas afirmativas, de 0 a 7 puntos corresponde a no presencia de fatiga, de 8 a 13 fatiga moderada y de 14 a 30 fatiga excesiva (Yoshitake H, 1978) (Barrientos T, Martínez S, Méndez I, 2004) (Ramírez José A et al, 2007) (Anexo 5).

4.5 CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida es un término ampliamente utilizado por sociólogos, filósofos, economistas, políticos y profesionales de la salud. La calidad de vida se define en términos de dos dimensiones básicas de la salud subjetiva: la dimensión del bienestar (humor, emociones positivas y negativas, motivaciones y cognición) y en segundo lugar una dimensión de igual importancia que es la capacidad de actuación del sujeto (habilidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos) (Albanesi de Nasetta S, Nasetta P, 2005).

Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (OMS, 2000).

La calidad de vida ha sido definida de múltiples formas de acuerdo al contexto desde el que se aborde, desde una simple percepción de las personas, en donde su evaluación se basa en las expectativas y proyectos de las mismas, pasando por definiciones economistas, en donde se define como “nivel de vida” y se relaciona con la posesión de capacidades y bienes materiales, o la del punto de vista médico, que la define como bienestar médico y tiene que ver

con la salud psicosomática del organismo, volviéndose su evaluación muy objetiva. A pesar de que no hay una definición estándar para la salud relacionada a la calidad de vida, es generalmente aceptado que es una evaluación subjetiva multidimensional de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud (Ryff C, 1989).

La calidad de vida depende de factores intrínsecos y extrínsecos; por lo tanto, significa algo único para cada individuo. Esto significa que no se puede estandarizar la calidad de vida, ya que tiene diferentes significados para diferentes personas, dependiendo de sus objetivos, metas e intenciones. Algunos factores que pueden influir en su determinación son la salud, vivienda, trabajo, ocio, la satisfacción personal y laboral, entre otros (Albanesi de Nasetta S, Nasetta P, 2005). Asimismo se han identificado otras áreas o dimensiones que componen la calidad de vida que incluyen la renta per cápita, esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad, libertades políticas y sociales, dinero, propiedades, crecimiento económico integral, salud familiar, seguridad física y psicológica, relaciones interpersonales, etc. Sin embargo el consenso aproximado es la evaluación objetiva y subjetiva que la persona, hace respecto a lo logrado en la familia, amigos, estudio, ocio, y trabajo, así como el estado de salud dentro de su propio contexto social y cultural (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009).

CALIDAD DE VIDA LABORAL

En la sociedad actual nos encontramos con un cambio de valores desde los tradicionales económicos y de seguridad hacia otros con mayor preocupación por la calidad de vida en el trabajo obtenido a través del bienestar psicológico en el ambiente laboral a partir de que se disfrute de él (Inglehart R, 1977). La calidad de vida laboral de un trabajador depende de las condiciones laborales y ambientales a las cuales está expuesto. Es un concepto multidimensional que se integra, cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009).

La calidad de vida laboral comprende básicamente dos dimensiones, las que tienen que ver con el entorno en que se realiza el trabajo y las que se relacionan con la experiencia subjetiva de los trabajadores. La primera está relacionada con la identificación de indicadores clásicos de productividad, costos relacionados con la misma desde la eficiencia del trabajador y las mejoras objetivas del ambiente laboral, así como la disminución de factores de riesgo. La segunda dimensión se relaciona con la percepción de los trabajadores en cuanto a sus condiciones de trabajo, el medio ambiente laboral, los beneficios y servicios obtenidos, las posibilidades de desarrollo personal y las relaciones humanas que

puedan ser relevantes para su satisfacción, motivación y rendimiento laboral (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009).

Existe cada vez más una necesidad mayor de mejorar nuestra calidad de vida, como individuos y como sociedad. Diversas situaciones económicas y políticas a lo largo del tiempo nos han conducido paulatinamente a la escasez de recursos, tanto en el ámbito económico, como en el social e inclusive el ambiental. El mal uso de los recursos genera pérdidas tanto a las empresas e instituciones prestadoras de servicios como a los individuos, con el detrimento natural de la motivación de los trabajadores, la disminución de la calidad de los servicios otorgados y la disminución de la calidad de vida de los trabajadores (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009).

El deterioro de las condiciones materiales de trabajo se ha venido agudizando en los últimos años y han sido los trabajadores de la salud quienes principalmente han resentido ante esta problemática afectando su nivel de rendimiento individual, laboral y por ende la calidad de la atención a nivel institucional (Gil-Monte PR, Peiró SJM, 1997).

Existen en la literatura mundial escasos trabajos que aborden la problemática de la calidad de vida entre los médicos residentes; sin embargo, los existentes coinciden en una disminución de la misma (Albanesi de Nasetta S, Nasetta P, 2005).

Varios factores determinantes pueden afectar la salud y la calidad de vida de los médicos. En este contexto, su evaluación podría ayudar a implementar acciones de apoyo destinadas a mejorarla para así garantizar la calidad de los servicios (Albanesi de Nasetta S, Nasetta P, 2005).

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL

Existen en la literatura múltiples instrumentos que se han desarrollado para evaluar la calidad de vida desde distintos enfoques y situaciones particulares; desde el punto de vista del proceso salud-enfermedad en enfermedades específicas (cáncer, insuficiencia renal); asimismo existen otros instrumentos útiles en la evaluación de la calidad de vida en el ámbito laboral, familiar y social, etc. (Velarde-Jurado E, Avila Figueroa C, 2002).

Uno de los objetivos del presente trabajo es evaluar la calidad de vida laboral en los médicos residentes, para lo cual se utilizó la Escala de Calidad de Vida en el trabajo (CVT-GOHISALO). Este instrumento fue elaborado y validado al identificar la escasez de herramientas para la medición de la calidad de vida en el trabajo. Consta de 74 ítems,

evaluados en una escala tipo Lickert cuyas puntuaciones van de 0 a 4 los cuales corresponden a indicadores que se agrupan en 7 dimensiones que se pueden medir de forma independiente, cada una con sus puntajes específicos para los rangos de riesgo. A mayor puntaje corresponde mejor calidad de vida en el trabajo y a menor puntaje corresponde poca satisfacción de vida en el trabajo. Cada una de las dimensiones de la escala evalúa aspectos específicos dentro del contexto de la actividad laboral y se definen como sigue:

1. Soporte institucional para el trabajo: se define como los elementos del puesto de trabajo que son aportados por la institución como estructura que da forma y soporta el empleo, agrupando sus indicadores en las subdimensiones siguientes: a) Procesos de trabajo: actividades o tareas que se deben de realizar con motivo del puesto de trabajo.

Supervisión laboral: conjunto de actividades que se realizan por los superiores jerárquicos para la verificación del cumplimiento de las actividades laborales por parte del trabajador; se evalúa el uso de los resultados de la supervisión como retroalimentación y la satisfacción por la supervisión laboral. b) Apoyo de los superiores para la realización del trabajo: condiciones de sostén brindadas al trabajador por los superiores jerárquicos para desempeñar adecuadamente su trabajo y puedan continuar sus actividades laborales. Se evalúa la satisfacción del trato con los superiores hacia el trabajador y su apoyo en la resolución de problemas. c) Evaluación del trabajo: se refiere al juicio de valor que los compañeros y superiores hacen del trabajo realizado por el trabajador. d) Oportunidades de promoción: poner al alcance del trabajador la posibilidad de cambiar de puesto de trabajo para mejorar sus condiciones en base a su desempeño.

e) Autonomía: entendida como la condición de independencia que goza el trabajador con respecto a su empleo, en donde cuenta con la libertad de opinión sin temor a represalias (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo 6).

2. Seguridad en el trabajo: se define como las características del empleo que se relacionan con las condiciones que brindan al trabajador firmeza en su relación con la institución e incluye la satisfacción por la forma en que están diseñados los procedimientos de trabajo, ingresos o salarios, los insumos para la realización del trabajo, los derechos contractuales de los trabajadores y el crecimiento de sus capacidades individuales a través de la capacitación. (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo6).

3. Integración al puesto de trabajo: se define como la inserción del trabajador en el trabajo como una más de sus partes en total correspondencia; e incluye aspectos de motivación y ambiente de trabajo valorados a través de: a) Pertenencia: se refiere a la relación que debe existir de manera lógica, como propia de la relación laboral; como son la relación del puesto de trabajo con la preparación académica y el respeto de los derechos laborales. b) Motivación: fuerza positiva que impulsa al trabajador a continuar con su empleo persiguiendo el logro de objetivos comunes con sus compañeros de trabajo y poniendo de manifiesto el interés por la actividad laboral y su disposición para el trabajo.

c) Ambiente de trabajo: circunstancias que rodean al trabajador en su lugar de trabajo relacionándose principalmente con su convivencia con el resto de trabajadores. Incluye la evaluación del trato con sus compañeros, la manera en la que se resuelven los conflictos, el apoyo que recibe de sus compañeros y de sus subordinados. (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo 6).

4. Satisfacción por el trabajo: sensación global de agrado o gusto que el trabajador tenga con respecto a su empleo e incluye indicadores agrupados en los siguientes tipos: a) Dedicación al trabajo: exclusividad que se le confiere al trabajo en cuanto a la forma de contratación, duración de la jornada laboral, turnos y cantidad de tareas a realizar durante la misma. b) Orgullo por la institución: estimación exacerbada que se siente por pertenecer a la institución. c) Participación en el trabajo: grado en el que el trabajador siente que forma parte de su actividad laboral, que se pone de manifiesto mediante su satisfacción por las funciones desempeñadas y tareas realizadas. d) Reconocimiento por el trabajo: implica la aceptación de los juicios de valor que otras personas hacen con respecto a la actividad del trabajador y es evaluada mediante la satisfacción por ese reconocimiento. e) Autovaloración: implica el acto de emitir juicios de valor con respecto al propio desempeño laboral (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo 6).

5. Bienestar logrado a través del trabajo: Se entiende como el estado mental o psicológico de satisfacción de necesidades relacionadas con la manera de vivir, incluyendo el disfrute de bienes y riquezas logrados gracias a la actividad laboral. Sus indicadores se agrupan en las subdimensiones siguientes: a) Identificación con la institución: relacionada con el orgullo institucional que ya había sido definido como la estimación exacerbada que se siente por pertenecer a la institución, en este caso se evalúa a través de la identificación con los objetivos institucionales y la contribución con la imagen institucional. b) Beneficios del trabajo para otros: importancia que el trabajo confiere a otras personas, se mide a través de la percepción del trabajador de dichos beneficios. c) Satisfacción por la vivienda: considerada como un estándar social para vivir, se entiende como el conjunto de propiedades logradas a través del trabajo, así como sus características (calidad de los servicios básicos) desde la perspectiva del trabajador. d) Evaluación de la salud general: definida como el dominio que el individuo tiene de su condición física, mental y social lograda a través del trabajo y desde su propia perspectiva, para el desempeño de sus actividades diarias, laborales y no laborales (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo 6).

6. Desarrollo personal del trabajador: se define como el proceso de incremento de aspectos personales del trabajador relacionados con su actividad laboral, se valora a través de indicadores agrupados en: a) Logros: percepción de haber alcanzado lo deseado o de haber obtenido ganancia con respecto a la situación laboral previa e incluye indicadores relacionados con objetivos institucionales, aspectos personales, reconocimiento social y tipo de vivienda. b) Expectativas de mejora: percepción de posibilidades de crecimiento en relación a la situación laboral actual. Se medirá a través de la proyección que haga de su nivel de vida y de sus potencialidades personales. c) Seguridad personal:

estado de ánimo en el que el trabajador adquiere la sensación de estar libre de riesgos gracias a su actividad laboral. Se medirá sobre la percepción de seguridad para enfrentar adversidades y la conservación de la integridad de sus capacidades (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo 6).

7. Administración del tiempo libre: definida como la forma en que se disfruta la vida en el horario en el que no se realizan actividades laborales. Para su evaluación se contemplan: a) Planificación del tiempo libre: manera determinada en que el trabajador se programa para disponer de su tiempo libre, se evalúa la necesidad de llevar trabajo a casa y el cumplimiento de las actividades programadas. b) Equilibrio entre trabajo y vida familiar: se refiere a la igualdad de condiciones desde la perspectiva del trabajador entre su situación laboral y el disfrute de la vida en relación con su círculo familiar; se evalúa a través de tres indicadores: convivencia con la familia, participación en actividades domésticas y participación en cuidados familiares (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo 6).

4.6 SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout ha sido definido como “el fracaso o desgaste producido por las demandas excesivas que recibe el profesional, las cuales sobrepasaban sus energías o recursos personales”. Se refiere al agotamiento físico y emocional producto de la forma en que los profesionales interpretan y mantienen sus propios estados emocionales en momentos de crisis debido a unas condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales (Maslach C, Jackson SE, 1981) (Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, 1996).

Gil-Monte y Peiró lo definen como una “respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales” (Gil-Monte PR, 2001). Se concibe como resultado de la combinación de estresores originados en el entorno social, laboral y en el propio sujeto, en donde variables de carácter demográfico (sexo, edad, estado civil, número de hijos, etc.), el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos modernos, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, así como el apoyo social, entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores de éste síndrome (Lindblom KM et al, 2006) (Hernández-Vargas C et al., 2008), el cual produce una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales suficientes para considerarlo enfermedad y síndrome (Capilla PR, 2000) (Gil-Monte PR, Peiró SJM, 1997) (Gil-Monte PR, 2000).

El síndrome de burnout se considera como una entidad moderna, derivada de la exposición crónica de manera gradual y continuada al estrés laboral, (por lo menos 6 meses). Actualmente no existe una única definición que sea plenamente

aceptada, lo que supone dificultades importantes para su evaluación, tanto a nivel individual como en grupos profesionales (Gil-Monte PR, 2000).

De acuerdo al modelo de demanda-control, el estrés laboral se asocia al síndrome de agotamiento profesional (burnout) cuando las demandas del trabajo son altas mientras que la autonomía individual es baja o está ausente (Schaufeli WB, 1999) y cuando interfiere con las actividades en el hogar (Geurts S, Rutte C, Peeters M, 1999) (Campbell DA et al., 2001) (Linzer M, Visser MR, Oort FJ et al., 2001).

EPIDEMIOLOGIA

El Síndrome de Burnout es un fenómeno vigente y de gran importancia del cual existen una gran cantidad de estudios que abordan el tema en cuanto a su desarrollo y prevalencia en profesionales de la salud (Nash IS, 2002) (Cohen JS, 2002) (Graham WR, 2002) (Linzer M et al., 2001) (Collier VU et al., 2002) (Niku K. Thomas, 2004) (McCray L et al., 2008) por mencionar algunos; no así en el caso de México, donde son pocos los estudios publicados (Alcocer Castillejos, 2002) (Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA, 2009).

Aparece comúnmente entre los médicos en ejercicio, con tasas de prevalencia que van del 25 a 60% (Lemkau J, et al 1994) (Ramírez AJ, et al, 1995) (Livianos Aldana, et al 1999) (Linzer M, Visser MR, Oort FJ, et al, 2001) (Deckard GJ et al., 1992) (Aranda Beltrán C, Pando Moreno M et al., 2003) (Nyssen AS et al., 2003) (McCray L et al., 2008); sin embargo su presentación parece ser predominante entre los médicos residentes (Shanafelt TD et al, 2002) (Ramírez AJ et al, 1995) (McCue JD, Sachs CL, 1991) (Niku, K, 2004). En cuanto a las variables socio-demográficas, aún no se han reportado diferencias significativas asociadas al género (Niku K Thomas, 2004).

Algunos estudios han reportado que los síntomas de desgaste profesional se encuentran presentes de manera más marcada dentro del primer año de los cursos de residencia, disminuyendo paulatinamente conforme se avanza en cada etapa de formación (Simpson LA, Grant L, 1991) (Peterlini M et al., 2002). Sin embargo, en un estudio realizado durante un programa de residencia en EE.UU., se reportó que el 63% de los residentes, con independencia del año de postgrado, tenían una alta prevalencia de Burnout (Shanafelt TD et al., 2002), por lo que los resultados aún son contradictorios.

La presentación del síndrome de burnout en cada país del mundo tiene sus particularidades de acuerdo a la forma de organización de los diferentes sistemas de salud y al contexto socio-demográfico, económico y político-cultural sobre el cual se asienta el sistema sanitario (Collier VU et al, 2002).

FACTORES DE RIESGO

Existen muchos factores asociados al fenómeno de burnout en médicos residentes; entre ellos están los factores socio-demográficos individuales, la fatiga física y emocional, la privación de sueño, la insatisfacción personal al no ver cumplidas las expectativas esperadas de la residencia médica (académicas, de entrenamiento, económicas y de crecimiento personal) así como factores relacionados con el ámbito laboral (Cohen JS, et al., 2005) (Baldwin PJ et al., 1997) (Goitein L et al., 2005) (Fahrenkopf AM et al., 2008).

Los factores individuales como la personalidad, también juegan un papel muy importante en la génesis del burnout, ya que ésta es la que en gran medida determina las estrategias de afrontamiento que posee el sujeto para poder enfrentarse al medio y modificarlo en su beneficio (Moreno-Jiménez, González J, Garrosa E, 2002).

Actualmente se destaca la importancia de los estresores del contexto de la organización laboral como los antecedentes más relevantes de Burnout; entre los cuales destaca el clima organizacional, el acoso laboral (mobbing), el deterioro de las condiciones materiales de trabajo, entre otros factores psicosociales involucrados. En la medida que estos facilitadores están presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido afectando el desarrollo del síndrome, por lo que el estudio y entendimiento de este fenómeno, incluye necesariamente variables relativas a la persona y a la organización. En la medida que estos facilitadores están presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido afectando el desarrollo del síndrome (Gil-Monte, Peiró SJM, 1997) (Gil-Monte P, 2001) (Lindblom KM et al., 2006) (Pastorino María, Alvarado Rubén, 2009).

Los componentes esenciales y definitorios del Síndrome de Burnout (de acuerdo a Maslach y Jackson, 1981) incluyen:

1. **Agotamiento emocional:** Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, (pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste, agotamiento, fatiga física, psicológica o ambas) y se manifiesta como una falta de recursos emocionales, en donde la vivencia experimentada es la de no poder dar más de sí en el ámbito profesional. Se trata de una experiencia de estar emocional y físicamente agotado debido al contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo (Maslach C, Jackson SE, 1981) (Gil-Monte PR, 2001).
2. **Despersonalización:** hace referencia a una serie de actitudes negativas caracterizadas por irritabilidad, pérdida de motivación e incompetencia, pesimismo y una tendencia a culpar a los demás de las propias frustraciones laborales, que aparecen como mecanismos de defensa y que se traducen en distanciamiento/aislamiento de los compañeros de trabajo y de los "clientes" (pacientes), lo que origina una deshumanización en las relaciones, un desprecio hacia el entorno; incluso actitudes insensibles y de cinismo hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, los cuales son vistos por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo (Maslach C, Jackson SE, 1981) (Gil-Monte PR, 2001).

3. **Baja realización personal en el trabajo:** sentimiento de inadecuación personal o de ausencia de logros propios en las labores habituales, lo que hace que disminuyan las expectativas personales e implica una tendencia a la autoevaluación negativa y a no valorar sus propios logros profesionales, presentándose un rechazo de sí mismo, así como sentimientos de fracaso y baja autoestima (Maslach C, Jackson SE, 1981) (Gil-Monte PR, 2001).

Constituye un problema de salud pública y se ha observado con mayor frecuencia en trabajadores que mantienen contacto directo con personas, como son los trabajadores del área de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) entre otros (agentes de ventas, funcionarios públicos, educadores, etc.) (Maslach C, Jackson SE, 1981) (Gil-Monte PR, 2000) (Gil-Monte PR, 2001); siendo los profesionales de la salud la población más vulnerable a presentarlo; lo que a su vez influye negativamente en sus prácticas médicas (Aranda-Beltrán C, Pando Moreno M, 2005) (Shanafelt TD et al 2002). En esta población, que es la de nuestro objeto de estudio, el síndrome de burnout puede explicarse por la limitación en el tiempo para las consultas o visitas, por largas jornadas de atención, intensa demanda de trabajo, el control limitado sobre el mismo, sumados a la carga en la formación educativa, la presión que ejercen las figuras jerárquicas de autoridad y la carga emocional por parte de los pacientes (Rodríguez J, 1995), así como a la interferencia que ejerce el trabajo con su vida personal y familiar (Niku K. Thomas, 2004).

Pines A. & Aronson en 1988, propusieron una explicación de la prevalencia del síndrome en profesionales del servicio humano, en tanto son vulnerables porque tienen una necesidad inherente de encontrar un significado existencial a sus trabajos, motivados por un deseo de interactuar con seres humanos y realizar en ellos contribuciones significativas para sus vidas (Pines A, Aronson, 1988).

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout influye negativamente en el estado físico y emocional global del médico residente y por tanto predice problemas de salud relacionados con el estrés y la disminución de la satisfacción profesional, el desempeño y el compromiso en el trabajo (Toral-Villanueva Rodrigo et al., 2009), lo que puede contribuir a la presentación de síntomas ansioso-depresivos (Lemkau et al, 1994) (Frank E, Dingle AD, 1999) (Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD, 2006) (Van Der Heijden F et al, 2008), abuso de alcohol (Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R, 2008) e ingesta de fármacos para aminorar la fatiga secundaria a la privación de sueño (Czeisler CA et al, 2009).

Asimismo, quien padece burnout presenta grados variables de despersonalización, que en el caso de los médicos se traduce en evitar implicarse emocionalmente con sus pacientes, para no sentirse vulnerados e incapacitados al momento de brindar respuestas y para distanciarse del sufrimiento del paciente y poder efectuar su trabajo. Es así como se va estableciendo un trato impersonal, en la medida en que los pacientes se han convertido en “objetos” de la atención del profesional afectado (Visser M et al; 2003). Estas reacciones pueden constituir un signo de mal

afrontamiento de la sobrecarga laboral y un modo desadaptativo de manejar el estrés, por las consecuencias que se derivan para el profesional y para el enfermo; puesto que si bien en ciertos momentos permite la protección emocional de los médicos, en otros tiene efectos perturbadores al impedir una buena comunicación con los pacientes (Visser M et al; 2003).

Otra fuente generadora de estrés en los residentes y de especial atención es la que se deriva de los horarios de trabajo ininterrumpido y de atención pos-turno, en la cual se ha observado que los residentes experimentan cansancio físico y mental asociado con poca fluidez, errores en la prescripción de los medicamentos y procedimientos, disminución en la calidad de la atención -caracterizada por pensamientos y acciones lentas-, alteración en la rutina y descuido de la calidad del servicio ofrecido (Fahrenkopf AM et al., 2008) (Goitein L et al., 2005) (Prins JT et al., 2009). Se ha observado que tanto en especialidades médicas como quirúrgicas, existe una relación de la extensión de jornadas laborales y la falta de sueño como causa de estrés. El nivel de estrés laboral es mayor entre los médicos residentes de especialidades médicas que quirúrgicas aunque aún los datos son contradictorios (Gamés F, 2007).

Existen estudios que señalan la asociación entre la inconformidad expresada en relación a las guardias mayores de 24 horas y el ausentismo laboral entre residentes e internos (Michie S, Williams S, 2003). Algunos autores afirman que los turnos espaciados y el pos-turno les han ayudado a sobrellevar estos inconvenientes, lo que refleja la importancia de abordar esta área en futuras investigaciones, para así mejorar tanto la calidad de vida de los residentes como la atención a los pacientes (Niku K. Thomas, 2004) (McCray L et al., 2008) (Patrick M et al., 2009).

Los factores individuales producen estrés con una frecuencia de siempre y casi siempre en un 45% en residentes de postgrado; mientras que las fuentes institucionales y grupales lo hacen con una frecuencia de un 47,5%, lo que destaca la importancia de los estresores de categoría laboral como factores predisponentes para el burnout, destacándose el nivel institucional (ambiente físico y tecnología) (Garnés F, 2007).

El Síndrome de Burnout cuando se encuentra presente en una intensidad de moderado a grave, sobretudo en cuanto al componente emocional, tiene fuertes implicaciones sobre la dinámica familiar (Guevara et al., 2002). Algunos trabajos de investigación han propuesto distintos recursos e intervenciones para aliviar el estrés experimentado por los médicos en formación y merecen especial atención. Estas estrategias se han centrado en implantar talleres semanales que enseñen técnicas de manejo del estrés; reducción de los horarios de trabajo y atención psicológica a aquellos que lo necesiten (Shanafelt TD, et al, 2003) (Canadian Medical Association, 2003) (Niku K. Thomas, 2004) (Cohen JS, Patten S, 2005) (Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L, 2007) (McCray L et al, 2008) (Wallace Jean E, Lemaire Jane B, Ghali William A, 2009). Dichas condiciones deben ser tomadas en cuenta a la hora de planear estrategias en próximas intervenciones como factor preventivo (Niku K. Thomas, 2004) (McCray, L, et al, 2008) (Patrick M, et al., 2009); sobre todo si tomamos en cuenta que año con año se incrementan las quejas médicas y demandas legales hacia los

médicos y hacia las instituciones de salud por mala prestación de servicios. Durante el periodo 2009-2010, se recibieron 6,418 quejas relacionadas la prestación de servicios médicos por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); institución con mayor número de quejas y demandas médicas debido a que es la de más amplia cobertura de derechohabientes a nivel nacional (Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de labores y programa de actividades 2009- 2010); por lo que incidir en este terreno desde la prevención del problema podría servir como punto de partida para mejorar la calidad de la atención.

MEDICIÓN DEL BURNOUT

Para la medición del Síndrome de Burnout se han creado diversos instrumentos, entre los que destaca el Maslach Burnout Inventory (MBI), considerado como el instrumento de medida más clásico de Burnout y con el cual se han realizado la mayoría de las investigaciones relacionadas con este síndrome debido a su validez (Maslach C, Jackson SE, 1981; 1982) y ha sido considerado el estándar de oro para tal fin (Schaufeli WB, 1999) (Niku K. Thomas,2004).

Entre los instrumentos alternativos al MBI que se han utilizado en investigación están el “Tedium Measure”, “Staff Burnout Scale for Health professionals”, la escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB); entre otros (Niku K. Thomas,2004) (McCray L et al., 2008).

En este estudio se utilizó el Maslach Burnout Inventory en su versión castellana por considerarlo el instrumento más apropiado debido a los argumentos previamente esgrimidos y a su validez (Gil-Monte PR, 2002).

Maslach Burnout Inventory (MBI)

El cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres factores o subescalas: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización, y 3) realización personal en el trabajo. La subescala de agotamiento emocional, formada por 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20; describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo. La subescala de despersonalización constituida por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22 describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención. La subescala de realización personal en el trabajo compuesta por 8 ítems: 4, 7, 9, 12,17, 18,19, 21; evalúa sentimientos de competencia/incompetencia y realización/falta de realización exitosa en el trabajo hacia los demás. Cada reactivo es valorado según una escala tipo likert modificada de 7 puntos (de 0 a 6), para indicar la frecuencia de la sintomatología que se presenta, que va desde nunca hasta todos los días. Al final se suman los ítems determinando las categorías de “bajo, moderado y alto” para cada una de las dimensiones de acuerdo a como se muestra en la siguiente tabla:

Dimensiones del MBI y puntos de corte:

Dimensión	Baja	Media	Alta
Agotamiento emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización Personal	≤ 33	34-39	≥ 40

Para las dos primeras dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización), a mayor puntaje mayor agotamiento emocional y mayor grado de despersonalización, mientras que para la dimensión de “realización personal” la evaluación es a la inversa es decir a mayor puntaje mejor realización personal y a menor puntaje menor será el nivel de realización personal (Maslach C, Jackson SE, 1986) (Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, 1996) (Anexo 8).

Para este estudio, se definió al síndrome de Burnout como una calificación alta en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización debido a que algunos autores consideran que éste es el estándar para identificar clínicamente al síndrome, ya que investigaciones anteriores han sugerido que la subescala de realización personal mide una dimensión en cierta medida distinta (Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR, 1986) (Maslach, 1996).

El siguiente cuadro muestra las calificaciones promedio para cada una de las dimensiones del MBI con respecto a algunos estudios previos publicados en residentes.

	Calificación promedio para agotamiento emocional*	Calificación promedio para despersonalización*	Calificación promedio para realización personal+
Residentes del estudio en IMSS (n= 312) (Torral Villanueva R, 2009)	18.2	6.9	37.6
Residentes de Medicina Interna (n=115) (Shanafelt, 2002)	26.4	12.7	36.2
Residentes de Medicina Familiar (n=64) (Pudr�, 1987)	25.3	12.2	37.7
Residentes de Medicina Interna y Pediatría (n=43) (McCue, 1991)	28.5	14.0	35.2

* Un valor mayor indica mayor SB

+ Un valor menor indica mayor SB.

Como vemos, el síndrome de Burnout es un problema vigente, cuya génesis multifactorial requiere el desarrollo de nuevas estrategias y enfoques para su estudio, por lo que en el presente trabajo se abordó desde la perspectiva de los factores psicosociales, mobbing, así como de la evaluación de síntomas de estrés y fatiga y se espera poder establecer algunas asociaciones entre estas variables.

5. JUSTIFICACIÓN

La residencia médica es una etapa de entrenamiento profesional en la cual los médicos residentes nos enfrentamos a múltiples factores de riesgo que pueden afectar nuestra salud y bienestar; entre los que podemos mencionar los factores psicosociales negativos, mobbing, estrés, fatiga y burnout, mismos que pueden afectar la calidad de vida laboral. A pesar de que existen diversos estudios publicados al respecto en otros países, la literatura médica disponible en México sobre estos aspectos es limitada, más aún al referirnos específicamente a la población de médicos residentes; sin embargo sus prevalencias son altas, por lo que constituyen un tema vigente de gran interés para su estudio.

El presente trabajo abordó dichas variables, lo que significó una aportación a la evaluación de el curso de especialización médica en este hospital (CMNSXXI) desde una perspectiva más amplia, con el fin de identificar oportunamente factores de riesgo que sirvieran de base para poder planear en un futuro estrategias de intervención, ya que las repercusiones de la presencia de estas variables afectan no solamente a los que brindamos servicios médicos sino también a los usuarios de estos servicios: pacientes y sociedad en su conjunto.

Las consecuencias de la exposición a factores psicosociales negativos, mobbing, estrés, fatiga y burnout son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o fármacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral, lo que disminuye considerablemente la calidad de vida del profesional de la salud.

Estos datos tienen gran importancia no solo para la salud del médico, sino también para las instituciones, ya que en la medida en que los residentes tienen su salud y bienestar comprometidos se puede afectar la calidad de la atención médica y esto verse reflejado como ha venido sucediendo en años recientes en un incremento de demandas médicas e institucionales por negligencia y prácticas médicas sub-óptimas pudiendo repercutir en los costos destinados a resarcir los daños provocados por dichas prácticas. Debido a esto, es necesario fortalecer la investigación en este ámbito y ofrecer alternativas.

En México debido a la carencia de estudios al respecto se requiere conocer la influencia que ejercen los factores psicosociales negativos sobre la presencia de estrés, fatiga, burnout y calidad de vida laboral en los médicos residentes para determinar que variables tanto personales como institucionales están implicadas y así poder planear

intervenciones sistematizadas que contribuyan a mejorar el sistema y calidad de enseñanza durante el entrenamiento médico a fin de que se reduzcan los niveles de burnout y de insatisfacción en las perspectivas académicas de los residentes.

El presente trabajo se planteó determinar la presencia de factores psicosociales negativos en las áreas laborales y su asociación con el estrés, fatiga, burnout y calidad de vida en médicos residentes. Esta investigación resultó factible ya que en Centro Médico Nacional Siglo XXI, contamos con una amplia plantilla de residentes tanto de especialidades médicas como quirúrgicas y de gabinete, lo que determinó el fácil acceso a una muestra representativa de estudio para poder aplicar los instrumentos de medición, además de que conté con el apoyo y la experiencia de los investigadores adscritos a la Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo, quienes participaron como los responsables del proyecto, con lo que se pudo llevar a cabo el trabajo en tiempo y forma, con los recursos disponibles en nuestra Institución.

El interés por haber realizado esta investigación surgió de la reflexión sobre lo paradójico que resulta pensar que precisamente el personal que se dedica a cuidar la salud, pueda ver mermada la suya al presentar síntomas de desgaste profesional a consecuencia del estrés y otros factores inherentes a su profesión que afectan su estado de ánimo, memoria, concentración, rendimiento global y su funcionamiento familiar sin que se hayan tomado las medidas necesarias para aminorar estas consecuencias a pesar del detrimento de la calidad de la atención documentado en la literatura médica. Sin embargo este problema es susceptible de cambio, puede prevenirse y manejarse en el caso de que ya exista, siempre y cuando exista la voluntad por parte de las autoridades encargadas de la calidad de la enseñanza en todas y cada una de las instituciones de salud prestadoras de servicios con médicos residentes a su cargo, para lo cual en primera instancia se debe reconocer y delimitar el problema y éste fue el objetivo central de este trabajo.

Para ello además del empleo del Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión en español, se utilizaron otras escalas como son el cuestionario de Evaluación de Factores Psicosociales (ISTAS 21), la Escala Sintomática de Estrés (ESE) de SEPPOARO, la Escala de Síntomas Subjetivos de Fatiga (ESSF) de H. Yoshitake, el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO), y la escala de Calidad de vida laboral (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009).

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen muy pocos estudios publicados acerca de los riesgos psicosociales en este sector de los trabajadores de la salud y hasta este momento no había ninguno que haya abordado la problemática de manera global como se propuso en este trabajo partiendo de conocer cuál es la prevalencia de factores psicosociales negativos y “mobbing” en el ámbito laboral de los médicos residentes y su relación con el estrés, fatiga, burnout y la calidad de vida de los mismos; lo que significó un aporte valioso que permitió generar nuevos conocimientos a la información ya existente.

Asimismo nos permitió determinar si en médicos residentes mexicanos existían o no similitudes con las prevalencias reportadas para estos riesgos en otros países y de acuerdo a los resultados obtenidos nos facilitó establecer la necesidad de modificaciones e intervenciones encaminadas a prevenir o resolver el problema con la finalidad de mejorar al mismo tiempo la prestación y calidad de los servicios de salud, tomando en cuenta que el Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución con mayor número de quejas y demandas médicas debido a que es la Institución Pública de Salud con mayor número de derechohabientes a nivel nacional (IMSS. Informe de labores y programa de actividades 2009- 2010); por lo que incidir positivamente en este terreno a través de modelos de prevención y/o de intervención del problema en los médicos residentes, quienes representan en gran medida la principal fuerza de trabajo y sobre la cual recaen gran parte de las responsabilidades con y para los pacientes, podría servir como punto de partida para mejorar la calidad de la atención, más aún cuando estas quejas y demandas ocurren la mayoría de las veces derivadas del desgaste profesional asociado a la carga de trabajo (Shanafelt TD et al., 2002) (West CP et al., 2006). Dichos modelos de intervención han sido aplicados a partir de la detección del problema en otros países con buenos resultados (Firth-Cozens J, 2001) (Lockley SW, Cronin JW, Evans EE et al., 2004) (Goldman M, Fiebach C, 2007) (Vanderveen E, 2007) (Wallace Jean E et al., 2009) (Miulli O, Valcore EJ, 2010).

Con base a lo anteriormente mencionado planteo las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la prevalencia de estrés, fatiga, “mobbing” y burnout en los médicos residentes?
- ¿Cuál es la percepción de calidad de vida laboral de los médicos residentes?
- ¿Los factores psicosociales, el “mobbing” y la percepción de la calidad de vida constituyen aspectos de riesgo importantes para la presencia de estrés, fatiga y burnout en los médicos residentes?
- ¿Existen diferencias en cuanto a estas variables dependiendo del grado y tipo de residencia que se curse?

7. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de estrés, fatiga, y síndrome de burnout y su relación con factores de tipo psicosocial, mobbing y la percepción negativa de la calidad de vida laboral en médicos residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS.

7.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los niveles de fatiga que presentan los médicos residentes.
- Determinar el grado de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal que tienen estos médicos residentes.
- Evaluar la frecuencia de factores psicosociales y mobbing en los residentes.
- Evaluar la calidad de vida laboral de los médicos residentes.
- Calcular la diferencia de prevalencias de factores psicosociales en el trabajo, mobbing, calidad de vida, estrés, fatiga y síndrome de Burnout entre los médicos residentes del según el grado que cursan y el tipo de residencia.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. Diseño del estudio.

Es un estudio transversal, realizado en médicos residentes del Hospital de Especialidades del CMNSXXI de la Ciudad de México.

8.2. Universo de trabajo; selección y cálculo del tamaño de la muestra

Todos los residentes del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI fueron elegibles para participar en el estudio, de cualquier curso de especialización (residencia), de primero a cuarto año, que aceptaran firmar su carta de consentimiento; sin embargo por cuestiones de acortamiento en los tiempos de entrega de tesis; se presentan los resultados de la muestra recolectada al mes de junio que fue de 153 (76.5%) de los 200 calculados previamente, para capturar, analizar los datos y poder concluir el trámite de titulación en los tiempos establecidos por la UNAM. El estudio se realizó en un periodo de cinco meses del año 2011; dos meses en el trabajo de campo, y tres meses en captura y análisis de resultados.

Tamaño de la muestra

Se utilizó el programa estadístico Stata 11.VE, y se calculó el tamaño de la muestra para una diferencia de proporciones, tomando la prevalencia menor que fue la de mobbing que oscilaba en un rango de 2% a 10%, con un poder de 80 y un alfa de 0.05, con una prueba de hipótesis de dos colas para encontrar diferencias significativas entre los residentes por año. El tamaño de muestra calculado fue de 44 residentes en cada grupo, estimando una tasa de no participación del 15%, se calculó 50 participantes en cada grupo de primer a cuarto año de la residencia, haciendo una muestra total de 200 residentes; sin embargo debido a los argumentos previamente descritos sobre el acortamiento en los tiempos de entrega de tesis, la muestra se conformó finalmente por 153 (76.5%) residentes.

8.3. Descripción de las variables

- Variable independiente: Corresponde a los Factores Psicosociales, Mobbing, calidad de vida laboral.
- Variable dependiente: Estrés, Fatiga, Síndrome de Burnout.
- Variable de confusión. Género y edad, año de residencia y tipo de residencia médica

8.3. a Definición operacional de las variables

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
1. Edad	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Continua discreta. Se especifica en años.
2. Género	Se describirá al sujeto como femenino o masculino de acuerdo al fenotipo del participante, con 2 opciones de respuesta	cualitativa nominal dicotómica categórica: 1. Masculino 2. femenino
3. Estado civil	Estado civil del residente en el momento del estudio, con 5 opciones de respuesta	Cualitativa nominal 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado/Divorciado 5. Viudo
4. Año de residencia	Año de residencia que cursa al momento del estudio, con 4 opciones de respuesta	Categórica 1. R1 2. R2 3. R3 4. R4
5. Especialidad	Se refiere al nombre de la especialidad, la cual posteriormente se agrupará de acuerdo a 2 opciones de respuesta	Nominal 1. Clínica/Médica 2. Quirúrgica
6. Años entre el término de la carrera y el inicio de la especialidad	Se refiere al número de años que transcurrieron desde que terminó la carrera e inició el curso de especialidad	Continua discreta
7. Horas de trabajo al día	Se refiere al número de horas laboradas diariamente	Continua discreta
8. Días de descanso semanal	Se refiere a los días de descanso disfrutados por cada semana de trabajo	Continua. Se especifica en números Enteros 1. 1 día/semana 2. 2 días/semana 3. 3 días/semana 4. Otros
9. Tiempo de descanso durante la jornada laboral	Indica si el residente cuenta con tiempo para descansar durante sus horas de trabajo, con 2 opciones de respuesta	Categórica 1. Sí (sí cuenta con tiempo para Descansar) 2. No (no cuenta con tiempo para Descansar)
10. Tiempo transcurrido desde las últimas vacaciones tomadas	Se refiere al tiempo que ha pasado desde el último período vacacional, con 7 opciones de respuesta	Continua discreta. Se especifica en meses 1. 1 mes 2. 2 meses 3. 3 meses 4. 4 meses 5. 5 meses 6. 6 meses 7. Más de 6 meses

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
11. Tipo de guardia	Se refiere al número de guardias realizadas a la semana según el rol establecido, con 6 opciones de respuesta	Nominal categórica Se especifica según el rol de guardias establecido 1. "AA": guardia todos los días, no hay descanso 2. "AB": guardia de 36hrs con un día de descanso 3. "ABC": guardia de 36 hrs cada tercer día 4. "ABCD": guardia de 36 hrs cada 4 días 5. Otro (especificar) 6. Aleatorias /al azar
12. Número de personas a su cargo en el servicio	Se refiere al número de residentes de menor jerarquía a su cargo	Continua
13.Lugar de residencia	Se refiere a si el residente es originario de la ciudad en la que se encuentra su sede hospitalaria, con dos opciones de respuesta	Categórica 1.Sí (es originario de la misma ciudad donde está su sede hospitalaria) 2.No (no es originario de la misma ciudad donde está su sede hospitalaria)
14. Tiempo de traslado	Indica el tiempo que requiere el residente para trasladarse desde su domicilio a su sede hospitalaria y viceversa, con 5 opciones de Respuesta	Categórica 1. 5 a 14 min 2.15 a 29 min 3.30 a 44 min 4. 45 min a 1hr 5.Más de 1hr
15. Número de hijos	Número de hijos al momento del estudio	Continua discreta. Se especifica en números enteros
16. Número de hijos que viven con usted	Hijos que viven con el residente	Continua discreta.
17. Cohabita con	Se refiere a la(s) personas que viven con el (la) residente, con 7 opciones de respuesta	Nominal y categórica. 1. Solo 2.Con esposo(a) 3.Con su esposo(a) e hijos 4.Con sus padres 5.Otra familia 6.Con sus hijos 7.Otro
18. Ocupación alterna	Ocupación laboral alterna a su condición de médico residente, con 2 opciones de respuesta	Cualitativa nominal 1. Sí tiene otro trabajo 2. No tiene otro trabajo
19. Número de trabajos alternos	Número de trabajos alternos a la ocupación como médico residente	Continua discreta
20. Horario de su otro trabajo	Horario del trabajo alterno	Categórica nominal
21. Actividad que realiza en su otro trabajo	Actividad que realiza en su trabajo alterno	Categórica nominal
22. Ingreso familiar mensual	Se refiere al monto neto total de ingreso familiar mensual	Continua. Se especifica en números enteros con decimales (\$10,583..)
23.Consumo de medicamentos	Indica si el residente consume algún tipo de medicamento al momento del estudio	Nominal.Se especifica por el tipo de medicamento que consume: 1.Ninguno,2.Antidepresivos,3.Ansiolíticos, 4,Otros

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
24. Factores Psicosociales (Método ISTAS 21)	consta de 38 preguntas que evalúan 6 factores de riesgo de naturaleza psicosocial: exigencias psicológicas, trabajo activo y posibilidades de desarrollo, inseguridad, apoyo social y calidad de liderazgo, doble presencia y estima.	Variable categórica escala likert modificada 0=nunca, 1= solo alguna vez, 2= alguna vez, 3= muchas veces, 4= siempre para los apartados 1,2,4,5,6 y 0= nada preocupado, 1= poco preocupado, 2= mas o menos preocupado, 3= bastante preocupado, 4=muy preocupado para el apartado 3.
25. Mobbing (IVAPT-PANDO)	22 reactivos que evalúan 3 elementos: violencia psicológica en el trabajo, intensidad de la violencia psicológica, acoso psicológico en el Trabajo	Variable categórica dos columnas: en la primera columna se señala la frecuencia del comportamiento del acoso, con 5 opciones de respuesta de acuerdo a una escala Likert modificada que van de 0= nunca a 4= muy frecuentemente, en la segunda columna se señala la frecuencia del comportamiento en relación a los otros compañeros, con 3 opciones de respuesta: 1= menos que a mis compañeros, 2= igual que a mis compañeros, 3= más que a mis compañeros. Al final hay una sección que permite identificar el tipo de acoso: ascendente, descendente u horizontal.
26. Escala de Estrés (Seppo Aro)	comprende 18 reactivos sobre que indagan síntomas asociados a estrés, de naturaleza psicosomática, emocional y cognitiva	Variable categórica Escala Likert con 3 opciones de respuesta, que va de 0= raramente o nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente, 3= Muy frecuentemente
27. Escala de síntomas subjetivos de fatiga (ESSF- Yoshitake)	cuenta con 30 reactivos que identifican síntomas de fatiga física, mental y proyección del deterioro Físico	Variable categórica Dos opciones de respuesta: No= 0, Si=1
28. Escala de Calidad de vida laboral (CVT-GOHISALO)	consta de 74 ítems que evalúan 7 dimensiones: soporte institucional para el trabajo, seguridad laboral, integración en el puesto de trabajo, satisfacción laboral, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador, administración del tiempo libre	Variable categórica escala Likert con puntuaciones que van de 0 a 4, las cuales varían de acuerdo a la dimensión evaluada
29. Escala de Burnout (MBI)	consta de 22 reactivos divididos en 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal den el trabajo	Variable categórica Escala tipo Likert modificada, con valores que van de 0= nunca, 1= menos de 10 veces por año, 2= una vez por mes, 3= 2 a 3 veces por mes, 4= una vez por semana, 5= 2 a 5 veces por semana, 6= Todos los días

8.4 Criterios de inclusión

- Médicos residentes que su sede educativa sea CMNSXXI, que acepten participar en el estudio.
- Que firmen su carta de consentimiento informado (Anexo 1)
- Ambos sexos
- Cualquier edad
- Cursando actualmente cualquier año de residencia médica, del primero al cuarto
- Cualquier estado civil: casados (as), unión libre, divorciados (as), solteros (as), viudos (as)
- Que estén laborando en el hospital en el momento del estudio

8.5 Criterios de exclusión

- Médicos residentes que no acepten participar en el estudio y no firmen su carta de consentimiento informado
- Médicos residentes de otras sedes diferentes al hospital de estudio (CMNSXXI)
- Médicos residentes que no se encuentren laborando en el hospital al momento del desarrollo del estudio (rotaciones externas, vacaciones, incapacidad, licencias, permisos)

8.6 Criterios de eliminación:

- Médicos residentes que cursen residencias superiores al cuarto año
- Médicos residentes que no hayan contestado más de 80 % de los ítems de las encuestas
- Personal que habiendo aceptado participar, abandone el estudio.

8.7 Procedimientos

Antes de iniciar formalmente, se realizó, una prueba piloto con residentes que no formaron parte de la muestra del estudio, con el objeto de realizar los ajustes a los cuestionarios, afinar la logística y corroborar los tiempos de auto-llenado de los instrumentos.

Para la realización del trabajo de campo, se visitó en los diferentes servicios a los jefes de residentes, buscando su apoyo para reunir a sus compañeros en un aula, a fin de que pudieran contestar los cuestionarios en un horario que no afectara sus actividades.

Se les invitó a participar explicándoles la finalidad del proyecto y se les entregó la carta de consentimiento informado y los cuestionarios de autoaplicación, mismos que se recogieron el mismo día a cada residente que aceptó participar.

8.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

8.8.a CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (MÉTODO ISTAS 21)

Se utilizó la versión corta del cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales ISTAS21, que es la adaptación del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Este instrumento es autoaplicable y consta de 38 preguntas. La evaluación es a través de seis grandes grupos de factores de riesgo psicosocial para la salud a partir de una escala Likert modificada que va de 0= Nunca, 1= Sólo alguna vez, 2=algunas veces, 3= muchas veces, 4= siempre para los apartados 1, 2, 4, 5, 6; y 0= nada preocupado, 1= poco preocupado, 2= más o menos preocupado, 3= bastante preocupado, 4= muy preocupado para el apartado 3 (Anexo 2). Se sumó la puntuación obtenida y se comparó conforme a las puntuaciones establecidas según el manual de evaluación; estableciéndose un nivel de riesgo de exposición para cada dimensión psicosocial, marcadas en verde, amarillo o rojo. El verde señala un nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud, el amarillo señala un nivel de exposición psicosocial intermedio y el rojo señala un nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método ISTAS 21, 2002) (Moncada S, Llorenz C, Kristensen TS, 2002) (CoCoChip., 2006) (Anexo 2).

8.8.b INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO (IVAPT-PANDO)

Este instrumento califica tres elementos: 1) La violencia psicológica en el trabajo en general, 2) Intensidad de la violencia psicológica en el trabajo, 3) El acoso psicológico en el trabajo. Se compone de 22 reactivos que plantean una aseveración sobre algún elemento del acoso; en una primera columna, se solicita que se señale la frecuencia del comportamiento; el cual tiene cinco opciones de respuesta acorde a una escala Likert modificada cuyos valores van de 0 = nunca, a 4 = muy frecuentemente. La escala se evaluó de acuerdo al manual y la presencia de violencia se determinó por el número de reactivos en que el sujeto contestó cualquier cosa diferente a “Nunca”, ya que esto indica que la conducta violenta está presente y señala como “positivo” el reactivo. De acuerdo al número de reactivos positivos se asignó un grado de severidad (nula, media o alta). La intensidad de la violencia psicológica se cuantificó sumando el número de conductas violentas presentes a la frecuencia con que cada una de estas conductas se da y también se le otorgó un grado de severidad (nula, baja, media, alta). En una segunda columna, se solicita que se señale la frecuencia de este comportamiento con relación a los compañeros de trabajo, para determinar la percepción de acoso psicológico, en ella se ofrecen tres opciones de respuesta: 1, menos que a mis compañeros, 2, igual que a mis compañeros y 3, más que a mis compañeros. Para este caso se contabilizaron solamente el número de veces que el trabajador había contestado “Más que al resto de mis compañeros”, y se otorgó un punto por cada vez, asignándosele a su vez un grado de severidad según el puntaje obtenido. Al terminar el Inventario, se solicita señalar quiénes son los que realizan las

conductas contenidas en los reactivos (superiores, compañeros y subordinados) para determinar el tipo de acoso (ascendente, descendente u horizontal) (Pando, M, Aranda, C et al., 2006) (Anexo 3).

8.8.c ESCALA DE ESTRÉS DE SEPPOARO.

Es una escala que sirve para evaluar los síntomas físicos de estrés, consta de 18 reactivos correspondientes a igual número de síntomas asociados a estrés, de naturaleza psicosomática, emocional y cognitiva; la escala de evaluación es tipo Likert con valores que van de 0= raramente o nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente, 3= muy frecuentemente; una calificación total superior a 10 puntos se consideró como presencia de estrés (Aro S, 1981) (Anexo 4).

8.8.d ESCALA DE FATIGA DE YOSHITAKE

Esta prueba consta de 30 reactivos divididos en tres bloques de preguntas que identifica: síntomas de fatiga física, mental y proyección del deterioro físico. El grado de fatiga se determina a través de un puntaje de 0 a 30 respuestas afirmativas, de 0 a 7 puntos corresponde a presencia de fatiga leve, de 8 a 13 fatiga moderada y de 14 a 30 fatiga excesiva (Yoshitake,1978) (Almirall,2000) (Barrientos; et al,2004)(José A.Ramírez; et al,2007) (Anexo 5).

8.8. e ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO (CVT-GOHISALO)

Este instrumento consta de 47 ítems, los cuales representan indicadores que se agrupan en subdimensiones; los que a su vez conforman siete dimensiones que se pueden medir de forma independiente. Utilizando una escala tipo Lickert otorgando valor de 0 a 4 a cada uno de los ítems, donde 0 corresponde a nada satisfecho, nunca, nada de acuerdo o nulo compromiso, 1 a muy poco satisfecho, a veces, muy poco de acuerdo o muy poco compromiso; 2 a poco satisfecho, frecuentemente, poco de acuerdo y poco compromiso; 3 equivale a medianamente satisfecho, casi siempre, medianamente de acuerdo, o moderado compromiso y 4 corresponde a totalmente satisfecho, siempre, totalmente de acuerdo y/o total compromiso según las dimensiones evaluadas. En general, a mayor puntaje corresponde mejor calidad de vida en el trabajo y a menor puntaje corresponde poca satisfacción de vida en el trabajo; sin embargo cada dimensión psicosocial tiene sus rangos de riesgo de acuerdo a la guía de utilización del instrumento (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009) (Anexo6).

8.8.f CUESTIONARIO GENERAL

Se utilizó un cuestionario general de 49 reactivos que incluye datos socio-demográficos con variables como sexo, edad, estado civil, escolaridad, factores laborales, antigüedad en la institución, turno y carga horaria laboral, consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos, entre otros (Anexo 7).

8.8.g MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) EN VERSIÓN CASTELLANA

El cuestionario consta de 22 ítems; distribuidos en tres factores o subescalas: La subescala de agotamiento emocional medida por 9 ítems, la subescala de despersonalización evaluada por 5 ítems y la subescala de realización personal medida por 8 ítems. Cada reactivo es valorado según una escala tipo likert modificada de 7 puntos (de 0 a 6), que va desde nunca hasta todos los días. Al final se suman los ítems determinando las categorías de “bajo, moderado y alto” para cada una de las dimensiones. Para la dimensión “agotamiento emocional” corresponde el siguiente puntaje: ≥ 27 alto, de 19-26 moderado, y de ≤ 18 bajo. Para la de “despersonalización”, ≥ 10 alto, 6-9 moderado, ≤ 5 bajo. Para realización personal: ≤ 33 baja, 34-39 media, ≥ 40 alto; es decir, para las primeras dos dimensiones a mayor puntaje mayor agotamiento emocional y mayor grado de despersonalización, mientras que para la dimensión “realización personal ” la evaluación es a la inversa, a mayor puntaje mejor realización personal y a menor puntaje menor será el nivel de realización personal (Maslach C, Jackson SE, 1986) (Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, 1996) (Anexo 8).

8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron capturados en programa Excel, y analizados mediante el paquete estadístico Stata v-11. Se realizó análisis univariado para identificar inconsistencias en la distribución de las variables, valores extremos y aberrantes o errores de captura y se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana), y de dispersión (desviación estándar y rangos) en las variables continuas; así como frecuencias simples en las variables categóricas. En el análisis bivariado se calcularon diferencias de medias y de proporciones en los grupos usando estadísticos de t de student y chi²; observándose la prevalencia del fenómeno de estudio por grupos, de acuerdo al género, tipo de especialidad y año de residencia. También se analizaron los efectos (estrés, fatiga, burnout) de acuerdo a cada una de las dimensiones psicosociales estudiadas (factores psicosociales, mobbing, calidad de vida laboral) para determinar las diferencias de proporciones por dimensiones.

9. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

9.1 RECURSOS HUMANOS

La alumna tesista incorporada al presente estudio fue la Dra. Laura Marcela Hernández Aguilera, médico residente de cuarto año de la especialidad en Psiquiatría del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

La investigadora responsable del desarrollo del presente proyecto de investigación: Dra. Guadalupe Aguilar M. de la Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo y los co-autores; el M. en C. Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán, Profesor Titular del Curso de la Especialidad de Psiquiatría del Hospital de Especialidades CMNSXXI, y el M en C, MD Cuauhtémoc Juárez Pérez, de la Unidad de Investigación en Medicina del Trabajo.

9.2 RECURSOS MATERIALES

Los propios del servicio de psiquiatría, de la Unidad de investigación en Salud en el trabajo, y de la institución.

Cuestionarios impresos.

Programa informático para el análisis estadístico. Stata.V.11.

10. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

El proyecto no tiene financiamiento. Se apoyara con los recursos y la infraestructura del IMSS y el apoyo del Hospital de Especialidades del CMNSXXI.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

Este estudio cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki y los artículos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, referentes a la investigación en humanos. La participación en las encuestas fue voluntaria, las respuestas, anónimas y la información obtenida, confidencial. Se informó de manera general a los residentes en qué consistiría el estudio, sus propósitos, la duración del mismo, así como también de la libertad que tendrían de retirarse del mismo si así lo quisieran. Los datos proporcionados por los participantes se manejaron de manera estrictamente confidencial por los investigadores. Se recolectó información demográfica limitada para asegurar el anonimato de los encuestados y para animarlos a participar y contestar honestamente. Para proteger aún más la confidencialidad, no se solicitó el sitio de rotación actual. Por las características de este estudio, se considera como de “riesgo mínimo”, ya que no se realizaron intervenciones ni modificaciones en las variables de los participantes y por tanto no conllevó ningún riesgo físico ni psicológico inmediato y/o tardío. Se protegió la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los residentes que participaron en la investigación. Los hallazgos de la investigación se reportaron y entregaron a los sujetos participantes en el estudio.

La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su (carta de consentimiento).

12. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Las limitaciones del presente estudio incluyeron el diseño de sección transversal que por sí mismo impide la determinación de la causalidad. La información obtenida a partir de los cuestionarios es cualitativa, de tipo auto reporte, lo que pudo influir en la veracidad y la calidad de dicha información, porque depende del convencimiento del participante para responder con sinceridad los cuestionarios y por tanto la posibilidad de los sesgos de respuesta no puede ser excluida. Sin embargo, por otra parte la tasa de respuesta fue muy buena y eso se vio reflejado en el interés que manifestaron al contestar la encuesta y por la opinión vertida en el espacio de tribuna libre, en el cual predominaron las opiniones positivas con respecto a la misma y los agradecimientos por considerar que las preguntas realizadas reflejaban con gran apego las múltiples situaciones a las que se ven sometidos los médicos residentes al interior de su ámbito laboral.

13. RESULTADOS

Participaron 153 residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS del primero al cuarto año. El 54.2% (83) fueron mujeres y 45.7% (70) hombres. El 71.2% (109) son solteros. El 26% (40) viven solos. El 84.3% (129) de los residentes aún no tienen hijos y el 8.5% (13) refiere actualmente tomar antidepresivos (Tabla 1).

Participaron un 57.5% (88) de las especialidades médicas y un 42.4% (65) de las quirúrgicas (Tabla 2); distribuyéndose las diversas especialidades como lo muestra la tabla 5.

El mayor porcentaje (44.7%) tiene asignadas guardias "ABC" (Tabla 2). El 84.3% (129) refieren ser originarios y residentes del DF (tabla 2). La media de edad de los participantes fue 27.6 (2.4) años. En promedio laboran 11.2 (3.3) horas diarias, duermen 5 (1.3) horas y descansan 1 (0.8) día a la semana (tabla 3). Al interior de cada una de estas categorías encontramos que 46.05% (70) refieren tener un día de descanso a la semana, 37.5% (57) tienen 2 días de descanso y un 14.4% (22) no tienen ningún día de descanso a la semana. Asimismo 26.1% (40) de los residentes trabaja 12 horas al día (60hrs/semana), 20.9% (32) lo hace 10 hrs/día (50 hrs/semana), y un 7.1% (11) trabajan 18hrs/día (90hrs/semana).

El 61.4% (94) refieren haberse sentido deprimidos en algún momento de la residencia. El 50.3% (77) presentaron pérdida del interés por las actividades cotidianas. El 83.5% (128) consumen bebidas alcohólicas, de éstos el 43.1% (66) lo consume con frecuencia de "una vez al mes o menos", 32.6% (50) de "2 a 4 veces al mes", 5.2% (8) "dos a tres veces por semana" y 2.61 (4) "4 a 5 veces por semana". El 34.6% (53) refieren consumir de 1 a 2 copas al momento de beber, 27.4% (42) de 3 a 4 copas, 11.7 % (18) de 5 a 6 copas y 9.1% (14) más de 7 copas por ocasión de consumo. Un 8.5% (13) refieren haber sido incapaces de interrumpir el consumo una vez iniciado durante el último año. El 5.8% (9) refieren haber dejado de cumplir con sus responsabilidades debido al consumo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez al mes durante el último año. En cuanto al consumo de drogas el 3.2% (5) consume alguna droga con frecuencia de una vez al mes. El 18.9% (29) tiene hábito tabáquico, para los cuales el índice tabáquico es de 1.7 (2) cajetillas por año y un rango de 0.1 a 8. Observamos una diferencia significativa en el promedio de edad entre hombres y mujeres, siendo mayor en los primeros (Tabla 4).

FACTORES PSICOSOCIALES

Exigencias Psicológicas: El 73.8% (113) de los residentes refirieron tener un nivel de exigencias psicológicas desfavorable. Esta afectación es mayor en las mujeres pero no es significativa ($p>0.05$). Asimismo éstas se presentan en un 56.6% (64) en los residentes de alguna especialidad médica y el 43.3% (49) en alguna especialidad quirúrgica, sin ser significativa esta diferencia ($p>0.05$). Las exigencias psicológicas entre los residentes de segundo y tercer año fueron similares ($p>0.05$) (Tabla 6).

Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control sobre los tiempos): El 28.1% (43) presentaron un nivel desfavorable. No se registraron diferencias significativas por género para los diferentes niveles de exposición ($p>0.05$). Los que calificaron esta dimensión con riesgo desfavorable fueron residentes predominantemente de especialidades quirúrgicas 62.7% (27) en comparación con 37.2% (16) de especialidades médicas ($p<0.05$). En cuanto a los residentes de segundo y tercer año no se observaron diferencias significativas ($p>0.05$) (Tabla 6).

Inseguridad: El 47.7% (73) de los residentes reportaron focos rojos para esta dimensión. No se observó una diferencia significativa por género ($p>0.05$). Los residentes de especialidades médicas 57.5% (42) fueron los más afectados comparados con los residentes de especialidades quirúrgicas 42.4% (31) sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$), asimismo los de segundo y tercer año fueron los que en su mayoría calificaron esta categoría en el rango intermedio y desfavorable no siendo significativa esta diferencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Apoyo social: 44.4% (68) de los residentes refirieron un apoyo social desfavorable, sin encontrarse diferencias significativas según el género, tipo de especialidad o el año de residencia (Tabla 6).

Doble presencia: 56.8% (87) de los residentes reportaron riesgo desfavorable para esta dimensión. No se encontraron diferencias significativas por género. Los residentes de especialidades médicas fueron los más afectados en comparación a los residentes de especialidades quirúrgicas 56.3% (49) vs 43.6% (38), sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$). Las diferencias entre los residentes de segundo y tercer año no fueron significativas 26.4% (23) vs 37.9% (33) respectivamente ($p>0.05$) (Tabla 6).

Estima: El 71.9% (110) reportaron niveles desfavorables de estima. No se observaron diferencias significativas por género ($p>0.05$). Los residentes de las especialidades médicas 57.2% (63) fueron los más afectados en comparación con los de especialidades quirúrgicas 42.7% (47) sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$). De manera general los residentes de segundo y cuarto año son los que presentan los mayores porcentajes para el nivel desfavorable de esta dimensión psicosocial sin observarse diferencias significativas ($p>0.05$) (Tabla 6).

En las dimensiones de factores psicosociales donde no hubo diferencia estadísticamente significativa se debe probablemente al tamaño de muestra que es aún pequeño para ver estas diferencias entre grupos.

MOBBING

Percepción de violencia: 93.4% (143) de los residentes reportaron la existencia de conductas y actitudes violentas al interior de su trabajo. No se encontraron diferencias significativas por género, tipo de especialidad ni de acuerdo al año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Presencia de violencia: El 69.9% (107) reportaron la presencia de violencia de nivel alto, 21.5% (33) de nivel medio y 8.5% (13) nulo. No se observaron diferencias significativas en cuanto al género ($p>0.05$). Los residentes de especialidades médicas fueron los que más reportaron la presencia de violencia psicológica ya sea de media o alta

intensidad con respecto a los residentes de especialidades quirúrgicas, mostrando una diferencia significativa ($p < 0.05$).

De acuerdo al año de residencia no se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$) (Tabla 6).

Intensidad de violencia psicológica: 54.9% (84) de los residentes clasificaron la intensidad de la violencia como baja, 27.4% (42) como de mediana intensidad y 9.15% (14) como de alta intensidad. No se observaron diferencias significativas por género, tipo de especialidad o grado de residencia ($p > 0.05$) (Tabla 6).

Acoso psicológico: 90.2% (138) de los residentes refieren niveles bajos de acoso psicológico en el trabajo, 5.2% (8) reportan tener acoso de mediana intensidad y 4.5% (7) de alta intensidad. Las mujeres fueron las que más lo reportaron tanto para nivel medio como alto sin ser una diferencia significativa ($p > 0.05$). No se observaron diferencias significativas en relación al tipo de especialidad ni al año de residencia ($p > 0.05$) (Tabla 6).

Personas causantes de la violencia: Cuando preguntamos a los residentes qué personas estaban más frecuentemente involucradas en la reproducción de estas conductas al interior del área laboral, el 58.8% (90) refirieron que los médicos de base y superiores (residentes de mayor jerarquía), mientras que el 18.3% (28) dijeron que tanto los superiores como los compañeros de la misma jerarquía y el 12.4% (19) mencionaron a los compañeros de la misma jerarquía. Las mujeres fueron las que más reportaron violencia con respecto a los hombres excepto para las categorías 5, 6 y 7 sin ser una diferencia significativa ($p > 0.05$) (Tabla 6). Los residentes de especialidades médicas fueron los mayormente afectados en todas las categorías excepto para la categoría 6 y 7 sin ser una diferencia significativa ($p > 0.05$). Los residentes de segundo y tercer año fueron los que más reportaron que la violencia es ejercida por los médicos de base y los residentes de mayor jerarquía, seguidos por los residentes de cuarto y primer año. De igual manera los R2 31.5% (6) y los R3 42.1% (8) fueron los que más reportaron que la violencia es ejercida por compañeros de la misma jerarquía sin ser una diferencia significativa ($p > 0.05$). Nadie mencionó a los subordinados como agentes exclusivos para ejercer dicha violencia. Para el resto de las categorías, la muestra aún fue insuficiente (Tabla 6).

En las dimensiones de moobing donde no hubo diferencia estadísticamente significativa se debe probablemente al tamaño de muestra que es aún pequeño para ver estas diferencias entre grupos.

ESTRÉS: El 61.4% (94) de los residentes presentó estrés. Las más afectadas fueron las mujeres siendo esta una diferencia significativa ($p < 0.05$). Los residentes de las especialidades médicas fueron los que más refirieron presencia de estrés en comparación con los residentes de especialidades quirúrgicas 58.5% (55) vs 41.4% (39) respectivamente, no siendo una diferencia significativa ($p > 0.05$). Los residentes de segundo y tercer año fueron los que más presentaron estrés 26.6% (25) y 34% (32) respectivamente ($p > 0.05$) (Tabla 6).

FATIGA: 36.6 % (56) de los residentes reportaron niveles leves de fatiga, 32% (49) niveles de fatiga moderada y 31.3% (48) de los residentes reportan fatiga excesiva. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al género ni en

cuanto al tipo de especialidad ($p>0.05$). Los residentes de segundo y de tercer año reportaron los mayores niveles de fatiga sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$) (Tabla 6).

CALIDAD DE VIDA LABORAL

Soporte Institucional en el trabajo: 30% (46) residentes presentaron riesgo para esta categoría dimensional. No se observaron diferencias significativas de acuerdo al género, al tipo de especialidad ni al año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Seguridad en el trabajo: 91.5% (140) residentes refirieron un nivel adecuado de seguridad en el trabajo, mientras que el 8.5% (13) presentaron riesgo para esta dimensión. No se observaron diferencias significativas de acuerdo al género, el tipo de especialidad ni al año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Integración al puesto de trabajo: el 38.5% (59) de los residentes presentaron riesgo para esta dimensión psicosocial, de los cuales un 55.9% (33) fueron hombres y 44% (26) mujeres, con una diferencia significativa ($p<0.05$). No se observaron diferencias significativas en cuanto al tipo de especialidad ni al año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Satisfacción por el trabajo: 58.1% (89) residentes presentaron riesgo para esta dimensión, de los cuales un 55% (49) fueron hombres y 44.9% (40) mujeres, siendo una diferencia significativa ($p<0.05$). Asimismo el 50.5% (45) pertenecían a especialidades médicas y el 49.4% (44) a especialidades quirúrgicas ($p<0.05$). Los residentes de segundo y tercer año fueron los mayormente afectados 34.8% (31) y 30.3% (27) respectivamente, sin embargo no fue una diferencia significativa ($p>0.05$) (Tabla 6).

Bienestar logrado a través del trabajo: El 55.5% (85) residentes refirieron riesgo para esta dimensión psicosocial. No se observaron diferencias significativas en relación al género, tipo de especialidad ni año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Desarrollo personal logrado por el trabajo: 46.4% (71) residentes reportaron riesgo para esta dimensión, sin presentar diferencias significativas por género ($p>0.05$). Los residentes de las especialidades médicas fueron los más afectados 57.7% (41) vs 42.2% (30) de especialidades quirúrgicas sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$). Los residentes mayormente afectados fueron los de segundo y tercer año 32.3% (23) y 33.8% (24) respectivamente sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$) (Tabla 6).

Administración del tiempo libre: 88.8% (136) residentes refirieron riesgo para esta dimensión psicosocial. Las mujeres presentaron mayor afectación en comparación con los hombres 54.4% (74) vs 45.5% (62) respectivamente, sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$). Los residentes de especialidades médicas fueron los más afectados 60.2% (82) en comparación con los de especialidades quirúrgicas 39.7% (54), mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$). Los residentes de segundo y tercer año fueron los más afectados 30.1% (41) y 33.09% (45) respectivamente sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$) (Tabla 6).

BURNOUT

El 32.6% (50) cumplieron con los criterios para presentar burnout, de los cuales el 50% fueron hombres (25) y el 50% mujeres (25) siendo una diferencia no significativa ($p>0.05$). Los residentes de especialidades médicas fueron los más afectados 54% (27) en comparación con los de especialidades quirúrgicas 46% (23) no habiendo una diferencia significativa ni tampoco en cuanto al año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6). Las puntuaciones promedio en las tres subescalas del MBI para el total de la población de residentes fue de: 23.7 para agotamiento emocional, 8.4 en despersonalización y 35.5 en realización personal (Tabla 8).

Agotamiento emocional: El 45.1% (69) residentes presentaron altos niveles de agotamiento emocional. En cuanto al tipo de especialidad, los residentes de las especialidades médicas fueron los que mayormente refirieron niveles altos de agotamiento emocional 53.6% (37) con respecto a los residentes de especialidades quirúrgicas 46.3% (32), sin ser una diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$). Los residentes de segundo y tercer año fueron los que más reportaron alto agotamiento emocional 27.5% (19) vs 33.3% (23) respectivamente, seguidos de los residentes de cuarto año 23.1% (16) y en último lugar los de primero 15.9% (11) sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$) (Tabla 6).

Despersonalización: El 42.4% (65) reportaron altos niveles de despersonalización. No se observaron diferencias significativas en relación al género, al tipo de especialidad ni al año de residencia ($p>0.05$) (Tabla 6).

Realización personal: 41.1% (63) residentes refirieron una baja realización personal, sin mostrar una diferencia significativa de acuerdo al género ($p>0.05$). Los residentes de especialidades médicas fueron los mayormente afectados 57.1% (36) con respecto a 42.8% (27) de especialidades quirúrgicas sin ser una diferencia significativa ($p>0.05$). Los residentes de segundo y tercer año de residencia fueron los mayormente afectados 34.9% (22) y 31.7% (20) respectivamente sin ser una diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$) (Tabla 6).

Al analizar las diferencias de proporciones entre cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing y calidad de vida con respecto a los efectos que probablemente tienen sobre el estrés, la fatiga y el síndrome de burnout encontramos que:

Exigencias psicológicas: el 72.5% (82) de los residentes con exigencias psicológicas desfavorables presentaron estrés en comparación con 27.4% (31) que no lo presentaron ($p<0.001$). Asimismo estos niveles desfavorables se asociaron predominantemente a niveles de fatiga moderada 39.8% (45) y excesiva 37.1% (42) ($p<0.001$) y a un incremento en la presencia de síndrome de burnout 41.5% (41) ($p<0.001$) (Tabla 7).

Trabajo activo y posibilidades de desarrollo: entre más desfavorable fue la calificación de esta dimensión psicosocial hubo mayor incremento en el porcentaje de residentes que presentaron estrés 88.3% (38) con respecto a quienes no lo presentaron 11.6% (5) ($p<0.001$), también se observó un incremento en los niveles de fatiga ($p<0.05$) y un discreto

incremento en el porcentaje de residentes que presentan burnout con respecto a quienes no lo presentan 53.5% (23) vs 46.5% (20), siendo una diferencia significativa ($p<0.05$) (Tabla 7).

Inseguridad: se observó que a mayor grado de inseguridad mayor presencia de estrés 76.6% (56) ($p<0.05$) y mayor incremento en los niveles de fatiga ($p<0.05$); sin embargo no se observa una asociación clara con la presencia de burnout ($p>0.05$) (Tabla 7).

Apoyo social y calidad de liderazgo: cuanto más desfavorable fue la calificación para esta dimensión, mayor presencia de estrés 76.4% (52) ($p<0.001$) y mayor incremento en los niveles de fatiga ($p<0.001$), sin embargo con respecto al burnout no se observó una clara diferencia entre quienes lo presentaron y no lo presentaron ($p<0.05$) (Tabla 7).

Doble presencia: El incremento en el riesgo para esta dimensión psicosocial no se relacionó con mayor presencia de estrés ($p>0.05$), con los distintos niveles de fatiga ($p>0.05$) ni con la presencia de burnout ($p>0.05$) (Tabla 7).

Estima: entre más desfavorable fue la calificación de la estima, mayor fue el porcentaje de residentes que presentaron estrés 69% (76) ($p<0.05$) y mayores los niveles de fatiga ($p<0.001$). En cuanto a la presencia de burnout no se estableció una clara diferencia, ya que con o sin burnout un porcentaje mayor de residentes calificó como desfavorable esta dimensión psicosocial ($p<0.05$) (Tabla 7).

MOBBING

Percepción de violencia: 36.3% (52) de los residentes que refirieron la presencia de violencia al interior de su lugar de trabajo no presentaron estrés, mientras que 63.6% (91) si lo presentaron ($p<0.05$). No se observaron diferencias con respecto a esta dimensión y los distintos niveles de fatiga ($p<0.05$). De manera general el 100% (50) de los residentes que presentaron burnout refirieron percibir violencia en su trabajo, ($p<0.05$) (Tabla 7).

Presencia de violencia psicológica: De los residentes que calificaron como alta la presencia de violencia psicológica, el 71.9% (77) presentaron estrés ($p<0.001$) y predominantemente niveles de fatiga de moderada 79.5% (39) a excesiva 87.5% (42) ($p<0.001$). De manera general, del 100% (50) residentes que presentaron burnout, el 88% (44) calificó como alta la presencia de violencia psicológica, pero al interior de esta categoría representan al 41.1% (44) ($p<0.05$) (Tabla 7).

Intensidad de la violencia psicológica: Cuando la intensidad de la violencia fue calificada como baja, el porcentaje de residentes que presentaron o no presentan estrés fue el mismo: 50% (42). Entre mayor fue la intensidad de la violencia psicológica, mayor fue el porcentaje de residentes que presentaron estrés ($p<0.001$) y aumentó el porcentaje de residentes con niveles más altos de fatiga ($p<0.001$). De manera general, del 100% (50) de los residentes que presentaron burnout, el 36% (18) calificó como baja la intensidad de la violencia y 46% (23) como media, pero al interior de esta categoría observamos que cuando aumenta la intensidad de la violencia, aumenta el porcentaje de residentes que presentaron burnout ($p<0.001$) (Tabla 7).

Acoso psicológico: Del 100% (138) de los residentes que calificaron como nula o baja la presencia de acoso, 57.9% (80) presentaron estrés y 42.03% (58) no lo presentaron. Sin embargo, conforme la calificación de acoso fue más desfavorable se incrementó el porcentaje de residentes que presentaron estrés ($p<0.05$). No se encontraron asociaciones importantes entre los niveles de acoso psicológico y los niveles de fatiga ($p>0.05$) o la presencia de burnout ($p>0.05$) (Tabla 7).

CALIDAD DE VIDA

Soporte institucional para el trabajo: Del 100% (46) de los residentes que reportaron riesgo para esta categoría, 86.9% (40) presentaron estrés ($p<0.001$) y predominantemente niveles de fatiga de moderado 34.7% (16) a excesivo 50% (23); encontrándose esta asociación significativa ($p<0.001$), sin embargo con respecto al burnout no se encontró una asociación clara ya que el 50% (23) presentaron burnout y el 50% (23) no lo presentaron ($p<0.05$) (Tabla 7).

Seguridad en el trabajo: De manera general del 100% (94) de los que presentaron estrés el 90.4% (85) no tuvieron riesgo para esta dimensión psicosocial, por lo que no se encontró una asociación significativa ($p>0.05$). En relación a los niveles de fatiga y burnout, un mayor porcentaje de residentes reportaron no presentar riesgo para esta dimensión psicosocial por lo que tampoco se encontró asociación para ambas categorías ($p>0.05$) (Tabla 7).

Integración al puesto de trabajo: El 76.2% (45) de los residentes que presentaron riesgo para esta dimensión psicosocial, también presentaron estrés, siendo significativa esta asociación ($p<0.05$); asimismo se observó que incrementan los niveles de fatiga ($p<0.001$). De manera general del 100% de los residentes que presentan burnout (50), 59.3% (35) presentan riesgo en esta dimensión psicosocial, siendo una asociación significativa ($p<0.001$) (Tabla 7).

Satisfacción por el trabajo: El 77.5% (63) de los residentes que presentaron riesgo en esta dimensión tuvieron estrés siendo significativa esta asociación ($p<0.001$), asimismo se incrementaron los niveles de fatiga ($p<0.001$). El 47.1% (42) de los residentes que presentan burnout reportaron riesgo para esta dimensión ($p<0.001$) (Tabla 7).

Bienestar logrado a través del trabajo: El 75.2% (64) de los residentes que reportaron riesgo para esta dimensión presentaron estrés ($p<0.001$), un incremento en los niveles de fatiga ($p<0.001$), e incremento en el porcentaje de residentes que presentaron burnout 51.7% (44) ($p<0.001$) (Tabla 7).

Desarrollo Personal: El 73.2% (52) de los que presentaron riesgo para esta dimensión psicosocial presentaron estrés siendo una asociación significativa ($p<0.05$), también se observó que se incrementaron los niveles de fatiga ($p=0.001$), sin embargo con respecto al burnout sólo el 42.2% (30) lo presentan en comparación con 57.7% (41) que no lo presentan ($p<0.05$) (Tabla 7).

Administración del tiempo libre: El 65.4% (89) de los que presentaron riesgo para esta dimensión tuvieron estrés ($p<0.05$). No se observaron diferencias en cuanto a los niveles de fatiga ($p<0.05$) y 36% (49) de los residentes que presentaron burnout también presentaron riesgo para esta dimensión psicosocial, ($p<0.05$) (Tabla 7).

14. DISCUSIÓN

Se demostró que los médicos residentes durante su entrenamiento clínico están sometidos a diversos factores psicosociales que están generando alteraciones a su salud como estrés, fatiga o síndrome de desgaste profesional (burnout) similar a lo reportado en otros estudios (Jones JW et al., 1988) (Virtanen P et al., 2008) (Ortiz Valdéz JA, Arias Galicia F, 2010).

El presente trabajo fue el primero realizado en México que evaluó la presencia de factores psicosociales en el ámbito laboral de los médicos residentes, encontrándose afectación importante en cada una de las dimensiones psicosociales con un porcentaje alto de residentes que las calificó de manera desfavorable, lo que, es similar a lo demostrado por otros estudios internacionales que reportan que estos factores influyen en la salud general y mental de los residentes (Sauter, Murphy, Hurrell, 1990) (Gil Monte PR, 2000).

Asimismo se observó mayor frecuencia entre las dimensiones psicosociales, la presencia de estrés y el incremento de los niveles de fatiga con significancia estadística, lo que coincide con los hallazgos reportados por Jones JW et al., 1988, Virtanen P et al., 2008; Ortiz Valdéz JA, y Arias Galicia F, 2010. La asociación con la presencia de burnout, no fue estadísticamente significativa, probablemente porque el tamaño de muestra aún es insuficiente, pero también porque en el síndrome de burnout, influyen otras características individuales como las herramientas de afrontamiento y algunos otros aspectos (Díaz J, Sánchez M, 2002) (Furnham, 2001).

En relación al mobbing o acoso laboral encontramos que el 93.4% (143) de los residentes reportaron la presencia de conductas y actitudes de violencia al interior de su ámbito laboral predominando el nivel alto y medio, situación que es muy preocupante ya que se comprometen el bienestar psicológico individual y la salud mental de los residentes. Es importante destacar que los médicos con mayor antigüedad son los que más refirieron estas conductas, lo que puede resultar obvio ya que a lo largo de su trayectoria han tenido que enfrentarse por más tiempo a esta situación. Por otro lado un 58.8% (90) refirió que los médicos de base y/o los residentes de mayor jerarquía son los que mayormente se encuentran implicados en el ejercicio de estas conductas y actitudes violentas, lo que coincide con la mayoría de los autores quienes hablan de una tipología de la violencia y del acoso psicológico predominantemente de tipo vertical y horizontal (Piñuel I, 2001) (Rodríguez-López P, 2004) (González-Trijueque D, 2007). Sin embargo se obtuvo un mayor porcentaje de residentes que reportaron primero el tipo mixto 18.3% (28) seguido del tipo horizontal 12.4% (19). Esta situación plantea la necesidad de reflexión acerca de las formas para reaprender a dirigirse a los residentes y mejorar el trato y la convivencia interpersonal para evitar que estas conductas se sigan reproduciendo consecutivamente incluso por ellos mismos quienes a su vez perpetúan este sistema repitiendo y avalando la escala de violencia apoyados por figuras jerárquicas. También se encontró que las mujeres fueron las mayormente afectadas, sin significancia estadística, sin embargo esto se puede deber al tamaño de muestra que no fue suficiente. En las otras dimensiones del mobbing o

acoso laboral no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al género y de manera general, los residentes de especialidades médicas fueron los mayormente afectados, así como los de segundo y tercer año.

Los altos porcentajes de prevalencia encontrados en este estudio coinciden con algunos reportados en la literatura (Zapf D, Einarsen S, 2001) (González Trijueque D, 2010); sin embargo, otros estudios reportaron prevalencias bajas entre 1 y 10% (Zapf D, Einarsen S, Hoel H, Vartia E, 2003) y 11-22% (Carrión M, López L, Pando M, 2007). Esto probablemente se deba a que se han utilizado diversos instrumentos para su medición destacándose el uso del LIPT-60 (González de Rivera JL, Rodríguez Abuín M, 2003), la Escala Cisneros (Fidalgo AM, Piñuel I, 2004), diferentes al que utilizamos nosotros que fue el inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO) (Pando M, Aranda C et al., 2006).

Uno de nuestros hallazgos, fue que se ve una tendencia al incremento en el puntaje de estrés, fatiga y burnout de acuerdo a los grados de intensidad de la presencia de violencia (mobbing), que coincide con lo establecido en estudios que han destacado el papel del mobbing en la génesis de otros problemas de tipo emocional como ansiedad, depresión, cuadros paranoides u otros problemas psicopatológicos (Zapf D, Knorz C, Kulla M, 1996) (Leymann H, 1996) (Leymann H, Gustafsson A, 1996) (Nield K, 1996) (Einarsen S, Mikkelsen EG, 2003), que será relevante evaluar en futuras investigaciones.

Los altos niveles de violencia psicológica en el ambiente laboral de los médicos residentes encontradas en este estudio despiertan una gran preocupación ya que reflejan, cómo la organización jerárquica del trabajo en el hospital de estudio están influyendo negativamente en la salud mental de los residentes y que deberá necesariamente tener un impacto en la atención de los pacientes (Basabe N, 2004) (Lloret S y González-Romá V, 1994) (Erikson, 1996; citado por Córdoba Esteban, 2008).

Al finalizar la escala de evaluación de violencia, el instrumento permitió una tribuna libre para que los médicos pudieran expresar libremente alguna otra situación de violencia o acoso no contemplada dentro de la escala y encontramos algunos aspectos muy graves y preocupantes que reflejan situaciones de abuso de poder en los cuales el residente se ve obligado a solventar económicamente algunas de las excentricidades de sus superiores (table dance, comidas en restaurantes caros), así como a acatar sanciones que consisten en mayor carga laboral, o se ven obligados a vivir “encierros” indefinidos en el hospital no respetándose por parte de sus superiores ningún horario definido para su jornada laboral, ni el rol preestablecido de guardias, lo que va en contra del respeto a los derechos humanos, así como del respeto a sus derechos como trabajador, establecidos en la ley federal del trabajo y que cuando hablamos de violencia, es precisamente este tipo de conductas las que se ven reflejadas en los porcentajes tan altos de prevalencia que hemos descrito, lo que constituye un llamado de atención para que las autoridades de enseñanza y directores de los hospitales eliminen estas prácticas feudales que resultan inaceptables para los principios en los que fue fundado el IMSS y que a su vez tengan la sensibilidad para promover condiciones de trabajo dignas para los médicos residentes como lo establece la OMS.

El concepto de “mobbing” es reciente, por lo que aún es un área de estudio en desarrollo y se tendrán que elaborar nuevas y mejores herramientas para su evaluación, al tratarse de un problema multifactorial en el que intervienen aspectos tanto de tipo laboral como factores propios de los acosadores y factores individuales del trabajador acosado. Se debe afrontar el reto impostergable en la estructuración jurídica de la violencia y el acoso laboral, pues México no es uno de los países de América Latina que haya legislado específicamente el grave riesgo y daño psicosocial que representa este problema, ya que en Latinoamérica, sólo Brasil y Colombia consideran de forma específica este fenómeno en su normatividad (Oceguera A, Aldrete G, Ruiz AG, 2009) (Arciniega RS, 2009).

En relación al estrés, el 61.4% (94) de los residentes lo presentó, lo que coincide con la prevalencia que reportan algunos estudios previos realizados en población de médicos residentes la cual va de 39.3 a 86% (Dua J, 1997) (Collier VU et al., 2002) (Buddeberg-Fischer B et al, 2005) (Tivizay Molina et al., 2006). Asimismo se encontró que las mujeres son las más afectadas, lo que podría explicarse por la interrupción de la vida familiar y el doble rol (madre y trabajadora) que incrementa a su vez la exigencia emocional y la carga de trabajo como lo demuestran otros estudios (Cooper C, Rout U, Faragher M, 1989) (Richardson AM, Burke RJ, 1991) (Mc Murray J et al., 2000).

Se dio un espacio de tribuna libre buscando averiguar otras causas de estrés, entre las que principalmente se mencionaron: la separación geográfica de la familia, falta de días de descanso, el no contar con tiempo libre necesario para la convivencia con sus familiares y amigos ni para la realización de otras actividades, la sobrecarga de trabajo, falta de recursos materiales para realizar correctamente su trabajo (medicamentos, insumos e instrumental médico), ambiente hospitalario poco estimulante (falta de higiene, malas condiciones de los sitios de descanso de los residentes, personal administrativo poco eficiente), privación de sueño debido a que tienen guardias cada tercer día (ABC) y en ocasiones no se respetan sus roles de guardia preestablecidos o porque algunas veces permanecen en ocasiones más de 10 horas diarias en el hospital; mala alimentación (por carencia de tiempo para ir a comer o bien por no poder llevar una alimentación balanceada ya que las opciones de comida al alcance son escasas, poco nutritivas y con alto contenido de carbohidratos y por otro lado el servicio de comedor no ofrece variedad, las porciones son pequeñas y las condiciones de higiene al interior de éste también se reportaron como precarias). También se reportó gran insatisfacción en cuanto a la calidad de la enseñanza primordialmente debida al desinterés de las figuras de autoridad relacionadas a la misma como a la sobrecarga laboral que en muchas ocasiones la obstaculiza; falta de tiempo para estudiar, ambientes académicos poco estimulantes reflejado en la presencia de violencia psicológica, alto grado de competitividad entre compañeros e incertidumbre acerca del futuro profesional y de las posibilidades de trabajo, lo que coincide con otros lo reportado por Collier VU et al., 2002) (Garnés F, 2007) entre otros.

Nuestro estudio pudo demostrar la importancia que tienen los factores inherentes al ámbito laboral (factores psicosociales, mobbing, calidad de vida laboral) sobre el estrés laboral asistencial, lo que puede predisponer a un gran

deterioro en la salud mental y física de los médicos residentes e impactar tanto en la atención a los pacientes como en las relaciones laborales y extralaborales de los sujetos como se demuestra en otros estudios (Moreno-Jiménez B, Peñacoba C, 1999; Siegrist J, Dragano N, 2008; Chemiss, 198; Richardsen AM, Burke RJ, 1991). También se demostró que la presencia de estrés se relaciona al incremento en los niveles de fatiga y la presencia de burnout de manera significativa, (Díaz et al., 1996)

Los síntomas de estrés que más reportaron los residentes en nuestro estudio fueron: anergia, fatiga, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, síntomas gastrointestinales y cefaleas, cuya presencia se asocia a niveles de estrés predominantemente de moderado a grave, lo que coincide con otros estudios (Tivizay Molina de González-Méndez et al., 2006). Estos datos nos hacen pensar en la necesidad de evaluar más detalladamente esta situación, ya que, de los síntomas antes descritos, algunos forman parte de los criterios clínicos de los trastornos afectivos (ansiedad, depresión) y esto adquiere mayor importancia ya que como se mencionó previamente, este estudio arrojó que los residentes reportaron en un 61.4% (94) haberse sentido deprimidos en algún momento de la residencia y un 50.3% (77) pérdida del interés por las actividades cotidianas, por lo que tendrán que descartarse otros problemas psicopatológicos como medida preventiva y terapéutica, para evitar sus complicaciones, como el abuso de alcohol y drogas, disfunción familiar, suicidio e insatisfacción laboral (Pérez A, Salinas P, 1989) (Graham J et al., 2001) (Niku K. Thomas, 2004) (Buddeberg-Fischer B et al, 2005).

Para fatiga se encontraron altas prevalencias en los médicos residentes; el 36.6 % (56) reportó niveles de fatiga leve, 32% (49) niveles de fatiga moderada y 31.3% (48) fatiga excesiva, lo que coincide con estudios previos que reportan prevalencias que van del 60-90% (Mc Cail TB, 1988) (Squires BP, 1989) (Gander O, 2007). No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, tipo de especialidad, ni año de residencia, es decir todos presentan fatiga.

En lo referente a la duración de las jornadas de trabajo, se encontró que los médicos residentes continúan laborando aún después de los turnos de guardia, lo que equivale a jornadas laborales continuas de 24 a 36 hrs, que acumuladas representan más de 40 horas por semana, violando lo estipulado por la Ley Federal de Trabajo (LFT; México 1970). Esta situación debe modificarse ya que genera daños a la salud e impacta en la atención de los derechohabientes según lo observado en estudios previos realizados en México (Toral-Villanueva Rodrigo et al., 2009). Ya se ha demostrado que la calidad del trabajo de los médicos residentes depende en forma inversamente proporcional al número de horas de trabajo (Samkoff JS, Jacques CH, 1991), debido a que las habilidades cognoscitivas y de concentración en las tareas de gran atención decrecen con la privación de sueño, generando menor capacidad de cuidado o mayor requerimiento de tiempo para completar algunas labores (Mc Cail TB, 1988) (Samkoff JS, Jacques CH, 1991) (Owens JA, 2001)., por lo que es de esperarse que ante esta situación, exista mayor propensión a cometer más errores médicos, y afectaciones a su salud, situación que ya se ha mencionado previamente. La Ley Federal de Trabajo,

al incluir a los médicos residentes en un apartado especial ha fomentado el libre albedrío en el establecimiento de su jornada laboral, sus condiciones de trabajo y sus derechos laborales, generando todos los abusos de poder y condiciones cada vez más precarias a las que están expuestos. A diferencia de lo que sucede en distintos países europeos, donde las horas totales de trabajo no exceden las 48 horas por semana (Msaouel et al., 2010), se hace necesario realizar cambios inmediatos para detener este problema de salud pública en el país.

Se encontraron asociaciones importantes entre los niveles de fatiga con respecto a la presencia de estrés y a las distintas variables psicosociales (factores psicosociales, mobbing, calidad de vida laboral y burnout) con significancia estadística.

La prevalencia de burnout en los médicos residentes del presente estudio fue de 32.6% (50) y se asemeja a los reportes de investigaciones previas, que van del 25 a 60% (Linzer M, Visser MR, Oort FJ, et al, 2001) (Niku, K, 2004)) (McCray L et al., 2008) (Shanafelt TD et al, 2002) (Ramírez AJ et al, 1995) (Bellini LM, Baime M, Shea JA, 2002) (Lemkau JP, et al, 1988) (McCue JD, Sachs CL, 1991). En el caso de México, son pocos los estudios publicados (Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA, 2009) que reportan un 40% de prevalencia en residentes.

No encontramos una diferencia significativa en cuanto al género y la presencia de burnout, lo que coincide con el reporte de un meta-análisis (Niku K Thomas, 2004). En cuanto al tipo de especialidad y al año de residencia nuestro estudio tampoco encontró asociaciones estadísticamente significativas, similar a algunos reportes de la literatura (Shanafelt TD et al., 2002), no obstante otros estudios han reportado que el síndrome de burnout se presenta de manera más marcada dentro del primer año de los cursos de residencia disminuyendo paulatinamente conforme se avanza en cada etapa de formación (Simpson LA, Grant L, 1991) (Peterlini M et al., 2002) (Cabello L, D'Anello S, 2004), y otros estudios han reportado que el nivel de estrés laboral es mayor entre los médicos residentes de especialidades médicas que quirúrgicas aunque aún los datos son contradictorios (Gamés F, 2007), entre otros; sin embargo la extrapolación internacional de las prevalencias es limitada, debido a las variaciones interculturales en el entorno y la organización del trabajo (Niku K. Thomas, 2004)

El 45.1% (69) de los residentes presentaron niveles elevados de agotamiento emocional, mientras que el 42.4% (65) reportan niveles elevados de despersonalización similar a otros estudios (Purdy RR et al., 1987) (Gelfand DV et al., 2004) y un 41.1% (63) residentes refieren una baja realización personal. En cuanto a las puntuaciones promedio para las tres subescalas del MBI, las observadas en nuestro estudio para los rubros de agotamiento emocional y despersonalización fueron similares a las de (Purdy RR et al; 1987) (Shanafelt, 2002) y (McCue, 1991), mientras que fueron superiores a las reportadas en 2009 por un estudio realizado en residentes del IMSS (Toral Villanueva R, 2009);

y respecto a los sentimientos de realización personal, en nuestro estudio se obtuvieron los puntajes más bajos para esta dimensión en comparación con los tres estudios previos mencionados.

Estos datos merecen ser tomados en cuenta porque reflejan aspectos puntuales del síndrome, que si bien en este momento puede no estar presente, sí conllevan un riesgo importante para su aparición, pudiendo tener fuertes implicaciones sobre la práctica profesional, con predisposición a cometer más errores médicos (Shanafelt TD et al 2002); la dinámica familiar, así como la tendencia a presentar actitudes negativas caracterizadas por irritabilidad, pérdida de motivación, baja autoestima, pesimismo, actitudes insensibles y de cinismo hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, lo que origina una deshumanización en las relaciones en la medida en que los pacientes se han convertido en “objetos” de la atención del profesional afectado (Guevara et al., 2002) (Niku K. Thomas, 2004); (Maslach C, Jackson SE, 1981). Además la presencia de burnout puede facilitar la aparición de ansiedad, depresión (Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD, 2006) (Van Der Heijden F et al, 2008), abuso de alcohol (Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R, 2008) e ingesta de fármacos para aminorar la fatiga secundaria a la privación de sueño (Czeisler CA et al, 2009), además de las enormes consecuencias negativas para las instituciones laborales (Gil-Monte PR, 2001).

En la evaluación de la percepción de calidad de vida laboral en nuestro estudio observamos una alta prevalencia de las puntuaciones desfavorables para cada una de las dimensiones de la escala en relación a la presencia de estrés, burnout, y el incremento en los niveles de fatiga de manera estadísticamente significativa (excepto para la dimensión de seguridad en el trabajo), lo que demuestra su influencia sobre estos efectos (González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M, 2009), ya que el concepto de calidad de vida laboral se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción ve cubiertas sus necesidades personales; y por los datos que arroja este trabajo observamos que de manera muy importante esto no es así. Sin embargo se tendrán que realizar futuras investigaciones en otros centros hospitalarios buscando replicar los resultados y explorar qué otros factores se encuentran asociados a una mala percepción de la calidad de vida laboral. En la literatura mundial existen escasos trabajos que aborden esta problemática en los médicos residentes; sin embargo, los existentes coinciden en una disminución de la misma (Albanesi de Nasetta S, Nasetta P, 2005).

15. CONCLUSIONES

Es evidente la influencia que ejercen los factores de tipo psicosocial, el mobbing y la percepción de la calidad de vida laboral sobre la presencia de estrés, fatiga y el síndrome de burnout, todos estos efectos importantes que repercuten negativamente en el estado físico, mental, cognitivo y emocional global del médico residente, por tanto predice problemas relacionados con la disminución de la satisfacción profesional, el desempeño y el compromiso en el trabajo.

Los hallazgos en cuanto a las prevalencias altas de violencia, estrés, fatiga, y burnout en los residentes observadas en el presente estudio, muestran claramente situaciones de abuso de poder, por parte de los médicos responsables de la formación de los alumnos en cada servicio, que van en contra del más elemental respeto a los derechos humanos y los derechos laborales, lo que constituye un llamado de atención para que las autoridades de enseñanza y directores de los hospitales eliminen estas prácticas feudales que resulta inaceptable para los principios en lo que fue fundado el IMSS y que a su vez tengan la sensibilidad para promover condiciones de trabajo dignas para los médicos residentes como lo establece la OMS.

Además el papel del IMSS es la formación tutelar de los residentes, sin embargo el estudio refleja que ésta no se lleva a cabo correctamente, pues algunas de las situaciones reportadas por los participantes fueron el pedir mejores condiciones de trabajo y especial atención a la calidad de la enseñanza, la cual muchas veces se ve limitada por el desinterés de algunas figuras de autoridad encargadas de su promoción y porque se prioriza la sobrecarga laboral a la enseñanza, por lo que la pregunta sería ¿donde se dirime la responsabilidad de los médicos especialistas en la atención médica?, si ésta la realizan de manera importante los médicos residentes.

Debe haber una seria modificación en cuanto a las reglamentaciones de las condiciones de trabajo de los médicos residentes, ya que no se puede violar lo que establece la Ley Federal de Trabajo en cuanto a la duración de la jornada laboral, la cual no debe superar las 40 horas de trabajo por semana por los daños que genera a la salud y el impacto en la atención de los derechohabientes.

No podemos limitarnos a pensar que la fatiga, el estrés y las distintas variables abordadas en esta investigación son condiciones “normales” dentro de los estudios de posgrado de los médicos residentes, porque si no estaremos cayendo en un error muy grave. Por el contrario es fundamental evaluar periódicamente estos aspectos, así como establecer mecanismos para vigilar constantemente que existan las condiciones idóneas para el aprendizaje y para promover el compromiso de los residentes con la institución que los forma a través de fomentar la potenciación de sus capacidades intelectuales y habilidades de trabajo, para prevenir los efectos en la salud física y mental de los médicos residentes.

Es necesario realizar nuevas investigaciones sobre la prevención, las causas, las consecuencias, estrategias de apoyo a los residentes afectados y los efectos en su educación, así como estudiar las repercusiones médicas en los receptores de los servicios de salud.

16. REFERENCIAS

- Abbey SE, Garfinkel GP. Chronic fatigue syndrome and the psychiatrist symptoms. *Can. J. Psychiatrist* 1990; 35(7): 625-33.
- Albanesi de Nasetta S, Nasetta P. Residentes médicos y calidad de vida. *Vertex*, 2005; 16: 245-50.
- Alcocer, Castilejos, NV. Factores relacionados al síndrome de burnout y a la sintomatología psiquiátrica en residentes de diferentes especialidades médicas. México, 2002. Facultad de Medicina, UNAM.
- Allardt, E. Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. *La Calidad de Vida*. México: F.C.E; 1996:126-134.
- Anderson WJR, Cooper CL, Willmott M. Sources of stress in the national Health service: A comparison of seven occupational groups. *Work and Stress* 1996; 10(1): 88-95.
- (APA) Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
- Aranda-Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* 2005; 31: 1-9.
- Arciniega RS. El acoso moral (*mobbing*) en las organizaciones laborales. *Psicología Iberoamericana* 2009; 17(2), 13-23.
- Aréchiga Urtuzuástegui Hugo, Ruiz Pérez Leobardo C, Durand Oliver Paris Sergio, Sánchez Ramírez Roberto, Gracia Ramírez Angel. Monografía El Plan Único de Especializaciones Médicas de la Facultad de Medicina Rev Fac Med UNAM Vol.43 No.1 Enero-Febrero, 2000.
- Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52(2):203-13.
- Arora VM, Georgitis E, Woodruff JN, Humphrey HJ, Meltzer D. Improving sleep hygiene of medical interns: can the sleep, alertness, and fatigue education in residency program help? *Arch Intern Med* 2007; 167: 1738-44.
- Aro S. Stress morbidity and health related behaviour. *Scand J Soc Med Suppl* 1981; 25:81-6.
- Ayas NT, Barger LK, Cade BE, et al. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA* 2006; 296: 1055-62.
- Barrientos T, Martínez S, Méndez I. Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Rev Salud Pública Méx* 2004; 46(6): 516-523.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health, I: how do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med*. 1997; 45:35-40.
- Basabe, N. Salud, factores psicosociales y cultura. *Psicología Social, Cultura y Educación*. Madrid: Pearson Educación 2004; 891-913.
- Boada J, De Diego R, Vigil A. Mobbing: Análisis de las propiedades psicométricas y estructura factorial de cuatro escalas (MOBB-90; MobbCF-21; MobbCG-15 & MobbCS-28). *Revista de Encuentros de Psicología Social*, 2003;(1):26-31.
- Borrás L. El *mobbing* o acoso moral en el trabajo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2002; 2(2):113-120.
- Brodsky CM. Depression and chronic fatigue in the workplace. *Workers compensation and occupational issues*. *Prim-Care*, 1991;18 (2)-. 381-96.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. Stress at work and well-being in junior residents. *Psychosom Med Psychother*. 2005; 51(2):163-78.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health*, 2008 (1):31-8.
- Bulbena A, González de Rivera. Factores de estrés y ansiedad. *Rev. Psiquiatría. Fac. Med. Barna*, 1991; 18: 295-304.
- Buyse DJ, Barzansky B, Dinges D, Hogan E, Hunt CE, Owens J, Rosekind M, Rosen R, Simon F, Veasey S, Wiest F. Sleep, fatigue, and medical training: setting an agenda for optimal learning and patient care. *Sleep* 2003; 26(2):218-25.
- Cabrera P, Noriega E, Fernández R et al. Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo. *Rev Cubana Med Milit* 2000; 29: 79-83.
- Cameron C. A theory of fatigue. *Ergonomics*, 1973; 16 (5): 633-648.
- Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery*. 2001; 130:696-702.
- Canadian Medical Association. Guide to physician health and well being: facts, advice and resources for Canadian doctors. Ottawa, ON: Canadian Medical Association, 2003.
- Capilla PR. El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación Facultad de Medicina* 2000; 58:1334. Sitio Web: <http://www.elformomedico.com>. Consultado en diciembre 2010.
- Carrión M, López L, Pando M. Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista Psicológica del Trabajo y de las Organizaciones*, 2007; 22(3):251-273.
- Christensen E. The effect of fatigue on resident performance. *Radiology*. 140: 103-5. 2002.
- Chrousos G, Gold P. The concepts of stress and Stress System disorders. *JAMA* 1992; 267: 1244-1252.

- CoCoChip. Salud Laboral. Evaluación de Riesgos Psicosociales, 2006 (13):50:54. Disponible en: <http://www.comfia.net/html/4970.html>. Consultado noviembre 2010.
- Cohen Daniel A, Wei Wang, Wyatt James, Kronauer Richard E, Dijk Derk-Jan, Czeisler Charles A, Klerman Elizabeth B. Uncovering Residual Effects of Chronic Sleep Loss on Human Performance. *Sci Transl Med* 2010; 18-29.
- Cohen JS. Heeding the plea to deal with resident stress. *Ann Intern Med*, 2002; 136:394-395.
- Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*, 2005: 5-21.
- Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med*, 2002; 136:384-390.
- Cooper C, Rout U, Faragher M. Mental Health job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ*, 1989; 298: 366-370.
- Coordinación de Educación en Salud (CES). Internet. Disponible en <http://edumed.imss.gob.mx/2010/mision.html>. Consultado en enero 2011.
- Córdoba, Esteban. Psychosocial factors and its influence in the psychological well-being labor. Trabajo realizado para la Especialización en Psicología del Trabajo y Laboral de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y en el marco del proyecto "Aspectos Psicosociales del Bienestar en distintos Contextos Socio-Culturales", 2008.
- Czeisler CA, Walsh JK, Wesnes KA, Arora S, Roth T. Armodafinil for treatment of excessive sleepiness associated with shift work disorder: a randomized controlled study. *Mayo Clin Proc*, 2009; 84(11):958-972.
- Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP. Mobbing: Emotional abuse in the American workplace. Ames, Civil Society Publishing, 2002.
- David A. Tired, weak, or in need of rest: fatigue among general physicians. *BMJ*, 1990; (301):1199-202.
- Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J Infect Dis*, 1992; 165:224-228.
- Díaz J, Sánchez M. Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 2002; 14,100-105.
- Díaz et al. Nivel de Estrés Laboral en residentes de Postgrados del Hospital Central Universitario José María Pineda y algunos factores condicionantes. Barquisimeto estado Lara. Trabajo de Grado. Decanato de Medicina Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, 1996.
- Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003.
- Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well being: assessment of an innovative program. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1544-52.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med* 2006; 81: 354-73.
- Eicher C. Sleep Deprivation, Physician Performance, and Patient Safety. *Arch Intern Med*, 2009 (136):1389-1396.
- Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice. London, 2003.
- Einarsen S, Hauge L. J. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2006; 22 (3): 251-274.
- Einarsen S, Mikkelsen EG. Individual effects of exposure to bullying at work. International perspectives in research and practice. London: Taylor and Francis, 2003.
- Enríquez Claudia B, Colunga Cecilia, Preciado ML, Domínguez Rebeca. Factores Psicosociales y estrés en el trabajo hospitalario de enfermería en Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 2010(1): 22-25.
- Escudero JF, Poyatos G. *Mobbing: Análisis multidisciplinario y estrategia legal*. Barcelona, 2004.
- Estrada Ocampo H. Historia de los cursos de posgrado de la UNAM. UNAM, México, 1983.
- Facultad de Medicina UNAM. Portal web: <http://www.facmed.unam.mx>. Consultado en diciembre 2010.
- Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D et al. Time stress among Norwegian Physicians. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1997; 117: 954-959.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*, 2008: 488-491.
- Felton JS. Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occup Med Lond*, 1998;48:237-250.
- Fidalgo AM, Piñuel I. La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 2004; 16 (4): 615-624.
- Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract*, 1998; 48: 1647-51.
- Franco S, González F, Saraz S. *Factores psicosociales*. México.Ed: Universidad de Guadalajara; 2005.
- Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1887-94.

- Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counseling behavior among US medical students: cohort study. *BMJ* 2008; 337: a2155.
- Furnham, A. Psicología Organizacional. El comportamiento del individuo en las organizaciones. Ed: Oxford. México, 2001.
- Gander O. Work patterns and fatigue-related risk among junior doctors. *Occup Environ Med.* 2007; 64:733-738.
- Garnés F. Estudio de las Fuentes de estrés laboral en médicos residentes, 2007 [Internet] Disponible en http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centro_salud9/568-572.pdf. Consultado en diciembre 2010.
- Gay R. Sleep, Sleep Disorders, and Cognition. *ACCP Sleep Med Rev* 2009; 4:313-324.
- Geurts S, Rutte C, Peeters M. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med*, 1999; 48:1135-1148.
- Gil-Monte PR, Peiró SJM. Desgaste psíquico en el trabajo: el Síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis, 1997.
- Gil Monte PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000; 16(2):101 - 102.
- Gil-Monte PR. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Departamento de Psicología Social y Organizacional Facultad de Psicología-Universidad de Valencia- España, 2001. Sitio Web: <http://www.psicologia.com>. Consultado enero 2011.
- Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex*, 2002; 44:33-40.
- Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med* 2005; 165(22):2601-2606.
- Goldman M, Fiebach C. Hippocrates Affirmed? Limiting Residents Work Hours Does No Harm to Patients *Ann Intern Med* 2007; 147:143-144.
- González de Rivera JL. Stress Reactivity Patterns. Artículo presentado en VI Congreso del International Collage of Psychosomatic Medicine. Montreal, 1991.
- González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín, M. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 2003(24):59-66.
- González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M. Instrumento para medir la calidad de vida en el trabajo CVT-GOHISALO. Manual para su aplicación e interpretación, 2009: 1-60.
- González-Trijueque D. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: una aproximación desde la psicología forense. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2007 (7): 41-62.
- González-Trijueque, D. *Mobbing*: aproximación al acoso psicológico en el lugar de trabajo. Fundamentos de psicología jurídica y forense. México, D.F. Oxford University Press, 2010.
- González Trijueque David, Sabino Delgado Marina, García López Eric. Expert Psychological Assessment in Mobbed Workers. *Psicología Iberoamericana*, 2010; (18), 2: 8-18. Disponible en: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic18-2.pdf>. Consultado en enero 2011.
- Graham J, Albery IP, Ramirez AJ, Richards MA. How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress Health* 2001; 17: 85-89.
- Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle*, Cali. Colombia, 2002; 35(4): 173.178.
- Haro-García LC, Sánchez-Román R, Juárez-Pérez CA, Larios-Díaz E. Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de 8 horas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45:191-197.
- Hernández J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios. *Rev Cubana Salud Pública*, 2003(29):103-110.
- Hernández-Vargas Clara, Juárez García Arturo, Arias Galicia Fernando, Dickinson Bannack Ma. Eloisa. Factores psicosociales predictores de Burnout en trabajadores del sector salud en atención primaria, 2008.
- Hirigoyen MF. El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona: Paidós, 2001.
- Hoel H, Salin D. Organizational antecedents of workplace bullying. *International perspectives in research and practice*. London: Taylor and Francis, 2003.
- Hsu K, Marshall V. Prevalence of Depression and Distress in a large sample of Canadian residents, Interns and Fellows. *AM J Psychiatry*, 1987 (144): 1561- 1566.
- Inglehart R. The silent revolution? Changing values and political styles among western publics, Nueva York Jersey, Princeton University Press, 1977.
- Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Protocolo de evaluación de Factores Psicosociales. Guía de Actuación Inspector en Factores Psicosociales, 2006.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. "Factores psicosociales en el ambiente de trabajo".Serie de folletos de jefatura de salud en el trabajo, México; 1986; 5-28.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de labores 2009-2010 y programa de actividades 2010. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm>. Consultado en febrero 2011.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social, 2010. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>. Consultado en diciembre 2010.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social. Coordinación de Educación en Salud, 2010. Portal web: <http://edumed.imss.gob.mx/edumed/pagPosCursos.html>. Consultado en diciembre 2010.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Factores Psicosociales. Método de evaluación (AIP No 20), 1998.
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Factores Psicosociales. Identificación de factores de riesgo, 2002.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Método ISTAS 21 (CoPsoQ). Paralelo Edición, SA, 2002.
- Jones JW, Barge BN, Steff y BD, Fay LM, Kunz LK, Wuebker LJ. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *J Appl Psychol*, 1988; (73): 727–35.
- Juárez-García Arturo. The fatigue-energy dimension as presenteeism indicador: Validity of a proposed scale in mexican workers. *Rev Ciencia & Trabajo [Internet]* 2007; 24 (9):55-60. Disponible en <http://www.cienciaytrabajo.cl> Consultado en diciembre 2010.
- Karasek R. El modelo de demanda/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos en: Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional, Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2001(2): 6-15
- Keyes C. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 1998; (61):121-140.
- Kinderdaji DT: Mechanism of peripheral fatigue. *Med-Sci-Sports-Exerc* 2000; 22(4): 444-91.
- Landa V, Mena M. Estrés laboral en personal clínico hospitalario *Ter Psicol*, 2003; 21: 137 151.
- Lemkau JP, Rafferty J, Gordon R Jr. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Fam Pract Res J*, 1994; 14(3):213–222.
- Ley Federal del Trabajo. Título sexto trabajos especiales. capítulo XVI. Trabajos de Médicos Residentes en periodo de adiestramiento en la Especialidad. art.353. a-i, 1970. Disponible en Internet. <http://www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/133/380.htm>. Consultado en noviembre 2010.
- Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996; 5 (2):165-184.
- Leymann H, Gustafsson A. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5(2):251-275.
- Lewittes L, Marshall V. Fatigue and concerns about quality of care among Ontario Inters and Residents. *Can-Med-Assoc-J*, 1989; 140 (1): 21-4.
- Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med*.2006; 13(1):51-9.
- Linn H, et al. Cuestionarios de apreciación del estrés, 2000. [Internet]. Disponible en <http://www.psitec.cl/estrés/autoevaluacion/index.php>. Consultado en diciembre 2010
- Linzer M, Visser MR, Oort FJ, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*, 2001; 111:170- 175.
- Livianos A, De las Cuevas Castrasana, C et al. Desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una muestra entre profesionales. *Acta Española de Psiquiatría* 1999; 27 (5):305-309.
- Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al., Effect of reducing interns weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med*. 2004; 351 (18):1829-1837)
- Luthy C, Perrier A, Perrin E, Cedraschi C, Allaz AF. Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Med Wkly*, 2004; 134: 612-7.
- Martin RJ, Hine DW. The development and validation of the Uncivil Workplace Behavior Questionnaire. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2005; (10):477-490.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1981.
- Maslach C, Jackson SE. Burnt out in health professions: a social psychological analysis. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1982.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2da Edición. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press, 1986.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Manual 3rd Edición. Edited by: Christina Maslach, Susan E Jackson, Michael P Leiter. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996.
- Matthiesen SB, Einarsen S. Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance and Counselling*, 2004; 32 (3), 335-356.
- Mc Cail TB. The impact of long work hours on resident physicians. *N Engl J Med*, 1988; 318 (12):775- 78.
- McCray Laura W. MD, MSCE, Peter F. Cronholm MD, MSCE, Hillary R. Bogner, MD, MSCE, Joseph J. Gallo, MD, MPH, and Richard A. Neill, MD Resident Physician Burnout: Is There Hope? *Fam Med*, 2008; 40(9): 626–632.
- McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med* 1991; 151(11):2273–2277.
- McMurray J, Linzer M, Konrad T, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians: results from the physician work life study. *J Gen Intern Med*, 2000; 15: 372–80.
- Michie S, Williams S. Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003; 60(1):3–9.
- Mikkelsen EG, Einarsen S. Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2002; 11 (1):87-111.

- Mikkelsen EG, Einarsen S. Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2002 (43): 397-405.
- Miulli O, Valcore EJ. Methods and Implications of Limiting Resident *Duty Hours* J Am Osteopath Assoc 2010; 110: 385-395.
- Molina T, González-Méndez H. Medicina Holística. Universidad de Los Andes Consejo de Publicaciones. Mérida. Venezuela, 2002.
- Mompo G, Vilas L, Sotolongo P et al. Influencia del estrés ocupacional en el proceso de la enfermedad. Rev Cubana Med Milit, 2003; 32: 22-28.
- Moncada S, LLorenz C, Kristensen TS. Manual para la Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Método ISTAS 21 CoPsoQ. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), 2002.
- Moreno-Jiménez B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. Manual de Psicología de la Salud. Madrid; 1999.
- Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E, Morante ME. Acoso psicológico en el trabajo: una aproximación organizacional. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2004; 20 (3):277-289.
- Msaouel Pavlos, Nikolaos C et al. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? Human Resources for Health, 2010; 8:16. Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/16>. Consultado en diciembre 2010.
- Nash IS. Resident burnout. Ann Intern Med. 2002;137: 698-700.
- Niku K. Thomas. Resident Burnout. JAMA, 2004; 292(23):2880-2889. [Internet] Disponible en <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/292/23/2880>. Consultado el 6 de octubre 2010.
- Noriega M, Laurell C, Martínez S, Méndez I, Villegas J. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. Salud Pública, 2000; 16(4):1011-1019.
- Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth. 2003; 90:333-337.
- Ocegüera A, Aldrete G, Ruiz AG. Estudio comparativo de la legislación del mobbing en latinoamérica. *Acta republicana política y sociedad*, 2009; (8): 83-94.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Factores Psicosociales en el Trabajo, 1986 [Internet]. Disponible en: <http://www.arearh.com/salud%20laboral/psicosociales1.htm>. Consultado en diciembre 2010.
- OIT-OMS. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: Editorial OIT, Compendio de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, 1984.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud ocupacional: éticamente correcta, económicamente adecuada. Ginebra: 2000.
- Ortiz Valdéz Juan A, Arias Galicia Fernando. Agotamiento profesional (Burnout) en personal de salud y de educación y algunos factores organizacionales. *Instituto Tecnológico de Estudios Superiores del Occidente. Universidad Autónoma del Estado de Morelos*. Facultad de Psicología, 2010.
- Owens JA. Sleep loss and fatigue in medical training. Curr Opin Pulm Med, 2001; 7(6):411-8.
- Pando M, Aranda C, Preciado L, Franco S, Salazar J. Validez y confiabilidad Del inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO). Enseñanza e Investigación en Psicología 2006; 11(2),319-332. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>. Consultado en enero 2011.
- Pando M, Ezqueda B, Reynaldos C, Bermudez D. Violencia psicológica y mobbing: Datos preliminares de Latinoamérica. Ponencia presentada en el primer Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Cuernavaca, México, 2006.
- Papp KK, Miller CM, Strohl KP. Graduate medical training, learning, relationships, and sleep loss. Sleep Med Rev 2006; 10(5):339-45.
- Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, Phillips B, Rosen R, Strohl KP. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. Acad Med; 2004, 79(5):394-406.
- Parthasarathy S. Sleep and the medical profession. Curr Opin Pulm Med 2005; 11:507-12.
- Pascuzzo Lima C, Granado AE, Mendoza RJ, Parra HJ, Moreno CA, Omaña Ochoa A, Rodríguez JL. Fatiga: Factores de riesgo en los residentes de postgrado. Rev Colombiana de Salud Laboral, 2009.
- Pastorino María, Alvarado Rubén. Factores psicosociales del trabajo y síndrome de Burnout en trabajadores de la salud. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2009.
- Patrick M, Dunn MD, Bengt B, Arnetz MD, John F. Christensen, Louis Homer. Meeting the Imperative to Improve Physician Well-being: Assessment of an Innovative Program. J Gen Intern Med, 2009; 22(11):1544-52
- Peiró SJM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid, Eudema; 1993.
- Pérez A, Salinas P. Disfunción familiar y estrés en un grupo de médicos residentes de postgrado. Tesis de especialización. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Mérida. Venezuela, 1989.
- Pérez-Bilbao J, Nogareda C, Martín-Daza F, Sancho T. *Mobbing, violencia física y acoso sexual*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), 2001.
- Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. Med Educ 2002; 36: 66-72.
- Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press, 1988.

- Piñuel I. *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sol Térrae, 2001.
- Piñuel I, Oñate A. La evaluación y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización. El Barómetro Cisneros. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2006(22):309-332.
- Powell R. Attributions and self-esteem in depression and chronic fatigue syndromes and the psychiatrist. *J Psychosom Res*, 1990; 34(6): 665-73.
- Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Viguera Editores SI. Educ Med*, 2009;12(3): 169-177.
- Prins JT, Van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, Bakker AB, van de Wiel HB, Jacobs B, Gazendam-Donofrio SM. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors, 2009;14(6):654-66.
- Purdy RR, Lemkau JP, Rafferty JP, Rudisill JR. Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows? *Fam Med* 1987; 19(3):203-208.
- Quijano Pitman, F. La historia de las residencias médicas en México. En *Revista Médica, IMSS* 1988; 26:347-8.
- Quijano Pitman, F. y Fernández Alonso, M.E. Apuntes sobre la historia de las especialidades en México. En *Revista Médica, IMSS* 1994; 32: 391-4.
- Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol*, 1986; 42:488-492.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71(6):1263-1269.
- Ramírez José A, Valencia Ana, Varela Marisol, Juárez Arturo, Hernández Elena. Validez Factorial de la Escala de Síntomas Subjetivos de Fatiga de Yoshitake. *Ciencia & Trabajo* 2007 .Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl>. Consultado el 10 de enero 2011.
- Ricci J, Chee E, Lorandau A, Berger J. Fatigue in the U.S. Workforce: prevalence and implications for lost productive work time. *J Occup & Env Med* 2007; 49(1): 1-10.
- Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc Sci Med*, 1991; 33(10):179-87.
- Rodríguez J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis, 1995:119 -131.
- Rodríguez-López P. El acoso moral en el trabajo. La responsabilidad en el acoso moral en el trabajo. Madrid: Dijusa, 2004.
- Román Hernández J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*, 2003; 29(2): 103-10.
- Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989; 57:1069 -1081.
- Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Acad Med* 1991; 66(11):687-93.
- Sauter, Murphy, Hurrell. Factores Psicosociales y de organización. En: OIT (1988) *Enciclopedia de Salud Ocupacional y seguridad*, 1990.
- Schaufeli WB. Burnout. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. Chichester, NY: Wiley, 1999: 95-103.
- Shafram SD. The chronic fatigue syndrome. *Am J Med*. 1991;90 (6):730-9.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 2002; 136(5):358-367.
- Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med* 2003; 114(6):513- 517.
- Sherina M, Rompal L, Kanesan N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J. Malaysia*, 2004 (59): 207-211.
- Siegrist J, Dragano N. Psychosocial stress and disease risks in occupational life. Results of inter-national studies on the demand-control and the effort-reward imbalance models, 2008; 51(3):305-12.
- Simpson LA, Grant L. Source and magnitude of job stress among physicians. *J Beau Med*, 1991; 141: 103-310.
- Sonneck G, Wagner R. Suicide and Burnout of physicians. *Omega*, 1996; 255-62.
- Squires BP. Fatigue and stress in medical students, interns and residents: It's time to act!. *Can Med Assoc J*, 1989; 140 (1):18-9.
- Sutherland V, Cooper C. Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ*, 1985(13): 1545-1547.
- Tevni G. Validez Factorial del MBI en profesionales Mexicanos, 2000. Disponible en internet: <http://www.tgrajales.net/investigacion.html>. [Consultado el 10 de enero de 2011].
- Tivizay Molina de González-Méndez, María D. Manzanilla, Raimondo Caltagirone, Mariflor Vera, Adrián R Torres. Estrés y síntomas en personal de salud del hospital de los Andes. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IHULA). *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela*, 2006.
- Toral-Villanueva Rodrigo, Aguilar-Madrid G, Juárez- Pérez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Rev Occupational Medicine* 2009 59(1):8-13. [Internet]. Disponible en <http://www.doi:10.1093/occmed/kqn122> [consultado el 10 de octubre 2010].
- Universidad Nacional Autónoma de México. Magna tarea de evaluación académica. En *Ciencia Médica. Boletín de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina, UNAM*, 1994; (1):47.

- Van Der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res* 2008; 12: 344–46.
- Vanderveen E. Effects of Resident Duty-Hours Restrictions on Surgical and Nonsurgical Teaching Faculty. *Arch Surg* 2007; 142:759-766.
- Vartia, M. The sources of bullying: Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5 (2): 203-214.
- Velarde- Jurado Elizabeth, Avila Figueroa Carlos. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 2002. [Internet] Disponible en <http://www.insp.mx/salud/index.html>. Consultado en diciembre 2010.
- Vičentić S, Jovanović A, Dunjić B, Pavlović Z, Nenadović M, Nenadović N. Professional stress in general practitioners and psychiatrists- the level of psychologic distress and burnout risk, 2010; 67(9):741-6.
- Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occup Environ Med* 2008; 65: 364–66.
- Visser M, Smet E, Oort F et al. Stress,satisfaction and Burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 2003;168: 271-275.
- Vries J, Michielsen H, Van H. Assessment of fatigue among working people: a comparison of six questionnaires. *J Occup Environ Med*, 2003; 60: 110.
- Wallace Jean E, Lemaire Jane B, Ghali William A. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374: 1714-21.
- West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, 2006; 296(9):1071–1078.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 2009; 302(12):1294-300.
- Williams ES, Rondeau KV, Xiao Q, Francescutti LH. Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. *Health Serv Manage Res*, 2007; 20: 261–69.
- Williamson AM, Feyer AM. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occup Environ Med* 2000; 57: 649–55.
- Winwood PC, Winefield AH, Dawson D, Lushington K. Development and validation of a scale to measure work-related fatigue and recovery: the Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale. *J Occup & Environ Med*, 2005; 47(6): 594-606.
- Wise TN. Depression and fatigue in the primary care physician. *Prim-Care*, 1991;18(2): 451-64.
- Wolfgang AP. The Health professions stress inventory .*Psychol reports*, 1988 (62):220-2.
- Yoshitake H. Three characteristics patterns of fatigue symptoms. *Ergonomics* 1978; 21 (3): 231-233.
- Zapf D, Einarsen S. Bullying in the workplace: recent trends in research and practice. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2001; 10 (4):369-373.
- Zapf D, Einarsen S, Hoel H, Vartia E. Empirical findings of bullying in the work place. *International perspectives in research and practice*. London: Taylor and Francis, 2003: 103-126.
- Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996; 5 (2): 215-237.

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No.	Actividad	Meses													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Revisión bibliográfica														
2	Elaboración de protocolo														
3	Registro de protocolo														
4	Recolección de información														
5	Captura de la información														
6	Análisis de datos														
7	Presentación de resultados														
8	Elaboración de tesis														
9	Elaboración de artículo														

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011.

Variable	N=153	%
Sexo		
Hombres	70	45.75
Mujeres	83	54.25
Estado Civil		
Soltero	109	71.24
Casado	28	18.30
Unión libre	12	7.84
Separado/Divorciado	4	2.61
Viudo	0	0
Vive con		
Sólo	40	26.14
Con esposo (a) o pareja	20	13.07
Con su esposo(a) e hijos	15	9.80
Con sus padres	33	21.57
Con otra familia	13	8.50
Con sus hijos	1	0.65
Otro (compañeros, amigos)	31	20.26

Variable	N=153	%
Número de hijos		
Embarazo	1	0.65
0 hijos	129	84.31
1 hijo	19	12.42
2 hijos	4	2.61
Consumo de Medicamentos		
Ninguno	121	79.08
Antigástricos	10	6.54
Antidepresivos	13	8.5
Ansiolíticos	4	2.61
Otros	5	3.27

Tabla 2. Características de la residencia médica en un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011.

Variable	N=153	%	Variable	N=153	%
Año de especialidad			Tiempo Traslado		
R1	23	15.03	5-14 min	55	35.95
R2	45	29.4	15-29 min	47	30.72
R3	51	33.3	30-44 min	14	9.15
R4	34	22.2	45 min-1 hr	19	12.42
Tipo de Especialidad			Más de 1hr	18	11.76
Médica	88	57.5	Otro trabajo		
Quirúrgica	65	42.4	No	147	96.08
Tipo de Guardia			Si	6	3.92
AA	0	0			
AB	1	0.66			
ABC	68	44.7			
ABCD	33	21.7			
Otra	41	26.9			
Aleatorias (al azar)	9	5.9			
Lugar de Residencia (vivienda)					
Local	129	84.3			
Foráneo	24	15.6			

Tabla 3. Promedio de edad y características laborales de los médicos residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011.

Variable	X	Mediana	DE	Min	Max
Edad	27.6	27	2.4	22	38
Horas de trabajo/día	11.23	10	3.3	6	21
Horas sueño/día	5.05	5	1.3	3	10
Días descanso/sem	1.28	1	0.8	0	5
Tiempo de haber tomado el último periodo vacacional (meses)	4.15	4	2.6	0	13

Tabla 4. Diferencia de medias entre grupos de edad en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011.

Variable	N	X	DE	Rango
Sexo*				
Hombres	70	28.22	2.82	22-38
Mujeres	83	27.25	1.99	24-35
Año de residencia				
R1	23	26.39	1.61	24-29
R2	45	26.95	2.39	22-38
R3	51	28	2.34	25-37
R4	34	29.11	2.40	24-36
Tipo de Residencia				
Médica	88	28.02	2.55	24-38
Quirúrgica	65	27.26	2.24	22-35

P < 0.05*

Tabla 5. Especialidades que participaron en el estudio

Especialidad	N=153	%
Alergia	5	3.27
Angiología	5	3.27
Audiología	6	3.92
Cirugía General	10	6.54
Dermatología	9	5.88
Endocrinología	9	5.88
Gastrocirugía	4	2.61
Medicina Interna	29	18.95
Neurología	9	5.88
Oftalmología	10	11.76
ORL	18	6.54
Patología	7	4.58
Psiquiatría	14	9.15
Urología	18	11.76

Tabla 6. Diferencia de proporciones de cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout según el género, tipo de especialidad y año de residencia, IMSS 2011.

Variable	Total		Género				Total	P	Tipo de Especialidad				Total	P	Año de Residencia								Total	P
	N	%	Hombres ♂		Mujeres ♀				Médica		Quirúrgica				R1		R2		R3		R4			
	153	100	N=70	%	N= 83	%			N= 88	%	N=65	%			N=23	%	N=45	%	N=51	%	N=34	%		
EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS																								
Favorable	15	9.8	8	53.3	7	46.6	100%	0.29	8	53.3	7	46.6	100%	0.75	1	6.67	5	33.3	5	33.3	4	26.6	100%	0.2
Intermedia	25	16.3	8	32	17	68			16	64	9	36			8	32	5	20	9	36	3	12		
Desfavorable	113	73.8	54	47.7	59	52.2			64	56.6	49	43.3			14	12.3	35	30.9	37	32.7	27	23.8		
TRABAJO ACTIVO Y POSIBILIDADES DE DESARROLLO																								
Favorable	57	37.2	29	50.8	28	49.1	100%	0.49	39	68.4	18	31.5	100%	0.005*	6	10.5	13	22.8	20	35.1	18	31.5	100%	0.1
Intermedia	53	34.6	21	39.6	32	60.3			33	62.2	20	37.7			7	13.2	17	32.1	17	32.1	12	22.6		
Desfavorable	43	28.1	20	46.5	23	53.4			16	37.2	27	62.7			10	23.2	15	34.8	14	32.5	4	9.3		
INSEGURIDAD																								
Favorable	20	13	13	65	7	35	100%	0.17	11	55	9	45	100%	0.96	2	10	9	45	6	30	3	15	100%	0.5
Intermedia	60	39.2	26	43.3	34	56.6			35	58.3	25	41.6			7	11.6	18	30	19	31.6	16	26.6		
Desfavorable	73	47.7	31	42.4	42	57.5			42	57.5	31	42.4			14	19.8	18	24.6	26	35.6	15	20.5		
APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LIDERAZGO																								
Favorable	45	29.4	18	40	27	60	100%	0.51	28	62.2	17	37.7	100%	0.57	8	17.8	13	28.8	15	33.3	9	20	100%	1
Intermedia	40	26.1	21	52.5	19	47.5			24	60	16	40			7	17.5	11	27.5	14	35	8	20		
Desfavorable	68	44.4	31	45.5	37	54.4			36	52.9	32	47.1			8	11.8	21	30.8	22	32.3	17	25		
DOBLE PRESENCIA																								
Favorable	31	20.2	14	45.1	17	54.8	100%	0.99	18	58	13	41.9	100%	0.93	4	12.9	11	35.4	8	25.8	8	25.8	100%	0.6
Intermedia	35	22.8	16	45.7	19	54.2			21	60	14	40			8	22.8	11	31.4	10	28.5	6	17.1		
Desfavorable	87	56.8	40	45.9	47	54			49	56.3	38	43.6			11	12.6	23	26.4	33	37.9	20	22.9		
ESTIMA																								
Favorable	19	12.4	9	47.3	10	52.6	100%	0.9	12	63.1	7	36.8	100%	0.83	3	15.7	5	26.3	8	42.1	3	15.7	100%	0.1
Intermedia	24	15.6	10	41.6	14	58.3			13	54.1	11	45.8			5	20.8	4	16.6	13	54.1	2	8.3		
Desfavorable	110	71.9	51	46.3	59	53.6			63	57.2	47	42.7			15	13.6	36	32.7	30	27.2	29	26.3		
PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA																								
No	10	6.5	5	50	5	50	100%	0.78	6	60	4	40	100%	0.86	1	10	3	30	4	40	2	20	100%	1
Sí	143	93.4	65	45.4	78	54.6			82	57.3	61	42.6			22	15.4	42	29.3	47	32.8	32	22.3		

Tabla 6. (Continuación) Diferencia de proporciones de cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout según el género, tipo de especialidad y año de residencia, IMSS 2011.

Variable	Total		Género				Total	P	Tipo de Especialidad				Total	P	Año de Residencia								Total	P
	N	%	Hombres ♂		Mujeres ♀				Médica		Quirúrgica				R1		R2		R3		R4			
	153	100	N=70	%	N= 83	%			N= 88	%	N=65	%			N=23	%	N=45	%	N=51	%	N=34	%		
PRESENCIA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA																								
Nula	13	8.5	7	53.8	6	46.1	100%	0.63	8	61.5	5	38.4	100%	0.045*	2	15.4	5	38.4	4	30.7	2	15.3	100%	0.5
Media	33	21.5	13	39.3	20	60.6			25	75.7	8	24.2			6	18.1	11	33.3	13	39.3	3	9		
Alta	107	69.9	50	46.7	57	53.2			55	51.4	52	48.6			15	14	29	27.1	34	31.7	29	27.1		
INTENSIDAD DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA																								
Nula	13	8.5	7	53.8	6	46.1	100%	0.63	8	61.5	5	38.4	100%	0.3	2	15.4	5	38.4	4	30.7	2	15.4	100%	0.4
Baja	84	59.9	35	41.6	49	58.3			52	61.9	32	38.1			15	17.8	27	32.1	27	32.1	15	17.8		
Media	42	27.4	20	47.6	22	52.3			23	54.7	19	45.2			5	11.9	12	28.5	12	28.5	13	30.9		
Alta	14	9.15	8	57.1	6	42.8			5	35.7	9	64.2			1	7.1	1	7.1	8	57.1	4	28.5		
ACOSO PSICOLÓGICO																								
Nula o Baja	138	90.2	67	48.5	71	51.4	100%	0.09	78	56.5	60	43.4	100%	0.28	22	15.9	42	30.4	46	33.3	28	20.3	100%	0.1
Mediana	8	5.2	2	25	6	75			4	50	4	50			1	12.5	2	25	4	50	1	12.5		
Alta	7	4.5	1	14.2	6	85.7			6	85.7	1	14.2			0	0	1	14.2	1	14.2	5	71.4		
PERSONAS CAUSANTES DE LA VIOLENCIA																								
Ninguna = 0	11	7.19	6	54.5	5	45.5	100%	0.64	6	54.5	5	45.4	100%	0.68	1	9.09	3	27.2	5	45.4	2	18.1	100%	0.3
1.Superiores (médicos de base)	90	58.8	39	43.3	51	56.6			54	60	36	40			16	17.7	27	30	29	32.2	18	20		
2.Compañeros	19	12.4	8	42.1	11	57.8			11	57.8	8	42.1			3	15.7	6	31.5	8	42.1	2	10.5		
3.Subordinados	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0		
4.Superiores + Compañeros	28	18.3	13	46.4	15	53.5			15	53.5	13	46.4			3	10.7	9	32.1	5	17.8	11	39.2		
5.Compañeros + Subordinados	1	0.65	1	100	0	0			1	100	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0		
6.Superiores + Compañeros + Subordinados	2	1.31	1	50	1	50			1	50	1	50			0	0	0	0	2	100	0	0		

Tabla 6. (Continuación) Diferencia de proporciones de cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout según el género, tipo de especialidad y año de residencia, IMSS 2011.

Variable	Total		Género						Tipo de Especialidad						Año de Residencia									
	N	%	Hombres ♂		Mujeres ♀		Total	P	Médica		Quirúr- gica		Total	P	R1		R2		R3		R4		Total	P
	153	100	N=70	%	N= 83	%			N= 88	%	N=65	%			N=23	%	N=45	%	N=51	%	N=34	%		
7.Superiores + Subordinados	2	1.31	2	100	0	0			0	0	2	100			0	0	0	0	2	100	0	0		
ESTRÉS																								
No	59	38.5	33	55.9	26	44.1	100%	0.04*	33	55.9	26	44	100%	0.75	7	11.8	20	33.9	19	32.2	13	22	100%	0.7
Si	94	61.4	37	39.3	57	60.6			55	58.5	39	41.4			16	17	25	26.6	32	34	21	22.3		
FATIGA																								
Leve	56	36.6	27	48.2	29	51.7	100%	0.48	31	55.3	25	44.6	100%	0.91	6	10.7	16	28.5	21	37.5	13	23.2	100%	0.9
Moderada	49	32	19	38.7	30	61.2			29	59.1	20	40.8			9	18.3	15	30.6	15	30.6	10	20.4		
Excesiva	48	31.3	24	50	24	50			28	58.3	20	41.6			8	16.6	14	29.1	15	31.2	11	22.9		
SOPORTE INSTITUCIONAL PARA EL TRABAJO																								
Adecuado	107	69.9	44	41.1	63	58.8	100%	0.08	65	60.8	42	39.2	100%	0.21	18	16.8	34	31.7	33	30.8	22	20.5	100%	0.5
En riesgo	46	30.1	26	56.5	20	43.4			23	50	23	50			5	10.9	11	23.9	18	39.1	12	26.1		
SEGURIDAD EN EL TRABAJO																								
Adecuado	140	91.5	62	44.2	78	55.7	100%	0.23	83	59.2	57	40.7	100%	0.14	23	16.4	41	29.2	46	32.8	30	21.4	100%	0.4
En riesgo	13	8.5	8	61.5	5	38.4			5	38.4	8	61.5			0	0	4	30.7	5	38.4	4	30.7		
INTEGRACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO																								
Adecuado	94	61.4	37	39.3	57	60.6	100%	0.045*	59	62.7	35	37.2	100%	0.097	17	18	29	30.8	30	31.9	18	19.1	100%	0.4
En riesgo	59	38.5	33	55.9	26	44.1			29	49.1	30	50.8			6	10.2	16	27.1	21	35.5	16	27.1		
SATISFACCIÓN POR EL TRABAJO																								
Adecuado	64	41.8	21	32.8	43	67.1	100%	0.006*	43	67.1	21	32.8	100%	0.04*	10	15.6	14	21.8	24	37.5	16	25	100%	0.4
En riesgo	89	58.1	49	55	40	44.9			45	50.5	44	49.4			13	14.6	31	34.8	27	30.3	18	20.2		
BIENESTAR LOGRADO A TRAVÉS DEL TRABAJO																								
Adecuado	68	44.4	31	45.5	37	54.4	100%	0.97	40	58.8	28	41.1	100%	0.77	12	17.6	15	22.1	25	36.7	16	23.5	100%	0.3
En riesgo	85	55.5	39	45.8	46	54.1			48	56.4	37	43.5			11	12.9	30	35.2	26	30.5	18	21.1		
DESARROLLO PERSONAL																								
Adecuado	82	53.5	35	42.6	47	57.3	100%	0.41	47	57.3	35	42.6	100%	0.95	16	19.5	22	26.8	27	32.9	17	20.7	100%	0.4
En riesgo	71	46.4	35	49.3	36	50.7			41	57.7	30	42.2			7	9.8	23	32.3	24	33.8	17	23.9		
ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE																								
Adecuado	17	11.1	8	47.1	9	52.9	100%	0.9	6	35.2	11	64.7	100%	0.04*	2	11.7	4	23.5	6	35.2	5	29.4	100%	0.8
En riesgo	136	88.8	62	45.5	74	54.4			82	60.2	54	39.7			21	15.4	41	30.1	45	33.1	29	21.3		

Tabla 6. (Continuación) Diferencia de proporciones de cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y burnout según el género, tipo de especialidad y año de residencia, IMSS 2011.

Variable	Total		Género				Total	P	Tipo de Especialidad				Total	P	Año de Residencia								Total	P
	N	%	Hombres ♂		Mujeres ♀				Médica		Quirúrgica				R1		R2		R3		R4			
	153	100	N=70	%	N= 83	%			N= 88	%	N=65	%			N=23	%	N=45	%	N=51	%	N=34	%		
BURNOUT																								
No	103	67.3	45	43.6	58	56.3	100%	0.46	61	59.2	42	40.7	100%	0.54	15	14.5	30	29.1	37	35.9	21	20.3	100%	0.8
Sí	50	32.6	25	50	25	50			27	54	23	46			8	16	15	30	14	28	13	26		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL																								
Bajo	58	37.9	28	48.2	30	51.7	100%	0.24	36	62.1	22	37.9	100%	0.63	8	13.7	20	34.4	18	31	12	20.6	100%	1
Medio	26	16.9	8	30.7	18	69.2			15	57.6	11	42.3			4	15.3	6	23.1	10	38.4	6	23.1		
Alto	69	45.1	34	49.2	35	50.7			37	53.6	32	46.3			11	15.9	19	27.5	23	33.3	16	23.1		
DESPERSONALIZACIÓN																								
Bajo	67	43.7	27	40.3	40	59.7	100%	0.22	41	61.1	26	38.8	100%	0.69	11	16.4	18	26.8	26	38.8	12	17.9	100%	0.3
Medio	21	13.7	8	38.1	13	61.9			12	57.1	9	42.8			4	19.1	8	38.1	7	33.3	2	9.5		
Alto	65	42.4	35	53.8	30	46.1			35	53.8	30	46.1			8	12.3	19	29.2	18	27.6	20	30.7		
REALIZACIÓN PERSONAL																								
Bajo	63	41.1	31	49.2	32	50.7	100%	0.7	36	57.1	27	42.8	100%	0.83	9	14.2	22	34.9	20	31.7	12	19.1	100%	0.6
Medio	37	24.1	17	45.9	20	54.1			20	54.1	17	45.9			6	16.2	7	18.9	16	43.2	8	21.6		
Alta/adecuada	53	34.6	22	41.5	31	58.4			32	60.3	21	39.6			8	15.1	16	30.1	15	28.3	14	26.4		

Tabla 7. Diferencia de proporciones de cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing y calidad de vida en relación al estrés, los niveles de fatiga y el síndrome de burnout, IMSS 2011.

VARIABLE	SIN ESTRÉS N=59		CON ESTRÉS N=94		Total	P	FATIGA LEVE N=56		FATIGA MODERADA N=49		FATIGA EXCESIVA N=48		Total	P	SIN BURNOUT N=103		BURNOUT N= 50		Total	P
	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%			N	%	N	%		
EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS																				
Favorable	10	66.6	5	33.3	100%	<0.001*	13	86.6	1	6.6	1	6.6	100%	<0.001*	15	100	0	0	100%	<0.001*
Intermedia	18	72	7	28			17	68	3	12	5	20			22	88	3	12		
Desfavorable	31	27.4	82	72.5			26	23.01	45	39.8	42	37.1			66	58.4	47	41.5		
TRABAJO ACTIVO Y POSIBILIDADES DE DESARROLLO																				
Favorable	32	56.1	25	43.8	100%	<0.001*	27	47.3	15	26.3	15	26.3	100%	0.02*	45	78.9	12	21.05	100%	0.002*
Intermedia	22	41.5	31	58.4			22	41.5	16	30.1	15	28.3			38	71.7	15	28.3		
Desfavorable	5	11.6	38	88.3			7	16.2	18	41.8	18	41.8			20	46.5	23	53.4		
INSEGURIDAD																				
Favorable	12	60	8	40	100%	0.001*	10	50	6	30	4	20	100%	0.014*	17	85	3	15	100%	0.14
Intermedia	30	50	30	50			28	46.6	20	33.3	12	20			41	68.3	19	31.6		
Desfavorable	17	23.2	56	76.7			18	24.6	23	31.5	32	43.8			45	61.6	28	38.3		
APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LIDERAZGO																				
Favorable	27	60	18	40	100%	<0.001*	26	57.7	12	28.8	6	13.3	100%	0.001*	36	80	9	20	100%	0.001*
Intermedia	16	40	25	60			15	37.5	14	35	11	27.5			32	80	8	20		
Desfavorable	16	23.5	52	76.4			15	22.06	22	32.3	31	45.5			35	51.4	33	48.5		
DOBLE PRESENCIA																				
Favorable	12	38.7	19	61.2	100%	0.82	11	35.4	10	32.2	10	32.2	100%	0.35	18	58.06	13	41.9	100%	0.25
Intermedia	15	42.8	20	57.1			11	31.4	16	45.7	8	22.8			27	77.1	8	22.8		
Desfavorable	32	36.7	55	63.2			34	39.08	23	26.4	30	34.4			58	66.6	29	33.3		
ESTIMA																				
Favorable	13	68.4	6	31.5	100%	0.004*	16	84.2	2	10.5	1	5.2	100%	<0.001*	18	94.7	1	5.26	100%	0.001*
Intermedia	12	50	12	50			14	58.3	4	16.6	6	25			21	87.5	3	12.5		
Desfavorable	34	30.9	76	69.09			26	23.6	43	39.09	41	37.2			64	58.1	46	41.8		
PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA																				
No	7	70	3	30	100%	0.035*	9	90	0	0	1	10	100%	0.001*	10	100	0	0	100%	0.023*
Si	52	36.3	91	63.6			47	32.8	49	34.2	47	32.8			93	65.03	50	34.9		
PRESENCIA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA																				
Nula	9	69.2	4	30.7	100%	<0.001*	10	76.9	2	15.3	1	7.6	100%	<0.001*	13	100	0	0	100%	0.002*
Media	20	60.6	13	39.3			20	60.6	8	24.2	5	15.5			27	81.8	6	18.1		
Alta	30	28.04	77	71.9											63	58.8	44	41.1		

Tabla 7. (Continuación) Diferencia de proporciones de cada una de las dimensiones de factores psicosociales, mobbing y calidad de vida en relación al estrés, los niveles de fatiga y el síndrome de burnout, IMSS 2011.

VARIABLE	SIN ESTRÉS N=59		CON ESTRÉS N=94				FATIGA LEVE N=56		FATIGA MODERADA N=49		FATIGA EXCESIVA N=48				SIN BURNOUT N=103		BURNOUT N= 50			
	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%			N	%	N	%		
INTENSIDAD DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA																				
Nula	9	69.2	4	30.7	100%	<0.001*	10	76.9	2	15.3	1	7.6	100%	<0.001*	13	100	0	0	100%	<0.001*
Baja	42	50	42	50			39	46.4	29	34.5	16	19.05			66	78.5	18	21.4		
Media	6	14.2	36	85.7			5	11.9	15	35.7	22	53.3			19	45.2	23	54.7		
Alta	2	14.2	12	85.7			2	14.2	3	21.4	9	64.2			5	35.7	9	64.2		
ACOSO PSICOLÓGICO																				
Nula o Baja	58	42.03	80	57.9	100%	0.02*	53	38.4	42	30.4	43	31.1	100%	0.59	95	68.8	43	31.1	100%	0.34
Mediana	0	0	8	100			1	12.5	4	50	3	37.5			5	62.5	3	37.5		
Alta	1	14.2	6	85.7			2	28.5	3	42.8	2	28.5			3	42.8	4	57.1		
SOPORTE INSTITUCIONAL PARA EL TRABAJO																				
Adecuado	53	49.5	54	50.47	100%	<0.001*	49	45.7	33	30.8	25	23.3	100%	<0.001*	80	74.7	27	25.2	100%	0.003*
En riesgo	6	13.04	40	86.9			7	15.2	16	34.7	23	50			23	50	23	50		
SEGURIDAD EN EL TRABAJO																				
Adecuado	55	39.2	85	60.7	100%	0.54	52	37.1	44	31.4	44	31.4	100%	0.85	95	67.8	45	32.1	100%	0.64
En riesgo	4	30.7	9	69.2			4	30.7	5	38.4	4	30.7			8	61.5	5	38.4		
INTEGRACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO																				
Adecuado	45	47.8	49	52.1	100%	0.003*	45	47.8	31	32.9	18	19.1	100%	<0.001*	79	84.04	15	15.9	100%	<0.001*
En riesgo	14	23.7	45	76.2			11	18.6	18	30.5	30	50.8			24	40.6	35	59.3		
SATISFACCIÓN POR EL TRABAJO																				
Adecuado	39	60.9	25	39.06	100%	<0.001*	39	60.9	15	23.4	10	15.6	100%	<0.001*	56	87.5	8	12.5	100%	<0.001*
En riesgo	20	22.4	69	77.5			17	19.1	34	38.2	38	42.7			47	52.8	42	47.1		
BIENESTAR LOGRADO A TRAVÉS DEL TRABAJO																				
Adecuado	38	55.8	30	44.1	100%	<0.001*	39	57.3	20	29.4	9	13.2	100%	<0.001*	62	91.1	6	8.8	100%	<0.001*
En riesgo	21	24.7	64	75.2			17	20	29	34.1	39	45.8			41	48.2	44	51.7		
DESARROLLO PERSONAL																				
Adecuado	40	48.7	42	51.2	100%	0.005*	40	48.7	25	30.4	17	20.7	100%	0.001*	62	75.6	20	24.3	100%	0.019*
En riesgo	19	26.7	52	73.2			16	22.5	24	33.8	31	43.6			41	57.7	30	42.2		
ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE																				
Adecuado	12	70.5	5	29.4	100%	0.004*	12	70.5	4	23.5	1	5.8	100%	0.005*	16	94.1	1	5.8	100%	0.012*
En riesgo	47	34.5	89	65.4			44	32.3	45	33.09	47	34.5			87	63.9	49	36.03		

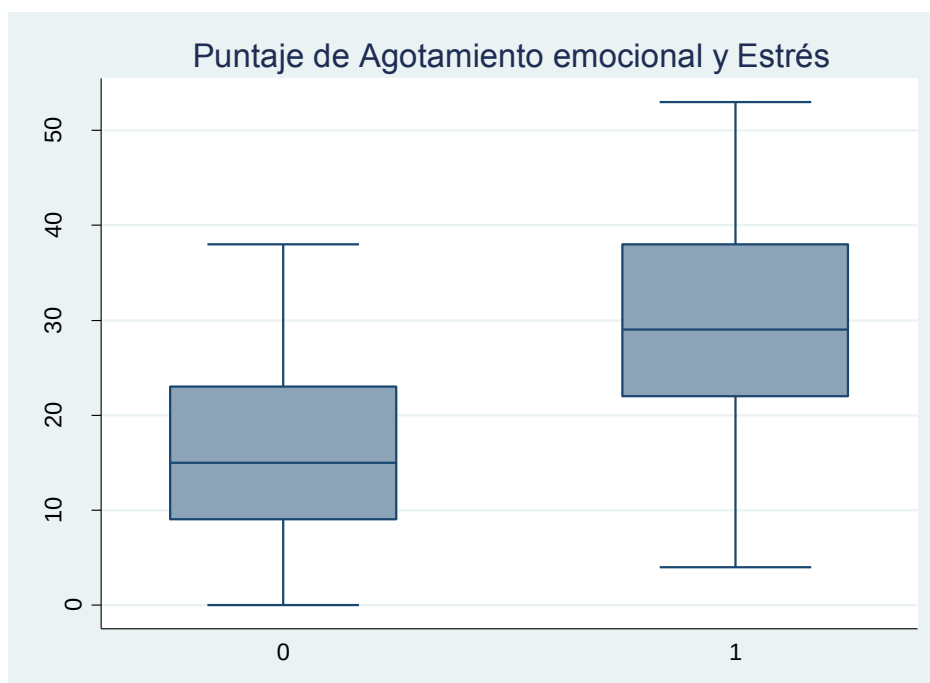
Tabla 8. Promedio de cada una de las dimensiones del MBI y del puntaje global del síndrome.

Variable	X	DE	Mínimo	Máximo
Agotamiento emocional	23.7	12.2	0	53
Despersonalización	8.4	6.9	0	25
Realización personal	35.5	7.7	11	48
Puntaje Burnout	32.2	17.5	0	76

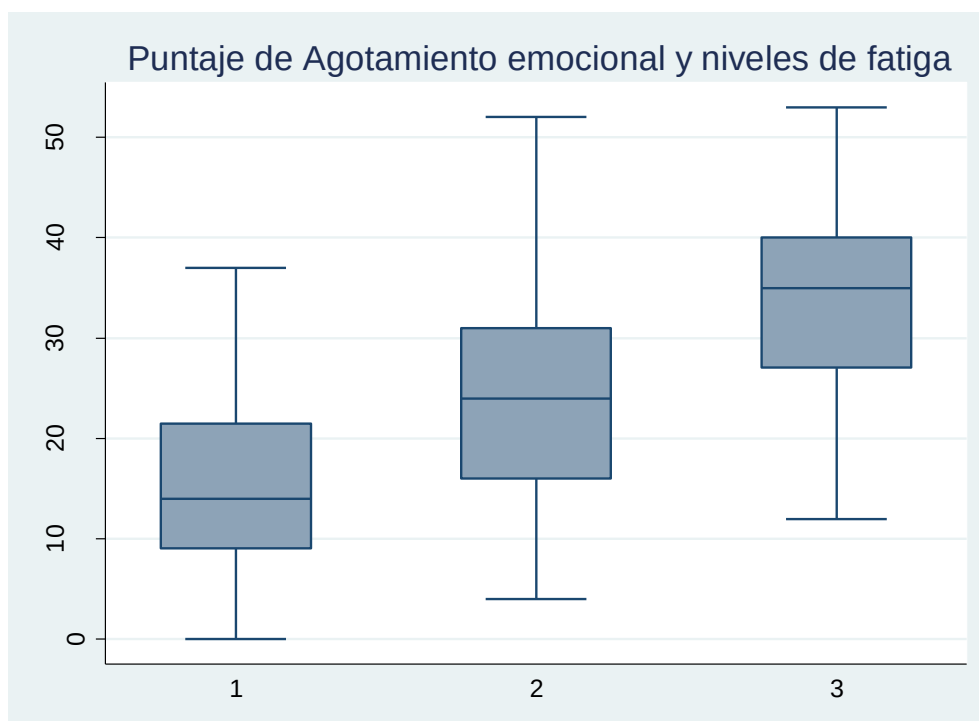
Tabla 9. Diferencia de medias del puntaje de Síndrome de Burnout contra las categorías de violencia, estrés y fatiga en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011.

PUNTAJE DE SX DE BURNOUT				
Variable	N= 153	X	DE	p
VIOLENCIA				
Si	143	33.7	17	0.09
No	10	11.5	10.7	
ESTRÉS				
Si	94	38.5	16.9	0.06
No	59	22.2	13.5	
FATIGA				
Leve	56	20.7	12.5	0.26
Moderada	49	31.1	15.7	
Excesiva	48	46.8	13.6	

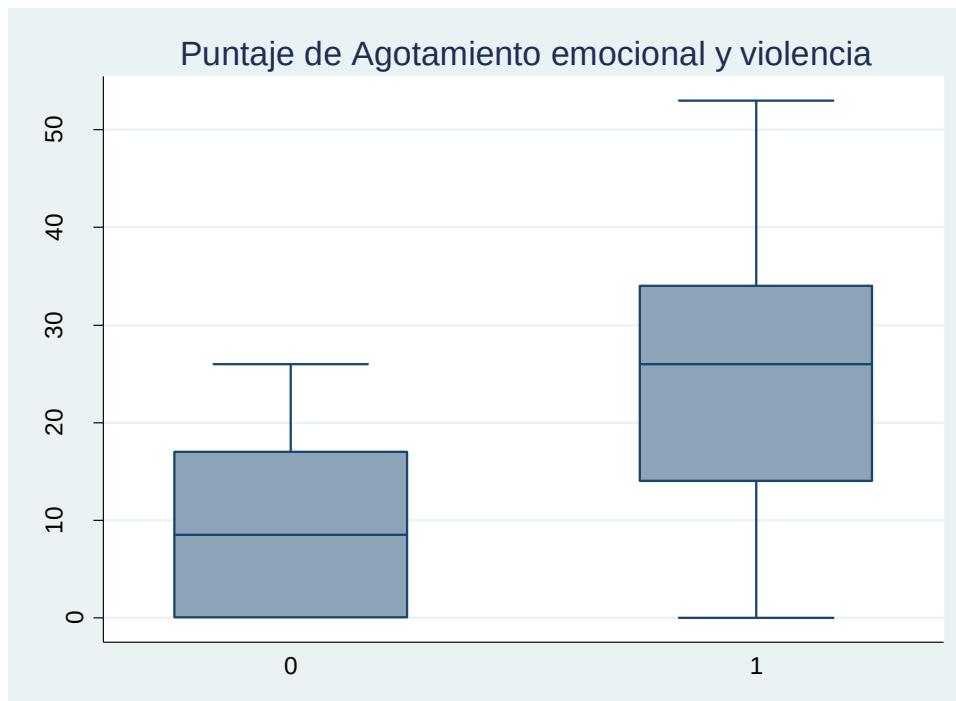
GRÁFICAS



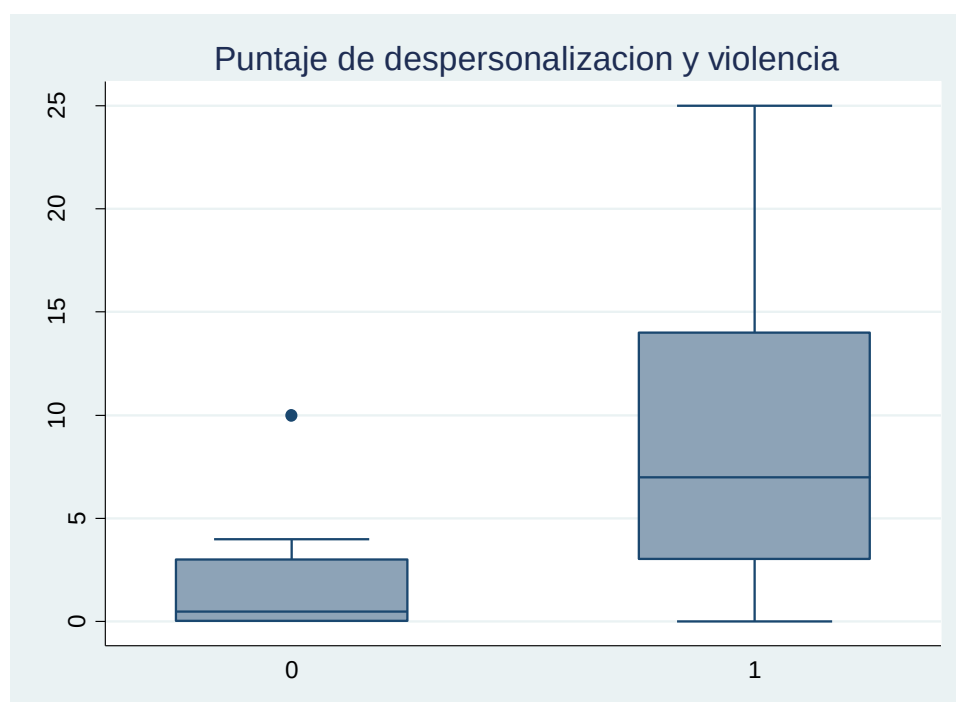
Gráfica 1. Puntaje de agotamiento emocional y su relación con la presencia de estrés en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (0=No estrés, 1=Presencia de estrés).



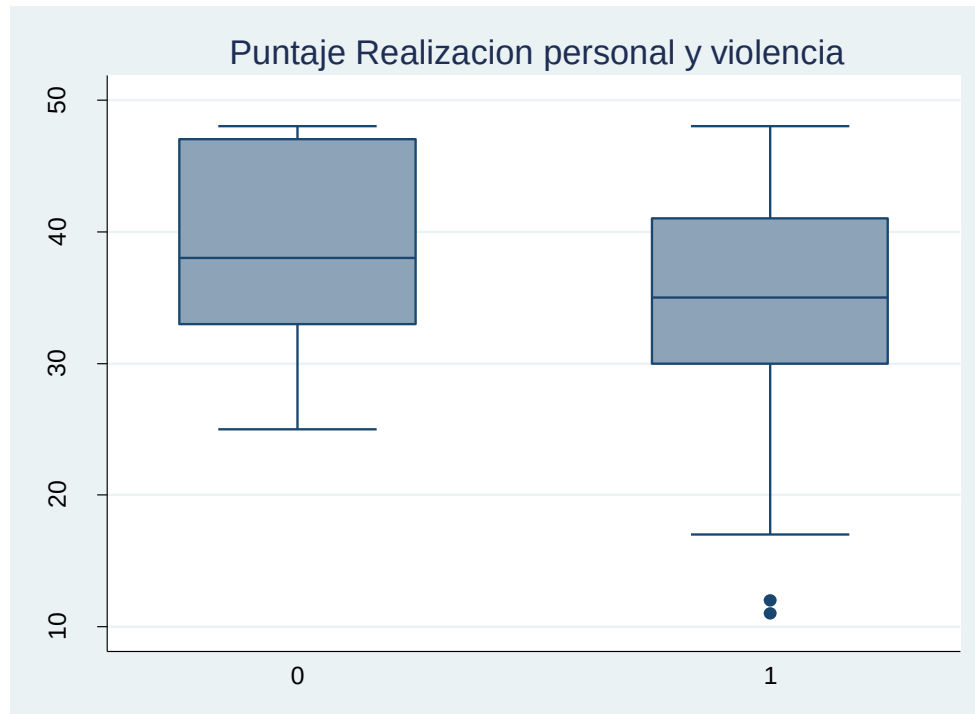
Gráfica 2. Puntaje de agotamiento emocional y su relación con los niveles de fatiga en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011. (1=fatiga leve, 2= fatiga moderada, 3= fatiga excesiva).



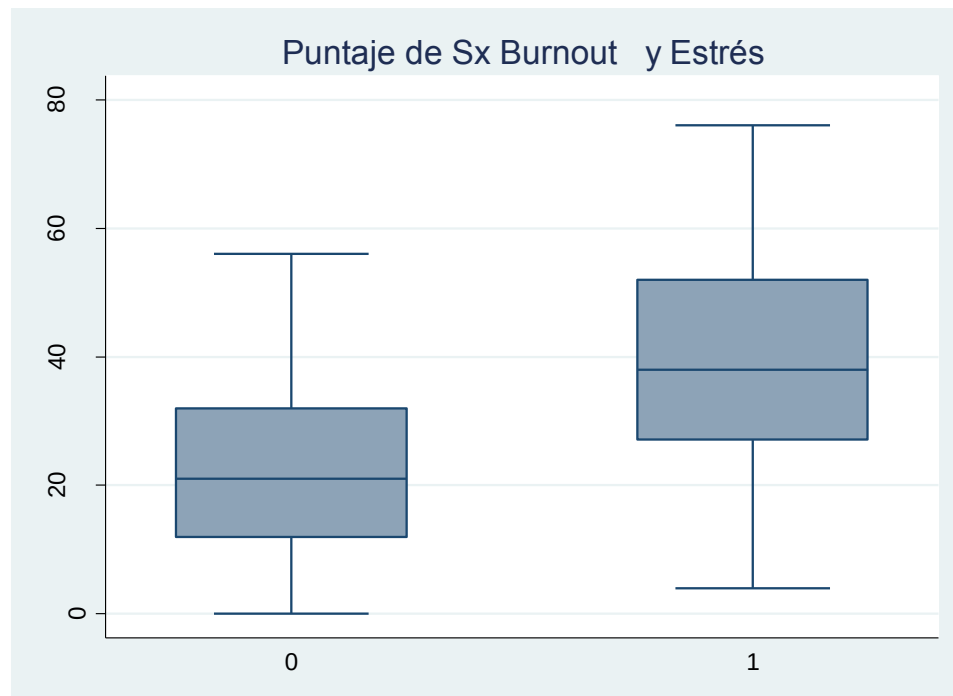
Gráfica 3. Puntaje de agotamiento emocional en relación a la violencia percibida en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (0= No violencia, 1= Si violencia).



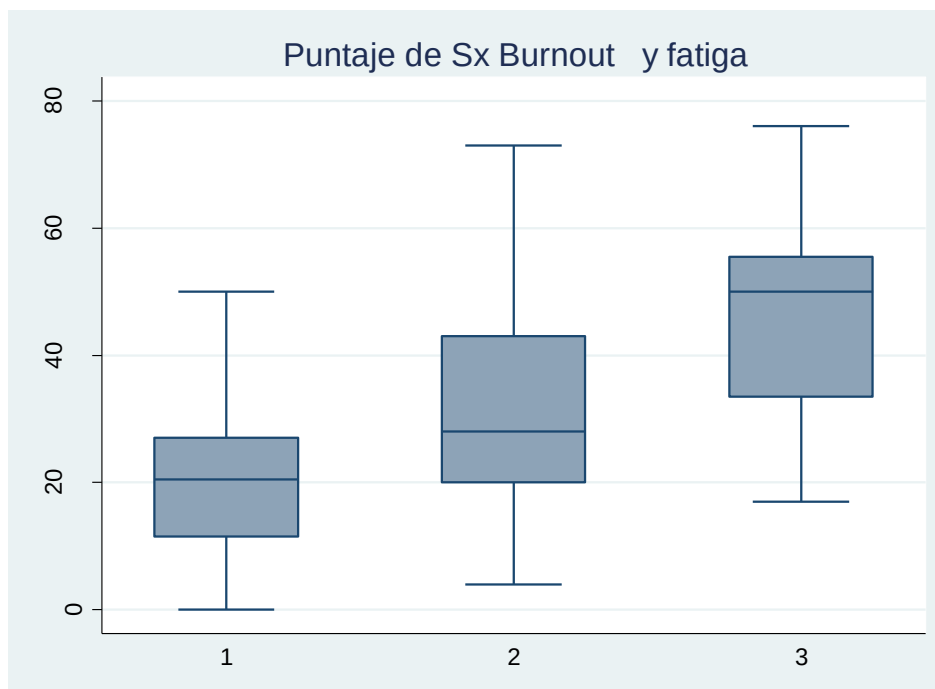
Gráfica 4. Puntaje de despersonalización en relación a la violencia percibida en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (0= No violencia, 1= Si violencia).



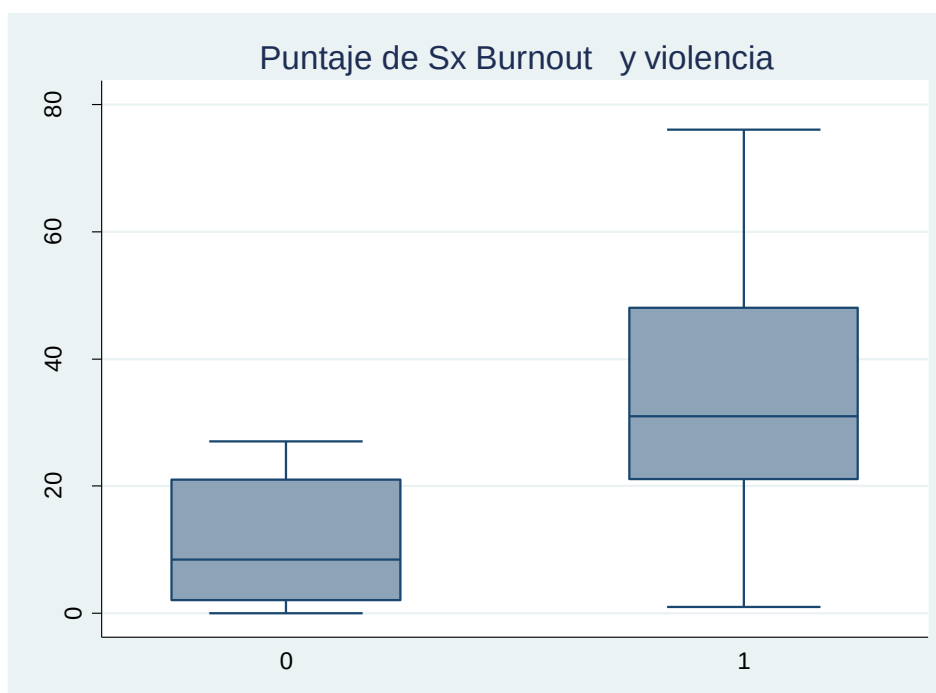
Gráfica 5. Puntaje de realización personal en relación a la violencia percibida en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (0= No violencia, 1= Si violencia).



Gráfica 6. Puntaje de Síndrome de Burnout en relación a la presencia de estrés en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (0= No estrés, 1= Presencia de estrés).



Gráfica 7. Puntaje de Síndrome de Burnout en relación a los niveles de fatiga en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (1= Fatiga leve, 2= Moderada, 3= Excesiva).



Gráfica 8. Puntaje de Síndrome de Burnout en relación a la violencia percibida en residentes de un hospital de alta especialidad del IMSS, 2011 (0= No violencia, 1= Si violencia).

ANEXOS

Anexo 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

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

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “Factores Psicosociales, mobbing, estrés, fatiga, calidad de vida y Burnout en médicos residentes”, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, con el folio:F2011-3601-15.

El objetivo del estudio es entender mejor los sentimientos y las emociones de los residentes en cuanto a su trabajo e identificar qué aspectos de la residencia son los más estresantes con el fin de que sirvan de base para la planeación de estrategias encaminadas a fomentar el bienestar de los médicos residentes y al mismo tiempo poder repercutir positivamente en la calidad de la atención.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de cuestionarios autoaplicables. Declaro que he recibido una explicación clara acerca de que no existe ningún riesgo vinculado a mi participación en el estudio ya que éste se realizará de manera **totalmente anónima y sin intermediarios.**

El investigador responsable se ha comprometido a darme **información** sobre los resultados del estudio en el momento en que estos se obtengan, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de mi participación en el mismo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio si lo considero conveniente, sin que ello afecte mi condición de residente en este Instituto.

El investigador responsable me ha brindado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi identidad y privacidad serán manejados en forma absolutamente confidencial y segura.

Acepto participar en el estudio/Firma del residente

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid médico responsable del estudio

Testigos

Anexo 2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (MÉTODO ISTAS 21)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (ISTAS 21)					
APARTADO 1			No. FOLIO:		
PREGUNTA	RESPUESTA				
<i>Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas</i>	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
1. ¿Tienes que trabajar muy rápido?	4	3	2	1	0
2. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	4	3	2	1	0
3. ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?	0	1	2	3	4
4. ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?	4	3	2	1	0
5. ¿Tu trabajo en general es desgastador emocionalmente?	4	3	2	1	0
6. ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 1 a la 6.				
	Puntos: NO CONTESTE				
APARTADO 2					
PREGUNTA	RESPUESTA				
<i>Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas</i>	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
7. ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?	4	3	2	1	0
8. ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan tareas?	4	3	2	1	0
9. ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas tus tareas?	4	3	2	1	0
10. ¿Puedes decidir cuando haces un descanso?	4	3	2	1	0
11. Si tienes algún asunto personal o familiar, ¿puedes dejar tu lugar de trabajo al menos una hora sin tener que pedir un permiso especial?	4	3	2	1	0
12. ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	4	3	2	1	0
13. ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	4	3	2	1	0
14. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	4	3	2	1	0
15. ¿Tienen sentido tus tareas?	4	3	2	1	0
16. ¿Hablas con entusiasmo de tu institución/empresa a otras personas?	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 7 a la 16.				
	Puntos: NO CONTESTE				

APARTADO 3					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
<i>En estos momentos ¿estás preocupado por....</i>					
17. ...lo difícil que sería encontrar otro empleo en el caso de que hubiera un paro laboral?	4	3	2	1	0
18.si te cambian las tareas contra tu voluntad?	4	3	2	1	0
19.si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen?)	4	3	2	1	0
20. ...si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 17 a la 20.				
	Puntos: NO CONTESTE				
APARTADO 4					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
21. ¿Sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?	4	3	2	1	0
22. ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	4	3	2	1	0
23. En tu institución, ¿se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar tu futuro?	4	3	2	1	0
24. ¿Recibes toda la información que necesitas para hacer bien tu trabajo?	4	3	2	1	0
25. ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?	4	3	2	1	0
26. ¿Recibes ayuda y apoyo de tu superior inmediato/a?	4	3	2	1	0
27. ¿Tu lugar de trabajo se encuentra aislado de tus compañeros o compañeras?	0	1	2	3	4
28. En el trabajo, ¿sientes que formas parte de un grupo?	4	3	2	1	0
29. ¿Tus jefes inmediatos planifican bien el trabajo?	4	3	2	1	0
30. ¿Tus jefes inmediatos se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 21 a la 30.				
	Puntos: NO CONTESTE				

APARTADO 5					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Este apartado está diseñado para evaluar si las personas trabajadoras conviven con alguien (pareja, hijos, padres)					
Por favor, ELIGE UNA SOLA OPCION DE RESPUESTA para esta pregunta (es lo mismo sólo que en esta pregunta las opciones de respuesta están en vertical)					
31. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces?					
Soy el/la responsable principal y hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas.			4		
Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas.			3		
Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas			2		
Sólo hago tareas puntuales			1		
No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas			0		
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
32. Si faltas algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realizas quedan sin hacer?	4	3	2	1	0
33. Cuando estás en tu institución, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	4	3	2	1	0
34. ¿Hay momentos en que necesitarías estar en tu trabajo y en casa a la vez?	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 31 a la 34.				
	Puntos: NO CONTESTE				

APARTADO 6					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes frases:	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
35. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	4	3	2	1	0
36. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	4	3	2	1	0
37. En el trabajo me tratan injustamente	0	1	2	3	4
38. Si pienso en todo el trabajo y el esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 35 a la 38.				
	Puntos: NO CONTESTE				

Anexo 3. INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO (IVAPT-PANDO)		
El cuestionario que está usted a punto de contestar tiene como intención conocer algunos aspectos de las relaciones psicológicas en el lugar de trabajo. Para ello se requiere que <u>conteste los dos incisos con sus preguntas. El primero, que es el inciso (A), se refiere a la frecuencia con la que ocurre lo que se pregunta, y el segundo (B) alude a la frecuencia con que eso le ocurre con respecto a sus compañeros.</u>		
No. FOLIO:		
RESPUESTAS:		
A)	B)	
4. Muy frecuentemente.	1. Menos que a mis compañeros	
3. Frecuentemente.	2. Igual que a mis compañeros.	
2. Algunas veces.	3. Más que al resto de mis compañeros.	
1. Casi nunca.		
0. Nunca.		
PREGUNTAS	A	B
1. Recibo ataques a mi reputación.		
2. Han tratado de humillarme o ridiculizarme en público.		
3. Recibo burlas, calumnias o difamaciones públicas.		
4. Se me asignan trabajos o proyectos con plazos tan cortos que son imposibles de cumplir.		
5. Se me ignora o excluye de las reuniones de trabajo o en la toma de decisiones.		
6. Se me impide tener información que es importante y necesaria para realizar mi trabajo.		
7. Se manipulan las situaciones de trabajo para hacerme caer en errores y después acusarme de negligencia o de ser un(a) mal(a) trabajador(a).		
8. Se extienden por la empresa rumores maliciosos o calumniosos sobre mi persona.		
9. Se desvalora mi trabajo y nunca se me reconoce que haya hecho algo bien.		
10. Se ignoran mis éxitos laborales y se atribuyen maliciosamente a otras personas o elementos ajenos a ellos, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.		
11. Se castigan mis errores o pequeñas fallas mucho más duramente que al resto de mis compañeros(as).		
12. Se me obstaculizan las posibilidades de comunicarme con compañeros y/o con otras áreas de la empresa.		
13. Se me interrumpe continuamente cuando trato de hablar.		
14. Siento que se me impide expresarme.		

CONTINÚA INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO		
A)	B)	
4. Muy frecuentemente.	1. Menos que a mis compañeros	
3. Frecuentemente.	2. Igual que a mis compañeros.	
2. Algunas veces.	3. Más que al resto de mis compañeros.	
1. Casi nunca.		
0. Nunca.		
PREGUNTAS	A	B
15. Se me ataca verbalmente criticando los trabajos que realizo.		
16. Se me evita o rechaza en el trabajo (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo explícito, desdén o menosprecio, etc.).		
17. Se ignora mi presencia, por ejemplo, dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no me vieran o no existiera).		
18. Se me asignan sin cesar tareas nuevas.		
19. Los trabajos o actividades que se me encargan requieren una experiencia superior a las competencias que poseo, y me las asignan con la intención de desacreditarme.		
20. Se me critica de tal manera en mi trabajo que ya dudo de mi capacidad para hacer bien mis tareas.		
21. Tengo menos oportunidades de capacitarme o formarme adecuadamente que las que se ofrecen a otros compañeros.		
22. Se bloquean o impiden las oportunidades que tengo de algún ascenso o mejora en mi trabajo.		
*La(s) persona(s) que me produce(n) lo arriba mencionado es (son): Marca con una "X" la o las opciones que consideres (puede ser más de una opción).		
Mi(s) superior(es)		
Mis compañero(s) de trabajo		
Mis subordinado(s)		

24. DESCRIBA ALGÚN OTRO TIPO DE CONDUCTA VIOLENTA, ACOSO, COERCIÓN O EXTORSIÓN QUE EXISTA EN SU LUGAR DE TRABAJO (Ej: sanciones con guardias, económicas, otros castigos, acoso sexual, etc)

Anexo 4. ESCALA SINTOMÁTICA DE ESTRÉS DE SEPPOARO

				No. FOLIO:	
ESCALA SINTOMÁTICA DE ESTRÉS					
Género:	Edad:	Señale con qué frecuencia ha sentido estos malestares últimamente:			
Masculino		¿HA PADECIDO USTED ALGUNA VEZ ESTOS SÍNTOMAS DURANTE EL ÚLTIMO			
Femenino		AÑO?			
Los síntomas que se presentan regularmente relacionados con la MENSTRUACIÓN o los que pueden relacionarse con la ingesta de bebidas alcohólicas No deben ser señaladas					
PREGUNTAS	Raramente o nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	CODIFICACIÓN
	0	1	2	3	NO CONTESTE NADA AQUÍ
1. Acidez o ardor en el estómago					
2. Pérdida del apetito					
3. Deseos de vomitar o vómitos					
4. Dolores abdominales					
5. Diarreas u orinar frecuentemente					
6. Dificultades para quedarse dormido o despertares nocturnos					
7. Pesadillas					
8. Dolores de cabeza					
9. Disminución del deseo sexual					
10. Mareos					
11. Palpitaciones o latidos irregulares del corazón					
12. Temblor o sudoración en las manos					
13. Sudoración excesiva sin haber realizado esfuerzo físico					
14. Falta de aire sin haber realizado esfuerzo físico					
15. Falta de energía o depresión					
16. Fatiga o debilidad					
17. Nerviosismo o ansiedad					
18. Irritabilidad o enfurecimiento					
PUNTAJE TOTAL: (NO CONTESTE)					

Anexo 5. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SUBJETIVOS DE FATIGA DE H. YOSHITAKE

ESCALA DE SÍNTOMAS SUBJETIVOS DE FATIGA		No.FOLIO:	
Género:	Edad:	Responda a las siguientes preguntas de acuerdo a lo que sienta ahora. Para cada pregunta hay dos opciones. Señale con una "X" la situación que mejor aplique en su caso	
Masculino			
Femenino			
PREGUNTAS	SI (1)	NO (0)	CODIFICACIÓN
1. ¿Siente pesadez en la cabeza?			
2. ¿Siente el cuerpo cansado?			
3. ¿Tiene cansancio en las piernas?			
4. ¿Tiene deseos de bostezar?			
5. ¿Siente la cabeza aturdida, atontada?			
6. Está somnoliento?			
7. ¿Siente la vista cansada?			
8. ¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?			
9. ¿Se siente poco firme o inseguro al estar de pie?			
10. ¿Tiene deseos de recostarse?			
11. ¿Siente dificultad para pensar?			
12. ¿Está cansado de hablar?			
13. ¿Está nervioso?			
14. ¿Se siente incapaz de concentrarse?			
15. ¿Se siente incapaz de ponerle atención a las cosas?			
16. ¿Se le olvidan fácilmente las cosas?			
17. ¿Le falta confianza en si mismo?			
18. ¿Se siente ansioso?			
19. ¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una buena postura?			
20. ¿Siente que se le acabó la paciencia?			
21. ¿Tiene dolor de cabeza?			
22. ¿Siente los hombros entumecidos?			
23. ¿Tiene dolor de espalda?			
24. ¿Siente opresión al respirar?			
25. ¿Tiene sed?			
26. ¿Tiene la voz ronca?			
27. ¿Se siente mareado?			
28. ¿Le tiemblan los párpados?			
29. ¿Tiene temblor en las piernas o en los párpados?			
30. ¿Se siente mal?			
RESULTADO:			
TIPO:			

Anexo 6. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO (CVT-GOHISALO)

Las preguntas, reflejan el grado de satisfacción con respecto a los diferentes tópicos marcados y se contestan en una escala que va del 0 al 4. Marca con una "X" la respuesta que corresponda a lo que sientes. FOLIO: _____

	<i>Nada Satisfecho</i>	<i>Muy Poco Satisfecho</i>	<i>Poco Satisfecho</i>	<i>Medianamente Satisfecho</i>	<i>Totalmente Satisfecho</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1. Con respecto a la forma de contratación, con que cuento en este momento, me encuentro					
2. En relación con la duración de mi jornada de trabajo me encuentro					
3. Con respecto al turno de trabajo que tengo asignado me encuentro					
4. En cuanto a la cantidad de trabajo que realizo, mi grado de satisfacción es					
5. Es el grado de satisfacción que siento por la forma en que están diseñados los procedimientos para realizar mi trabajo					
6. Este es el nivel de satisfacción que tengo con respecto al proceso que se sigue para supervisar mi trabajo					
7. El siguiente es mi grado de satisfacción con respecto al salario que tengo					
8. Comparando mi pago con el que se recibe por la misma función en otras instituciones que conozco me siento					
9. El siguiente es el grado de satisfacción que tengo en cuanto al sistema de seguridad social al que estoy adscrito					
10. Es mi grado de satisfacción con respecto a los planes de retiro con que se cuenta en este momento en la institución					
11. Es mi grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de mi área laboral (ruido, iluminación, limpieza, orden, etc.)					
12. Es mi satisfacción con respecto a las oportunidades de actualización que me brinda la institución					

	<i>Nada Satisfecho</i>	<i>Muy Poco Satisfecho</i>	<i>Poco Satisfecho</i>	<i>Medianamente Satisfecho</i>	<i>Totalmente Satisfecho</i>
	0	1	2	3	4
13. Mi grado de satisfacción por el tipo de capacitación que recibo por parte de la institución es					
14. Mi grado de satisfacción por trabajar en esta institución (comparando con otras instituciones que conozco), es					
15. Con relación a las funciones que desempeño en esta institución, mi nivel de satisfacción es					
16. Mi grado de satisfacción por el uso que hago en este trabajo de mis habilidades y potenciales es					
17. Mi grado de satisfacción al realizar todas las tareas que se me asignan es					
18. Grado de satisfacción que siento del trato que tengo con mis compañeros de trabajo					
19. Es el grado de satisfacción que tengo con respecto al trato que recibo de mis superiores					
20. Satisfacción que siento en relación a las oportunidades que tengo para aplicar mi creatividad e iniciativa en mi trabajo					
21. Con respecto al reconocimiento que recibo de otras personas por mi trabajo me siento					
22. Mi grado de satisfacción ante mi desempeño como profesional en este trabajo es					
23. Con respecto a la calidad de los servicios básicos de mi vivienda me encuentro					
24. El grado de satisfacción que siento con respecto a las dimensiones y distribución de mi vivienda, relacionándolos al tamaño de mi familia es					

Las siguientes preguntas se contestan en escala de **frecuencia** que va del 0 al 4 y de acuerdo a la perspectiva personal. Marca con una "X" la respuesta que corresponda a lo que sientes.

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
25. La necesidad de llevar trabajo a casa se presenta					
26. Se me ha indicado de manera clara y precisa la forma en que debo de hacer mi trabajo					
27. Me dan a conocer la forma en que se evalúan los procedimientos que sigo para realizar mi trabajo					
28. Recibo los resultados de la supervisión de mi trabajo como retroalimentación					
29. Considero que mi salario es suficiente para satisfacer mis necesidades básicas					
30. Considero que recibo en cantidad suficiente los insumos necesarios para la realización de mis actividades laborales					
31. Considero que la calidad de los insumos que recibo para la realización de mis actividades laborales es la requerida					
32. Corresponde a la frecuencia en que en mi institución se respetan mis derechos laborales					
33. Tengo las mismas oportunidades que los compañeros de mi categoría laboral, de acceder a cursos de capacitación					
34. Me siento identificado con los objetivos de la institución					
35. ¿Qué tanto percibo que mi trabajo es útil para otras personas?					
36. Mi trabajo contribuye al logro de objetivos comunes con mis compañeros de trabajo					
37. Me siento motivado para estar muy activo en mi trabajo					
38. Disfruto usando mis habilidades y destrezas en las actividades laborales diarias					
39. Cuando surgen conflictos en mi trabajo, éstos son resueltos por medio del diálogo					

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
40. Busco los mecanismos para quitar los obstáculos que identifico en el logro de mis objetivos y metas de trabajo					
41. Cuando se me presentan problemas en el trabajo, recibo muestras de solidaridad por parte de mis compañeros					
42. Obtengo ayuda de mis compañeros para realizar mis tareas, cuando tengo dificultad para cumplirlas					
43. Existe buena disposición de mis subordinados para el desempeño de las actividades laborales y la resolución de problemas					
44. Mi jefe inmediato muestra interés por la Calidad de Vida de sus trabajadores					
45. Mi jefe inmediato se interesa por la satisfacción de mis necesidades					
46. Mi jefe inmediato se interesa por conocer y resolver los problemas de mi área laboral					
47. Cuento con el reconocimiento de mi jefe inmediato, por el esfuerzo en hacer bien mi trabajo					
48. Cuento con el apoyo de mi jefe para resolver problemas y simplificar la realización de mis tareas					
49. Cuando tengo problemas extralaborales que afectan mi trabajo, mi jefe está en disposición de apoyarme					
50. Recibo retroalimentación por parte de mis compañeros y superiores en cuanto a la evaluación que hacen de mi trabajo					
51. En mi institución se reconocen los esfuerzos de eficiencia y preparación con oportunidades de promoción					
52. Considero que tengo libertad para expresar mis opiniones en cuanto al trabajo sin temor a represalias de mis jefes					
53. Mi trabajo me brinda la oportunidad de hacer frente a cualquier situación adversa que se me presente					

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
54. Recibo de parte de los usuarios o clientes de la institución muestras de reconocimiento por las actividades que realizo					
55. Mi trabajo me permite cumplir con las actividades que planeo para cuando estoy fuera del horario de trabajo					
56. Mis actividades laborales me dan la oportunidad de convivir con mi familia					
57. Mis horarios de trabajo me permiten participar en la realización de actividades domésticas					
58. Mis actividades laborales me permiten participar del cuidado de mi familia (hijos, padres, hermanos, otros)					
59. Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades diarias (vestir, caminar, trasladarse, alimentarse, etc)					
60. Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades laborales					
61. En mi trabajo se me realizan exámenes de salud periódicos (por parte de la institución)					
62. Mi trabajo me permite acceder en cantidad y calidad a mis alimentos					

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
63. Las oportunidades de cambios de categoría (movimientos de escalafón) se dan en base a curriculum y no a influencias					
64. Tengo la posibilidad de mejorar mi nivel de vida en base a mi trabajo en esta institución					
65. Considero que el puesto de trabajo que tengo asignado va de acuerdo con mi preparación académica y/o capacitación					
66. Mi trabajo contribuye con la buena imagen que tiene la institución ante sus usuarios					
67. Considero que el logro de satisfactores personales que he alcanzado se deben a mi trabajo en la institución					
68. Mis potencialidades mejoran por estar en este trabajo					
69. Considero que mi empleo me ha permitido tener el tipo de vivienda con que cuento					
70. Considero que el trabajo me ha permitido brindar el cuidado necesario para conservar la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales					
71. Desde mi perspectiva, mi ingesta diaria de alimentos es suficiente en cantidad y calidad					
72. Los problemas de salud más frecuentes de los trabajadores de mi institución, pueden ser resueltos por los servicios de salud que me ofrece la misma					
	<i>Nulo compromiso</i>	<i>Muy poco compromiso</i>	<i>Poco compromiso</i>	<i>Moderado compromiso</i>	<i>Total compromiso</i>
73. Es el grado de compromiso que siento hacia el logro de mis objetivos con respecto al trabajo					
74. Es el grado de compromiso que siento hacia el logro de los objetivos de la institución					

Anexo 7. CUESTIONARIO GENERAL

Instrucciones: Encierre la respuesta que es correcta para usted o escríbala sobre la línea, según corresponda. **PORFAVOR NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR. NO CONTESTE NADA EN EL AREA DE CODIFICACIÓN.**

No. FOLIO:					Área de codificación	
1. ¿Durante el último mes se ha sentido abatido, deprimido o desesperado?						
0. NO		1. SI			☐	
2. ¿Durante el último mes ha tenido frecuentemente poco interés o poco placer al hacer las cosas?						
1. SI		0. NO			☐	
3. ¿Durante algún momento de la residencia, usted ha tenido depresión mayor?						
0. NO		1. Si		2. NO SE	☐	
4. ¿Qué tan frecuentemente ha bebido una copa que contenga alcohol durante el último año? <i>Considere una "copa" una lata o botella de cerveza, un vaso de vino, un "cooler", o un coctel o una copa de un licor fuerte (Ej. tequila, whiskey, vodka, ron).</i>						
Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces por semana	De 4 a 5 veces por semana	☐	
5. ¿Cuántas copas consumió en un día típico en que se encontrara bebiendo, durante el último año?						
Ninguna copa	1 a 2 copas	3 a 4 copas	5 a 6 copas	7 a 9 copas	10 ó más copas	☐
6. ¿Qué tan frecuentemente consumió 6 ó más copas en una ocasión, durante el último año?						
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos los días o casi todos los días		☐
7. ¿Qué tan frecuentemente ha sido incapaz de suspender el consumo de bebidas alcohólicas una vez que ha empezado, durante el último año?						
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos los días o casi todos los días		☐
8. ¿Qué tan frecuentemente ha dejado de cumplir con sus responsabilidades debido al consumo de bebidas alcohólicas, durante el último año?						
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos los días o casi todos los días		☐
9. ¿Qué tan frecuentemente ha necesitado una primera copa en la mañana para reponerse después de una ocasión en que consumió bebidas alcohólicas, durante el último año?						
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos los días o casi todos los días		☐
10. ¿Qué tan frecuentemente consume otras sustancias como cocaína, marihuana, sedantes, estimulantes, éxtasis, heroína u otras?						
Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Todos los días o casi todos los días		☐
11. ¿ Actualmente usted fuma?						
1. Si		0. No			☐	
<i>Si su respuesta es "Si" continúe y omita la pregunta 15.</i>						
<i>Si su respuesta es "No", pase directamente a la pregunta 15.</i>						
12. ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día? _____						
13. ¿Cuántos años tiene de fumar? _____						

14. Si fuma 5 o más cigarrillos por día, ¿a qué edad empezó a fumar esa cantidad? _____		
15. ¿Alguna vez fumó?		
1. Si _____	0. No _____	☐
Si su respuesta es "SI", pase a la siguiente sección		
16. ¿Hace cuántos años dejó de fumar? _____		
17. ¿Cuándo fumaba, cuántos cigarrillos fumaba al día? _____		
PREGUNTAS QUE DEBEN CONTESTAR TODOS		
18. Fecha en que contestó esta encuesta (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / _____		
19. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____ años		
20. ¿A qué sexo pertenece?		
1. Masculino _____	2. Femenino _____	☐
21. ¿Cuál es su estado civil?		
1. Soltero _____	2. Casado _____	3. Unión libre _____
4. Separado _____	5. Viudo _____	☐
22. ¿Qué antigüedad tiene como Médico Residente? _____ años _____ meses		
23. ¿La especialidad que está cursando es médica, quirúrgica o de gabinete?		
1. Médica _____	2. Quirúrgica _____	3. Gabinete _____
		☐
24. ¿Qué año de la especialización está cursando?		
1. R1 _____	2. R2 _____	3. R3 _____
4. R4 _____		☐
25. ¿Cuál es el nombre de la especialización que está cursando?		
Especialización en _____		
26. ¿Cuántos años pasaron entre que terminó su carrera e inició su residencia?		

27. ¿Cuántos hijos tiene? (Si no tiene, anote cero) _____		
Si es mujer y está embarazada especifique, si es varón y va a ser padre también especifique		
28. ¿Con cuántos de sus hijos vive usted actualmente (Si no vive con ninguno, anote cero)		

29. ¿Cuántas horas en promedio trabaja al día? _____		
30. ¿Cuántas horas duerme en promedio cada día? _____		
31. ¿Cuántos días de descanso tiene en promedio a la semana? (tomando en cuenta que hace guardias)		
32. ¿Hace cuánto tiempo tomó vacaciones? _____ meses		
33. ¿Realiza guardias nocturnas en su residencia?		
1. Sí _____	0. NO _____	
34. SI CONTESTÓ "SI", especifique el tipo de guardia		☐
1. "AA" _____	2. "AB" _____	3. "ABC" _____
4. "ABCD" _____	5. OTRA (¿cuál?) _____	6. Aleatoria (al azar) _____
35. ¿En cuál de las siguientes áreas trabaja usted? (Si ha trabajado en más de una, marque en cuál ha permanecido más tiempo en el último año, PUEDEN SER 2 o MAS OPCIONES)		☐
1. Crítica (UCI, quirófanos, tococirugía, urgencias) _____	2. Hospitalización _____	
3. Consulta externa _____		
4. Laboratorio, banco de sangre, patología, Rayos X _____	5. Otra (especifique) _____	
36. ¿Vive usted en la misma ciudad donde está la sede de su residencia		☐
1. Sí _____	2. No _____	

37. ¿Cuánto tiempo necesita para ir de su casa a su sede de la residencia? 5- 14min _____ 15-29 min _____ 30-44 min _____ 45 min.-1hora _____ Más de 1hr _____	☐
38. ¿Cuántas personas tiene usted a su cargo durante su trabajo? <i>(si no tiene, anote cero) _____ Si no sabe anote 1 _____</i>	
39. ¿Disfruta usted de algún descanso durante su jornada de trabajo? 1. Sí _____ 0. No _____	☐
<i>Si contestó "Sí" siga contestando en la secuencia normal.</i> <i>Si contestó "No", pase a la pregunta 41.</i>	
40. ¿Cuánto tiempo tiene de descanso durante su jornada? _____ minutos	
41. ¿Tiene otro trabajo? 1. Sí _____ 0. No _____ <i>Si su respuesta es "No", pase a la pregunta 45.</i>	
42. ¿Cuántos trabajos tiene? _____	
43. ¿Cuántas horas trabaja en promedio en su otro trabajo? _____	
44. ¿Cuál es la actividad que usted realiza en su otro trabajo? _____	
45. ¿A cuánto asciende su ingreso individual mensual? \$ _____	
46. ¿A cuánto asciende su ingreso familiar mensual? (en caso de vivir con su pareja, padres o alguien más que aporte a sus gastos familiares) _____	
47. Actualmente vive usted... <i>(si es necesario, marque más de una opción):</i> 1. Solo _____ 5. Con otra familia _____ 2. Con esposo(a) ó pareja _____ 6. Con sus hijos _____ 3. Con su esposo(a) e hijos _____ 7. Otro (especifique) _____ 4. Con sus padres _____ <i>Si su respuesta es "Solo", pase a la pregunta 49.</i>	
48. ¿Cuántas personas viven en total con usted? _____	
49. Marque si actualmente consume usted alguno de estos medicamento: 0. Ninguno _____ 1. Antigastríticos _____ 2. Antidepresivos _____ 3. Ansiolíticos _____ 4. Otros (especifique) _____	

Anexo 8. ESCALA DE BURNOUT

Por favor conteste con la mayor sinceridad posible y no deje preguntas sin contestar.

Instrucciones: Marque con una "X" la casilla que corresponda, de acuerdo a las opciones.
PORFAVOR NO DEJE CASILLAS EN BLANCO.

No. FOLIO: _____

	Nunca	<i>Menos de 10 veces por año</i>	<i>Una vez por mes</i>	<i>2 a 3 veces por mes</i>	<i>Una vez por semana</i>	<i>2 a 5 veces por semana</i>	<i>Todos los días</i>
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.							
5. Creo que trato algunas personas como si fuesen objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.							
8. Me siento quemado por mi trabajo.							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							

	Nunca	Menos de 10 veces por año	Una vez por mes	2 a 3 veces por mes	Una vez por semana	2 a 5 veces por semana	Todos los días
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo manejo mis problemas emocionales con mucha calma.							
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.							

TRIBUNA LIBRE:

Sugerencias y opiniones acerca de la encuesta (tanto positivas como negativas):

¿Qué te gustaría que cambiara en tu residencia médica para sentirte mejor y tener mayor compromiso con tu labor, con los derechohabientes y con la institución (IMSS)?

Aquí termina la encuesta. Le agradecemos su participación.